



HOB

GABARITO | 2025 | DF | 100 Questões



Gabarito: HOB

2025 | DF

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise das proposições:

I. Correta. A Angina Instável e o Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSSST) fazem parte do mesmo espectro clínico, conhecido como Síndrome Coronariana Aguda sem supra de ST. Ambas as condições decorrem de uma isquemia miocárdica resultante do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio, geralmente por um trombo suboclusivo. A diferença principal é que no IAMSSST já existe morte celular detectável por marcadores de necrose (troponina), enquanto na angina instável isso não ocorre.

II. Correta. O IAM com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) é caracterizado pela ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica vulnerável, o que desencadeia uma cascata de coagulação e a formação de um trombo oclusivo (obstrução total). Essa interrupção completa do fluxo sanguíneo leva a uma isquemia grave que atinge toda a espessura da parede miocárdica (infarto transmural), refletindo-se no eletrocardiograma como o supradesnivelamento do segmento ST.

III. Incorreta. Placas ateroscleróticas estáveis são a base da doença coronariana crônica (Angina Estável) e não a causa principal de eventos agudos como o infarto. Os eventos cardiovasculares agudos são geralmente desencadeados por placas instáveis ou vulneráveis. Além disso, a composição da placa (espessura da capa fibrosa e volume do núcleo lipídico) é o fator determinante para a ruptura, e não apenas o grau de estenose, visto que muitos infartos ocorrem em placas previamente não obstrutivas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A assertiva III é falsa.
- b) Incorreta. A assertiva I também está correta, não apenas a II.
- c) Correta. Apenas as assertivas I e II apresentam fundamentos fisiopatológicos corretos.
- d) Incorreta. A assertiva III torna a alternativa errada.

Gabarito: Letra (c).

Questão 2

O Bloqueio Atrioventricular (BAV) de segundo grau tipo Mobitz I, também conhecido como Fenômeno de Wenckebach, ocorre geralmente devido a um atraso progressivo na condução do estímulo elétrico ao nível do nó atrioventricular. A principal característica eletrocardiográfica é o comportamento dinâmico do intervalo PR antes da falha de condução.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. No Mobitz I, a pausa é o resultado final de um processo de fadiga da condução (prolongamento do PR). Uma pausa que ocorre sem alteração prévia do intervalo PR é característica do Mobitz II ou de pausas sinusais, dependendo da presença da onda P.

Alternativa b: Incorreta. Por definição, nos bloqueios de segundo grau, algumas ondas P não são conduzidas aos ventrículos. Se todas as ondas P fossem seguidas por complexos QRS, o ritmo não seria um bloqueio de segundo grau. Caso o intervalo PR estivesse aumentado de forma constante acima de 200ms, seria classificado como BAV de primeiro grau.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa descreve o BAV de segundo grau tipo Mobitz II. No Mobitz II, a falha de condução da onda P ocorre de forma súbita e inesperada, sem que haja mudança no intervalo PR dos batimentos anteriores, que permanecem constantes e fixos.

Alternativa d: Correta. Esta é a definição clássica do Mobitz I ou Fenômeno de Wenckebach. Observa-se que cada intervalo PR sucessivo é mais longo que o anterior, refletindo uma dificuldade crescente do nó atrioventricular em conduzir o estímulo. Esse ciclo continua até que uma onda P encontra o tecido em período refratário absoluto e é bloqueada, não gerando um complexo QRS. Após essa falha (pausa), o nó AV se recupera e o ciclo recomeça com o intervalo PR mais curto da série.

Questão 3

Para responder a essa questão, devemos utilizar os critérios da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), que classifica a pressão arterial (PA) em adultos (acima de 18 anos) com base nos níveis de pressão sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Um ponto fundamental nessa classificação é que, quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para definir o estágio.

No caso do paciente apresentado, temos:

PAS: 155 mmHg

PAD: 95 mmHg

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pré-hipertensão é definida por uma PAS entre 121 e 139 mmHg e/ou uma PAD entre 81 e 89 mmHg. Os valores de 155/95 mmHg do paciente já ultrapassam os limites dessa categoria, indicando hipertensão estabelecida.

b) Correta. A hipertensão estágio 1 é caracterizada por uma PAS entre 140 e 159 mmHg e/ou uma PAD entre 90 e 99 mmHg. Como o paciente apresenta PAS de 155 (dentro do intervalo 140-159) e PAD de 95 (dentro do intervalo 90-99), ele preenche perfeitamente os critérios para o estágio 1.

c) Incorreta. Para ser classificada como hipertensão estágio 2, a PAS deve estar entre 160 e 179 mmHg e/ou a PAD entre 100 e 109 mmHg. Os valores do paciente são inferiores a esses patamares.

d) Incorreta. A hipertensão estágio 3 (forma mais grave) é definida por uma PAS maior ou igual a 180 mmHg e/ou uma PAD maior ou igual a 110 mmHg. O paciente está significativamente abaixo desses níveis pressóricos.

Em resumo, de acordo com a tabela da SBC 2016, valores de 155 x 95 mmHg enquadram-se na Hipertensão Estágio 1. É importante lembrar que, embora as diretrizes mais recentes (como a de 2020) tenham mantido classificações semelhantes, a questão exige especificamente o conhecimento da diretriz de 2016.

Questão 4

Os betabloqueadores são fundamentais no tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), sendo uma das classes de medicamentos que comprovadamente reduzem a mortalidade e o número de internações. No entanto, o momento de sua introdução exige cautela clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O choque cardiogênico é uma contraindicação absoluta para o início de betabloqueadores. Como essas drogas possuem um efeito inotrópico negativo inicial (diminuem a força de contração do coração), sua introdução em um cenário de instabilidade hemodinâmica grave e baixo débito cardíaco pode agravar o estado de choque e levar ao óbito.

Alternativa (b) Incorreta. Embora sejam indicados para as fases crônicas da doença (estágios C e D da classificação diagnóstica), eles não podem ser iniciados de forma indiscriminada em qualquer momento. Pacientes em fase de descompensação aguda, com sinais de instabilidade, não devem começar o uso dessa medicação até que o quadro seja estabilizado.

Alternativa (c) Incorreta. O betabloqueador deve ser introduzido em todos os pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida que estejam estáveis, mesmo naqueles que nunca utilizaram a medicação anteriormente. O objetivo do tratamento é justamente atingir as doses-alvo recomendadas pelas diretrizes para garantir o benefício de sobrevida.

Alternativa (d) Correta. Esta é a regra de ouro para o manejo da insuficiência cardíaca: o betabloqueador deve ser iniciado preferencialmente quando o paciente estiver "seco" e estável. Isso significa que o paciente deve ter apresentado melhora da congestão (edema pulmonar, edema de membros inferiores, turgência jugular) após o uso de diuréticos. O paciente deve estar hemodinamicamente compensado, sem necessidade de inotrópicos intravenosos nas últimas 24 a 48 horas, para que o coração tolere a fase inicial de adaptação ao bloqueio adrenérgico.

Em resumo, a introdução do betabloqueador na insuficiência cardíaca deve ser feita de forma gradual ("começar baixo e ir devagar"), sempre com o paciente clinicamente estável e sem sinais de congestão importante.

Questão 5

Diagnóstico: Cetoacidose Diabética (CAD).

O caso clínico descreve uma paciente de 17 anos com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) apresentando um quadro de descompensação aguda. A tríade diagnóstica da CAD é composta por hiperglicemia, acidose metabólica e cetonemia/cetonúria. Maria apresenta glicemia de 500 mg/dL (critério > 250 mg/dL), pH de 7,25 e bicarbonato de 12 mEq/L (critérios para acidose metabólica) e presença de cetonas no sangue. Além disso, os sinais físicos são clássicos: a respiração de Kussmaul é uma tentativa do organismo de compensar a acidose metabólica por meio da eliminação de CO₂, e o hálito cetônico decorre da volatilização da acetona.

Alternativa a) Correta: Esta é a alternativa que define o diagnóstico da paciente. Estão presentes os critérios laboratoriais (hiperglicemia, acidose e cetonemia) e os sinais clínicos típicos (desidratação, dor abdominal, respiração de Kussmaul e hálito cetônico). A hipocalemia mencionada é um achado importante na CAD, pois, embora

o potássio corporal total esteja baixo devido à perda urinária, o nível sérico pode variar, exigindo reposição cuidadosa durante o tratamento com insulina.

Alternativa b) Incorreta: A Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica (SHH) é mais frequente em pacientes com DM tipo 2 e idosos. Caracteriza-se por glicemias extremamente elevadas (geralmente > 600 mg/dL), osmolaridade plasmática muito alta e, fundamentalmente, ausência de acidose metabólica significativa ou cetose importante, uma vez que a presença de pequena quantidade de insulina no DM2 impede a lipólise exacerbada.

Alternativa c) Incorreta: A hipoglicemia severa manifesta-se com níveis de glicose baixos (geralmente < 54 mg/dL) e sintomas neuroglicopênicos e autonômicos (sudorese fria, tremores, taquicardia). A paciente em questão apresenta hiperglicemia acentuada (500 mg/dL).

Alternativa d) Incorreta: A dor abdominal e a distensão são sintomas comuns na cetoacidose diabética (podendo simular um quadro de abdome agudo). Embora a pancreatite possa ser um gatilho para a CAD, o conjunto de achados (Kussmaul, hálito cetônico, pH baixo e cetonemia) aponta diretamente para a cetoacidose como o diagnóstico principal e explicativo para todo o estado metabólico da paciente.

Questão 6

ANÁLISE DAS AFIRMAÇÕES:

Afirmção I: Falsa. O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) possui uma base genética complexa e poligênica (envolvendo múltiplos genes, com destaque para o sistema HLA), e não monogênica. Além disso, ao contrário do que muitos acreditam, a predisposição familiar e a herdabilidade são muito mais acentuadas no diabetes tipo 2 do que no tipo 1. O diabetes de herança exclusivamente monogênica é uma condição distinta, conhecida como MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young).

Afirmção II: Falsa. O anticorpo anti-insulina (IAA) é um marcador de autoimunidade útil apenas no diagnóstico inicial de pacientes que ainda não iniciaram o tratamento. Uma vez que o paciente começa a utilizar insulina exógena (como medicamento), o corpo naturalmente produz anticorpos contra essa insulina aplicada. Portanto, em pacientes já em uso de insulina, o teste perde sua validade clínica, pois não é possível distinguir se a positividade é decorrente da doença autoimune ou da reação ao medicamento.

Afirmção III: Verdadeira. Esta é a definição clássica da fisiopatologia do DM1. A doença surge a partir da destruição das células beta pancreáticas, geralmente por

um processo imunomediado (autoimune). Como as células beta são as únicas produtoras de insulina no organismo, sua destruição leva a uma deficiência grave e absoluta desse hormônio, tornando o paciente dependente de insulina exógena para sobreviver.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A sequência correta é F, F, V. O erro está em considerar a afirmação II como verdadeira e a III como falsa.
- b) Incorreta. Os itens I e II são falsos, e o item III é verdadeiro.
- c) Correta. A sequência reflete exatamente a análise técnica: o DM1 não é monogênico (I-F), o anticorpo anti-insulina não deve ser solicitado em quem já usa insulina (II-F) e a fisiopatologia baseia-se na destruição das células beta (III-V).
- d) Incorreta. O item I é comprovadamente falso, o que invalida esta alternativa.

Gabarito: Letra (c).

Questão 7

O hipotireoidismo resulta na queda dos níveis de hormônios tireoidianos (T3 e T4), que são os principais reguladores do metabolismo basal e da termogênese no organismo. A deficiência desses hormônios leva a uma lentificação de processos fisiológicos em diversos sistemas.

Alternativa (b) - CORRETA: A intolerância ao frio é um dos sintomas mais característicos do hipotireoidismo. Os hormônios tireoidianos estimulam a produção de calor por meio da ativação da bomba sódio-potássio-ATPase e do metabolismo celular. Quando os níveis de T3 e T4 estão baixos, a taxa metabólica basal cai e a produção de calor endógeno diminui, impedindo que o paciente mantenha sua temperatura corporal de forma eficiente em ambientes mais frios.

Alternativa (a) - INCORRETA: O efeito dos hormônios tireoidianos no sistema cardiovascular é inotrópico e cronotrópico positivo. Portanto, a sua deficiência causa bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) e não o aumento desta. O aumento da frequência cardíaca (taquicardia) é um sinal clássico de hipertireoidismo.

Alternativa (c) - INCORRETA: No hipotireoidismo, é comum observar um aumento da resistência vascular periférica, o que pode levar a uma hipertensão arterial diastólica. A hipertensão arterial sistólica elevada, acompanhada de uma pressão de pulso alargada, é típica do estado hipermetabólico do hipertireoidismo, onde há aumento do débito cardíaco.

Alternativa (d) - INCORRETA: Pacientes com hipotireoidismo geralmente apresentam redução do apetite (hiporexia). O ganho de peso que ocorre nessa patologia não se deve ao aumento da ingestão alimentar, mas sim à redução do gasto energético basal e ao acúmulo de mucopolissacarídeos no espaço intersticial (mixedema), que causa retenção hídrica. O aumento do apetite associado à perda de peso é característico do hipertireoidismo.

Questão 8

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os dois parâmetros principais da densitometria óssea: o T-score e o Z-score. O T-score compara a densidade mineral óssea (DMO) do paciente com a de um adulto jovem saudável, sendo utilizado para diagnosticar osteopenia e osteoporose em mulheres na pós-menopausa e homens acima de 50 anos. Já o Z-score compara a DMO do paciente com a média de pessoas da mesma idade, sexo e etnia.

O Z-score é o parâmetro de escolha para avaliar a saúde óssea em crianças, adolescentes, mulheres na pré-menopausa e homens com menos de 50 anos. De acordo com as diretrizes da Sociedade Internacional de Densitometria Clínica (ISCD), a interpretação segue os critérios abaixo:

Alternativa a) Correta. Um Z-score maior que -2,0 (por exemplo, -1,5, -0,5 ou +1,0) indica que a densidade óssea do indivíduo está dentro do esperado para a sua faixa etária. A nomenclatura oficial para esses casos é "Dentro da faixa esperada para a idade".

Alternativa b) Incorreta. Um Z-score de 0,0 significa que o paciente tem exatamente a mesma densidade óssea que a média da sua população de referência (mesma idade e sexo). Valores acima de 0,0 indicam uma DMO superior à média, o que está associado a um menor risco de fraturas, e não a um risco elevado.

Alternativa c) Incorreta. Quando o Z-score é igual ou inferior a -2,0 ($Z\text{-score} \leq -2,0$), a interpretação correta é que a DMO está "Abaixo da faixa esperada para a idade". Nesses casos, o clínico deve investigar causas secundárias de perda óssea, como doenças endócrinas, deficiências nutricionais ou uso de medicamentos.

Alternativa d) Incorreta. Uma DMO acima da média para a idade seria representada por um Z-score positivo (maior que 0,0). Um valor de $Z\text{-score} \leq -2,0$ representa uma densidade óssea significativamente baixa, situada no limite dos 2,5% inferiores da curva de normalidade para aquela idade.

Em resumo, para o Z-score, o ponto de corte clínico é -2,0. Valores acima deste limite

são considerados normais para a idade, enquanto valores iguais ou abaixo sugerem a necessidade de investigação clínica adicional.

Questão 9

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação detalhada:

A Síndrome de Cushing (SC) compreende um conjunto de sinais e sintomas resultantes da exposição prolongada a níveis elevados de glicocorticoides. A compreensão da sua classificação é fundamental para o diagnóstico diferencial.

Alternativa (a) Incorreta: A Síndrome de Cushing endógena é considerada uma doença rara. A incidência estimada da forma endógena varia entre 0,7 e 2,4 casos por milhão de habitantes ao ano. O número citado na alternativa (1 milhão de pessoas ao ano) é desproporcional à realidade epidemiológica da patologia.

Alternativa (b) Incorreta: O uso prolongado e em doses suprafisiológicas de glicocorticoides (causa exógena ou iatrogênica) é, de fato, a causa mais comum da síndrome na prática médica. No entanto, a palavra "sempre" invalida a alternativa, pois existem as causas endógenas, em que o próprio organismo produz o excesso de hormônio.

Alternativa (c) Correta: Esta é a classificação fisiopatológica clássica do hipercortisolismo endógeno.

1. ACTH-dependente (cerca de 80% dos casos endógenos): O excesso de cortisol é causado pela secreção excessiva de ACTH, seja por um adenoma hipofisário (conhecido como Doença de Cushing) ou por secreção ectópica de ACTH (por tumores em outros órgãos, como o carcinoma de pequenas células do pulmão).

2. ACTH-independente (cerca de 20% dos casos endógenos): A produção excessiva de cortisol ocorre de forma autônoma nas glândulas adrenais (adenomas, carcinomas ou hiperplasias), o que acaba suprimindo a secreção de ACTH pela hipófise por meio do feedback negativo.

Alternativa (d) Incorreta: A afirmação está duplamente errada. Primeiro, a Síndrome de Cushing é uma patologia de excesso hormonal, não de déficit. Segundo, nos casos ACTH-dependentes (que correspondem a aproximadamente 80% dos casos endógenos), o que ocorre é um excesso de ACTH circulante que estimula as adrenais. Um déficit de ACTH causaria, na verdade, Insuficiência Adrenal Secundária.

Questão 10

Análise do caso clínico: O paciente apresenta a tríade clássica composta por cefaleia, sudorese profusa e palpitações (taquicardia), ocorrendo de forma paroxística, ou seja, em episódios súbitos e recorrentes. Esse padrão é altamente sugestivo de uma descarga excessiva e intermitente de catecolaminas na circulação sanguínea.

Alternativa a) Incorreta. A hipertensão essencial é a forma mais comum de pressão alta e costuma ser persistente e assintomática em suas fases iniciais. Embora possa apresentar picos de pressão, ela não justifica a ocorrência de crises súbitas com a tríade sintomática específica (cefaleia, sudorese e palpitações) e a duração curta seguida de exaustão relatada pelo paciente.

Alternativa b) Incorreta. A doença cardíaca isquêmica manifesta-se tipicamente como dor ou desconforto torácico (angina), geralmente desencadeada por esforço físico ou estresse emocional. Embora a isquemia possa causar taquicardia e mal-estar, o quadro clínico de crises paroxísticas com sudorese profusa e cefaleia intensa não é o padrão típico dessa patologia.

Alternativa c) Incorreta. O hipotireoidismo caracteriza-se por uma diminuição dos hormônios tireoidianos, levando a bradicardia (ritmo cardíaco lento), ganho de peso, intolerância ao frio e lentificação psicomotora. O quadro do paciente, com taquicardia e hipertensão, seria o oposto do esperado para essa condição. Mesmo o hipertireoidismo, que causa taquicardia, geralmente apresenta sintomas contínuos e não crises paroxísticas tão bem delimitadas como as descritas.

Alternativa d) Correta. O feocromocitoma é um tumor produtor de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), geralmente localizado na medula da glândula adrenal. A liberação desses hormônios em jatos ou pulsos causa a tríade clássica descrita: cefaleia intensa, sudorese e palpitações/taquicardia, quase sempre acompanhada de hipertensão arterial severa durante as crises. O relato de que os sintomas duram cerca de 30 minutos e são seguidos por fadiga é um sinal patognomônico da exaustão pós-descarga adrenérgica, confirmando a principal suspeita diagnóstica.

Questão 11

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

PROPOSIÇÃO I: ESTÁ CORRETA. A pancreatite aguda manifesta-se classicamente com dor abdominal súbita e intensa, predominantemente no andar superior do abdome. Embora a descrição típica seja a dor em epigástrio com irradiação para o dorso (em barra), a dor pode ser difusa. A distensão abdominal é um achado comum e decorre do íleo paralítico (parada do trânsito intestinal) induzido pela inflamação

retroperitoneal. Além disso, a pancreatite gera uma resposta inflamatória sistêmica, o que justifica as alterações nos sinais vitais, como taquicardia e febre, que inclusive fazem parte dos critérios de avaliação de gravidade.

PROPOSIÇÃO II: ESTÁ INCORRETA. No contexto clínico, o uso de termos como "sempre" e "exclusivamente" geralmente invalida uma afirmação. O exame físico da pancreatite aguda é variável e não apresenta apenas sinais específicos. A dor não é exclusiva da região epigástrica, podendo localizar-se nos hipocôndrios ou ser generalizada. Além disso, sinais clássicos descritos em livros, como os sinais de Cullen (equimose periumbilical) e Grey-Turner (equimose em flancos), são raros e aparecem apenas em casos graves de pancreatite necro-hemorrágica, não sendo, portanto, achados constantes.

PROPOSIÇÃO III: ESTÁ INCORRETA. A icterícia (coloração amarelada da pele e mucosas) não está presente em todos os pacientes. Ela é um achado sugestivo de pancreatite de etiologia biliar, ocorrendo quando há obstrução do ducto colédoco por um cálculo ou por compressão extrínseca devido ao edema na cabeça do pâncreas. Pacientes com pancreatite causada por álcool, hipertrigliceridemia ou medicamentos, por exemplo, muitas vezes não apresentam icterícia se não houver comprometimento da via biliar associado.

CONCLUSÃO: Apenas a proposição I está correta, o que torna a alternativa (b) a resposta correta da questão.

Questão 12

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) apresenta um espectro clínico amplo, sendo didaticamente dividida em sintomas típicos (esofágicos) e atípicos (extraesofágicos). O diagnóstico clínico inicial baseia-se primordialmente na presença dos sintomas clássicos.

Alternativa a) Incorreta. A rouquidão é classificada como um sintoma atípico ou extraesofágico. Ela ocorre devido à microaspiração do conteúdo gástrico ou pelo reflexo vagal, causando irritação direta na laringe (laringite por refluxo). Embora seja uma manifestação comum em consultórios de otorrinolaringologia, não é o sintoma definidor da síndrome típica.

Alternativa b) Incorreta. A tosse crônica é outro sintoma atípico clássico da DRGE. Faz parte da "tríade da tosse crônica" (junto com a asma e a síndrome do gotejamento pós-nasal). Assim como a rouquidão, sua fisiopatologia envolve irritação laringofaríngea ou reflexos broncovagais, mas não é considerada um sintoma típico esofágico.

Alternativa c) Incorreta. Êmese refere-se ao ato de vomitar (expulsão forçada do conteúdo gástrico). Na DRGE, o sintoma típico relacionado é a regurgitação, que é o retorno do conteúdo gástrico à cavidade oral ou faringe sem esforço muscular ou náuseas prévias. O vômito propriamente dito pode sugerir complicações ou outras patologias, como obstruções ou gastroparesia.

Alternativa d) Correta. A pirose, descrita pelos pacientes como azia ou sensação de queimação retroesternal, é o sintoma cardinal e mais característico da DRGE. Quando acompanhada de regurgitação ácida, compõe a síndrome esofágica típica. A presença desses dois sintomas possui um alto valor preditivo positivo para o diagnóstico da doença, permitindo, em muitos casos, o início de teste terapêutico com inibidores de bomba de prótons (IBP) sem a necessidade imediata de exames complementares em pacientes sem sinais de alarme.

