



SES

GABARITO | 2026 | PE | 100 Questões



Gabarito: SES

2026 | PE

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta Doença Renal Crônica (DRC) em estágio 4 (Taxa de Filtração Glomerular de 28 mL/min) e anemia sintomática. O quadro laboratorial revela hemoglobina de 9,2 g/dL, anemia normocítica (VCM 88) e hipoproliferativa (reticulócitos 0,6%). Na DRC, a principal causa de anemia é a deficiência de eritropoietina, hormônio produzido pelos rins. Para iniciar o tratamento com agentes estimuladores da eritropoiese (eritropoietina), as diretrizes (KDIGO) recomendam que os estoques de ferro sejam adequados: saturação de transferrina (SAT) maior que 20% e ferritina maior que 100 ng/mL (em pacientes não dialíticos). O paciente possui SAT de 24% e ferritina de 200 ng/mL, preenchendo os critérios para o início da terapia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A transfusão de hemácias deve ser evitada em pacientes com DRC, sendo reservada para casos de anemia grave com instabilidade hemodinâmica ou sintomas agudos não responsivos a outros tratamentos. Transfusões frequentes podem causar sobrecarga de ferro e alossensibilização, o que dificulta a compatibilidade em um eventual futuro transplante renal.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta inicial padrão. Com hemoglobina abaixo de 10 g/dL e estoques de ferro adequados (SAT > 20% e Ferritina > 100 ng/mL), está indicado o início de eritropoietina recombinante humana por via subcutânea. A suplementação de ferro associada é necessária para garantir que a medula óssea tenha substrato suficiente para a produção de novas hemácias estimulada pela medicação.

Alternativa c) Incorreta. Embora a reposição de ferro possa ser feita de forma isolada se houvesse deficiência absoluta ou funcional de ferro, o principal problema deste paciente é a falta de eritropoietina devido à falência renal. Repor apenas ferro não corrigirá a anemia de forma eficaz neste estágio da doença.

Alternativa d) Incorreta. O gatilho para o tratamento da anemia na DRC não é o mesmo das anemias agudas (onde muitas vezes se usa o valor de 7 g/dL). No renal crônico, o objetivo é manter a hemoglobina entre 10 e 11,5 g/dL para melhorar a capacidade funcional e reduzir a hipertrofia ventricular esquerda. Esperar atingir 7 g/dL causaria sofrimento desnecessário ao paciente.

Alternativa e) Incorreta. Não há suspeita clínica de mielodisplasia ou outra patologia primária da medula. O quadro de anemia normocítica e hipoproliferativa é plenamente explicado pela DRC avançada, com níveis de B12 e ácido fólico normais, tornando a biópsia de medula um exame invasivo e desnecessário no momento.

Questão 2

A questão aborda a relação epidemiológica e fisiopatológica entre a obesidade e o desenvolvimento de neoplasias malignas. Segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), o excesso de gordura corporal está relacionado ao aumento do risco de pelo menos 13 tipos de câncer, devido a mecanismos como inflamação crônica subclínica, resistência insulínica (com aumento de IGF-1) e alterações nos níveis de hormônios sexuais.

Análise das alternativas:

a) Carcinoma hepatocelular: Incorreta. Existe uma associação causal bem estabelecida. A obesidade é o principal fator de risco para a doença hepática gordurosa não alcoólica (atualmente denominada MASLD), que pode evoluir para esteato-hepatite, cirrose e, conseqüentemente, carcinoma hepatocelular.

b) Carcinoma de endométrio: Incorreta. Esta é a neoplasia com a associação mais forte com a obesidade. O tecido adiposo periférico realiza a conversão de androgênios em estrogênios (através da enzima aromatase). Em mulheres obesas, especialmente após a menopausa, esse excesso de estrogênio sem a oposição da progesterona causa proliferação endometrial e aumenta significativamente o risco de câncer.

c) Adenocarcinoma de esôfago: Incorreta. A obesidade aumenta a pressão intra-abdominal, favorecendo o refluxo gastroesofágico crônico e o desenvolvimento do esôfago de Barrett, que é a lesão precursora direta do adenocarcinoma esofágico.