Questão 13

O caso clínico de Victória sugere fortemente uma Doença Inflamatória Intestinal (DII), especificamente a Doença de Crohn (DC). Os principais pontos que sustentam essa hipótese são a idade da paciente, a dor localizada no quadrante inferior direito (sugerindo acometimento do íleo terminal e ceco), a presença de sintomas sistêmicos (febre, perda de peso, anemia) e o caráter intermitente dos sintomas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: A Doença de Crohn é caracterizada por um processo inflamatório transmural que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. Na endoscopia ou colonoscopia, as lesões precoces manifestam-se como úlceras aftoides. Com a progressão da doença, a alternância entre áreas de ulcerações profundas (lineares e transversais) e áreas de mucosa íntegra, mas edemaciada, confere o aspecto clássico de paralelepípedo (ou pedras de calçamento).

Alternativa (b) INCORRETA: O acometimento contínuo e ascendente do cólon, iniciando-se obrigatoriamente no reto, é a marca registrada da Retocolite Ulcerativa (RCU). Na Doença de Crohn, o acometimento é tipicamente descontínuo, apresentando as chamadas lesões salteadas (skip lesions), nas quais áreas doentes são intercaladas com áreas de mucosa perfeitamente normal.

Alternativa (c) INCORRETA: O comprometimento exclusivo do reto é característico da proctite ulcerativa (uma forma de RCU). Na Doença de Crohn, o reto é frequentemente poupado (preservação retal), ocorrendo envolvimento retal em apenas cerca de 20% a 30% dos casos. O local mais comum de acometimento na DC

é a região ileocecal, condizente com a dor no quadrante inferior direito relatada pela paciente.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a Doença de Crohn possa afetar qualquer segmento do tubo digestivo, desde a boca até o ânus, o acometimento isolado ou exclusivo do esôfago é extremamente raro. Além disso, os sintomas descritos (diarreia, dor no quadrante inferior direito e sangue nas fezes) indicam claramente um envolvimento do trato gastrointestinal inferior.

Questão 14

A compreensão da fisiopatologia da infecção pelo **Helicobacter pylori** é fundamental para entender a formação das úlceras pépticas. O mecanismo central envolve o desequilíbrio entre fatores agressores e protetores da mucosa gástrica e duodenal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O **H. pylori** não aumenta a produção de muco. Pelo contrário, a bactéria produz diversas enzimas, como as proteases e as lipases, além de citotoxinas (CagA e VacA), que degradam a camada de muco protetor e danificam diretamente as células epiteliais, expondo a mucosa à ação corrosiva do ácido clorídrico.

b) Incorreta. A infecção pelo **H. pylori** tipicamente se inicia ou é mais predominante no antro gástrico. Quando a infecção é restrita ao antro (gastrite antral), há um estímulo para a secreção ácida. Se a infecção progredir para o corpo gástrico de forma intensa (pangastrite), pode ocorrer atrofia da mucosa e redução da acidez, o que está mais relacionado ao câncer gástrico do que à úlcera duodenal clássica.

c) Correta. Este é o mecanismo fisiopatológico clássico da úlcera duodenal associada ao **H. pylori**. A presença da bactéria no antro gástrico gera um processo inflamatório que reduz a população de células D (produtoras de somatostatina). Como a somatostatina é o "freio" natural da gastrina, sua redução leva à hipergastrinemia. A gastrina elevada estimula as glândulas oxínticas do corpo gástrico a produzirem mais ácido clorídrico (hipercloridria). Esse excesso de ácido atinge o duodeno, causando metaplasia gástrica e facilitando a formação da úlcera.

d) Incorreta. O mecanismo que leva à úlcera péptica, especialmente a duodenal, é caracterizado pelo aumento (e não pela diminuição) da produção de gastrina e de ácido clorídrico. A redução da acidez gástrica (hipocloridria) ocorre apenas em fases avançadas de gastrite atrófica multifocal, o que não é o mecanismo primário da

formação da úlcera péptica ativa pela bactéria.

Resumo do mecanismo: A infecção antral pelo *H. pylori* reduz a somatostatina -> ocorre hipergastrinemia secundária -> há aumento da secreção de ácido clorídrico pelas células parietais -> a carga ácida elevada agride a mucosa, resultando em ulceração.

Questão 15

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um distúrbio funcional comum, definido pelos Critérios de Roma IV como dor abdominal recorrente associada a alterações no hábito intestinal (constipação, diarreia ou ambos). Para responder a essa questão, é fundamental diferenciar as características típicas de um distúrbio funcional daquelas que sugerem doenças orgânicas (sinais de alerta).

Alternativa A - Incorreta: A SII não costuma cursar com anorexia ou desnutrição. Esses são considerados sinais de alerta ou sintomas de alarme (*red flags*). A presença de perda de peso significativa, anemia ou desnutrição deve conduzir o médico a investigar causas orgânicas, como neoplasias, doença celíaca ou doenças inflamatórias intestinais (DII).

Alternativa B - Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente o comportamento clínico da SII. A dor abdominal é frequentemente exacerbada pela ingestão de alimentos, muitas vezes devido a um reflexo gastrocólico hipersensível. Além disso, a forte conexão do eixo cérebro-intestino faz com que o estresse psicológico e a ansiedade sejam gatilhos primordiais para o surgimento ou a piora dos sintomas.

Alternativa C - Incorreta: Uma das características clássicas da SII é justamente a relação da dor com a defecação. Embora os Critérios de Roma IV descrevam que a dor está relacionada à evacuação (podendo melhorar ou piorar), a apresentação mais comum relatada pelos pacientes é o alívio ou a melhora do desconforto após a eliminação de fezes ou gases.

Alternativa D - Incorreta: A dor que acorda o paciente durante o sono (dor noturna) é um sinal de alerta clássico na gastroenterologia. Distúrbios funcionais, como a SII, geralmente manifestam sintomas apenas durante o período de vigília. Se o paciente desperta devido à dor ou à diarreia, a probabilidade de uma patologia orgânica (como infecções ou doenças inflamatórias) é muito maior.

Questão 16

I. VERDADEIRA: O vírus da hepatite B (HBV) pertence à família Hepadnaviridae e é o único entre os principais vírus causadores de hepatite (A, B, C, D e E) que possui o genoma composto por DNA (DNA de fita dupla parcial). Os vírus A, C, D e E possuem genoma de RNA.

II. VERDADEIRA: A infecção crônica pelo HBV é um dos principais fatores de risco para o carcinoma hepatocelular (CHC). Diferentemente de outras etiologias, o HBV pode causar câncer mesmo em fígados sem cirrose, pois o vírus consegue integrar seu DNA ao genoma da célula hospedeira, promovendo instabilidade genética. Grupos específicos, como homens de origem asiática acima de 40 anos e pacientes com histórico familiar de CHC, possuem um risco epidemiológico ainda mais elevado, sendo recomendada a vigilância ativa por meio de exames de imagem.

III. FALSA: O HBV não é completamente eliminado do organismo após a cura sorológica (quando ocorre a perda do HBsAg e o aparecimento do Anti-HBs). O vírus persiste no núcleo dos hepatócitos em uma forma estável conhecida como cccDNA (DNA circular covalentemente fechado). Esse reservatório latente pode sofrer reativação em casos de imunossupressão grave, como em pacientes submetidos a quimioterapia, transplantes ou uso de medicamentos biológicos, tornando o monitoramento essencial nesses cenários.

Portanto, a sequência correta é V - V - F.

Alternativa CORRETA: (d)

Questão 17

A alfa-1-antitripsina (AAT) é uma glicoproteína da família dos inibidores de serinoproteases (serpinas), produzida predominantemente pelos hepatócitos e secretada na circulação sistêmica. Sua função primordial é a proteção dos tecidos contra enzimas proteolíticas, com destaque para a elastase neutrofílica.

Alternativa a: Incorreta. A deficiência de AAT não se restringe ao fígado. Na verdade, ela é uma doença multissistêmica. Enquanto o dano hepático ocorre pelo acúmulo intracelular de proteínas mal dobradas que não conseguem ser secretadas (ganho de função tóxica), o dano pulmonar ocorre pela ausência da proteína na circulação (perda de função protetora).

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve o mecanismo fisiopatológico clássico da doença no sistema respiratório. Sob condições normais, a AAT neutraliza a elastase liberada pelos neutrófilos. Na falta dessa inibição, a elastase degrada

livremente a elastina e outros componentes da matriz extracelular dos alvéolos, levando à destruição do parênquima e ao desenvolvimento de enfisema pulmonar, tipicamente do tipo panacinar e com predomínio nas bases.

Alternativa c: Incorreta. Embora o fígado seja o maior produtor, a AAT também pode ser sintetizada em menores quantidades por monócitos, macrófagos alveolares e células epiteliais intestinais. Além disso, sua principal função biológica conhecida e clinicamente relevante ocorre justamente nos pulmões, onde protege contra a autodigestão enzimática.

Alternativa d: Incorreta. Pacientes que apresentam hepatopatia por deficiência de AAT geralmente possuem o fenótipo PiZZ, que cursa com níveis séricos da proteína extremamente baixos (cerca de 10% a 15% do normal). Portanto, esses pacientes estão em alto risco de desenvolver doença pulmonar grave, pois a quantidade de AAT circulante é insuficiente para proteger os pulmões contra o dano proteolítico.

Questão 18

A alternativa (a) está correta. As doenças glomerulares, ou glomerulopatias, são classificadas em primárias, quando a condição clínica e patológica está restrita ao rim, e secundárias, quando o acometimento glomerular é consequência de uma doença sistêmica que afeta diversos órgãos, como o lúpus eritematoso sistêmico, o diabetes mellitus, as vasculites ou infecções virais (hepatites B e C, HIV).

A alternativa (b) está incorreta. Embora a leucocitúria seja um marcador frequente de infecção do trato urinário (ITU), ela não é patognomônica. A presença de leucócitos na urina pode ocorrer em diversas condições inflamatórias não infecciosas, como na nefrite tubulointersticial aguda, na litíase renal, em casos de contaminação vaginal ou na chamada piúria estéril (comum na tuberculose geniturinária).

A alternativa (c) está incorreta. A hematúria dismórfica, caracterizada pela presença de hemácias com formas alteradas (como os acantócitos), é um marcador clássico de sangramento de origem glomerular, sendo o achado típico da síndrome nefrítica (caracterizada por inflamação, hipertensão e hematúria). Já a síndrome nefrótica define-se pela proteinúria maciça, edema e hipoalbuminemia, não tendo na hematúria dismórfica o seu achado principal ou definidor.

A alternativa (d) está incorreta. A definição clássica de proteinúria em nível nefrótico para adultos é a excreção de proteínas na urina superior a 3,5 gramas em 24 horas (ou uma relação proteína/creatinina urinária superior a 3.000 a 3.500 mg/g). O valor de 0,5 g/24h citado na alternativa é considerado uma proteinúria leve e está muito abaixo do limiar nefrótico.

Questão 19

Para entender a hiponatremia hiposmolar, é fundamental analisar a relação entre a quantidade de sódio corporal total e a água corporal total. A classificação baseada no volume (volemia) ajuda a identificar a causa subjacente.

Alternativa A: Incorreta. A hiponatremia euvolêmica não é caracterizada pela perda de solutos, mas sim por um leve aumento na água corporal total com o sódio corporal total praticamente normal. O exemplo clássico é a síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH). A descrição de perda de sódio e água refere-se à hiponatremia hipovolêmica.

Alternativa B: Incorreta. A hiponatremia hiposmolar pode se apresentar de três formas distintas. Sinais de desidratação são exclusivos da forma hipovolêmica. Na forma euvolêmica, o paciente parece ter volume normal ao exame físico, e na forma hipervolêmica, o paciente apresenta sinais de excesso de volume (edema, ascite, congestão).

Alternativa C: Correta. Na hiponatremia hipervolêmica, que ocorre em condições como insuficiência cardíaca, cirrose e síndrome nefrótica, o corpo retém tanto sódio quanto água devido à ativação de sistemas como o sistema renina-angiotensina-aldosterona. No entanto, a retenção de água é proporcionalmente maior do que a de sódio, o que dilui o sódio no compartimento extracelular, resultando em hiponatremia.

Alternativa D: Incorreta. A hiponatremia hipovolêmica é definida pela perda de fluidos corporais. O erro da alternativa está em falar em ganho de água. Nesse cenário, o paciente perde tanto sódio quanto água, mas a perda de sódio é mais acentuada, ou a reposição de volume é feita apenas com líquidos sem eletrólitos (água livre), o que reduz a concentração de sódio.

Questão 20

A Síndrome do Roubo da Subclávia (SRS) ocorre devido a uma estenose ou oclusão na porção proximal da artéria subclávia, especificamente antes da origem da artéria vertebral. Essa obstrução gera uma queda de pressão na circulação do membro superior afetado, invertendo o sentido do fluxo sanguíneo na artéria vertebral ipsilateral.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta. O ultrassom Doppler de carótidas e vertebrais é o exame inicial de escolha e extremamente útil. Ele permite identificar a

inversão do fluxo na artéria vertebral (fluxo retrógrado) e avaliar a gravidade da estenose na subclávia de forma não invasiva.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A principal causa da SRS é a aterosclerose, que tem o tabagismo como um de seus principais fatores de risco. Portanto, a síndrome está fortemente relacionada ao hábito de fumar. Embora seja mais frequente em pacientes com fatores de risco cardiovascular, a descrição do enunciado foca em um perfil epidemiológico específico para a questão.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A síncope, juntamente com tontura, vertigem e distúrbios visuais, faz parte do quadro clínico de insuficiência vertebrobasilar que pode ocorrer na SRS. O desvio de sangue do sistema nervoso central para o braço pode reduzir a perfusão cerebral a ponto de causar perda súbita de consciência.

Alternativa d: Esta alternativa está correta. A fisiopatologia da síndrome baseia-se justamente no gradiente de pressão criado pela estenose proximal da subclávia. Para compensar o baixo suprimento sanguíneo para o braço, o sangue flui de forma retrógrada pela artéria vertebral. Esse fenômeno é exacerbado durante o movimento ou exercício do membro superior, pois a musculatura exige maior aporte sanguíneo, intensificando o roubo de sangue da circulação cerebral.

Questão 21

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

PROPOSIÇÃO I (CORRETA): A *Escherichia coli* é o principal agente etiológico das infecções do trato urinário (ITU) em todas as faixas etárias pediátricas, com exceção de alguns períodos no recém-nascido. Nas meninas, devido à uretra mais curta e à proximidade com o ânus, a colonização por bactérias da flora intestinal (gram-negativas) é facilitada, e a *E. coli* chega a representar de 80% a 95% dos casos.

PROPOSIÇÃO II (INCORRETA): O agente mais comum é a *Escherichia coli*. O bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) é uma causa rara de ITU na infância. A tuberculose geniturinária geralmente ocorre por disseminação hematogênica após uma infecção primária pulmonar e costuma apresentar-se como piúria estéril (presença de leucócitos na urina com cultura negativa para bactérias comuns).

PROPOSIÇÃO III (CORRETA): O *Proteus* spp., especialmente o *Proteus mirabilis*, é conhecido por sua capacidade de produzir a enzima urease. Essa enzima quebra a ureia em amônia, o que aumenta o pH da urina (alcalinização). Esse processo

favorece a precipitação de cristais de fosfato amoníaco magnésiano, levando à formação de cálculos de estruvita. Esses cálculos podem causar obstrução do fluxo urinário e servir como foco para infecções persistentes e de difícil tratamento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Apenas II: Incorreta. A proposição II está errada porque a tuberculose não é o agente mais comum.

Alternativa b) Apenas I e III: Correta. Como demonstrado, a *E. coli* é o patógeno predominante (I) e o *Proteus* está classicamente associado à litíase e a quadros obstrutivos (III).

Alternativa c) Apenas I: Incorreta. Embora a proposição I esteja correta, a alternativa está incompleta, pois a proposição III também é verdadeira.

Alternativa d) Apenas II e III: Incorreta. A proposição II é falsa, o que invalida esta opção.

Questão 22

Alternativa (a) Incorreta: A minipuberdade ocorre em ambos os sexos, e não apenas em meninas. Esse fenômeno é caracterizado por um aumento transitório dos níveis de gonadotrofinas (LH e FSH) e esteroides sexuais logo após o nascimento, devido à perda do feedback negativo dos hormônios placentários. Nos meninos, esse pico geralmente declina por volta dos 6 meses de idade, enquanto nas meninas pode persistir de forma intermitente até os 2 ou 3 anos.

Alternativa (b) Incorreta: A adrenaquia e a gonadaquia são processos independentes. A adrenaquia corresponde ao aumento da produção de andrógenos pela zona reticular da glândula adrenal (principalmente DHEA e DHEAS) e ocorre habitualmente entre os 6 e 8 anos de idade, frequentemente precedendo a gonadaquia. Ela não é dependente da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HHG).

Alternativa (c) Correta: O GnRH (Hormônio Liberador de Gonadotrofinas) é um decapeptídeo sintetizado no hipotálamo e liberado de forma pulsátil no sistema porta-hipofisário. Ele possui uma meia-vida biológica curtíssima, variando entre 2 e 4 minutos, e sua função é estimular os gonadotrofos da adeno-hipófise a produzirem e liberarem o Hormônio Luteinizante (LH) e o Hormônio Folículo-estimulante (FSH).

Alternativa (d) Incorreta: A produção de esteroides sexuais pelas gônadas é dependente da ação das gonadotrofinas. O LH estimula as células de Leydig nos

testículos a produzirem testosterona e as células da teca nos ovários a produzirem andrógenos. O FSH estimula as células de Sertoli nos testículos (espermatogênese) e as células da granulosa nos ovários (conversão de andrógenos em estrogênios pela aromatase). Sem a sinalização do LH e FSH, a produção gonadal de esteroides fica severamente comprometida.

Questão 23

A principal diferença entre a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) e a Intolerância à Lactose reside na fisiopatologia de cada condição: uma é uma reação imunológica às proteínas, enquanto a outra é um problema digestivo/metabólico relacionado ao carboidrato (açúcar).

Análise das alternativas:

Alternativa a: CORRETA. Esta alternativa define a essência da distinção. A APLV é uma resposta do sistema imunológico contra as proteínas do leite (como caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina). Embora possa ser mediada por mecanismos IgE, não IgE ou mistos, a menção à Imunoglobulina E (IgE) caracteriza o processo imunológico. Já a Intolerância à Lactose é a incapacidade de digerir o açúcar do leite (lactose) devido à deficiência ou ausência da enzima lactase na borda em escova do intestino delgado.

Alternativa b: INCORRETA. Na verdade, ocorre o oposto. A APLV, por ser uma reação imunológica, frequentemente apresenta sintomas sistêmicos e em outros órgãos, como manifestações cutâneas (urticária, dermatite atópica), respiratórias (sibilância, rinite) e até anafilaxia. A Intolerância à Lactose apresenta sintomas quase exclusivamente gastrointestinais (distensão, flatulência, cólicas e diarreia osmótica) devido à fermentação da lactose não digerida pelas bactérias colônicas.

Alternativa c: INCORRETA. Embora o enunciado traga informações clinicamente verdadeiras sobre a epidemiologia (a APLV costuma ser transitória na infância e a intolerância primária surge mais tarde), isso não é o que "distingue" as patologias em sua natureza. Além disso, existem exceções, como a intolerância secundária em lactentes após gastroenterites e casos de APLV que persistem na vida adulta. A definição de uma doença não se baseia apenas na idade de início ou na evolução, mas no seu mecanismo básico.

Alternativa d: INCORRETA. A Intolerância à Lactose primária é extremamente rara em lactentes jovens (visto que a natureza prepara o bebê para o aleitamento). Sintomas relacionados ao leite nessa faixa etária, como os de João, apontam fortemente para APLV. Além disso, como mencionado na alternativa B, a APLV não se restringe a

sintomas gastrointestinais.

Conclusão: Para provas de residência, é fundamental memorizar que APLV é uma resposta à PROTEÍNA (imunológica) e Intolerância à Lactose é uma resposta ao CARBOIDRATO (enzimática).

Questão 24

Esta questão aborda a fisiologia da transição metabólica neonatal, um tema essencial para a pediatria e neonatologia. Para compreender a regulação da glicemia no recém-nascido, é necessário entender como o organismo se adapta à interrupção do aporte contínuo de glicose via placenta.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a ausência de amamentação precoce seja um fator de risco, o estresse do nascimento (como asfixia, hipotermia ou sepse) está diretamente relacionado à hipoglicemia. O estresse aumenta drasticamente o consumo periférico de glicose e acelera o esgotamento das reservas de glicogênio, sendo uma das principais causas de distúrbios metabólicos no período neonatal.

Alternativa B: Incorreta. A amamentação precoce, preferencialmente na primeira hora de vida (a hora de ouro), tem um impacto fundamental na prevenção da hipoglicemia. Ela fornece substratos exógenos que complementam a produção endógena de glicose. A manutenção da glicemia não depende exclusivamente do glicogênio hepático; ela depende da integração entre a glicogenólise, a gliconeogênese e o aporte enteral.

Alternativa C: Incorreta. A concentração de glicose fetal é cerca de 70% a 80% da concentração materna. Logo após o nascimento, com o clampeamento do cordão umbilical, ocorre uma queda fisiológica nos níveis de glicose, atingindo seu ponto mais baixo (nadir) entre 1 e 2 horas de vida. Após esse período, os níveis tendem a se estabilizar à medida que os mecanismos de contrarregulação entram em ação.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a adaptação fisiológica ao ambiente extrauterino. Após o nascimento, a queda nos níveis de glicose e o aumento do estresse fisiológico estimulam a liberação de hormônios contrarreguladores, especificamente o glucagon e as catecolaminas (epinefrina e norepinefrina). Esses hormônios promovem a glicogenólise hepática (quebra do glicogênio em glicose) e a lipólise, ao mesmo tempo em que suprimem a secreção de insulina. Esse rearranjo hormonal é o que garante a sobrevivência do neonato até que a alimentação seja estabelecida.

Questão 25

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O angioedema não é obrigatoriamente acompanhado de urticária; ele pode ocorrer de forma isolada. Além disso, a afirmação de que não apresenta riscos à saúde é falsa e perigosa, uma vez que o angioedema pode evoluir para a obstrução completa das vias aéreas superiores (edema de glote), o que representa risco iminente de morte.

Alternativa (b) CORRETA: A urticária é a manifestação cutânea mais comum da anafilaxia, caracterizada por placas eritematosas (avermelhadas), edematosas e com intenso prurido (coceira). Em crianças, os sinais cutâneos aparecem em cerca de 90% dos casos de anafilaxia. A alternativa destaca que esta pode ser a "única queixa", o que reflete a prática clínica em que crianças pequenas, por não conseguirem verbalizar sintomas internos como dispneia (falta de ar) ou hipotensão, manifestam ou têm percebidas apenas as alterações visíveis na pele no início da reação.

Alternativa (c) INCORRETA: O prurido é tipicamente um dos sintomas mais precoces da anafilaxia. Frequentemente, o paciente sente coceira e calor nas palmas das mãos, plantas dos pés e couro cabeludo antes mesmo do aparecimento de placas de urticária ou de sintomas respiratórios e circulatórios graves. Portanto, é um sinal de alerta inicial, e não tardio.

Alternativa (d) INCORRETA: O edema de lábios e língua é um sinal de angioedema, que, na suspeita de anafilaxia, é classificado como uma manifestação grave. Ele indica risco de comprometimento da via aérea e exige atenção médica imediata, com monitorização rigorosa e, na maioria dos protocolos, o uso imediato de adrenalina intramuscular para impedir a progressão da obstrução respiratória.

Questão 26

Afirmiação I: Falsa. A forma não clássica da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), também conhecida como forma de início tardio, não se manifesta com perda de sal nem é detectada logo após o nascimento por crises clínicas. Diferentemente da forma clássica, a atividade enzimática na forma não clássica é suficiente para manter a produção de cortisol e aldosterona em níveis basais. Os sintomas costumam surgir na infância ou adolescência e estão relacionados ao excesso de androgênios, como pubarca precoce, acne, hirsutismo e irregularidade menstrual. A crise de perda de sal é exclusiva da forma clássica perdedora de sal.

Afirmiação II: Verdadeira. Na forma clássica por deficiência da enzima 21-hidroxilase

(responsável por cerca de 95% dos casos de HAC), ocorre um bloqueio severo na conversão de precursores em cortisol e aldosterona. A deficiência de aldosterona prejudica a reabsorção de sódio e a excreção de potássio e hidrogênio nos túbulos renais. Isso leva a uma crise de perda de sal, caracterizada por desidratação grave, hiponatremia e hipercalemia, que tipicamente se manifesta entre a primeira e a terceira semana de vida (geralmente a partir do 7º ou 8º dia).

Afirmiação III: Verdadeira. O bloqueio enzimático na via da 21-hidroxilase faz com que os precursores acumulados (como a 17-OH-progesterona) sejam desviados para a via de síntese dos androgênios adrenais. No feto do sexo feminino, o excesso de testosterona e androstenediona durante o período crítico da diferenciação genital (entre a 9ª e a 14ª semana de gestação) causa a virilização da genitália externa. O quadro pode variar desde uma leve clitoromegalia até a fusão completa das pregas labioescrotais e formação de um seio urogenital único, conferindo um aspecto masculino à genitália, embora os órgãos internos (útero e ovários) sejam preservados.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque classifica a afirmação I como verdadeira e a III como falsa.

A alternativa (b) está incorreta porque classifica a afirmação I como verdadeira e a II como falsa.

A alternativa (c) está correta, pois identifica corretamente que apenas a afirmação I é falsa, enquanto a II e a III são verdadeiras.

A alternativa (d) está incorreta porque classifica a afirmação II como falsa.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma recém-nascida a termo, nascida por cesariana eletiva sem trabalho de parto, que apresenta taquipneia precoce logo após o nascimento. Os principais achados são a frequência respiratória elevada (80 irpm), saturação marginal e uma radiografia de tórax com sinais de hiperinsuflação e presença de líquido pulmonar (congestão peri-hilar e líquido nas fissuras). Esses dados formam o quadro clássico da Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN).

ESTÁ CORRETA. A TTRN, também conhecida como "pulmão úmido", ocorre devido ao atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal. O principal fator de risco é o parto

cesariano sem trabalho de parto prévio, pois a criança não passa pelo "aperto" do canal de parto e não sofre a influência hormonal (catecolaminas e corticoides) que ativa os canais de sódio para drenar o líquido dos alvéolos. A clínica é de taquipneia logo ao nascer, com boa evolução em 24 a 72 horas. O RX mostra hiperinsuflação, trama vascular proeminente e líquido na cisura, exatamente como descrito.

Alternativa b) Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-Nascido (SDR).

ESTÁ INCORRETA. A SDR (antiga Doença da Membrana Hialina) é causada pela deficiência de surfactante e acomete tipicamente recém-nascidos pré-termos (prematuros). Radiologicamente, a SDR apresenta-se com volume pulmonar reduzido (hipoinsuflação), infiltrado reticulogranular difuso e broncogramas aéreos, o que é o oposto da hiperinsuflação e das costelas horizontalizadas descritas no caso da Maria.

Alternativa c) Pneumonia neonatal.

ESTÁ INCORRETA. Embora a pneumonia possa causar taquipneia, ela geralmente está associada a fatores de risco infecciosos, como ruptura prolongada de membranas (bolsa rota), febre materna ou secreção purulenta. Na ausculta pulmonar, frequentemente haveria ruídos adventícios. O padrão radiológico da pneumonia costuma apresentar infiltrados alveolares localizados ou difusos, e não apenas sinais de congestão líquida e hiperinsuflação.

Alternativa d) Aspiração de mecônio.

ESTÁ INCORRETA. A Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) ocorre em recém-nascidos banhados em líquido amniótico meconial, geralmente associada ao sofrimento fetal e pós-maturidade. Clinicamente, o desconforto é muito mais grave desde o início. O RX na SAM mostra infiltrados grosseiros e irregulares (aspecto em "pipoca") entremeados com áreas de atelectasia e hiperinsuflação, um padrão muito mais heterogêneo do que o descrito na questão.

Questão 28

Alternativa a: Incorreta. A Febre Reumática (FR) está longe de ser uma condição rara, especialmente em países em desenvolvimento. Ela representa um grave problema de saúde pública e continua sendo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças e adultos jovens, exercendo um impacto socioeconômico e clínico muito significativo.

Alternativa b: Incorreta. Há dois erros principais nesta afirmação. Primeiro, a cardite não ocorre imediatamente após a infecção; existe um período de latência de aproximadamente 2 a 4 semanas entre a faringoamigdalite estreptocócica e o início dos sintomas da Febre Reumática Aguda (FRA). Segundo, a manifestação clínica mais comum da doença é a poliartrite migratória (presente em cerca de 75% dos casos),

enquanto a cardite, apesar de ser a manifestação mais grave, ocorre em cerca de 40% a 60% dos pacientes no primeiro surto.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a evolução da Cardiopatia Reumática Crônica. Pacientes que sofrem cardite moderada ou grave durante a fase aguda da doença apresentam um risco elevado de desenvolver danos valvares permanentes. O processo inflamatório recorrente e a cicatrização valvar levam a deformidades progressivas, como estenoses e insuficiências, que frequentemente exigem intervenção cirúrgica (troca ou reparo valvar) entre 10 e 30 anos após o episódio inicial.

Alternativa d: Incorreta. O padrão de acometimento valvar na Febre Reumática segue uma hierarquia clássica: a válvula mitral é a mais frequentemente afetada (geralmente manifestando-se como insuficiência mitral na fase aguda). A válvula aórtica é a segunda mais acometida, geralmente em associação com a lesão mitral. O envolvimento isolado da válvula aórtica é raro quando comparado ao envolvimento da mitral.

Questão 29

Alternativa (a) Incorreta. A *Moraxella catarrhalis* é uma bactéria gram-negativa e não um vírus. Portanto, a alternativa apresenta um erro de classificação biológica do agente. Além disso, mesmo como bactéria, ela não é a causa mais comum de pneumonia em crianças, sendo mais associada a otites e sinusites.

Alternativa (b) Correta. Os vírus são os principais agentes etiológicos das pneumonias em crianças, especialmente naquelas com menos de 5 anos de idade. Dentre os vírus respiratórios, o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) destaca-se como o patógeno mais frequentemente identificado, sendo também o principal responsável por quadros de bronquiolite aguda.

Alternativa (c) Incorreta. O principal agente bacteriano em crianças de praticamente todas as faixas etárias (excetuando o período neonatal imediato) é o *Streptococcus pneumoniae*, também conhecido como pneumococo. O *Staphylococcus aureus* é um agente importante, mas é muito menos comum que o pneumococo, estando geralmente associado a quadros clinicamente mais graves e complicações como abscessos e pneumatoceles.

Alternativa (d) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) já foi uma causa muito importante de pneumonia e meningite bacteriana. No entanto, com a introdução da vacina conjugada no calendário oficial de imunização (vacina pentavalente), houve uma redução drástica e sustentada na incidência de doenças

invasivas por esse agente. Atualmente, ele não é o agente mais frequente nas pneumonias bacterianas infantis.

Questão 30

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A vacina contra a Hepatite B é considerada uma das mais seguras e eficazes disponíveis. Quando o esquema vacinal completo é administrado corretamente, a taxa de soroconversão (produção de anticorpos protetores anti-HBs em níveis superiores a 10 mUI/mL) é superior a 95% em lactentes, crianças e adultos jovens.

Alternativa (b) Incorreta: A vacina não deve ser administrada exclusivamente a crianças acima de um ano. Pelo contrário, a primeira dose deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida do recém-nascido, ainda na maternidade. Essa estratégia é fundamental para prevenir a transmissão vertical (mãe-filho) e evitar que a criança se torne portadora crônica do vírus, risco que é muito mais elevado quando a infecção ocorre ao nascimento.

Alternativa (c) Incorreta: O esquema vacinal padrão para indivíduos não vacinados (adolescentes e adultos) consiste em três doses, com intervalo de 0, 1 e 6 meses. No Calendário Nacional de Vacinação do Brasil, a criança recebe a dose ao nascer (vacina monovalente) e completa o esquema com a vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de idade, totalizando quatro doses.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve precisamente a tecnologia de fabricação da vacina. Ela é classificada como uma vacina de subunidade, produzida por engenharia genética (DNA recombinante). O gene que codifica o antígeno de superfície do vírus (HBsAg) é inserido em células de levedura (*Saccharomyces cerevisiae*), que passam a expressar e produzir a proteína HBsAg em larga escala. Essa proteína é então purificada e utilizada para estimular a resposta imunológica do paciente, sem que haja qualquer risco de infecção, pois não contém o vírus vivo ou o seu genoma completo.

Questão 31

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

I. VERDADEIRA: A transmissão da tuberculose ocorre por via aérea, por meio de gotículas e aerossóis eliminados pela respiração, fala ou tosse, e não pelo leite materno. Portanto, a amamentação não é contraindicada. A mãe deve utilizar

máscara cirúrgica durante a amamentação e os cuidados com o bebê, além de higienizar rigorosamente as mãos. O recém-nascido deve receber a quimioprofilaxia prescrita, e a vacina BCG deve ser adiada até que se complete o protocolo preventivo.

II. FALSA: O reflexo de sucção e, principalmente, a coordenação motora entre as funções de sucção, deglutição e respiração não estão presentes desde o início da gestação. Essa maturidade neurológica costuma ser alcançada apenas entre a 32ª e a 34ª semana de idade gestacional. Por isso, recém-nascidos prematuros muitas vezes não conseguem mamar diretamente ao seio logo após o parto, necessitando de suporte nutricional por sonda gástrica até que se desenvolvam.

III. FALSA: A fisiologia da lactação é dividida em fases. A Lactogênese Fase I ocorre durante a gestação (a partir da metade da gravidez), quando a glândula mamária se diferencia e se torna capaz de secretar os componentes do leite, iniciando a produção de colostro. O que ocorre após o parto, especificamente entre o segundo e o quinto dia pós-parto, é a Lactogênese Fase II, também conhecida como apojadura ou descida do leite, desencadeada pela queda brusca dos níveis de progesterona após a saída da placenta.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: ESTÁ CORRETA. Apenas a proposição I apresenta informações tecnicamente adequadas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Alternativa B: ESTÁ INCORRETA. A proposição II é falsa, pois o reflexo e a coordenação dependem da idade gestacional e da maturidade do sistema nervoso.

Alternativa C: ESTÁ INCORRETA. A proposição III é falsa, pois a Fase I da lactogênese é um processo gestacional, e não exclusivamente pós-parto.

Alternativa D: ESTÁ INCORRETA. A proposição I é verdadeira, mas a proposição III é falsa, o que invalida esta opção.

Questão 32

Alternativa (a) Incorreta: Embora os beta-2 agonistas de curta duração (SABA), como o salbutamol, sejam medicamentos de escolha para o alívio imediato dos sintomas broncoespásticos, as diretrizes atuais (como a GINA) contraindicam o uso isolado de SABA no manejo da asma. O foco atual é a redução do risco de exacerbações graves, o que exige o uso concomitante de corticosteroides, seja de forma contínua ou no

manejo da crise, para tratar a inflamação subjacente das vias aéreas.

Alternativa (b) Incorreta: O manejo domiciliar deve ser interrompido e o atendimento médico de urgência deve ser buscado imediatamente se a criança apresentar sinais de gravidade, como desconforto respiratório intenso, dificuldade para falar, cianose ou se não houver melhora rápida após o uso do broncodilatador inicial. Orientar a família a "aguardar e monitorar" em casos graves é clinicamente perigoso e aumenta o risco de insuficiência respiratória.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa está alinhada com as principais diretrizes nacionais e internacionais. Para adolescentes e adultos que apresentam exacerbações de asma, a dose recomendada de prednisolona (ou prednisona) é de 1 mg/kg/dia, respeitando-se o limite máximo de 50 mg por dia. O ciclo curto, de cinco a sete dias, é eficaz para controlar a inflamação na maioria das crises, geralmente sem necessidade de desmame gradual da dose se utilizado por esse período.

Alternativa (d) Incorreta: Um dos pilares do tratamento da asma é o Plano de Ação por Escrito. Esse documento deve orientar os cuidadores a reconhecerem a perda do controle da doença e a iniciarem, de forma autônoma, o uso de corticosteroides orais em domicílio, conforme critérios previamente estabelecidos pelo médico. O objetivo é garantir que o tratamento anti-inflamatório sistêmico comece o mais rápido possível, o que comprovadamente reduz as taxas de hospitalização e a gravidade da crise.

Questão 33

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é típico de sífilis congênita precoce, caracterizada por manifestações clínicas que surgem nos primeiros dois anos de vida. O recém-nascido apresenta sinais patognomônicos e sugestivos, como a rinite sífilítica (secreção nasal serossanguinolenta), visceromegalias (hepatomegalia e esplenomegalia), baixo peso ao nascer e sinais de acometimento hematológico (icterícia e petéquias, que sugerem hemólise e trombocitopenia).

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A sífilis pode causar a pneumonia alba, um quadro de infiltrado inflamatório intersticial difuso que torna os pulmões esbranquiçados e pesados. No entanto, essa é uma manifestação grave, muitas vezes fatal ou presente em natimortos, sendo menos frequente e menos característica no manejo clínico do que as alterações hematológicas sistêmicas.

ALTERNATIVA B: CORRETA. A anemia hemolítica é considerada uma das manifestações precoces mais comuns e características da sífilis congênita. Trata-se

tipicamente de uma anemia normocítica e normocrômica, com teste de Coombs direto negativo. No caso clínico, a icterícia de início precoce (segundo dia de vida) e as petéquias corroboram o diagnóstico de destruição periférica de hemácias e plaquetas causada pela espiroqueta.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. O envolvimento renal na sífilis congênita pode ocorrer, manifestando-se tipicamente como síndrome nefrótica decorrente de glomerulonefrite por deposição de imunocomplexos. Contudo, é uma manifestação rara, ocorrendo em uma minoria dos casos sintomáticos, não sendo a manifestação mais característica entre as apresentadas.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A hipertensão arterial não é um achado associado à sífilis congênita. O comprometimento cardiovascular na sífilis é classicamente associado à forma adquirida tardia (como a aortite sífilítica no adulto) e não faz parte do espectro clínico neonatal da doença.

CONCLUSÃO

Diante de um recém-nascido com rinite persistente, aumento de órgãos abdominais e sinais de sangramento/icterícia, a anemia hemolítica é o achado laboratorial e clínico esperado que melhor define a agressão sistêmica da doença nessa fase.

Questão 34

CONTEÚDO TÉCNICO E EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

A Ventilação com Pressão Positiva (VPP) é considerada o procedimento mais importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto. O objetivo principal é promover a expansão pulmonar e garantir a troca gasosa adequada para reverter a hipoxemia e a bradicardia. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Programa de Reanimação Neonatal (PRN), a VPP deve ser iniciada se o recém-nascido apresentar apneia, respiração irregular (gasping) ou frequência cardíaca inferior a 100 batimentos por minuto após os cuidados iniciais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Uma frequência de 30 a 40 ventilações por minuto é considerada baixa para a necessidade fisiológica de um neonato em reanimação. Essa taxa pode não ser suficiente para atingir o volume-minuto necessário para a recuperação do paciente.

Alternativa b) Incorreta. Esta faixa é ainda mais lenta que a anterior e não mimetiza a

frequência respiratória fisiológica de um recém-nascido, sendo ineficaz para estabelecer uma capacidade residual funcional adequada durante a reanimação inicial.

Alternativa c) Incorreta. Frequências de 60 a 80 ventilações por minuto são excessivas. Ventilar muito rápido diminui o tempo expiratório, o que pode levar ao aprisionamento de ar (auto-PEEP), risco de pneumotórax e redução do débito cardíaco devido ao aumento da pressão intratorácica.

Alternativa d) CORRETA. A recomendação oficial das diretrizes nacionais e internacionais é realizar de 40 a 60 ventilações por minuto. Para manter esse ritmo, o socorrista deve utilizar a regra mnemônica Aperta - Solta - Solta. O ato de apertar o balão (balão autoinflável ou ventilador em T) corresponde à inspiração, e o comando solta-solta garante um tempo expiratório adequado, permitindo a saída do ar e evitando lesões pulmonares.

GABARITO: Letra D.

Questão 35

O caso clínico descreve uma apresentação clássica do eritema infeccioso, também conhecido como quinta doença, causado pelo parvovírus B19. Essa patologia é comum em crianças em idade escolar e apresenta uma evolução clínica muito característica em estágios.

O primeiro estágio é marcado pelo exantema facial, descrito como a aparência de "face esbofetada", em que há um eritema vivo nas bochechas com palidez perioral. O segundo estágio, que ocorre de um a quatro dias após o surgimento da mancha na face, envolve a disseminação para o tronco e extremidades.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O exantema do eritema infeccioso não é tipicamente escamoso (com descamação). Além disso, a progressão clássica inicia-se pela face (face esbofetada) e não pelo tronco. Lesões escamosas que começam no tronco são mais sugestivas de outras condições, como a pitiríase rósea.

b) Incorreta. O exantema vesicular (com pequenas bolhas ou vesículas) é característico de doenças como a varicela (catapora) ou a síndrome mão-pé-boca. No eritema infeccioso, as lesões são máculas e pápulas que não evoluem para vesículas.

c) Correta. Esta é a descrição clássica da segunda fase da doença. Após o eritema

facial, surgem máculas e pápulas eritematosas no tronco e membros. À medida que essas lesões começam a clarear no centro, o exantema assume um aspecto rendilhado, reticulado ou em rede. Esta é a característica mais marcante e específica para o diagnóstico clínico da doença nos concursos.

d) Incorreta. Embora possa haver um leve prurido em alguns pacientes, o exantema pápulo-urticariforme com prurido intenso é típico de reações alérgicas (urticária) ou de estrófulo (picada de inseto), não sendo o padrão esperado para o eritema infeccioso.

Vale lembrar que, após o desaparecimento, o exantema pode reaparecer por semanas devido a gatilhos como exposição solar, calor, banhos quentes, exercícios físicos ou estresse emocional, o que constitui a terceira fase da doença. No momento em que o exantema aparece, a criança geralmente já não é mais contagiosa.

Questão 36

Análise das afirmações:

Afirmiação I: Verdadeira. Diferentemente dos adultos, nos quais a insuficiência cardíaca (IC) costuma ser resultado de doenças adquiridas (como hipertensão ou infarto), na pediatria a causa predominante são as cardiopatias congênitas. Isso é especialmente evidente nos lactentes, nos quais malformações estruturais com shunt esquerda-direita (como a Comunicação Interventricular - CIV) ou lesões obstrutivas levam precocemente ao quadro de falência cardíaca.

Afirmiação II: Verdadeira. A IC de baixo débito é o tipo mais comum e caracteriza-se pela incapacidade do ventrículo de ejetar um volume de sangue suficiente para as demandas metabólicas do organismo. Isso geralmente está associado à disfunção sistólica, na qual há redução da contratilidade miocárdica, ou a sobrecargas de volume e pressão que exauzem a capacidade de bomba do coração.

Afirmiação III: Verdadeira. Os sinais clínicos na criança são específicos. A taquidispneia (aumento da frequência respiratória com esforço) ocorre pela congestão pulmonar. A irritabilidade é comum devido ao baixo débito e ao desconforto respiratório. O déficit de crescimento pômdero-estatural (failure to thrive) é um marcador clássico de gravidade, pois a criança apresenta um gasto energético muito elevado para respirar e, simultaneamente, tem dificuldade em se alimentar (dispneia às mamadas).

Explicação das alternativas:

a) CORRETA. Como todas as três afirmações são verdadeiras e fundamentadas na fisiopatologia e na clínica da cardiologia pediátrica, esta é a alternativa que deve ser assinalada.

b) INCORRETA. Esta alternativa classifica as afirmações II e III como falsas, porém, como demonstrado, ambas descrevem corretamente a definição de baixo débito e os sinais clínicos típicos da IC em crianças.

c) INCORRETA. Esta alternativa aponta a afirmação I como falsa, mas as cardiopatias congênitas são, de fato, a etiologia principal da IC em lactentes. Também erra ao considerar a afirmação III falsa.

d) INCORRETA. Esta opção classifica as duas primeiras afirmações como falsas, o que contradiz o conhecimento médico sobre a alta prevalência de causas congênitas e o mecanismo de disfunção sistólica na insuficiência cardíaca de baixo débito.

Questão 37

A sepse neonatal precoce é definida como aquela que ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida. Sua patogênese está diretamente relacionada à transmissão vertical, ou seja, à ascensão de microrganismos presentes no canal de parto ou no trato genital materno para o feto ou recém-nascido.

Alternativa a) Incorreta. A *Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo que pode causar sepse precoce grave, frequentemente associada à transmissão transplacentária e à formação de microabscessos (granulomatose infantisséptica). No entanto, sua incidência é muito menor quando comparada aos principais agentes bacterianos, não sendo considerada o agente principal.

Alternativa b) Incorreta. Os estafilococos coagulase-negativos, sendo o *Staphylococcus epidermidis* o representante mais comum, são os principais agentes da sepse neonatal tardia (aquela que ocorre após 72 horas de vida). Estão fortemente relacionados ao ambiente hospitalar, ao uso de dispositivos invasivos como cateteres venosos centrais e à prematuridade extrema.

Alternativa c) Incorreta. O *Staphylococcus aureus* é um patógeno frequente em infecções de pele e tecidos moles e também é um agente importante na sepse tardia ou nosocomial. Não é o agente típico da transmissão vertical que caracteriza a sepse precoce.

Alternativa d) Correta. O *Streptococcus agalactiae*, também chamado de Estreptococo do Grupo B (EGB), é o principal agente etiológico da sepse neonatal

precoce em todo o mundo. A colonização do trato gastrointestinal e geniturinário materno é o fator de risco primordial, o que fundamenta as estratégias de rastreio universal (swab vaginal e retal entre 35 e 37 semanas) e a antibioticoprofilaxia intraparto para gestantes colonizadas. Vale ressaltar que a *Escherichia coli* é o segundo agente mais comum, sendo particularmente relevante em recém-nascidos prematuros.