d) Carcinoma colorretal: Incorreta. A obesidade é um fator de risco clássico para o câncer colorretal. Os mecanismos envolvem principalmente a hiperinsulinemia e o estado inflamatório sistêmico, que estimulam vias de proliferação celular e inibem a apoptose no epitélio intestinal.

e) Carcinoma de pulmão de células não pequenas: Correta (Gabarito). Embora a obesidade seja um fator de risco para diversos tumores, o carcinoma de pulmão não faz parte da lista de 13 neoplasias com associação causal comprovada pela IARC. O principal fator de risco modificável para o câncer de pulmão é, isoladamente, o tabagismo. Curiosamente, em alguns estudos epidemiológicos, observa-se o

chamado paradoxo da obesidade no câncer de pulmão, em que pacientes com IMC levemente elevado podem apresentar melhor prognóstico, mas não há evidência de que a gordura corporal seja um agente causador dessa neoplasia.

Questão 3

A análise desta questão deve focar na mudança de paradigma proposta pelas diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD 2025) e de outras sociedades internacionais (ADA/EASD). Atualmente, a escolha do tratamento para o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é guiada primeiramente pela presença de comorbidades e pelo risco cardiovascular, e não apenas pelo nível da hemoglobina glicada (HbA1c).

A paciente em questão apresenta doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA) estabelecida, devido ao histórico de infarto agudo do miocárdio há 2 anos. Para pacientes com DCVA, as diretrizes recomendam o uso de fármacos que comprovadamente reduzam desfechos cardiovasculares maiores (MACE), independentemente do uso da metformina ou do valor inicial da HbA1c.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a dose de metformina possa ser otimizada para até 2.000-2.550 mg/dia, visando a um melhor controle glicêmico, essa medida sozinha não oferece a proteção cardiovascular adicional necessária para uma paciente que já sofreu um infarto. A prioridade é adicionar uma classe com benefício cardiovascular direto.

Alternativa b) Incorreta. As sulfonilureias são secretagogos de insulina que podem causar hipoglicemia e ganho de peso. Elas não possuem benefício cardiovascular comprovado e, em alguns estudos, foram associadas a um maior risco quando comparadas a terapias mais modernas. Não são a escolha prioritária para pacientes de alto risco.

Alternativa c) Incorreta. A insulina basal é uma excelente ferramenta para o controle da glicemia, mas é reservada para quando outras terapias falham em atingir a meta ou quando há sinais de catabolismo (o que não é o caso, já que a paciente está assintomática e com HbA1c de 7,5%). Além disso, a insulina não reduz o risco cardiovascular e pode promover ganho de peso.

Alternativa d) Incorreta. Os inibidores da DPP-4 são considerados neutros do ponto de vista cardiovascular (com exceção da saxagliptina, que deve ser evitada na insuficiência cardíaca). Eles não conferem a redução de mortalidade ou de novos

eventos isquêmicos que as classes de escolha (arGLP-1 ou iSGLT2) proporcionam.

Alternativa e) Correta. Os agonistas do receptor de GLP-1 (arGLP-1) com benefício cardiovascular comprovado (como a semaglutida, liraglutida ou dulaglutida) são recomendados pela SBD 2025 para pacientes com DCVA estabelecida. Eles reduzem o risco de novos eventos cardiovasculares, auxiliam na perda de peso (a paciente tem IMC de 29 kg/m²) e promovem um controle glicêmico eficaz com baixo risco de hipoglicemia. Outra opção válida nesta situação seria um inibidor da SGLT2, mas, entre as alternativas apresentadas, a introdução do arGLP-1 é a conduta mais alinhada com as evidências de redução de risco residual pós-infarto.

Questão 4

Análise do Caso Clínico

O paciente apresenta um quadro clássico de cirrose hepática com ascite e edema de membros inferiores, evoluindo com um derrame pleural volumoso à direita. Este cenário é característico do hidrotórax hepático, uma complicação da hipertensão portal em que o fluido ascítico atravessa pequenos defeitos (fenestrações) no diafragma, geralmente localizados no lado direito, devido à pressão intra-abdominal elevada.