Questão 38

Comentário Técnico:

A aspiração de corpo estranho é uma causa importante de morbimortalidade na infância. Diante de um quadro de obstrução de via aérea por corpo estranho, a conduta varia conforme a gravidade da obstrução e a visibilidade do objeto. A questão foca especificamente na situação em que o corpo estranho está visível na orofaringe.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A observação clínica e a espera pela eliminação espontânea não são recomendadas quando o objeto está localizado na orofaringe e é visível, devido ao alto risco de deslocamento para vias aéreas inferiores, o que poderia causar uma obstrução total e insuficiência respiratória aguda.

Alternativa (b) Correta: De acordo com os protocolos de suporte de vida em pediatria (PALS) e diretrizes de primeiros socorros, se um corpo estranho é claramente visível na cavidade oral ou orofaringe, ele deve ser removido manualmente com um movimento de pinça (utilizando os dedos). A visualização direta permite que a retirada seja feita de forma precisa, minimizando o risco de empurrar o objeto para regiões mais profundas da laringe ou traqueia.

Alternativa (c) Incorreta: A varredura às cegas (blind finger sweep) é formalmente contraindicada em pediatria. Realizar movimentos amplos ou cegos na orofaringe pode empurrar um objeto que estava em uma posição segura para uma posição de obstrução total ou causar lesões nos tecidos moles da criança. A remoção só deve ser tentada se o objeto estiver visível.

Alternativa (d) Incorreta: As manobras de desobstrução (como as batidas nas costas e compressões torácicas em lactentes, ou a manobra de Heimlich em crianças maiores) são indicadas quando há uma obstrução grave da via aérea (tosse ineficaz, cianose, incapacidade de falar) e o objeto não é visível ou acessível. Se o objeto já está visível na orofaringe, a remoção direta é a conduta inicial mais lógica e rápida

antes de se proceder a manobras de pressão extrínseca.

Questão 39

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico de João é o exemplo clássico do chamado "golfador feliz". Ele apresenta regurgitações frequentes, que são comuns nessa faixa etária (pico entre 3 e 4 meses), devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior e à dieta predominantemente líquida. O ponto crucial para o diagnóstico diferencial é a ausência de sinais de alerta: o lactente ganha peso adequadamente, não é irritável, alimenta-se bem e o exame físico é normal.

Alternativa (a) CORRETA: As regurgitações de João caracterizam o Refluxo Gastroesofágico (RGE) fisiológico. Diferente da doença propriamente dita, o RGE fisiológico não causa danos à saúde da criança nem compromete seu desenvolvimento. A conduta correta é apenas a orientação familiar sobre a benignidade do quadro e medidas posturais, sem necessidade de exames complementares ou tratamento medicamentoso.

Alternativa (b) INCORRETA: Para ser diagnosticado com Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), João precisaria apresentar complicações decorrentes do refluxo, como baixo ganho ponderal, esofagite (manifestada por irritabilidade e choro excessivo), recusa alimentar ou sintomas respiratórios recorrentes. Como ele está saudável e ganhando peso, esse diagnóstico é excluído.

Alternativa (c) INCORRETA: A investigação para alergia alimentar, como a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), seria indicada se houvesse outros sintomas associados, como diarreia, sangue nas fezes, dermatite atópica grave ou déficit de crescimento. No caso apresentado, não há justificativa clínica para suspeitar de alergia.

Alternativa (d) INCORRETA: A estenose hipertrófica de piloro é uma condição cirúrgica que se manifesta geralmente entre a 3ª e a 6ª semana de vida. O sintoma principal são vômitos em jato (não apenas regurgitações), que ocorrem após quase todas as mamadas, levando rapidamente à desidratação e perda de peso, o que contradiz o estado clínico de João.

Questão 40

Alternativa (a) incorreta: O tratamento da doença celíaca baseia-se exclusivamente na dieta isenta de glúten por toda a vida. A ingestão de glúten é o gatilho da resposta imune que danifica a mucosa intestinal, portanto, suplementá-lo seria prejudicial e agravaria o quadro clínico do paciente.

Alternativa (b) incorreta: Os sintomas da doença celíaca vão muito além do trato gastrointestinal. Ela é considerada uma doença multissistêmica que frequentemente apresenta manifestações nutricionais e extraintestinais importantes, como anemia ferropriva refratária, osteopenia, dermatite herpetiforme, neuropatias e alterações de esmalte dentário.

Alternativa (c) correta: A fisiopatologia da doença envolve uma resposta imune que causa atrofia das vilosidades do intestino delgado, resultando em uma síndrome de má absorção. Em crianças e adolescentes, a incapacidade de absorver nutrientes essenciais, como gorduras, proteínas, vitaminas e minerais, compromete diretamente o crescimento linear e o ganho de peso, manifestando-se como baixa estatura e atraso no desenvolvimento pômbero-estatural.

Alternativa (d) incorreta: A doença celíaca é diagnosticada após a introdução de glúten na dieta, o que geralmente ocorre com a oferta de cereais como trigo, cevada e centeio. A associação de sintomas com a introdução de produtos lácteos é característica da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) ou da intolerância à lactose, não sendo o fator etiológico ou desencadeante da doença celíaca.

Questão 41

Proposição I: Incorreta. A reposição volêmica não substitui a necessidade de controle definitivo da hemorragia. No trauma, o sangramento ativo requer intervenção direta, como cirurgia, angioembolização ou estabilização de fraturas pélvicas. Além disso, o ATLS atual preconiza a ressuscitação equilibrada e a hipotensão permissiva em cenários específicos, evitando a reposição agressiva e contínua de cristaloides, que pode agravar a coagulopatia e aumentar o sangramento por diluição e hipotermia.

Proposição II: Correta. A hemorragia é a principal causa de morte evitável no paciente traumatizado. O protocolo ABCDE prioriza a identificação rápida e o controle de fontes de sangramento externo (por meio de compressão direta ou torniquetes) e a investigação de sangramentos internos ocultos, especialmente no tórax, abdome, pelve e ossos longos.

Proposição III: Correta. Na etapa B (Breathing - Respiração e Ventilação), o objetivo é garantir a oxigenação e ventilação adequadas. O exame físico é a base dessa fase: a

ausculta pulmonar identifica a presença ou ausência de murmúrio vesicular (essencial no diagnóstico de pneumotórax), enquanto a percussão ajuda a diferenciar condições críticas, como o pneumotórax hipertensivo (que apresenta hipertimpanismo) e o hemotórax maciço (que apresenta macicez/embotamento).

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a proposição III também é verdadeira.

A alternativa (b) está incorreta porque a proposição I é falsa.

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

A alternativa (d) está correta, pois as afirmações II e III estão tecnicamente adequadas aos protocolos internacionais de atendimento ao trauma.

Questão 42

Para a classificação do choque hemorrágico no trauma, utilizamos como parâmetro a tabela do ATLS (Advanced Trauma Life Support). O paciente em questão apresenta sinais clínicos que o enquadram na Hemorragia Classe II.

Análise das alternativas:

Hemorragia Classe II (Alternativa B - Correta): Esta classe é definida por uma perda volêmica entre 15% e 30% (aproximadamente 750 a 1.500 mL em um adulto). Os achados clínicos do paciente coincidem perfeitamente com esta categoria: a frequência cardíaca está entre 100 e 120 bpm (o paciente apresenta 110 bpm) e há presença de taquipneia (respiração rápida). Embora a pressão arterial sistólica possa se manter em níveis normais, ocorre uma diminuição na pressão de pulso (diferença entre a sistólica e a diastólica), o que justifica a sensação de tontura e a percepção de pressão levemente diminuída citada no enunciado.

Hemorragia Classe I (Alternativa A - Incorreta): Representa uma perda de até 15% do volume sanguíneo (até 750 mL). Nesta fase, os mecanismos compensatórios do corpo mantêm os sinais vitais dentro da normalidade. A frequência cardíaca permanece abaixo de 100 bpm, a pressão arterial e a frequência respiratória são normais, e o paciente não costuma apresentar tontura ou ansiedade significativa.

Hemorragia Classe III (Alternativa C - Incorreta): Ocorre com uma perda de 30% a 40% do volume (1.500 a 2.000 mL). É marcada por uma queda nítida e sustentada da pressão arterial sistólica. A frequência cardíaca geralmente excede os 120 bpm e a frequência respiratória é bastante elevada (30 a 40 incursões por minuto). Além disso, o estado mental do paciente já estaria mais comprometido, apresentando confusão mental evidente, o que diverge do paciente "consciente e orientado" da questão.

Hemorragia Classe IV (Alternativa D - Incorreta): É a forma mais grave de choque hemorrágico, com perda superior a 40% do volume sanguíneo (mais de 2.000 mL). O quadro é de choque franco, com taquicardia extrema (acima de 140 bpm), hipotensão severa, débito urinário quase nulo e o paciente encontra-se em estado de letargia, torpor ou inconsciência.

Em resumo, a frequência cardíaca de 110 bpm é o principal marcador que direciona o diagnóstico para a Classe II, conforme os critérios estabelecidos pelo ATLS.

Questão 43

Para compreender a resolução desta questão, devemos aplicar os protocolos de atendimento ao trauma cervical, especificamente as indicações de exploração cirúrgica imediata. No trauma de pescoço, os sinais clínicos são divididos em "hard signs" (sinais de certeza de lesão grave) e "soft signs" (sinais sugestivos).

O paciente apresenta três sinais clássicos que indicam a necessidade de intervenção cirúrgica imediata, conhecidos como sinais "duros":

1. Estridor: indica obstrução ou lesão iminente de via aérea superior (laringe/traqueia).
2. Enfisema subcutâneo: indica perda da integridade da via aérea ou do trato digestivo superior.
3. Hemorragia pulsátil: sinal inequívoco de lesão arterial maior.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A presença de sinais "duros" de lesão vascular (hemorragia pulsátil) e de via aérea (estridor e enfisema) torna a exploração cirúrgica mandatória e imediata. O objetivo é o controle do sangramento e a estabilização da via aérea e de eventuais lesões laringotraqueais ou esofágicas.

Alternativa b) Incorreta. A observação em setor não cirúrgico é reservada apenas para pacientes estáveis, sem sinais de alerta e, geralmente, após exames de imagem negativos. Um paciente com hemorragia pulsátil e estridor nunca deve ser apenas observado.

Alternativa c) Incorreta. A administração de antibióticos pode fazer parte do suporte (especialmente em lesões esofágicas), mas jamais substitui o tratamento cirúrgico das lesões mecânicas. A alta é contraindicada e representaria risco de morte iminente por asfixia ou choque hipovolêmico.

Alternativa d) Incorreta. O monitoramento clínico é indicado para pacientes assintomáticos ou com sinais muito leves ("soft signs") que passarão por propedêutica armada (angiogramia, endoscopia). No caso descrito, os sinais não são leves, mas sim indicadores de gravidade que exigem cirurgia imediata.

Questão 44

As queimaduras de terceiro grau, também conhecidas como queimaduras de espessura total, envolvem a destruição de todas as camadas da pele (epiderme e derme), podendo atingir tecidos mais profundos como gordura, músculos e ossos. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Queimaduras de terceiro grau, especialmente quando são circunferenciais em membros, apresentam um alto risco de isquemia. Isso ocorre porque o tecido queimado (escara) é inelástico e pode agir como um torniquete à medida que o edema se desenvolve no compartimento muscular, levando à síndrome compartimental. Nesses casos, procedimentos como a escarotomia são fundamentais para restaurar a perfusão.

Alternativa B: Incorreta. A cicatrização de uma queimadura de terceiro grau não é rápida e raramente ocorre de forma satisfatória sem intervenção. Como todos os anexos cutâneos (folículos pilosos e glândulas) foram destruídos, não há células epiteliais remanescentes para promover a reepitelização espontânea a partir do centro da ferida. O tratamento padrão quase sempre exige desbridamento e enxertia de pele.

Alternativa C: Correta. Esta é a descrição clássica das queimaduras de terceiro grau. A destruição total das camadas da pele resulta na formação de uma crosta ou escara de aspecto endurecido, seco e semelhante a couro (inelástica). A cor pode variar entre esbranquiçada, marrom ou preta (carbonizada).

Alternativa D: Incorreta. As bolhas (ou flictenas) são características marcantes das queimaduras de segundo grau (espessura parcial). Além disso, as queimaduras de terceiro grau são tipicamente indolores ao toque ou à pressão, pois os terminais nervosos localizados na derme foram completamente destruídos pelo calor. A dor sentida pelo paciente geralmente provém de áreas adjacentes de primeiro ou segundo grau.

Questão 45

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O sinal de Blumberg é caracterizado pela dor à descompressão súbita da parede abdominal, especificamente no ponto de McBurney. Este achado é um indicador de irritação peritoneal, sendo classicamente associado à apendicite aguda. A dor na região hepática à percussão, mencionada na alternativa, descreve o sinal de Torres Homem.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O sinal de Torres Homem consiste na dor intensa despertada pela percussão localizada sobre a área de projeção do fígado, sugerindo a presença de um abscesso hepático. A equimose na região inguinal e na base do pênis é denominada sinal de Fox, que ocorre devido ao rastreamento de sangue retroperitoneal, podendo estar presente em quadros de pancreatite aguda necro-hemorrágica ou outras hemorragias retroperitoneais.

ALTERNATIVA C - CORRETA: O sinal de Gersuny é pesquisado na palpação abdominal de massas que sugerem fecaloma. Ao pressionar a massa com os dedos e retirá-los lentamente, o examinador percebe uma sensação de crepitação ou descolamento. Esse fenômeno ocorre porque a mucosa intestinal, que estava aderida à massa fecal, separa-se dela conforme a parede abdominal retorna à posição original, permitindo a interposição de ar entre a mucosa e o fecaloma.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: O sinal de Hamman é um achado auscultatório e não de percussão lombar. Ele consiste em ruídos crepitantes ou cliques sincrônicos com os batimentos cardíacos, audíveis na região precordial, indicando pneumomediastino (presença de ar no mediastino). A dor produzida pela punho-percussão na região lombar, citada na alternativa, é o sinal de Giordano, frequentemente positivo em casos de pielonefrite.

Questão 46

Análise detalhada da questão:

O Escore de Alvarado é uma ferramenta de triagem clínica desenhada para auxiliar no diagnóstico da apendicite aguda, estratificando os pacientes em grupos de risco com base na probabilidade da doença. Ele utiliza uma combinação de dados da anamnese, exame físico e laboratoriais simples.

Afirmiação I (Falsa): No Escore de Alvarado, a pontuação de 5 ou 6 é considerada de risco intermediário (possível apendicite). Para esses pacientes, a conduta recomendada não é a cirurgia imediata, mas sim a observação clínica ou a realização de exames de imagem complementares (como tomografia ou ultrassonografia) para confirmar o diagnóstico. O alto risco, que indica alta probabilidade de apendicite e

maior tendência à indicação cirúrgica direta em alguns protocolos, é definido por uma pontuação de 7 a 10.

Afirmção II (Verdadeira): O escore é composto por oito critérios agrupados exatamente nessas três categorias. Os sintomas são: migração da dor para a fossa ilíaca direita (1 ponto), anorexia (1 ponto) e náuseas/vômitos (1 ponto). Os sinais clínicos são: dor à palpação da fossa ilíaca direita (2 pontos), descompressão dolorosa (1 ponto) e febre acima de 37,3 graus (1 ponto). Os achados laboratoriais são: leucocitose (2 pontos) e desvio à esquerda no leucograma (1 ponto).

Afirmção III (Verdadeira): Uma pontuação entre 0 e 3 pontos é classificada como de baixo risco. Nesses casos, a apendicite aguda é improvável, permitindo que o médico investigue outras causas para a dor abdominal ou dê alta ao paciente com orientações claras de retorno, caso os sintomas persistam ou piorem.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A primeira afirmação é falsa, mas as duas seguintes são verdadeiras.
- b) Correta. Reflete a análise de que a primeira afirmação é Falsa, a segunda é Verdadeira e a terceira é Verdadeira.
- c) Incorreta. A primeira afirmação não é verdadeira, pois 6 pontos não é considerado alto risco.
- d) Incorreta. As afirmações II e III estão tecnicamente corretas de acordo com a literatura médica e os critérios de Alvarado.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 47

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro de dor intensa e contínua no quadrante superior direito (QSD) com duração de 5 horas, associada a febre, náuseas e vômitos. A irradiação para o ombro direito é um detalhe fundamental, pois indica irritação do diafragma ou do nervo frênico, algo comum em processos inflamatórios da vesícula biliar.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Apendicite aguda: Incorreta. A apendicite tipicamente se manifesta com dor que inicia na região periumbilical e migra para o quadrante inferior direito (fossa ilíaca direita). Embora existam apresentações atípicas, a localização no QSD e

a irradiação para o ombro não são os achados esperados para esta condição.

Alternativa b) Úlcera perforada: Incorreta. A perfuração de uma úlcera gastroduodenal costuma causar uma dor de início súbito e catastrófico, levando ao quadro de abdome em tábua devido à peritonite química generalizada. Apesar de poder causar dor no andar superior do abdome, a evolução descrita com febre e irradiação específica é mais sugestiva de colecistite.

Alternativa c) Pancreatite aguda: Incorreta. A dor da pancreatite é caracteristicamente localizada no epigástrio com irradiação em faixa para o dorso. Embora as náuseas e vômitos sejam frequentes, a febre no início do quadro não é tão comum quanto na colecistite, e a irradiação para o ombro direito foge do padrão clássico da doença pancreática.

Alternativa d) Colecistite aguda: Correta. O quadro clínico é soberano para esta alternativa. A dor no quadrante superior direito, de caráter contínuo (diferente da cólica biliar que é intermitente), com duração prolongada e acompanhada de febre define o processo inflamatório da vesícula biliar. A irradiação para o ombro direito ou região escapular é um achado clássico (conhecido às vezes como sinal de Boas) causado pela irritação de terminações nervosas próximas ao diafragma.

Questão 48

A Trombose Arterial Mesentérica (TAM) é uma forma de isquemia mesentérica aguda que ocorre, na maioria das vezes, devido à oclusão de uma artéria que já apresentava estenose prévia por placas de ateroma (aterosclerose). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: A fisiopatologia da TAM geralmente envolve uma base de isquemia mesentérica crônica. O paciente costuma apresentar uma história prévia de angina abdominal, caracterizada por dor abdominal intensa cerca de 15 a 30 minutos após as refeições (dor pós-prandial). Essa dor leva ao medo de comer (sitofobia) e à consequente perda de peso. A trombose aguda ocorre quando uma dessas placas ateroscleróticas sofre uma ruptura ou erosão, levando à oclusão total e súbita do lúmen vascular.

Alternativa (b) INCORRETA: Como a TAM é uma manifestação da doença aterosclerótica sistêmica, fatores de risco clássicos para aterosclerose, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e dislipidemia, estão fortemente associados ao desenvolvimento dessa condição.

Alternativa (c) INCORRETA: A dor abdominal na TAM (e na isquemia mesentérica

aguda em geral) é classicamente descrita como desproporcional ao exame físico. O paciente refere dor excruciante, mas, nas fases iniciais, o abdome encontra-se flácido, sem massas ou sinais de irritação peritoneal. Os sinais de peritonite (como descompressão dolorosa) surgem apenas tardiamente, indicando necrose transmural e perfuração intestinal.

Alternativa (d) INCORRETA: A principal causa de isquemia mesentérica aguda é o embolismo arterial mesentérico (geralmente originado por arritmias como fibrilação atrial ou trombos murais pós-infarto), e não a trombose. Além disso, a TAM acomete tipicamente pacientes idosos com vasculopatia generalizada, e não pacientes jovens sem comorbidades. Em jovens, quando ocorre isquemia mesentérica, deve-se suspeitar de causas como vasculites, estados de hipercoagulabilidade ou traumatismos.

Questão 49

A Técnica de Hasson, também conhecida como laparoscopia aberta, é um dos métodos para a criação do pneumoperitônio e acesso à cavidade abdominal. Diferentemente da técnica fechada (com agulha de Veress), a técnica de Hasson envolve a dissecação por planos sob visão direta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na técnica de Hasson, utiliza-se obrigatoriamente um trocarte rombo (ponta romba). Como a cavidade já foi aberta por dissecação e o peritônio já foi incidido sob visão direta, não há necessidade de um mandril pontiagudo ou cortante para perfurar os tecidos, o que é uma das principais medidas de segurança do método.

b) Incorreta. A insuflação rápida do pneumoperitônio sempre apresenta riscos hemodinâmicos, independentemente da técnica de acesso. O aumento súbito da pressão intra-abdominal pode causar estimulação vagal (levando a bradicardia ou arritmias), além de diminuir o retorno venoso e o débito cardíaco.

c) Incorreta. Esta descrição refere-se à técnica fechada ou clássica, na qual se utiliza a agulha de Veress para insuflar o abdome antes da introdução do primeiro trocarte. Na técnica de Hasson, o trocarte é posicionado na cavidade aberta e fixado à aponeurose antes de se iniciar a insuflação de CO₂.

d) Correta. A principal vantagem da técnica de Hasson é o controle visual direto. Ao dissecar os tecidos (pele, tecido subcutâneo, aponeurose e peritônio) antes de introduzir o trocarte, o cirurgião elimina a entrada "às cegas". Isso reduz

drasticamente o risco de lesões inadvertidas em grandes vasos e vísceras, além de permitir um controle mais preciso do posicionamento do dispositivo antes de iniciar a insuflação. Embora a alternativa mencione a "insuflação rápida", o foco principal é que o controle direto no acesso minimiza as complicações mecânicas e permite monitorar melhor a resposta do paciente ao início do pneumoperitônio.

Resumo: A técnica de Hasson é o padrão-ouro para segurança em pacientes com cirurgias abdominais prévias (devido ao risco de adesões) e para evitar lesões vasculares graves no acesso inicial, pois substitui a perfuração cega pela dissecação anatômica.

Questão 50

A Técnica de Lichtenstein revolucionou a cirurgia das hérnias ao consolidar o conceito de reparo sem tensão (*tension-free*), utilizando uma tela protética para reforçar a região inguinal. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Uma das maiores vantagens da técnica de Lichtenstein é justamente a sua baixa taxa de recidiva. Em centros especializados e mãos experientes, o índice de recorrência é geralmente inferior a 1% ou 2%, sendo muito distante dos 10% mencionados na alternativa.

Alternativa B: Incorreta. A técnica é o padrão-ouro para o tratamento de hérnias inguinais em adultos, independentemente de serem diretas ou indiretas. Ela trata a fragilidade da parede posterior e o alargamento do anel inguinal de forma global.

Alternativa C: Correta. A técnica foi concebida para realizar um reforço completo do assoalho do canal inguinal. A tela de polipropileno cobre e reforça a fáscia transversalis (corrigindo o defeito das hérnias diretas) e, ao mesmo tempo, suas "caudas" são cruzadas ao redor do cordão espermático para reforçar o anel inguinal interno (corrigindo a dilatação responsável pelas hérnias indiretas).

Alternativa D: Incorreta. Esta descrição refere-se às técnicas teciduais ou anatômicas, como as de Bassini ou Shouldice, que utilizam apenas suturas para aproximar as estruturas anatômicas. A característica fundamental e definidora da técnica de Lichtenstein é o uso da tela (prótese) para evitar a tensão nas linhas de sutura, o que reduz a dor pós-operatória e o risco de recidiva.

Gabarito: Letra (c).

Questão 51

Análise das proposições:

Proposição I: Incorreta. O erro da assertiva está na palavra "sempre". Embora a fonte cardiogênica seja a mais comum (em cerca de 80% a 90% dos casos, associada a condições como fibrilação atrial ou sequelas de infarto), os êmbolos também podem se originar de fontes arteriais proximais, como em aneurismas ou placas de ateroma ulceradas (embolia artéria-artéria). Além disso, existem êmbolos de natureza não trombótica, como gordura, ar, corpos estranhos ou vegetações valvares.

Proposição II: Correta. A trombose arterial aguda ocorre tipicamente sobre um vaso já previamente doente. O mecanismo fisiopatológico principal é a instabilização de uma placa aterosclerótica preexistente. Quando essa placa sofre ruptura ou erosão, expõe o conteúdo subendotelial ao fluxo sanguíneo, ativando a agregação plaquetária e a cascata de coagulação, o que leva à formação do trombo in situ e à oclusão do vaso.

Proposição III: Incorreta. Na verdade, a apresentação clínica da embolia costuma ser muito mais exuberante e grave do que a da trombose. Isso ocorre porque, na trombose, o paciente geralmente já apresenta aterosclerose crônica, o que estimula o desenvolvimento gradual de circulação colateral ao longo do tempo. Na embolia, o êmbolo frequentemente se aloja em uma artéria previamente saudável e sem vasos colaterais compensatórios, resultando em uma interrupção abrupta e total do suprimento sanguíneo, com sintomas de isquemia mais severos.

Portanto, apenas a proposição II está correta.

Alternativa correta: Letra (a).

Questão 52

Análise da Questão:

O tratamento do câncer de próstata é guiado pela estratificação de risco (NCCN ou D'Amico). O grupo de risco intermediário desfavorável é caracterizado por apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: mais de um fator de risco intermediário (PSA entre 10 e 20 ng/mL, estágio T2b ou T2c, ou escore de Gleason 7), padrão de Gleason 4+3=7 (em vez de 3+4=7), ou uma alta porcentagem de fragmentos de biópsia positivos (mais de 50%). Para esse grupo, o tratamento deve ser definitivo e agressivo.

Alternativa (a) Incorreta: A radioterapia externa isolada não é a recomendação ideal para o risco intermediário desfavorável. Quando se opta pela radioterapia nesse perfil de paciente, as diretrizes recomendam a associação obrigatória de terapia de

privação androgênica (hormonioterapia) por um período de 4 a 6 meses, ou a combinação de radioterapia externa com braquiterapia. A monoterapia com radioterapia externa costuma ser reservada para casos de risco baixo ou intermediário favorável.

Alternativa (b) Correta: A prostatectomia radical é uma das opções terapêuticas padrão para pacientes com risco intermediário desfavorável que apresentam boa expectativa de vida (geralmente acima de 10 anos). Nesse grupo, a realização da linfadenectomia pélvica é recomendada durante o procedimento cirúrgico, pois existe um risco significativo de acometimento linfonodal oculto que precisa ser avaliado para o correto estadiamento e controle da doença.

Alternativa (c) Incorreta: A vigilância ativa é a estratégia de eleição para pacientes com câncer de próstata de risco muito baixo ou baixo. No caso do risco intermediário, ela é aceitável apenas para pacientes selecionados no grupo "favorável". Para o risco intermediário desfavorável, a vigilância ativa é contraindicada na maioria das vezes devido ao alto potencial de progressão da doença para estágios metastáticos, sendo o tratamento ativo mandatório.

Alternativa (d) Incorreta: Afirmar que a vigilância ativa serve para todos os casos é um erro conceitual grave. O tratamento do câncer de próstata é individualizado. Pacientes com risco intermediário desfavorável, alto risco ou doença localmente avançada necessitam de intervenções definitivas (cirurgia ou radioterapia associada a bloqueio hormonal) para reduzir a mortalidade específica pela doença.

Questão 53

Para responder a essa questão, é fundamental dominar a Classificação de Hinchey (especificamente a versão modificada por Wasvary ou Kaiser) e as diretrizes de manejo da diverticulite aguda complicada.

A Classificação de Hinchey divide a doença da seguinte forma:

- Estágio 0: Diverticulite clínica leve (apenas inflamação da parede do cólon).
- Estágio Ia: Inflamação pericólica e flegmão (sem abscesso).
- Estágio Ib: Abscesso pericólico ou mesentérico localizado, próximo ao segmento inflamado.
- Estágio II: Abscesso pélvico, abdominal ou retroperitoneal à distância.
- Estágio III: Peritonite purulenta generalizada.
- Estágio IV: Peritonite fecal (perfuração livre com saída de fezes).

No caso descrito, o paciente apresenta um abscesso pericólico confinado ao mesentério, o que o enquadra no Estágio Ib.

Quanto ao tratamento para o estágio Ib:

A conduta depende do tamanho do abscesso. A maioria dos consensos (como o da Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto - ASCRS) estabelece que abscessos pequenos, geralmente menores que 3 cm ou 4 cm, podem ser tratados com sucesso apenas com antibioticoterapia intravenosa e suporte clínico (repouso intestinal e hidratação). A drenagem percutânea fica reservada para abscessos maiores ou para casos que não respondem ao tratamento clínico inicial. Como o abscesso do paciente tem 3 cm, a conduta inicial é conservadora.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estágio 0 é a diverticulite não complicada. A presença de um abscesso já torna a doença complicada, exigindo classificação superior e, na maioria das vezes, internação hospitalar para administração de antibióticos venosos.

b) Incorreta. Embora o estágio Ib esteja correto para a descrição do abscesso pericólico, a drenagem percutânea é indicada preferencialmente para abscessos maiores (geralmente acima de 3 cm ou 4 cm, dependendo do protocolo adotado). Para uma coleção de 3 cm, o tratamento conservador é a primeira escolha.

c) Incorreta. O estágio Ia corresponde ao flegmão pericólico, no qual há inflamação, mas ainda não houve a formação de uma coleção purulenta (abscesso) organizada.

d) Correta. O estágio Ib reflete o abscesso pericólico ou mesentérico localizado. Devido ao tamanho de 3 cm, o tratamento preconizado é o suporte clínico associado à antibioticoterapia, apresentando altas taxas de resolução sem necessidade de intervenção invasiva imediata.

Questão 54

Texto Original:

A questão aborda a correlação entre traumas ortopédicos e lesões vasculares específicas. Para responder corretamente, é necessário o conhecimento da anatomia vascular e sua relação com as estruturas ósseas adjacentes.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A luxação do ombro, especialmente a do tipo anterior, está classicamente associada a lesões da artéria axilar ou do nervo axilar. A artéria braquial tem seu início apenas após a borda inferior do músculo redondo maior, situando-se mais distalmente em relação à articulação do ombro.

Alternativa (b) Incorreta: Sintomas ou traumas na região do pé estão relacionados à vascularização dos membros inferiores, como as artérias tibiais (anterior e posterior) e a artéria fibular. Não há qualquer conexão anatômica entre traumas no pé e a artéria braquial, que é exclusiva do membro superior.

Alternativa (c) Correta: A fratura supracondiliana do úmero é uma lesão comum, especialmente na população pediátrica. Devido à proximidade anatômica, o fragmento ósseo proximal deslocado (geralmente em quedas com o cotovelo em extensão) pode comprimir, lacerar ou causar espasmo na artéria braquial, que passa anteriormente à região distal do úmero. Essa é uma situação de emergência, pois a interrupção do fluxo sanguíneo pode levar à isquemia aguda do antebraço e a complicações graves, como a Contratura Isquêmica de Volkmann.

Alternativa (d) Incorreta: Uma hemorragia ativa na coxa indica lesão de vasos calibrosos do membro inferior, mais especificamente da artéria femoral (comum, superficial ou profunda). Assim como na alternativa (b), a topografia é incompatível com a artéria braquial.

Questão 55

A úlcera péptica perfurada é uma das causas mais comuns de abdome agudo perfurativo. O quadro clínico clássico envolve dor abdominal de início súbito e intensidade excruciante, frequentemente descrita como dor em facada. A perfuração permite que ar e conteúdo gástrico ou duodenal ganhem a cavidade peritoneal, gerando um quadro de peritonite química inicial que evolui rapidamente para peritonite bacteriana.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na úlcera perfurada, a irritação do peritônio pelo conteúdo gástrico ácido provoca uma contração reflexa da musculatura abdominal. O exame físico revela um abdome rígido, conhecido como ventre em tábua, e sinais claros de irritação peritoneal, o oposto de um abdome flácido.

Alternativa b) Correta. O Sinal de Jobert é um achado semiológico clássico e patognomônico do pneumoperitônio no contexto clínico adequado. Quando ocorre a perfuração de uma víscera oca (como o estômago ou duodeno), o ar livre na cavidade abdominal se desloca para a parte mais alta. Com o paciente em decúbito dorsal ou semissentado, o ar se interpõe entre o fígado e a parede toracoabdominal. Isso faz com que a percussão da região da linha axilar média direita, onde normalmente haveria macicez hepática, apresente som timpânico.

Alternativa c) Incorreta. A dor na perfuração péptica é extremamente intensa e de início abrupto. Ela costuma ser bem localizada inicialmente no andar superior do abdome e depois se torna difusa com a progressão da peritonite. Além disso, é comum haver irradiação para os ombros, fenômeno conhecido como sinal de Kehr, devido à irritação do nervo frênico.

Alternativa d) Incorreta. A dor é predominantemente abdominal. Embora a dor possa irradiar para o dorso em casos específicos (como em úlceras de parede posterior que penetram no pâncreas), a característica típica da perfuração livre na cavidade é a dor abdominal generalizada e súbita, não restrita à região dorsal.

Portanto, o reconhecimento do Sinal de Jobert (letra b) é fundamental para o diagnóstico clínico de perfuração de víscera oca, indicando a presença de gás livre na cavidade peritoneal.

Questão 56

Esta questão aborda a fisiopatologia e o manejo da obstrução intestinal por bridas, um tema recorrente e fundamental na prática cirúrgica. Abaixo, a análise detalhada de cada item:

Afirmiação I: Verdadeira. As aderências intestinais (bridas) representam a causa mais comum de obstrução mecânica do intestino delgado (obstrução alta) em países desenvolvidos, sendo responsáveis por aproximadamente 60% a 75% dos casos. Elas superam outras causas importantes, como hérnias da parede abdominal e neoplasias.

Afirmiação II: Verdadeira. O principal fator etiológico para a formação de aderências é a manipulação cirúrgica prévia. Cirurgias realizadas no abdômen inferior e na pelve, como apendicectomias, cirurgias colorretais e procedimentos ginecológicos, possuem um potencial maior de gerar bridas que causem obstrução, devido à maior mobilidade e disposição das alças de intestino delgado nessa região.

Afirmiação III: Verdadeira. Em casos de obstrução intestinal por bridas sem sinais de complicações (como isquemia, perfuração ou peritonite), o protocolo inicial preconiza o tratamento conservador. Este consiste em jejum, decompressão gastrointestinal com sonda nasogástrica, hidratação venosa e correção de distúrbios eletrolíticos. Estudos demonstram que uma grande parcela dos pacientes (com taxas variando entre 40% e 80% na literatura especializada) apresenta resolução do quadro obstrutivo apenas com essas medidas, sem necessidade de intervenção cirúrgica imediata.

Conclusão: Como todas as afirmações são verdadeiras, a alternativa correta é a (c).

Questão 57

O volvo gástrico agudo é uma emergência cirúrgica que ocorre quando o estômago rotaciona sobre seu próprio eixo (seja no eixo organoaxial ou mesenteroaxial), levando a uma obstrução em alça fechada que pode evoluir para isquemia, necrose e perfuração.

Alternativa a) Correta. A Tríade de Borchardt é o sinal clínico clássico associado ao volvo gástrico agudo, ocorrendo em cerca de 70% dos pacientes. Ela é composta por três achados fundamentais: 1. Dor epigástrica súbita e intensa; 2. Esforços de vômito repetidos, porém improdutivos (o paciente sente ânsia, mas não consegue expelir o conteúdo gástrico); 3. Incapacidade de progressão de uma sonda nasogástrica para o interior do estômago, devido à obstrução mecânica causada pela torção do órgão.

Alternativa b) Incorreta. A diarreia não é um sintoma de volvo gástrico. Por se tratar de uma obstrução mecânica alta e severa, o trânsito intestinal é interrompido, impedindo a passagem de conteúdo para o trato digestivo distal.

Alternativa c) Incorreta. Icterícia (amarelamento de pele e mucosas) e prurido (coceira) são sinais sugestivos de doenças hepatobiliares ou obstrução das vias biliares (colestase), como ocorre na coledocolitíase ou em tumores de cabeça de pâncreas, não tendo relação com a torção gástrica.

Alternativa d) Incorreta. O estômago localiza-se no andar superior do abdome (epigástrio e hipocôndrio esquerdo). Portanto, a dor do volvo gástrico é superior e pode até irradiar para o tórax. Dor no quadrante inferior esquerdo é característica de afecções do cólon sigmoide (como diverticulite) ou problemas urológicos e ginecológicos.

Gabarito: Letra (a).

Questão 58

O Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) roto é uma emergência cirúrgica crítica que exige diagnóstico rápido. A tríade clássica descrita na literatura é composta por: dor abdominal ou lombar, hipotensão arterial e a presença de uma massa abdominal pulsátil. É importante destacar que essa tríade completa está presente em apenas aproximadamente 50% dos pacientes, o que reforça a necessidade de um alto índice de suspeição clínica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A febre não é um sinal típico do aneurisma roto. Embora a dor possa ocorrer, a febre sugeriria outros diagnósticos, como um aneurisma inflamatório ou infectado (micótico), ou mesmo outras patologias abdominais, como colecistite ou abscessos.

Alternativa b) Incorreta. A icterícia indica disfunção hepatobiliar ou hemólise maciça, e a diarreia não é um sintoma cardinal da ruptura da aorta. Esses sinais direcionariam o raciocínio clínico para doenças do trato gastrointestinal ou do sistema biliar.

Alternativa c) Incorreta. Dor no quadrante inferior direito associada a náuseas e vômitos é a apresentação clássica de apendicite aguda. Embora o AAA possa mimetizar diversas dores abdominais, essa localização específica e os sintomas associados não compõem a tríade da ruptura aórtica.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os três elementos da tríade clássica. A dor abdominal intensa resulta da expansão súbita e do extravasamento de sangue para o espaço retroperitoneal ou peritoneal. A hipotensão é consequência do choque hipovolêmico pelo sangramento. A massa abdominal pulsátil é o próprio aneurisma que, devido ao seu volume e à sua localização anatômica, torna-se palpável durante o exame físico, mantendo o componente pulsátil da circulação arterial.

Questão 59

DEFINIÇÃO E CONTEXTO:

Uma fístula é definida como uma comunicação anormal entre duas superfícies epitelizadas, como entre dois órgãos ocultos ou entre um órgão interno e a pele. Para que uma fístula se forme, geralmente é necessário um processo inflamatório ou isquêmico crônico que atravesse as camadas teciduais, permitindo a criação de um trajeto persistente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A hemorragia ativa é uma intercorrência aguda decorrente da ruptura de vasos sanguíneos. Embora possa ocorrer simultaneamente a uma fístula (como na fístula aortoentérica), a hemorragia em si não é a causa ou o fator predisponente para a formação do trajeto epitelizado; ela é uma consequência de uma lesão vascular.

Alternativa b) Correta. A Doença de Crohn é o exemplo clássico de doença intestinal intrínseca que predispõe à formação de fístulas. Isso ocorre porque a inflamação na Doença de Crohn é transmural, ou seja, acomete todas as camadas da parede intestinal (mucosa, submucosa, muscular e serosa). Essa inflamação profunda leva à formação de úlceras penetrantes que podem aderir a órgãos adjacentes ou à parede abdominal, criando trajetos fistulosos (enteroentéricos, enterovesicais, enterocutâneos ou perianais).

Alternativa c) Incorreta. Infecções de pele isoladas e superficiais, como celulites ou impetigo, não costumam resultar em fístulas. Embora abscessos profundos (como os perianais) possam evoluir para fístulas, a alternativa é genérica e, comparativamente, as doenças inflamatórias intestinais são causas muito mais prevalentes e características de fístulas complexas na prática clínica e em provas de residência.

Alternativa d) Incorreta. A exposição a altas temperaturas causa queimaduras térmicas e necrose tecidual. Embora uma queimadura grave possa destruir tecidos e gerar comunicações anômalas durante o processo de cicatrização ou perda de substância, isso não é considerado um fator predisponente comum ou típico para a formação de fístulas adquiridas no contexto médico geral.

CONCLUSÃO:

O conhecimento da natureza transmural da Doença de Crohn é fundamental para responder a essa questão, consolidando-a como o principal fator predisponente entre as opções apresentadas. Além da Doença de Crohn, outras causas comuns de fístulas incluem complicações cirúrgicas, diverticulite, neoplasias e radioterapia.

Questão 60

A alternativa correta é a (c). Abaixo, analisamos detalhadamente cada uma das opções:

Alternativa a: Incorreta. A característica de possuir um nó distinto para cada alça de fio define a sutura em pontos separados (ou interrompidos). Na sutura contínua, o fio passa sucessivas vezes pela ferida sem ser cortado, resultando em nós apenas no início e no final do procedimento (ou quando há necessidade de emendar o fio).

Alternativa b: Incorreta. A sutura contínua promove uma vedação mais hermética da ferida, o que dificulta a drenagem de secreções. Pelo contrário, são os pontos separados que permitem uma melhor drenagem de exsudatos, sangue ou seromas entre os espaços de cada ponto, sendo preferíveis em feridas com maior risco de

infecção ou coleção.

Alternativa c: Correta. Esta é a definição técnica da sutura contínua. Ela pode ser aplicada de forma linear (como no chulé simples ou na sutura intradérmica) ou de forma circunferencial (como na sutura em bolsa de tabaco, utilizada para invaginar cotos de órgãos ocos). A técnica utiliza um nó de ancoragem inicial e um nó de finalização, mantendo a tensão ao longo de toda a extensão da sutura.

Alternativa d: Incorreta. A sutura contínua é, na verdade, mais hemostática do que a sutura em pontos separados. Isso ocorre porque a tensão exercida pelo fio é distribuída de forma ininterrupta ao longo de toda a borda da ferida, comprimindo de maneira mais eficaz os pequenos vasos sanguíneos. Por esse motivo, é frequentemente utilizada em tecidos muito vascularizados, como o couro cabeludo ou o útero.

Questão 61

Proposição I: Correta. Didaticamente, o ciclo menstrual é dividido em fases ovarianas e uterinas. A fase folicular ovariana tem início no primeiro dia da menstruação, momento em que os níveis de progesterona e estrogênio estão baixos. Ela se estende por um período variável até que ocorra o pico de hormônio luteinizante (LH), que é o estímulo determinante para a ovulação (rompimento do folículo e liberação do óvulo), ocorrendo aproximadamente 34 a 36 horas após o início deste pico.

Proposição II: Correta. No final da fase lútea do ciclo anterior, a regressão do corpo lúteo causa a queda de estrogênio, progesterona e inibina A. Essa queda retira o feedback negativo sobre a hipófise, permitindo que o hormônio folículo-estimulante (FSH) suba nos primeiros dias do novo ciclo. O FSH atua nas células da granulosa, promovendo o recrutamento de uma coorte de folículos e estimulando a atividade da enzima aromatase, que converte androgênios em estradiol. Além disso, as células da granulosa produzem inibina B, que é o marcador da fase folicular.

Proposição III: Correta. Este é o mecanismo biológico de seleção do folículo dominante. Conforme os níveis de estradiol e inibina B sobem, eles exercem feedback negativo na hipófise, reduzindo a secreção de FSH. O folículo que se torna dominante (geralmente aquele que iniciou o desenvolvimento com maior sensibilidade ao FSH) possui uma maior concentração de receptores de FSH e uma maquinaria enzimática (aromatase) mais eficiente. Isso permite que ele sobreviva e continue crescendo em um ambiente de FSH decrescente, enquanto os demais folículos da coorte, que possuem menos receptores, sofrem atresia por privação hormonal.

Análise das Alternativas:

Como as três proposições descrevem mecanismos fisiológicos fundamentais e precisos do ciclo menstrual, todas estão corretas.

Alternativa a) Incorreta. Não apenas a III está correta.

Alternativa b) Incorreta. Não apenas a II está correta.

Alternativa c) Incorreta. A proposição II também é verdadeira.

Alternativa d) Correta. Todas as proposições (I, II e III) estão tecnicamente corretas e se complementam na explicação da fase folicular.

Questão 62

Esta questão aborda os critérios diagnósticos do hirsutismo e sua relação com disfunções endócrinas, como a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). O hirsutismo é definido como a presença de pelos terminais (pelos grossos, pigmentados e longos) em áreas de distribuição tipicamente masculina na mulher.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): O diagnóstico de hirsutismo é essencialmente clínico. Embora o Índice de Ferriman-Gallwey seja a ferramenta padronizada para quantificar a extensão do hirsutismo, a presença de pelos terminais em áreas altamente sensíveis aos andrógenos, como a face (queixo, buço) e o peito, é suficiente para o diagnóstico clínico. Em muitos casos, mesmo que a soma total das nove áreas do corpo não atinja o ponto de corte numérico rígido, a presença localizada de pelos terminais nessas áreas indica uma ação androgênica anômala que merece investigação e tratamento.

Alternativa B (INCORRETA): O ponto de corte no Índice de Ferriman-Gallwey varia conforme a etnia. Para mulheres brancas (caucasianas), negras e hispânicas, o escore utilizado para definir hirsutismo é geralmente maior ou igual a 8. Escores mais baixos, como 2 ou 3, são reservados para populações que naturalmente possuem menor densidade de folículos pilosos, como as mulheres de etnia asiática (orientais).

Alternativa C (INCORRETA): O Índice de Ferriman-Gallwey modificado é uma escala visual que avalia o crescimento de pelos em nove áreas distintas do corpo, e não apenas na face. As áreas são: lábio superior, queixo, tórax, abdômen superior, abdômen inferior, braços, coxas, dorso superior e região sacral (dorso inferior). Cada área recebe uma pontuação de 0 a 4, totalizando um escore máximo de 36.

Alternativa D (INCORRETA): O hirsutismo não é obrigatoriamente acompanhado de irregularidade menstrual. No hirsutismo idiopático, por exemplo, a mulher apresenta

excesso de pelos, mas mantém ciclos ovulatórios regulares e níveis de andrógenos circulantes normais. Isso ocorre devido a uma maior sensibilidade local dos folículos pilosos aos hormônios ou a um aumento da atividade da enzima 5-alfa-redutase na pele. Na SOP, a irregularidade menstrual é comum, mas não é uma regra universal para todos os casos de excesso de pelos.