Para diferenciar a natureza do líquido pleural, aplicamos os Critérios de Light, que definem um exsudato se pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

1. Relação proteína pleural/proteína sérica maior que 0,5.
2. Relação DHL pleural/DHL sérico maior que 0,6.
3. DHL pleural maior que 2/3 do limite superior da normalidade para o DHL sérico.

No caso apresentado:

- Relação proteína pleural/sérica: 0,3 (menor que 0,5).
- Relação DHL pleural/sérico: 0,4 (menor que 0,6).
- DHL absoluto: 120 U/L (baixo).
- pH (7,45) e glicose (95 mg/dL): normais.

Portanto, trata-se de um transudato.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Derrames exsudativos por infecção (como o derrame parapneumônico) apresentam Critérios de Light positivos para exsudato, além de geralmente cursarem com febre, tosse e leucocitose, sintomas ausentes no paciente.

b) Correta. O diagnóstico é hidrotórax hepático. Trata-se de um derrame transudativo que ocorre em cerca de 5 a 10% dos pacientes com cirrose e hipertensão portal. A bioquímica do líquido pleural é muito semelhante à do líquido ascítico, e a localização preferencial é o hemitórax direito (85% dos casos).

c) Incorreta. Derrames neoplásicos são, por definição, exsudatos (proteína e DHL elevados). O paciente não apresenta perda de peso e a citologia pleural mostrou poucas células, sem atípicas.

d) Incorreta. O quilotórax é causado pelo acúmulo de linfa no espaço pleural por obstrução ou lesão do ducto torácico. Embora possa ser transudativo em raros casos de cirrose, ele se caracteriza por um aspecto leitoso e níveis de triglicerídeos acima de 110 mg/dL, o que não condiz com a descrição bioquímica de um transudato simples.

e) Incorreta. O empiema pleural é um exsudato purulento. Laboratorialmente, apresenta pH baixo (geralmente menor que 7,20), glicose muito baixa e DHL significativamente elevado (frequentemente acima de 1000 U/L), além de cultura positiva ou presença de pus macroscópico, o que foi descartado pelos exames.

Questão 5

A questão aborda um desafio comum na prática reumatológica: diferenciar as manifestações neuropsiquiátricas do lúpus eritematoso sistêmico (neuro-LES) da psicose induzida por corticosteroides.

A análise do caso clínico revela os seguintes pontos-chave:

1. O paciente iniciou dose elevada de corticoide (1 mg/kg/dia) há 10 dias.
2. Os sintomas psiquiátricos (euforia, insônia, alucinações e desorganização) surgiram precocemente após o início da medicação.
3. Não há sinais de atividade sistêmica do lúpus no momento; pelo contrário, o anti-DNA está caindo e o complemento (C3/C4) está subindo, indicando que o tratamento da nefrite está funcionando.
4. O líquido (LCR) e a ressonância magnética de crânio estão normais, o que torna o diagnóstico de neuro-LES (como vasculite ou cerebrite lúpica) muito improvável.

Diante desse cenário, o diagnóstico mais provável é psicose por corticoide.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Aumentar a dose de prednisona agravaria o quadro, pois o corticoide é o agente causal da psicose. Essa conduta seria pensada apenas se

houvesse forte suspeita de neuro-LES por atividade da doença, o que foi descartado pelos exames.

Alternativa b) Correta. O tratamento da psicose induzida por corticoide baseia-se na redução da dose da medicação (sempre que a doença de base permitir) e no controle dos sintomas agudos com antipsicóticos (preferencialmente os atípicos, como quetiapina ou olanzapina, devido ao melhor perfil de efeitos colaterais). No caso, como a nefrite está respondendo bem, pode-se tentar o desmame gradual monitorado.

Alternativa c) Incorreta. A ciclofosfamida é um imunossupressor potente indicado para manifestações graves de neuro-LES (como mielite transversa ou vasculite do SNC). Como as evidências apontam para etiologia medicamentosa, a ciclofosfamida não tem indicação e traria toxicidade desnecessária.

Alternativa d) Incorreta. O anifrolumabe é um anticorpo monoclonal contra o receptor de interferon tipo I, aprovado para lúpus moderado a grave, mas não é a terapia de escolha para um quadro agudo de psicose induzida por droga.