Questão 63

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação detalhada:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o ultrassom transvaginal com preparo intestinal seja um exame excelente e de alta sensibilidade para detectar endometriose profunda e endometriomas ovarianos, ele não é considerado o padrão-ouro. O ultrassom é um exame operador-dependente e pode apresentar limitações significativas na identificação de lesões superficiais ou iniciais no peritônio.

Alternativa (b) Incorreta: Os exames de imagem, como a ressonância magnética e o ultrassom especializado, são cruciais para o mapeamento da doença e planejamento cirúrgico, mas não são suficientes para o diagnóstico definitivo em todos os casos. O diagnóstico de certeza, em rigor científico, exige a visualização direta das lesões e, preferencialmente, a confirmação por estudo anatomopatológico (biópsia). Além disso, exames de imagem normais não excluem a presença de endometriose superficial.

Alternativa (c) Correta: A videolaparoscopia permanece como o padrão-ouro (gold standard) para o diagnóstico da endometriose. Este procedimento permite ao cirurgião inspecionar diretamente toda a cavidade pélvica e abdominal, identificando focos de diferentes aspectos (lesões pretas, vermelhas ou brancas). Além da visualização, permite a coleta de material para biópsia, o que fornece a confirmação histológica da presença de glândulas e estroma endometrial fora do útero.

Alternativa (d) Incorreta: A videolaparoscopia é, sim, um procedimento invasivo. Trata-se de uma cirurgia realizada sob anestesia geral, que requer a criação de um pneumoperitônio (insuflação de gás no abdome) e a inserção de trocartes através de incisões na parede abdominal. Apesar de ser uma técnica minimamente invasiva quando comparada à laparotomia (cirurgia aberta), ela ainda carrega riscos cirúrgicos e anestésicos.

Questão 64

O sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) categoriza os achados mamários para padronizar as condutas. A categoria 3 é definida como achados provavelmente benignos, com um risco de malignidade estimado em até 2 por cento.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta porque os achados BI-RADS 3 requerem obrigatoriamente um acompanhamento diferenciado para confirmar a estabilidade da lesão. Apenas os achados BI-RADS 2 são considerados benignos e dispensam o controle em curto prazo, seguindo apenas o rastreamento anual de rotina para a faixa etária.

Alternativa b: Está correta. A conduta recomendada para o BI-RADS 3 é o controle radiológico em intervalos menores que o habitual para monitorar a estabilidade. O esquema clássico sugerido envolve o acompanhamento inicial em 6 meses, seguido por controle aos 12 e 24 meses. Se a lesão mantiver estabilidade morfológica e dimensional após 24 meses de seguimento, ela pode ser reclassificada para a categoria 2 (benigna).

Alternativa c: Está incorreta. O risco de malignidade na categoria 3 é muito baixo, variando entre maior que 0 por cento e menor ou igual a 2 por cento. Riscos superiores a 2 por cento (indo até 95 por cento) enquadram o achado na categoria 4, que indica suspeição e necessidade de investigação.

Alternativa d: Está incorreta. A principal característica do BI-RADS 3 é justamente permitir a observação para evitar biópsias desnecessárias em lesões com baixíssima probabilidade de câncer. A biópsia imediata é a conduta padrão para as categorias 4 e 5. No BI-RADS 3, a biópsia só é realizada em casos de exceção, como desejo da paciente, ansiedade extrema ou se a lesão apresentar evolução durante o seguimento.

Questão 65

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Vaginose Bacteriana (VB). A VB é um desequilíbrio da flora vaginal (disbiose), caracterizado pela redução de *Lactobacillus* e proliferação de bactérias anaeróbias, especialmente a *Gardnerella vaginalis*. Diferente das vaginites, a VB não provoca uma resposta inflamatória na mucosa, o que explica a ausência de dor, coceira ou vermelhidão no exame físico.

Os achados relatados preenchem os Critérios de Amsel, utilizados para o diagnóstico clínico da condição:

1. Corrimento homogêneo, branco ou acinzentado.
2. pH vaginal elevado (maior que 4,5).
3. Odor característico (semelhante a peixe), que se acentua com o aumento do pH vaginal, como ocorre após o contato com o sêmen (que é alcalino) durante o coito ou com o sangue menstrual.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: CORRETA. Esta alternativa descreve com precisão o quadro de Vaginose Bacteriana. O corrimento é tipicamente branco-acinzentado e o odor desagradável é a principal queixa. A ausência de sinais inflamatórios (eritema ou edema) é o marcador fundamental que diferencia a vaginose das vaginites.

Alternativa B: INCORRETA. A Vaginose Bacteriana define-se justamente pela ausência de sinais inflamatórios. A presença de inflamação sugeriria um diagnóstico diferencial ou uma infecção mista com agentes que causam vaginite (como fungos ou protozoários), o que contradiz o exame físico descrito na questão.

Alternativa C: INCORRETA. A Tricomoniase é uma vaginite infecciosa e inflamatória. O corrimento costuma ser amarelo-esverdeado, bolhoso e acompanhado de sinais como o colo uterino com aspecto de framboesa (colpite focal) e irritação vulvovaginal. Embora o pH também seja elevado na tricomoníase, a falta de sinais inflamatórios no caso de Ana descarta essa opção.

Alternativa D: INCORRETA. A Candidíase é caracterizada por intenso prurido (coceira) e sinais inflamatórios evidentes (edema e eritema). O corrimento é branco e grumoso (aspecto de leite coalhado), geralmente sem odor forte, e o pH vaginal costuma ser normal ou ácido (menor que 4,5), o que não condiz com os achados da paciente.

Questão 66

Análise das afirmações:

Afirmiação I (Falsa): A Incontinência Urinária aos Esforços (IUE) não é causada por anormalidades estruturais na bexiga. Na verdade, a IUE decorre de uma falha no mecanismo de vedação da uretra. Isso ocorre principalmente por dois motivos: a hiper mobilidade uretral, resultante do enfraquecimento do suporte do assoalho pélvico e da fásia endopélvica, ou a deficiência esfíncteriana intrínseca. Problemas na bexiga, como contrações involuntárias do músculo detrusor, estão relacionados à

Incontinência Urinária de Urgência.

Afirmção II (Verdadeira): Esta afirmação define a fisiopatologia básica da IUE. A perda de urina acontece no momento em que qualquer esforço físico eleva a pressão dentro do abdome. Se essa pressão abdominal superar a capacidade de resistência da uretra, ocorre o escape. Tosse, espirro, riso, levantamento de peso e exercícios são gatilhos típicos.

Afirmção III (Verdadeira): O desenvolvimento da IUE é multifatorial. O parto vaginal pode causar danos neurológicos e musculares no assoalho pélvico; a multiparidade aumenta a sobrecarga crônica sobre essas estruturas; e o envelhecimento leva à redução dos níveis de estrogênio (importante para o trofismo uretral) e alterações na qualidade do colágeno, reduzindo a sustentação dos órgãos pélvicos.

Análise das alternativas:

a) F, F, V: Incorreta, pois a afirmação II é verdadeira. A pressão intra-abdominal é o fator desencadeante clássico da IUE.

b) V, V, F: Incorreta, pois a afirmação I é falsa (a causa é uretral/suporte, não vesical) e a afirmação III é verdadeira (os fatores de risco citados são os principais da patologia).

c) F, V, V: CORRETA. A primeira afirmação está errada ao atribuir a causa à bexiga, enquanto a segunda e a terceira descrevem corretamente o mecanismo e os fatores de risco da IUE.

d) V, F, F: Incorreta, pois inverte totalmente a lógica da patologia, considerando a causa como sendo na bexiga e negando os mecanismos de esforço e fatores de risco estabelecidos.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 67

A infecção pela *Chlamydia trachomatis* é a causa bacteriana mais frequente de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no mundo. Sua principal característica clínica é o comportamento oligossintomático ou assintomático, o que representa um desafio para o diagnóstico e controle da transmissão. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A secreção purulenta abundante e a dor intensa ao exame

pélvico (como a dor à mobilização do colo uterino) são sinais mais sugestivos de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* ou de uma evolução para Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Na cervicite por clamídia, o conteúdo vaginal costuma ser menos exuberante, apresentando-se frequentemente como um aspecto mucopurulento discreto.

Alternativa b) Incorreta. Em medicina, termos determinísticos como "sempre" geralmente tornam a alternativa errada. Embora a clamídia seja um fator de risco comprovado para desfechos obstétricos e perinatais negativos, como o trabalho de parto prematuro e a endometrite puerperal, essas complicações não ocorrem em todos os casos de infecção.

Alternativa c) Incorreta. Febre alta e dor abdominal severa são sinais de alerta para complicações sistêmicas ou para o acometimento do trato genital superior (útero, tubas uterinas e peritônio), configurando a Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A cervicite, por definição, é uma inflamação restrita ao colo do útero e, habitualmente, não causa sintomas sistêmicos graves ou necessidade de internação imediata.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa resume perfeitamente o perfil da infecção. Estima-se que cerca de 70% a 80% das mulheres infectadas não apresentem sintomas claros. Quando presentes, os sinais clínicos comuns incluem o edema da mucosa endocervical, a hiperemia (vermelhidão) e a friabilidade do colo do útero. Essa friabilidade torna o tecido sensível ao toque, o que explica o sangramento observado durante a coleta de exames citopatológicos ou após a relação sexual (sangramento pós-coito).

Questão 68

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O *Mycobacterium tuberculosis* é o agente causador da tuberculose genital. Embora ele possa afetar o trato genital superior, causando salpingite e infertilidade, ele não é um patógeno sexualmente transmissível frequente no contexto da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) aguda. A tuberculose genital costuma ter uma evolução crônica e ocorre geralmente por disseminação hematogênica a partir de um foco pulmonar.

Alternativa b: Incorreta. Existe uma associação clássica entre o *Actinomyces israelii* e usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), especialmente em casos de uso prolongado. Contudo, o *Actinomyces* é uma causa rara de DIP, e não uma causa comum. Na prática clínica, o achado dessa bactéria em exames de rotina (Papanicolau) em pacientes assintomáticas nem sequer indica a necessidade de

tratamento ou de remoção do DIU.

Alternativa c: Correta. A vaginose bacteriana caracteriza-se por um desequilíbrio da flora vaginal, com redução drástica de lactobacilos e proliferação de bactérias anaeróbias. Essa condição altera o ambiente vaginal e cervical, facilitando a ascensão de microrganismos para o trato superior. Estudos demonstram que a vaginose bacteriana é um fator de risco independente que pode dobrar o risco de desenvolvimento de DIP, mesmo que as bactérias da vaginose não sejam as únicas responsáveis pelo quadro.

Alternativa d: Incorreta. A *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae* são, de fato, os principais agentes iniciadores da DIP e devem sempre ser cobertos pelo tratamento empírico. No entanto, a DIP é classicamente uma infecção polimicrobiana. Em muitos casos, especialmente nos mais graves ou com formação de abscessos, encontram-se outros agentes como *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, estreptococos e diversos anaeróbios. O termo sempre torna a alternativa incorreta.

Questão 69

A conduta frente aos pólipos endometriais é determinada pelo potencial de malignização e pela sintomatologia da paciente. A maioria dos pólipos é benigna, mas a remoção cirúrgica (polipectomia) é recomendada sempre que houver sintomas, como o sangramento uterino anormal. Em casos assintomáticos, a indicação de cirurgia baseia-se em critérios específicos de risco.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Pólipos que se exteriorizam pelo canal cervical, conhecidos como pólipos prolapsados ou paridos, devem ser removidos mesmo que a paciente não apresente sangramento. Isso se justifica pelo elevado risco de torção do pedículo, necrose do tecido e infecção secundária devido à exposição da lesão ao ambiente vaginal e à flora bacteriana local.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Na pós-menopausa, o risco de malignidade é maior, porém, em mulheres assintomáticas e sem fatores de risco associados, como a obesidade (a alternativa cita peso normal), pólipos pequenos podem ser apenas acompanhados com ultrassonografia periódica, dependendo do protocolo clínico adotado.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora o diabetes seja um fator de risco metabólico para o câncer de endométrio, um pólipo de apenas 0,8 cm em paciente assintomática é considerado pequeno. Geralmente, em pacientes sem sintomas, a indicação cirúrgica por tamanho ocorre quando a lesão ultrapassa 1,5 cm ou 2,0 cm.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Em mulheres na pré-menopausa, pólipos menores que 1,5 cm que não causam sintomas possuem uma taxa de regressão espontânea de cerca de 25%. O risco de malignidade para pólipos assintomáticos nesse grupo etário é inferior a 1%, o que torna a conduta expectante a mais adequada.

Questão 70

O músculo levantador do ânus é o principal componente do diafragma pélvico, uma estrutura muscular em formato de funil que sustenta as vísceras pélvicas e resiste ao aumento da pressão intra-abdominal. Para fins anatômicos e de provas de residência, ele é classicamente dividido em três porções principais, definidas por sua origem e inserção.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora apresente o pubococcígeo e o puborretal, o termo pubovaginal (em mulheres) ou puboprostático (em homens) refere-se, na verdade, às fibras mais mediais do músculo pubococcígeo. Esta alternativa peca por omitir o músculo iliococcígeo, que é uma das três divisões primárias fundamentais da estrutura.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa lista as três divisões clássicas do músculo levantador do ânus:

1. Puborretal: É a porção mais medial, espessa e inferior. Forma uma alça em forma de "U" (alça puborretal) em torno da junção anorretal, sendo o principal responsável pelo ângulo anorretal e pela continência fecal.
2. Pubococcígeo: É a porção intermediária, originando-se na face posterior do corpo do púbis e inserindo-se no cóccix e no ligamento anococcígeo.
3. Iliococcígeo: É a porção mais lateral e posterior. Origina-se no arco tendíneo da fáscia do músculo obturador interno e se insere no cóccix. Frequentemente é a parte mais delgada do complexo.

Alternativa C: Incorreta. Assim como na alternativa A, o erro reside na substituição do músculo puborretal pelo termo pubovaginal. O músculo puborretal é uma entidade anatômica e funcional distinta e indispensável na descrição do levantador do ânus.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa exclui o puborretal, que é clinicamente a parte mais importante para a manutenção da continência. O pubovaginal é considerado uma subdivisão ou feixe de fibras do pubococcígeo, e não uma das três partes principais autônomas do complexo.

Resumo para fixação:

Ao estudar o assoalho pélvico para provas, memorize a tríade do Levantador do Ânus: Puborretal (medial), Pubococcígeo (intermediário) e Iliococcígeo (lateral). Juntos, eles formam a maior parte do suporte muscular da pelve.

Questão 71

Análise das proposições:

Proposição I: Correta. O antecedente obstétrico de parto prematuro espontâneo é, isoladamente, o fator de risco individual mais importante para a recorrência em uma gestação atual. O risco de repetição varia de 15% a 30% (média de 25%) e existe uma tendência clínica de o novo evento ocorrer em idade gestacional semelhante à do parto anterior.

Proposição II: Correta. As infecções urinárias são causas clássicas de gatilho para o trabalho de parto prematuro. A presença de bactérias e a resposta inflamatória do hospedeiro liberam citocinas e prostaglandinas que estimulam a contratilidade uterina. Isso se aplica tanto às infecções sintomáticas (cistite e pielonefrite) quanto à bacteriúria assintomática, que deve ser sempre rastreada e tratada na gestação para evitar essa complicação.

Proposição III: Correta. A vaginose bacteriana caracteriza-se por um desequilíbrio da flora vaginal, com redução de lactobacilos e aumento de germes anaeróbios. Essa condição está fortemente associada a desfechos gestacionais negativos. A ascensão desses microrganismos pode causar enfraquecimento das membranas corioamnióticas (levando à rotura prematura), infecção do líquido amniótico (corioamnionite), além de desencadear o trabalho de parto prematuro e perdas gestacionais tardias (abortamento espontâneo do segundo trimestre).

Conclusão: Como todas as proposições apresentam informações tecnicamente precisas e amplamente aceitas na literatura obstétrica atual, a alternativa correta é a (d).

Questão 72

A Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) a termo, ou seja, a partir de 37 semanas de gestação, é uma situação clínica comum na prática obstétrica. O principal objetivo do manejo nessa idade gestacional é minimizar o risco de infecção ascendente (corioamnionite) e infecção neonatal, garantindo o melhor desfecho para o binômio mãe-feto.

Alternativa A (Correta): De acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais (como o Ministério da Saúde e o ACOG), a conduta preferencial na RPMO a termo é a indução do parto. Estudos demonstram que a conduta ativa (indução) reduz significativamente o risco de corioamnionite e de internação em UTI neonatal quando comparada à conduta expectante, sem aumentar as taxas de cesariana. A escolha entre ocitocina e misoprostol dependerá das condições cervicais (Índice de Bishop).

Alternativa B (Incorreta): Esperar o surgimento de febre ou sinais de infecção para intervir é uma conduta reativa e perigosa. O objetivo da assistência pré-natal e intraparto é justamente prevenir a infecção. Se a paciente já apresenta febre, taquicardia materna/fetal ou útero doloroso, o diagnóstico já é de corioamnionite, o que impõe a resolução imediata do parto sob antibioticoterapia terapêutica, e não apenas uma indução eletiva por ruptura de membranas.

Alternativa C (Incorreta): O uso de antibióticos profiláticos para prolongar o período de latência é indicado na ruptura prematura de membranas pré-termo (abaixo de 37 semanas). Na gestação a termo, o uso de antibióticos não é rotineiro apenas pela ruptura em si, sendo reservado para a profilaxia de estreptococo do grupo B (GBS), caso a paciente tenha indicação (cultura positiva ou status desconhecido com mais de 18 horas de bolsa rota), ou em casos de infecção confirmada.

Alternativa D (Incorreta): Embora seja verdade que cerca de 70% a 95% das gestantes a termo entrem em trabalho de parto espontâneo em até 24 a 48 horas, o acompanhamento clínico puramente expectante (aguardar o trabalho de parto espontâneo) está associado a um risco maior de infecções maternas e neonatais em comparação com a indução imediata. Portanto, a conduta ativa é a recomendação padrão para reduzir a morbidade infecciosa.

Questão 73

A prevenção da Hemorragia Pós-Parto (HPP) é fundamentada no Manejo Ativo do Terceiro Período do Parto, um conjunto de intervenções recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por diretrizes como as da FEBRASGO. O objetivo é garantir a contração uterina eficaz logo após a saída do feto, evitando a atonia uterina, que é a principal causa de HPP (responsável por cerca de 70% a 80% dos casos).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado entre

1 e 3 minutos após o nascimento) é uma recomendação atual para beneficiar o recém-nascido, aumentando seus estoques de ferro. No entanto, essa prática não se restringe apenas aos partos normais (deve ser feita também em cesarianas, se o bebê estiver estável) e, embora faça parte do manejo do terceiro período, a medida mais crítica para prevenir a hemorragia materna é o uso de uterotônicos.

Alternativa b: Incorreta. A suspensão de anticoagulantes é um manejo de risco que deve ser planejado previamente ao parto, dependendo da droga utilizada (como a transição de heparina de baixo peso molecular para heparina não fracionada ou suspensão temporária). Não é uma intervenção padrão ou essencial do terceiro período do trabalho de parto para a população geral, mas sim um cuidado específico para pacientes selecionadas.

Alternativa c: Correta. Esta é a intervenção isolada mais importante para a prevenção da HPP. O manejo ativo do terceiro período preconiza o uso universal e profilático de 10 UI de ocitocina por via intramuscular (ou intravenosa, conforme protocolo local) em todas as mulheres, imediatamente após o nascimento do bebê. Essa prática reduz significativamente a incidência de atonia uterina e a necessidade de transfusões sanguíneas.

Alternativa d: Incorreta. A massagem uterina rotineira não é mais considerada uma intervenção obrigatória para todas as mulheres se a ocitocina profilática tiver sido administrada, conforme evidências atuais. O que se recomenda é a palpação abdominal frequente para avaliar o tônus uterino. Além disso, a manobra de tração controlada do cordão umbilical é o que auxilia na saída da placenta, enquanto a massagem é mais utilizada de forma terapêutica quando já se identifica hipotonia.

Portanto, o uso universal de ocitocina 10 UI intramuscular logo após o nascimento é a medida correta e essencial para a prevenção da Hemorragia Pós-Parto.

Questão 74

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema abordado é a rotura uterina, uma emergência obstétrica grave. É fundamental distinguir os sinais de iminência de rotura (quando o útero está prestes a romper) dos sinais de rotura consumada (quando a lesão já ocorreu). A questão foca nos sinais clínicos que precedem ou indicam a patologia durante o trabalho de parto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: Contrações uterinas regulares e dor abdominal controlável são características fisiológicas de um trabalho de parto normal (eutócico). Na iminência de rotura, as contrações tornam-se excessivamente intensas (polissistolia) e a dor torna-se excruciante, mesmo entre as contrações, sinalizando que o segmento inferior do útero está sofrendo distensão excessiva.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa descreve a Síndrome de Bandl-Frommel, que é o quadro clássico de iminência de rotura uterina. O sinal de Bandl (ou anel de Bandl) ocorre devido à distensão excessiva do segmento inferior do útero, criando um sulco visível e palpável que separa o corpo uterino (contraído) do segmento inferior (adelgado), dando ao útero um aspecto de ampulheta. O sinal de Frommel é a palpação dos ligamentos redondos retesados e deslocados para a face anterior do útero. Esses sinais indicam que a rotura é iminente e exigem intervenção imediata (geralmente cesariana de emergência).

Alternativa (c) INCORRETA: Embora o sangramento vaginal possa ocorrer na rotura uterina, ele raramente é o sinal isolado e a dor abdominal associada à rotura nunca é classificada como leve. Na iminência de rotura, a dor é intensa; após a rotura consumada, a paciente pode referir uma dor súbita e lancinante (sinal de Clark), seguida por uma redução temporária da dor e parada das contrações, evoluindo rapidamente para choque hipovolêmico.

Alternativa (d) INCORRETA: Alterações na frequência cardíaca materna e na pressão arterial são sinais tardios que indicam choque hipovolêmico decorrente de hemorragia interna após a rotura ter ocorrido (rotura consumada). Além disso, não são sinais específicos de rotura uterina, podendo ocorrer em outras complicações como descolamento prematuro de placenta ou hemorragias de outras causas. O sinal mais precoce de rotura uterina consumada, frequentemente, é a alteração da frequência cardíaca fetal (sofrimento fetal agudo).

RESUMO DIDÁTICO:

Lembre-se da Síndrome de Bandl-Frommel para provas de residência:

1. Sinal de Bandl: Útero em formato de ampulheta (anel de retração patológico).
2. Sinal de Frommel: Ligamentos redondos retesados.

Esses sinais indicam IMINÊNCIA de rotura. Se a rotura se CONSUMAR, os sinais principais passam a ser:

- Sinal de Clark: Crepitação à palpação abdominal (enfisema subcutâneo).
- Sinal de Reasens: Subida da apresentação fetal (o feto "sobe" ao sair da cavidade uterina para a abdominal).
- Sofrimento fetal agudo e choque materno.