Alternativa e) Incorreta. A pulsoterapia com metilprednisolona (doses de choque) é utilizada em casos de atividade lúpica grave. Administrar doses massivas de corticoide a um paciente que já apresenta psicose por essa classe de droga seria extremamente perigoso e exacerbaria os sintomas psiquiátricos.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO

O paciente é um homem jovem com um quadro de Tromboembolismo Venoso (TEV) – especificamente uma Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal – que ocorreu após um fator desencadeante clássico e transitório: uma viagem aérea de longa duração (fator de risco ambiental). A investigação revelou que ele é portador do Fator V de Leiden em heterozigose, que é a trombofilia hereditária mais comum, porém considerada de baixo risco de recorrência quando comparada a outras condições.

O ponto fundamental da questão é determinar o tempo de anticoagulação e a conduta a longo prazo para um primeiro episódio de TVP provocada em um paciente com trombofilia de baixo risco.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta padrão para um primeiro episódio de TVP proximal provocado por fator de

risco transitório (como cirurgias, traumas ou viagens longas) é a anticoagulação por um período de 3 a 6 meses. A presença do Fator V de Leiden em heterozigose, por si só, não é indicação de anticoagulação vitalícia após um primeiro evento provocado, pois o risco de sangramento com o uso crônico do anticoagulante supera o benefício da prevenção da recorrência nessa situação específica. Após a suspensão do tratamento, o paciente deve ser orientado a realizar profilaxia medicamentosa ou mecânica em situações futuras de alto risco (novas viagens longas, cirurgias ou imobilizações).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O período de 2 meses é considerado insuficiente para o tratamento de uma TVP proximal. O tempo mínimo recomendado pelas diretrizes internacionais (como o CHEST) e nacionais é de 3 meses para garantir a estabilização do trombo e reduzir o risco de embolia pulmonar e de recorrência precoce.

Alternativa (b): A anticoagulação indefinida é reservada para pacientes com eventos recorrentes (dois ou mais episódios espontâneos), eventos espontâneos (sem fator desencadeante) com alto risco de recorrência ou trombofilias de alto risco (como deficiência de antitrombina, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo ou Fator V de Leiden em homozigose). O rastreamento familiar não é obrigatório e é frequentemente desaconselhado em casos de trombofilias de baixo risco, pois o resultado raramente altera a conduta clínica em familiares assintomáticos.

Alternativa (d): Antiagregantes plaquetários (como a aspirina) não são o tratamento de escolha para a fase aguda ou de manutenção da TVP. O tratamento deve ser feito obrigatoriamente com anticoagulantes (heparinas, varfarina ou novos anticoagulantes orais - DOACs). Embora a aspirina possa ter um papel modesto na prevenção secundária após o término da anticoagulação em alguns casos, ela não substitui a conduta da alternativa C.

Alternativa (e): Exercícios físicos não devem ser evitados; pelo contrário, após a fase aguda e com o paciente adequadamente anticoagulado, a deambulação e exercícios leves são estimulados para melhorar o retorno venoso e reduzir os sintomas da síndrome pós-trombótica. Além disso, a ausência de anticoagulação em uma TVP proximal aguda é um erro grave, dado o alto risco de embolia pulmonar fatal.

Questão 7

O quadro clínico e laboratorial da paciente é clássico para o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário (HPTP). A análise deve ser feita da seguinte forma:

1. Diagnóstico: A paciente apresenta hipercalcemia (cálcio de 11,6 mg/dL) associada a um nível elevado de PTH (125 pg/mL). Em situações normais, o aumento do cálcio deveria suprimir a secreção de PTH. Quando ambos estão elevados (ou o PTH está "inadequadamente normal" na presença de cálcio alto), o diagnóstico é hiperparatireoidismo primário. A hipofosfatemia (fósforo de 2,2 mg/dL) reforça o diagnóstico, pois o PTH promove a excreção renal de fosfato.

2. Manifestações Clínicas: A paciente apresenta a clássica mnemônica do HPTP: "stones" (nefrolitíase), "bones" (dor óssea), "abdominal groans" (constipação) e "psychic overtones" (fadiga/alterações de humor).