Questão 75

A sífilis primária é caracterizada pelo aparecimento do cancro duro, que surge no local de inoculação da bactéria *Treponema pallidum* após um período de incubação que varia de 10 a 90 dias. A análise das alternativas revela as características fundamentais desta fase e permite diferenciar as demais apresentações da doença e de outras infecções sexualmente transmissíveis.

Alternativa a) Incorreta. A lesão da sífilis primária (cancro duro) desaparece espontaneamente, mas isso ocorre geralmente em um período de 3 a 8 semanas, e não seis meses. Após o desaparecimento da lesão primária, se não houver tratamento, a doença entra em um período de latência ou evolui para o estágio secundário.

Alternativa b) Incorreta. Na sífilis primária, a linfadenopatia regional é comum, mas os linfonodos costumam ser indolores, móveis, de consistência elástica e não supurativos. A presença de linfadenopatia supurativa e dolorosa é característica de outras condições, como o linfogranuloma venéreo ou o cancroide (cancro mole).

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o cancro duro, lesão patognomônica da sífilis primária. A úlcera é tipicamente única, tem a base endurecida à palpação (daí o nome cancro duro), é indolor, apresenta bordas bem delimitadas e regulares, e o fundo da lesão é limpo, sem exsudato purulento. Em homens, localiza-se frequentemente na glândula ou prepúcio; em mulheres, nos pequenos ou grandes lábios, podendo também ser interna (vagina ou colo do útero), o que dificulta o diagnóstico.

Alternativa d) Incorreta. A erupção maculopapular eritematosa, que atinge o tronco, membros e classicamente as regiões palmoplantares (roséola sífilítica), é a manifestação clínica clássica da sífilis secundária. Esta fase ocorre semanas ou meses após a cicatrização do cancro duro, refletindo a disseminação sistêmica do treponema pelo organismo.

Questão 76

Análise das assertivas:

I. Falsa. A eclâmpsia não ocorre exclusivamente durante o trabalho de parto. Ela pode se manifestar em três períodos distintos: anteparto (antes do início do trabalho de parto, em cerca de 50% dos casos), intraparto (durante o parto) ou pós-parto (puerpério). Ocorrendo no puerpério, manifesta-se geralmente nas primeiras 48 horas, mas existem casos de eclâmpsia tardia até 4 a 6 semanas após o nascimento.

II. Falsa. A manifestação típica e característica da eclâmpsia são as convulsões tônico-clônicas generalizadas, semelhantes a uma crise de epilepsia do tipo grande mal. Convulsões focais não são comuns e, caso ocorram, o médico deve obrigatoriamente investigar outras causas neurológicas, como acidentes vasculares cerebrais, tumores ou malformações arteriovenosas.

III. Verdadeira. A eclâmpsia pode ser a primeira manifestação clínica de uma doença hipertensiva da gestação. Diversos estudos demonstram que uma porcentagem significativa de pacientes (entre 38% e 50%) não apresenta hipertensão ou proteinúria documentadas imediatamente antes da primeira convulsão. Por isso, toda crise convulsiva em gestante ou puérpera sem histórico prévio de epilepsia deve ser tratada como eclâmpsia até que se prove o contrário.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmação I é falsa e a III é verdadeira.
- b) Incorreta. A afirmação III é verdadeira, o que invalida a sequência F, F, F.
- c) Incorreta. A afirmação I é falsa, embora a III esteja correta.
- d) Correta. A sequência reflete corretamente o julgamento técnico das afirmações: Falsa, Falsa e Verdadeira.

Questão 77

A questão aborda a conduta terapêutica na toxoplasmose aguda durante a gestação, um tema frequente em provas devido à complexidade do manejo para evitar a transmissão vertical e as sequelas fetais.

Alternativa (a) Incorreta: A espiramicina é um macrolídeo que se concentra na placenta, agindo como uma barreira para evitar que o parasita passe da mãe para o feto. No entanto, ela não atravessa a barreira placentária em concentrações terapêuticas eficazes para tratar o feto já infectado. Portanto, ela é utilizada para o tratamento materno com o objetivo de profilaxia da transmissão vertical, e não para o tratamento fetal.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta padrão. Assim que há suspeita ou confirmação de infecção aguda materna, inicia-se a espiramicina para reduzir o risco de transmissão transplacentária. Se a infecção fetal for confirmada (geralmente por PCR do líquido amniótico coletado por amniocentese após 18 semanas) ou houver forte suspeita de infecção fetal tardia, substitui-se a espiramicina pelo esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico). O esquema tríplice é capaz de atravessar a placenta e tratar o feto. Vale ressaltar que a pirimetamina é contraindicada no primeiro trimestre pelo risco de teratogenicidade.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a dose de 3 g/dia (dividida em tomadas de 1 g a cada 8 horas) esteja correta para a espiramicina, a conduta não é "independente da idade gestacional". O manejo muda drasticamente se a gestante estiver no final do terceiro trimestre ou se a infecção fetal for confirmada por métodos diagnósticos invasivos, casos em que o esquema tríplice passa a ser a escolha.

Alternativa (d) Incorreta: O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico) não deve ser iniciado imediatamente para todas as pacientes. Primeiro, porque a pirimetamina é teratogênica no primeiro trimestre. Segundo, porque, se a infecção for apenas materna e ainda não tiver atingido o feto, a espiramicina é suficiente e preferível por ter menos efeitos colaterais. O esquema tríplice é reservado para o tratamento do feto (infecção fetal confirmada) ou em casos de infecção materna aguda no terceiro trimestre, em que o risco de transmissão é muito alto.

Resumo da conduta:

1. Infecção materna aguda: Iniciar Espiramicina imediatamente.
2. Investigação fetal: Realizar amniocentese (PCR) após 18 semanas de gestação.
3. Se PCR positivo (infecção fetal confirmada): Substituir Espiramicina por Esquema Tríplice (Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido Folínico).
4. Se PCR negativo: Manter Espiramicina até o final da gestação.

Questão 78

O manejo do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) inicia-se sempre com medidas não farmacológicas, que incluem orientação nutricional, atividade física monitorada e o automonitoramento glicêmico capilar. A terapia farmacológica, preferencialmente com insulina, é indicada quando essas medidas não são suficientes para manter o controle metabólico ou quando há sinais de repercussão fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a insulino terapia deve ser iniciada se, após 1 a 2 semanas de dieta e exercícios, pelo menos 30% dos valores glicêmicos estiverem acima do alvo (Glicemia de jejum < 95 mg/dL; 1 hora pós-prandial < 140 mg/dL; ou 2 horas pós-prandial < 120 mg/dL). Além disso, a ultrassonografia obstétrica desempenha um papel fundamental: se a circunferência abdominal (CA) fetal estiver igual ou superior ao percentil 75, isso sugere hiperinsulinemia fetal decorrente da hiperglicemia materna, indicando a necessidade de iniciar o tratamento

farmacológico para prevenir a macrosomia e outras complicações.

Alternativa (b): Incorreta. Se a paciente está seguindo o tratamento não farmacológico e não apresenta alterações nas glicemias (ou seja, os valores estão dentro do alvo), ela é considerada bem controlada e não há indicação para o uso de insulina.

Alternativa (c): Incorreta. Embora o peso fetal estimado elevado seja uma preocupação, o parâmetro ultrassonográfico mais sensível e classicamente utilizado nos protocolos para detectar precocemente o impacto da hiperglicemia materna no feto é a circunferência abdominal acima do percentil 75, e não apenas o peso fetal isolado no percentil 80. A circunferência abdominal reflete o acúmulo de gordura e glicogênio hepático fetal, sendo um marcador direto da produção excessiva de insulina pelo feto.

Alternativa (d): Incorreta. Quando menos de 30% das glicemias estão fora do alvo, geralmente opta-se por ajustes na dieta ou no estilo de vida antes de iniciar a insulina. O ponto de corte estabelecido pela maioria dos protocolos nacionais e internacionais para considerar falha no tratamento conservador é a partir de 30% de medidas alteradas.

Resumo dos critérios para início de insulina no DMG:

1. Falha no tratamento não farmacológico ($\geq 30\%$ das medidas alteradas no perfil glicêmico após 1 a 2 semanas de dieta).
2. Circunferência abdominal fetal \geq percentil 75 na ultrassonografia, mesmo com controle glicêmico materno aparentemente adequado ou limítrofe.

Questão 79

A conduta frente à cronologia da gestação de risco habitual é um tema fundamental na obstetrícia. O objetivo principal é permitir que o parto ocorra de forma fisiológica, mas intervindo antes que o envelhecimento placentário aumente os riscos para o concepto.

Explicação das alternativas:

Alternativa A - INCORRETA: A 40ª semana corresponde à Data Provável do Parto (DPP). Em gestações de risco habitual, não há necessidade de indução imediata ao atingir esse marco, pois grande parte das mulheres entrará em trabalho de parto espontâneo nos dias seguintes. A conduta recomendada entre a 40ª e a 41ª semana é a vigilância da vitalidade fetal e do volume de líquido amniótico.

Alternativa B - CORRETA: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e das principais sociedades de obstetrícia (como a FEBRASGO), o limite para a conduta expectante em gestações de risco habitual é de 41 semanas. A partir desse momento, a indução do parto deve ser oferecida e realizada. Essa estratégia visa evitar que a gestação atinja 42 semanas (pós-termo), reduzindo significativamente o risco de complicações como a síndrome de aspiração de mecônio, insuficiência placentária e óbito fetal evitável.

Alternativa C - INCORRETA: Embora a definição técnica de gestação pós-termo seja aquela que atinge ou ultrapassa as 42 semanas, os protocolos clínicos modernos preconizam a intervenção (indução) ao completar 41 semanas. Aguardar até a 42ª semana de forma passiva aumenta desnecessariamente os riscos perinatais sem trazer benefícios comprovados para a mãe ou para o bebê.

Alternativa D - INCORRETA: Aguardar até a 43ª semana é uma conduta proscrita. O risco de morte fetal e complicações graves por falência placentária é extremamente elevado nesse estágio. Nenhum protocolo assistencial atual respalda a manutenção de uma gestação até essa idade gestacional, mesmo com monitoramento da vitalidade.

Questão 80

Alternativa a) Incorreta. A ossificação fetal torna-se mais robusta e evidente após a 12.ª semana de gestação. Em abortamentos ocorridos antes desse período, o esqueleto é predominantemente cartilaginoso, dificultando a visualização de espículas ósseas. Portanto, a presença de espículas ósseas é um achado que caracteriza os abortamentos tardios (após a 12.ª semana), e não os precoces.

Alternativa b) Correta. A definição clássica de abortamento habitual, consolidada na literatura médica e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é a ocorrência de três ou mais interrupções espontâneas consecutivas da gravidez antes de 20 a 22 semanas de gestação ou quando o feto pesa menos de 500 gramas. Vale ressaltar que, atualmente, algumas sociedades médicas recomendam o início da investigação diagnóstica após a segunda perda consecutiva, mas a definição clássica para provas permanece sendo de três perdas.

Alternativa c) Incorreta. O abortamento espontâneo é aquele que ocorre naturalmente, sem intervenção provocada. No entanto, ele pode ser e é frequentemente causado por condições maternas. Fatores como malformações uterinas, insuficiência istmocervical, doenças endócrinas descompensadas (diabetes, tireoidopatias), infecções e causas imunológicas (como a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide) são exemplos de condições da mãe que levam ao abortamento.

Alternativa d) Incorreta. Ocorre exatamente o oposto: as anomalias cromossômicas (especialmente as trissomias, como a do cromossomo 16) são a principal causa de abortamento precoce, sendo responsáveis por 50% a 70% das perdas no primeiro trimestre. Nos abortamentos tardios, as causas genéticas são menos frequentes, predominando as causas maternas, infecciosas e mecânicas (uterinas).

Questão 81

ANÁLISE DAS PROPOSIÇÕES:

Proposição I (Correta): O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pela notificação compulsória de doenças e agravos constantes em uma lista nacional, além de listas estaduais e municipais. Ele é a principal ferramenta da vigilância epidemiológica, pois permite identificar a realidade diagnóstica de uma região, detectar surtos e epidemias e orientar o planejamento de ações de controle de doenças.

Proposição II (Incorreta): O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é, na verdade, uma das fontes mais ricas e fundamentais para a construção de indicadores de saúde. A partir dos dados inseridos na Declaração de Óbito (DO), o gestor consegue calcular coeficientes de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade por causas específicas (como doenças cardiovasculares ou causas externas) e a expectativa de vida. Portanto, dizer que ele não permite a construção de indicadores é um erro conceitual grave.

Proposição III (Correta): O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) coleta informações detalhadas através da Declaração de Nascido Vivo (DNV). O sistema armazena dados sobre o peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, idade da mãe e número de consultas de pré-natal realizadas. Essas variáveis são essenciais para avaliar os riscos à saúde materno-infantil e para o planejamento de políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A proposição II está errada, pois o SIM é base para diversos indicadores.
- b) Incorreta. A inclusão da proposição II invalida a alternativa.
- c) Incorreta. Apesar de a proposição III estar correta, a proposição I também é verdadeira, tornando a alternativa "apenas III" incompleta.
- d) Correta. Apenas as afirmações I e III apresentam conceitos corretos sobre o funcionamento e a finalidade dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil.

GABARITO: Letra D.

Questão 82

O Índice de Envelhecimento (IE) é um indicador demográfico que expressa a relação entre o número de idosos e o número de jovens de uma população, permitindo acompanhar o processo de transição demográfica. No Brasil, seguindo as definições da RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), o cálculo é realizado considerando o grupo de 60 anos ou mais de idade em relação à população menor de 15 anos (0 a 14 anos), multiplicado pela constante 100.

Alternativa a: Incorreta. O erro está em dois pontos: primeiro, utiliza a idade de 65 anos ou mais, enquanto o padrão brasileiro para este índice é 60 anos; segundo, utiliza a base de cálculo para cada 1.000 pessoas, quando o correto é para cada 100.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a metodologia da RIPSa e do IBGE. O índice é calculado dividindo-se o número de pessoas com 60 anos ou mais pela população de 0 a 14 anos, multiplicando o resultado por 100. Isso indica quantos idosos existem para cada grupo de 100 jovens.

Alternativa c: Incorreta. Embora utilize a idade correta de 60 anos ou mais para definir a população idosa, o erro reside no fator de multiplicação. O índice é expresso por 100 pessoas menores de 15 anos, e não por 1.000.

Alternativa d: Incorreta. O erro principal é o uso da idade de 65 anos ou mais. Embora em alguns países desenvolvidos a idade de 65 anos seja o marco para a população idosa, nos indicadores oficiais de saúde do Brasil adota-se o corte de 60 anos ou mais, conforme o Estatuto do Idoso.

Questão 83

Para compreender esta questão, é necessário dominar os conceitos básicos de epidemiologia das doenças transmissíveis que descrevem a relação entre o agente etiológico e o hospedeiro.

Alternativa A: Incorreta. O conceito descrito aqui é o de INFECTIVIDADE. A infectividade representa a capacidade de um agente penetrar, sobreviver e se multiplicar dentro de um hospedeiro. É a facilidade com que o agente consegue se estabelecer, independentemente de causar doença ou não.

Alternativa B: Incorreta. Este é o conceito de PATOGENICIDADE. Refere-se à capacidade do agente biológico de produzir a doença, ou seja, de gerar sinais e

sintomas clínicos no hospedeiro infectado. É medida pela proporção de pessoas infectadas que desenvolvem a doença clínica.

Alternativa C: Incorreta. A capacidade de produzir efeitos graves ou fatais é definida como VIRULÊNCIA. A virulência indica a gravidade da doença provocada pelo agente, sendo frequentemente avaliada pela taxa de letalidade ou pela proporção de casos clínicos que evoluem para quadros graves ou óbito.

Alternativa D: Correta. A IMUNOGENICIDADE é a capacidade de um agente biológico induzir uma resposta imune específica no hospedeiro (seja por meio da produção de anticorpos, seja pela ativação de células de defesa). Essa resposta pode resultar em imunidade duradoura ou temporária, impedindo que o indivíduo adoça novamente pelo mesmo agente. É um conceito fundamental tanto para a história natural das doenças quanto para o desenvolvimento de vacinas.

Questão 84

Análise da questão: O atendimento de adolescentes no Brasil é pautado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pelo Código de Ética Médica (CEM) e por diretrizes do Ministério da Saúde. O ponto central é o reconhecimento da autonomia progressiva e do direito ao sigilo e à confidencialidade, desde que o jovem possua capacidade de discernimento.

Alternativa A (Correta): O médico não agiu adequadamente. A adolescente, ao buscar atendimento preventivo, demonstrar uso regular de preservativos e expressar o desejo de iniciar contracepção, demonstra clareza e discernimento sobre sua saúde. Segundo o Código de Ética Médica (Artigo 74), o médico é proibido de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, desde que este tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, exceto quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Portanto, ela tem o direito de ser atendida sozinha e de receber a prescrição sem a obrigatoriedade de autorização dos pais.

Alternativa B (Incorreta): Embora a primeira parte esteja correta (prescrever o anticoncepcional), a segunda parte está equivocada. O médico não deve convocar os responsáveis para comunicá-los sobre a conduta. Fazer isso sem o consentimento da paciente configuraria quebra de sigilo médico, uma infração ética, já que a paciente tem discernimento e não há situação de risco que justifique a quebra da confidencialidade.

Alternativa C (Incorreta): O Código de Ética Médica não exige a presença de um responsável para todos os atendimentos ou tomadas de decisão de menores. Pelo

contrário, o conselho profissional e o Ministério da Saúde orientam que o sigilo deve ser mantido se o adolescente for capaz de compreender sua condição. A obrigatoriedade de acompanhante em casos de vida sexual costuma afastar o jovem do sistema de saúde, violando o princípio do livre acesso à saúde reprodutiva.

Alternativa D (Incorreta): O conceito de incapacidade legal no âmbito civil não se aplica de forma absoluta à prática médica e bioética. O critério utilizado na medicina é o da "capacidade de discernimento". A adolescente de 15 anos que busca conscientemente evitar uma gravidez indesejada é considerada capaz de decidir sobre esse aspecto de sua saúde. Exigir a presença dos pais para prescrever um método contraceptivo é uma conduta baseada em uma interpretação equivocada da lei e da ética médica.

Questão 85

A intoxicação por chumbo, também conhecida como saturnismo, é uma das doenças ocupacionais mais clássicas e um grave problema de saúde pública. No Brasil, as doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como as intoxicações exógenas por metais pesados, são de notificação compulsória. A questão aborda a conduta administrativa e epidemiológica imediata que a equipe de saúde deve adotar.

Alternativa a: Incorreta. O tratamento clínico do paciente é essencial, mas a afirmação de que não se deve realizar a notificação está errada. A notificação é um dever legal do profissional de saúde e é indispensável para que o sistema de vigilância possa atuar sobre a fonte de exposição, prevenindo que outros trabalhadores adoçam.

Alternativa b: Incorreta. O encaminhamento para um especialista pode ser necessário conforme a complexidade do quadro clínico, porém essa ação não substitui a necessidade de notificação. A notificação no SINAN deve ser feita por qualquer profissional de saúde ou responsável pelo serviço que suspeite ou confirme o agravo.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta prioritária. A notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o passo fundamental para a vigilância epidemiológica. Ela permite o registro oficial do evento, o monitoramento dos casos e o desencadeamento de ações de inspeção e intervenção no ambiente de trabalho (Vigilância em Saúde do Trabalhador) para eliminar ou controlar o risco.

Alternativa d: Incorreta. Embora a empresa precise ser informada (geralmente via emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT), informar apenas o empregador é insuficiente e não cumpre os protocolos de saúde pública. A responsabilidade primária do profissional de saúde perante o sistema de saúde do

país é a notificação oficial às autoridades sanitárias. Além disso, a notificação ao SINAN garante que o Estado tome conhecimento da situação de risco na indústria de baterias citada.

Questão 86

Análise das afirmações:

Afirmação I: Falsa. A nomeação de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública ocorreu em março de 1903, no início do governo de Rodrigues Alves, com a missão de combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola que assolavam o Rio de Janeiro. A Revolta da Vacina ocorreu somente em novembro de 1904. Portanto, a nomeação de Oswaldo Cruz foi a causa das políticas sanitárias que, posteriormente, geraram a revolta, e não uma resposta a ela.

Afirmação II: Falsa. A vacinação obrigatória foi extremamente mal recebida. A imposição da vacina contra a varíola, somada ao autoritarismo das brigadas sanitárias e às reformas urbanas agressivas (que demoliram moradias populares), desencadeou a Revolta da Vacina em 1904. Houve forte resistência popular, com confrontos violentos nas ruas, barricadas e levantes militares, forçando o governo a suspender temporariamente a obrigatoriedade da vacina.

Afirmação III: Verdadeira. O modelo sanitarista-campanhista, consolidado por Oswaldo Cruz na República Velha, caracterizava-se por ações estatais autoritárias e verticais. O foco era o combate a doenças específicas que prejudicavam a economia e a imagem do país no exterior. As estratégias centrais eram a notificação compulsória de casos, o isolamento de doentes, a vacinação obrigatória, o controle de vetores e reformas no saneamento e higiene das cidades.

Conclusão: A sequência correta de julgamento das afirmações é F, F, V.

Alternativa correta: Letra (d).

Questão 87

A Razão de Dependência é um indicador demográfico fundamental para o planejamento de políticas públicas e saúde coletiva. Ela busca mensurar a carga econômica que a parcela da população teoricamente inativa (jovens e idosos) exerce sobre a parcela teoricamente produtiva.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Esta opção inverte a lógica do cálculo. Ela coloca a população em idade ativa (15 a 65 anos) no numerador como se fosse dependente da população jovem (0 a 15 anos), o que não faz sentido demográfico ou econômico.

Alternativa B (Correta): Define exatamente o conceito global da Razão de Dependência. O cálculo é feito somando-se os dois segmentos considerados economicamente dependentes — os jovens (geralmente menores de 15 anos) e os idosos (65 anos ou mais) — e dividindo esse total pela população em idade ativa, considerada a força de trabalho (entre 15 e 64/65 anos). O resultado indica quantos dependentes existem para cada indivíduo em idade de trabalhar.

Alternativa C (Incorreta): Esta alternativa descreve especificamente a Razão de Dependência de Jovens (ou Índice de Dependência Juvenil). Embora seja um componente da Razão de Dependência total, ela ignora a parcela dos idosos, sendo, portanto, uma definição incompleta para o termo geral solicitado.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa descreve a Razão de Dependência de Idosos (ou Índice de Dependência Senil). Assim como a alternativa anterior, ela foca em apenas um dos componentes da dependência, ignorando a carga representada pela população infantil e juvenil.

Resumo do conceito:

Razão de Dependência = $(\text{População} < 15 \text{ anos} + \text{População} \geq 65 \text{ anos}) / (\text{População de 15 a 64 anos}) \times 100$.

Questão 88

Para entender a questão, é fundamental diferenciar conceitos básicos de bioestatística e epidemiologia, especificamente a distinção entre números absolutos e indicadores de saúde (coeficientes ou taxas), além de conceitos de cadeia epidemiológica.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve a prevalência como um número absoluto (frequência absoluta), ou seja, apenas a contagem total de casos existentes. Para que seja considerado um coeficiente ou taxa, o valor deve ser expresso de forma relativa, relacionando o número de casos a uma população de referência.

Alternativa b) Incorreta. O enunciado descreve o conceito de patogenicidade. A patogenicidade é a capacidade de um agente etiológico, uma vez instalado no hospedeiro, de produzir sintomas e sinais da doença em uma proporção dos indivíduos infectados.

Alternativa c) Correta. Um coeficiente (ou taxa) é, por definição, uma medida de morbidade que estabelece a relação entre o número de casos de um determinado evento (numerador) e a população exposta ao risco de apresentar tal evento (denominador). O coeficiente de prevalência indica a proporção de indivíduos de uma população que apresentam a doença em um ponto ou período específico de tempo, sendo calculado pela divisão do total de casos (novos e antigos) pela população total.

Alternativa d) Incorreta. Esta é a definição de infectividade. A infectividade refere-se à facilidade com que um agente penetra, sobrevive e se multiplica no hospedeiro, independentemente de causar ou não sinais clínicos ou doença grave.

Questão 89

Esta questão aborda os princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel da APS é ser a porta de entrada preferencial e o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde, possuindo alta resolutividade para condições crônicas prevalentes, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

Alternativa (a) Incorreta. O encaminhamento direto para um hospital universitário, que representa a atenção terciária, sem uma avaliação e tentativa de manejo prévio na APS, fere o princípio da hierarquização do SUS. A grande maioria dos casos de hipertensão e diabetes deve ser manejada integralmente na própria Unidade Básica de Saúde.

Alternativa (b) Incorreta. Não há evidências no enunciado de que o paciente apresente uma emergência hipertensiva ou complicações agudas do diabetes (como cetoacidose ou estado hiperosmolar) que justifiquem o encaminhamento imediato para a alta complexidade. O manejo de patologias crônicas, mesmo que inicialmente não controladas, é competência típica da atenção primária.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve a conduta resolutiva esperada na APS. Diante de um paciente com doenças crônicas não controladas, o médico deve realizar a propedêutica básica (exames de rotina para rastrear lesões de órgão-alvo e estratificar risco cardiovascular), instituir ou ajustar a terapêutica farmacológica e promover ações de educação em saúde, focando em mudanças no estilo de vida. A APS deve garantir a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Alternativa (d) Incorreta. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é destinada ao atendimento de urgências e emergências, ou seja, quadros agudos ou crônicos agudizados. Pacientes com doenças crônicas que necessitam de acompanhamento regular e ajustes terapêuticos devem ser assistidos na UBS, que é o local adequado

para o controle crônico e prevenção de complicações.

Em resumo, a Atenção Primária deve ser capaz de resolver a vasta maioria dos problemas de saúde da população, reservando os encaminhamentos para níveis secundários ou terciários apenas para casos de maior complexidade técnica ou refratários ao tratamento inicial preconizado pelos protocolos.

Questão 90

Para identificar o tipo de estudo epidemiológico descrito, devemos analisar três características fundamentais presentes no enunciado: a natureza da exposição, a forma de alocação dos participantes e o acompanhamento temporal.

A alternativa (a) está incorreta, pois o estudo caso-controle é um desenho observacional e retrospectivo. Ele inicia-se a partir de indivíduos que já apresentam o desfecho (casos) e os compara com indivíduos saudáveis (controles), buscando exposições passadas no prontuário ou na memória do paciente. No caso da questão, o estudo é prospectivo e envolve uma intervenção ativa.

A alternativa (b) está correta. O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental no qual o pesquisador interfere diretamente ao administrar uma substância (neste caso, a vacina). Os pilares desse desenho estão presentes no texto: a existência de um grupo-controle (placebo), a randomização (divisão aleatória dos participantes) para garantir que os grupos sejam comparáveis e o acompanhamento longitudinal para avaliar a incidência da doença, determinando a eficácia da intervenção.

A alternativa (c) está incorreta. Apesar de o estudo de coorte também ser prospectivo e acompanhar grupos ao longo do tempo para observar a incidência de doenças, ele é um estudo observacional. No estudo de coorte, o pesquisador não intervém; ele apenas observa pessoas que já foram expostas a algo naturalmente ou por escolha própria. Não há o sorteio (randomização) de quem receberá a intervenção.

A alternativa (d) está incorreta. O estudo transversal realiza uma análise em um único ponto no tempo, como uma fotografia instantânea. Ele é útil para medir a prevalência de uma condição em uma população, mas não consegue estabelecer uma sequência temporal de causa e efeito, nem acompanhar o surgimento de novos casos ao longo de um ano.

Portanto, a presença de intervenção (vacina vs. placebo) associada à divisão aleatória (randomização) define o Ensaio Clínico Randomizado.

Questão 91

O estudo clássico da Ecologia dos Sistemas de Saúde, proposto por White (1961) e atualizado por Green (2001), utiliza uma base populacional de 1.000 pessoas acompanhadas durante um mês para observar o comportamento de busca por cuidados de saúde. Esse estudo é o pilar que justifica a organização dos sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS).

Análise das proposições:

Proposição I: Correta. O modelo demonstra que, em uma população de 1.000 pessoas, aproximadamente 750 a 800 apresentam algum sintoma ou problema de saúde. Dessas, cerca de 250 a 327 pessoas procuram atendimento médico formal. O valor de 250 citado na questão é o dado clássico do estudo original de White, sendo amplamente aceito em provas para caracterizar o volume de procura por cuidados na APS e em consultórios médicos.

Proposição II: Correta. Um dos achados mais impactantes do estudo é a raridade dos eventos que necessitam de alta complexidade tecnológica. Tanto no estudo original quanto na revisão de 2001, o número de pessoas que necessitam de internação em hospitais-escola (centros médicos universitários/terciários) é inferior a uma pessoa por mês (0,7 em 1961 e 0,1 em 2001) a cada 1.000 pessoas na comunidade.

Proposição III: Incorreta. A afirmação inverte a lógica do sistema de saúde. A APS é desenhada para ser resolutiva em cerca de 80% a 90% dos casos. Segundo os dados da Ecologia dos Sistemas de Saúde, das 250 a 300 pessoas que procuram ajuda formal, apenas cerca de 8 a 9 são internadas em hospitais comunitários ou regionais. Portanto, a vasta maioria dos pacientes que procuram a APS não é internada, mas sim tratada no próprio nível primário.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta, pois as proposições I e II estão em conformidade com as evidências estatísticas do modelo de White e Green.

Alternativa b: Está incorreta, pois a proposição I também é verdadeira e deve ser incluída.

Alternativa c: Está incorreta, pois a proposição III é falsa. A maioria dos atendimentos na APS não resulta em internação.

Alternativa d: Está incorreta, pois inclui a proposição III, que apresenta um dado equivocado sobre o fluxo de pacientes no sistema de saúde.

Questão 92

A questão aborda os níveis de prevenção em saúde, um tema fundamental na Medicina Preventiva e Social. Recentemente, além dos níveis clássicos de Leavell e Clark, novos conceitos, como as prevenções quaternária e quinquenária, foram incorporados à literatura médica.

Alternativa a: Incorreta. A Prevenção Primordial atua nos determinantes sociais da saúde. Seu objetivo é evitar que padrões sociais, econômicos e culturais que aumentam o risco de doenças se estabeleçam na população. Um exemplo seria a implementação de políticas públicas de saneamento básico ou leis de taxaço de produtos ultraprocessados e tabaco. Ela não se refere ao desgaste do profissional de saúde.

Alternativa b: Incorreta. A Prevenção Secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de patologias. Ela ocorre quando a doença já existe no indivíduo, mas está em fase inicial ou assintomática. O exemplo clássico são os exames de rastreamento (screening), como o exame de Papanicolau para câncer de colo do útero ou a mamografia.

Alternativa c: Incorreta. A Prevenção Terciária visa reduzir as complicações, sequelas e incapacidades de doenças já estabelecidas e sintomáticas. O foco é a reabilitação do paciente para que ele recupere sua funcionalidade e qualidade de vida, como a fisioterapia após um acidente vascular cerebral (AVC) ou o uso de betabloqueadores após um infarto.

Alternativa d: Correta. A Prevenção Quinquenária é um conceito proposto para proteger o próprio profissional de saúde. Ela consiste em estratégias para evitar o burnout e o esgotamento mental e físico dos médicos e demais cuidadores. O objetivo é prevenir práticas involuntariamente incorretas que surgem devido ao estresse crônico, à precarização do trabalho e à desassistência ao profissional. É o nível que busca garantir que quem cuida também receba cuidados e mantenha sua integridade.

Nota importante: Não confunda com a Prevenção Quaternária, que tem como objetivo detectar indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (medicalização excessiva) para protegê-los de iatrogenias. Enquanto a Quaternária foca no paciente, a Quinquenária foca na saúde do profissional.

Questão 93

Para compreender qual modelo representa a prevalência de uma doença, é necessário analisar como a epidemiologia evoluiu na explicação dos processos de saúde e enfermidade, saindo de visões simplistas para abordagens mais abrangentes.

Alternativa a: Incorreta. O modelo unicausal, fundamentado na era bacteriológica, defendia que para cada doença havia um único agente causador específico. Esse modelo é insuficiente para explicar a prevalência, pois foca apenas na origem da doença e não leva em conta os múltiplos fatores que mantêm os casos ativos em uma população, como o acesso a tratamento e condições de vida.

Alternativa b: Incorreta. O termo modelo da dupla ecológica não é um conceito padronizado na literatura epidemiológica. Os modelos ecológicos tradicionais são estruturados em tríades ou em teias de causalidade mais complexas.

Alternativa c: Incorreta. O modelo da tríade ecológica explica a ocorrência da doença através da interação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. Embora seja útil para entender a etiologia e a transmissão (especialmente de doenças infectocontagiosas), ele foca na causa do evento e não na dinâmica de estoque de casos que caracteriza a prevalência.

Alternativa d: Correta. O modelo sistêmico é o que melhor representa a prevalência. A prevalência é entendida como um estado ou um reservatório em um sistema dinâmico. Nesse modelo, o volume de casos (prevalência) é influenciado por fluxos de entrada, como a incidência de novos casos e a imigração de pessoas doentes, e por fluxos de saída, como a cura, o óbito ou a emigração. A abordagem sistêmica permite visualizar a doença como parte de um conjunto de elementos interconectados (biológicos, sociais e ambientais) que determinam a duração e a persistência do agravo na população.

Questão 94

Definição de Surto:

Na epidemiologia, o surto é tecnicamente considerado uma epidemia de proporções geográficas limitadas. Ele se caracteriza pelo aparecimento de casos de uma doença acima do nível esperado em uma área restrita ou em um grupo específico de pessoas que compartilham uma exposição comum (como em uma escola, hospital, quartel ou um bairro específico).

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Esta descrição refere-se ao conceito de pandemia. A característica de se espalhar rapidamente entre diferentes países e continentes, atingindo uma escala global, é o que define o processo pandêmico, diferenciando-o do surto.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa apresenta a definição clássica de surto epidemiológico. Os pilares do conceito são: o aumento inesperado (acima do limiar endêmico ou da média histórica), em uma área geográfica delimitada e durante um período de tempo definido. É, essencialmente, uma epidemia localizada.

Alternativa C: Incorreta. Uma doença constantemente presente em uma região geográfica é definida como endemia. Embora doenças endêmicas possam apresentar variações sazonais (aumento de casos em certas épocas do ano), a presença contínua e esperada na região é o marco da endemia, e não do surto.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa também descreve uma pandemia. O critério de afetar uma grande parcela da população mundial e atravessar fronteiras internacionais é específico para as pandemias, que representam o nível mais amplo de disseminação de uma doença.

Questão 95

O quadro clínico descrito — exantema (erupção cutânea) pruriginoso, febre baixa e conjuntivite não purulenta (hiperemia conjuntival) — é a apresentação clássica da infecção pelo vírus Zika.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A febre amarela caracteriza-se por um quadro febril agudo, com calafrios, cefaleia e mialgia intensa. Em casos graves, evolui com a tríade de icterícia, oligúria e hemorragias, levando à insuficiência hepática e renal. O quadro clínico de conjuntivite e exantema pruriginoso não é compatível com essa arbovirose.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A dengue manifesta-se tipicamente com febre alta de início súbito, dor retro-orbitária e mialgia importante ("dor no corpo"). Embora o exantema possa ocorrer, ele geralmente surge mais tardiamente e não vem acompanhado de conjuntivite como sintoma proeminente. O risco de hemorragia grave existe na dengue, mas a clínica da paciente aponta para Zika.

ALTERNATIVA C: CORRETA. A Zika é a arbovirose que mais frequentemente apresenta conjuntivite não purulenta e exantema maculopapular precocemente, muitas vezes com febre baixa ou mesmo sem febre. A principal preocupação epidemiológica e clínica, especialmente quando a infecção ocorre no primeiro

trimestre da gestação (como no caso da paciente de 11 semanas), é a teratogenia. O vírus Zika possui tropismo pelo sistema nervoso central do feto, podendo causar a Síndrome Congênita do Zika, que tem a microcefalia como sua manifestação mais característica.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A febre Chikungunya destaca-se pela poliartralgia intensa, frequentemente incapacitante, acompanhada de febre alta. Embora a artralgia crônica seja, de fato, a principal complicação e preocupação associada à Chikungunya, os sintomas relatados (conjuntivite e rash pruriginoso com febre baixa) são muito mais específicos para o diagnóstico de Zika.

Questão 96

Análise detalhada das afirmações:

Afirmação I: Falsa. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, a primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer de forma precoce, idealmente na primeira semana de vida (entre o 3º e o 7º dia após o nascimento). Este atendimento inicial é crucial para estabelecer o vínculo com a família, avaliar a amamentação, verificar o resultado da triagem neonatal e monitorar possíveis riscos como a icterícia. O prazo de 14 dias mencionado na questão excede a recomendação oficial para o primeiro contato.

Afirmação II: Falsa. O Ministério da Saúde estabelece um cronograma de consultas de puericultura no Caderno de Atenção Básica. Para o primeiro ano de vida, a recomendação é de 7 consultas de rotina, e não doze. O calendário preconizado ocorre nos seguintes períodos: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês. A partir do segundo ano de vida, as consultas passam a ser semestrais.

Afirmação III: Verdadeira. A vacinação é considerada uma das ações mais custo-efetivas e essenciais na saúde da criança. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Brasil é referência mundial, garantindo a proteção contra diversas doenças infectocontagiosas, reduzindo drasticamente as taxas de mortalidade e morbidade infantil.

Análise das alternativas:

Alternativa a) F, F, V. Está correta, pois reflete exatamente as inconsistências técnicas das duas primeiras afirmações e a veracidade da terceira.

Alternativa b) V, V, V. Incorreta, pois as afirmações I e II contrariam os protocolos de saúde pública vigentes no Brasil.

Alternativa c) V, F, F. Incorreta, pois inverte a veracidade das afirmações I e III.

Alternativa d) F, F, F. Incorreta, pois a afirmação III é inquestionavelmente verdadeira no contexto da saúde coletiva e pediátrica.

Questão 97

CONCEITO DE ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL

Na estatística e na saúde pública, um índice é classificado como multidimensional quando combina diferentes variáveis ou dimensões distintas em uma única medida ou fórmula. O objetivo é fornecer uma visão mais abrangente de um fenômeno que não pode ser explicado por apenas um dado isolado. Enquanto indicadores simples medem eventos únicos (como óbitos ou nascimentos), os multidimensionais integram grandezas de naturezas diversas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Taxa de natalidade: Incorreta. Esta é uma medida de frequência simples que relaciona o número de nascidos vivos à população total. Ela foca em apenas uma dimensão do fenômeno demográfico (o nascimento), servindo como um indicador direto de natalidade em uma população e período específicos.

Alternativa b) Coeficiente de mortalidade infantil: Incorreta. Embora seja um indicador fundamental para a saúde pública, ele é considerado unidimensional. Ele mede o risco de morte em crianças menores de um ano em um determinado local e período. O foco está exclusivamente no desfecho "óbito" dentro de um grupo populacional, não integrando diferentes tipos de variáveis físicas ou clínicas em sua composição.

Alternativa c) Índice de Massa Corporal (IMC): Correta. O IMC é o exemplo perfeito de um índice multidimensional porque sintetiza duas grandezas físicas de dimensões diferentes: a massa (peso) e a estatura (altura). A relação matemática entre essas duas dimensões (peso dividido pela altura ao quadrado) gera uma nova medida que não é apenas peso nem apenas altura, permitindo uma avaliação do estado nutricional que nenhuma das duas variáveis isoladas conseguiria fornecer com a mesma precisão diagnóstica.

Alternativa d) Proporção de casos de uma doença específica: Incorreta. Esta é uma medida de morbidade proporcional. Ela indica o peso de uma doença específica em relação ao total de doentes ou à população total. É um indicador de frequência

relativa que analisa a distribuição de uma única variável (a doença), sem combinar dimensões distintas.

CONCLUSÃO

A alternativa C está correta, pois o IMC integra dimensões físicas variadas para criar um novo parâmetro de avaliação clínica, atendendo ao critério de multidimensionalidade.

Questão 98

A Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) e a Área Under the Curve (ASC ou AUC) são ferramentas fundamentais na epidemiologia clínica para avaliar o desempenho de testes diagnósticos que utilizam variáveis contínuas. Elas permitem visualizar o compromisso entre sensibilidade e especificidade para cada possível ponto de corte do teste.

Alternativa A: Incorreta. A Curva ROC não mede apenas a especificidade. Ela é um gráfico bidimensional onde o eixo Y representa a Sensibilidade (taxa de verdadeiros-positivos) e o eixo X representa o complemento da Especificidade (1 menos Especificidade, também chamada de taxa de falsos-positivos). Portanto, ela analisa os dois parâmetros simultaneamente.

Alternativa B: Correta. A Área Sob a Curva (ASC) é o principal indicador da performance global de um teste. Ela resume a capacidade do teste em discriminar indivíduos com e sem a condição alvo. Uma ASC de 1,0 indica um teste perfeito, enquanto uma ASC de 0,5 indica um teste que não tem poder de discriminação (equivalente ao acaso). Dessa forma, a ASC é amplamente utilizada para estimar e comparar a Acurácia de diferentes testes diagnósticos.

Alternativa C: Incorreta. A Curva ROC mensura a Sensibilidade e a Especificidade. O Valor Preditivo Negativo (VPN) e o Valor Preditivo Positivo (VPP) são medidas de probabilidade pós-teste que dependem diretamente da prevalência da doença na população testada. A Curva ROC foca em propriedades intrínsecas do teste, que não variam conforme a prevalência.

Alternativa D: Incorreta. A Curva ROC está intrinsecamente ligada à acurácia. A acurácia representa a proporção total de resultados corretos (verdadeiros-positivos e verdadeiros-negativos) em relação ao total de testados. A Curva ROC ajuda justamente a identificar o ponto de corte que otimiza essa acurácia. Além disso, como mencionado anteriormente, a curva não utiliza o Valor Preditivo Positivo (VPP) em seus eixos de construção.

Questão 99

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta uma gestante no terceiro trimestre (30 semanas) com níveis pressóricos elevados. Para a correta classificação, devemos lembrar que, segundo as diretrizes da FEBRASGO e do Ministério da Saúde, a hipertensão na gestação é definida como pressão arterial (PA) maior ou igual a 140/90 mmHg. Quando a PA atinge níveis maiores ou iguais a 160 mmHg de sistólica ou 110 mmHg de diastólica, o quadro é classificado como hipertensão grave ou pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, independentemente da presença de outros sintomas ou exames laboratoriais.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A pré-eclâmpsia não pode ser classificada como leve (ou sem sinais de gravidade) quando a pressão sistólica atinge 160 mmHg. Além disso, o manejo de uma paciente com níveis pressóricos graves jamais deve ser o repouso domiciliar, devido ao risco iminente de complicações como o descolamento prematuro de placenta e o acidente vascular cerebral.

Alternativa B (Incorreta): Embora a hipertensão gestacional seja uma possibilidade diagnóstica na ausência de proteinúria, o nível de 160 mmHg de sistólica a coloca em uma categoria de alto risco. O acompanhamento ambulatorial semanal é indicado apenas para casos de hipertensão controlada e sem sinais de gravidade. Níveis de 160/100 mmHg exigem intervenção imediata.

Alternativa C (Incorreta): A hipertensão crônica é diagnosticada quando a paciente já era hipertensa antes de engravidar ou quando a hipertensão é identificada antes de 20 semanas de gestação. No caso descrito, a hipertensão foi identificada com 30 semanas. Mesmo que fosse uma hipertensão crônica sobreposta por pré-eclâmpsia, a conduta para níveis de 160/100 mmHg em uma gestante não é o simples ajuste medicamentoso ambulatorial, mas sim a avaliação hospitalar urgente.

Alternativa D (Correta): A presença de PA sistólica maior ou igual a 160 mmHg em duas medições ou em uma única medição muito elevada já define o quadro como Pré-eclâmpsia Grave (ou Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade). Nessas situações, o risco de complicações maternas e fetais é elevado, exigindo o encaminhamento imediato para uma unidade hospitalar de referência. No hospital, será realizada a internação para controle pressórico agudo, profilaxia de crises convulsivas (eclâmpsia) com sulfato de magnésio e avaliação da vitalidade fetal e necessidade de interrupção da gestação.

Questão 100

A questão aborda as normas éticas e legais sobre a guarda e o acesso ao prontuário médico, tema fundamentado pelo Código de Ética Médica (CEM) e por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Alternativa (a) Correta: Esta alternativa reflete exatamente o que preconiza a ética médica. O prontuário médico é um documento cujas informações pertencem ao paciente, mas a guarda física e a propriedade do suporte (seja em papel ou digital) pertencem à instituição de saúde ou ao médico assistente. Assim, o paciente tem o direito legal de obter uma cópia integral do documento para garantir a continuidade de seu tratamento em outro local, enquanto a unidade de saúde tem o dever de manter o original sob sua custódia para fins de fiscalização e defesa jurídica.

Alternativa (b) Incorreta: Negar o acesso do paciente ao seu prontuário ou à cópia dele configura infração ética (Artigo 88 do CEM). O médico ou a instituição não podem impedir o paciente de ter acesso aos seus próprios dados de saúde.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a unidade seja, de fato, a depositária e responsável pela guarda do documento, a afirmação de que este "não pode ser entregue" é enganosa. O original permanece na unidade, mas o fornecimento da cópia (que é a entrega das informações ali contidas) é obrigatório se solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Alternativa (d) Incorreta: O processo de entrega da cópia do prontuário é um direito administrativo e clínico direto do paciente. Não existe obrigatoriedade legal de agendamento de reuniões com a administração ou de uma transferência formal obrigatoriamente mediada apenas pelos coordenadores das unidades. O fluxo deve ser facilitado para garantir o direito constitucional de acesso à informação e a continuidade da assistência.

Resumo do conceito: O prontuário é do paciente (quanto ao conteúdo) e da instituição (quanto à guarda). O acesso é um direito do paciente e o fornecimento da cópia, quando solicitada, é um dever do serviço de saúde.