3. Tratamento: A paratireoidectomia é o tratamento definitivo. Segundo os consensos internacionais, pacientes sintomáticos (como esta, que tem litíase renal e dor óssea) têm indicação cirúrgica clara, independentemente da idade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na hipercalcemia maligna, o PTH está suprimido (geralmente abaixo de 20 pg/mL), pois o aumento do cálcio ocorre por outros mecanismos (como a proteína relacionada ao PTH — PTHrP — ou metástases ósseas), e não pela produção glandular de PTH.

b) Incorreta. O hiperparatireoidismo secundário ocorre como resposta compensatória à hipocalcemia ou deficiência de vitamina D (comum na doença renal crônica). Nele, o cálcio é baixo ou normal, e não elevado. A vitamina D e a função renal da paciente estão normais.

c) Correta. Os exames confirmam HPTP (cálcio alto + PTH alto + fósforo baixo), e a presença de sintomas (litíase e dor óssea) torna a cirurgia a conduta de escolha.

d) Incorreta. A imobilização prolongada causa hipercalcemia por reabsorção óssea, mas, nesse caso, o PTH estaria suprimido pelo feedback negativo do cálcio elevado. Além disso, a história clínica descarta imobilização.

e) Incorreta. A intoxicação por vitamina D causaria hipercalcemia e hiperfosfatemia, com PTH suprimido. O nível de vitamina D da paciente (35 ng/mL) está dentro da faixa de normalidade.

Questão 8

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente de 45 anos apresenta um quadro clássico de hipometabolismo, caracterizado por fadiga, ganho de peso, constipação, pele fria e ressecada, intolerância ao frio e lentificação psicomotora. Esse conjunto de sinais e sintomas é altamente sugestivo de hipotireoidismo. O histórico familiar positivo para doenças tireoidianas reforça a etiologia autoimune.

INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS

Os exames revelam o seguinte padrão:

1. TSH elevado (12 mUI/L): Indica que a hipófise está tentando estimular a tireoide, que não está respondendo adequadamente.
2. T4 livre baixo (0,6 ng/dL): Confirma que a produção hormonal da glândula está insuficiente. Quando o T4 livre está abaixo do valor de referência, o hipotireoidismo é classificado como clínico ou manifesto.
3. Anti-TPO positivo: Este anticorpo é o principal marcador da Tireoidite de Hashimoto, uma doença autoimune na qual o sistema imunológico agride a glândula tireoide, sendo a causa mais comum de hipotireoidismo em adultos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O hipotireoidismo é chamado de subclínico quando o TSH está elevado, mas o T4 livre ainda consegue se manter dentro da faixa de normalidade. No caso em questão, o T4 livre está baixo, o que caracteriza hipotireoidismo clínico. Além disso, a paciente é francamente sintomática e possui TSH > 10 mUI/L, situações que exigiriam tratamento mesmo se o quadro fosse subclínico.

Alternativa b) Correta. A Tireoidite de Hashimoto é o diagnóstico etiológico, confirmado pela presença do anticorpo anti-TPO. Como há repercussão laboratorial (T4 livre baixo) e clínica, a conduta adequada é iniciar a reposição hormonal com levotiroxina.

Alternativa c) Incorreta. A Síndrome do Eutireoideo Doente é uma alteração nos exames de tireoide que ocorre em pacientes gravemente enfermos (geralmente internados em UTI), sem doença tireoidiana prévia. O padrão típico é T3 baixo com TSH normal ou baixo, o que não condiz com o quadro ambulatorial e os anticorpos positivos da paciente.

Alternativa d) Incorreta. A tireotoxicose refere-se ao excesso de hormônios

tireoidianos (hipertireoidismo), que causaria sintomas opostos, como perda de peso, agitação e taquicardia. Não há indícios de uso de amiodarona ou excesso hormonal.

Alternativa e) Incorreta. A Doença de Graves é uma causa de hipertireoidismo. Ela é causada por anticorpos que estimulam a glândula a produzir hormônio em excesso, resultando em TSH baixo e T4 livre elevado, quadro oposto ao apresentado pela paciente.

Questão 9

DIAGNÓSTICO: Gota (Artrite Gotosa Aguda)

COMENTÁRIO: O caso clínico descreve uma apresentação clássica de crise aguda de gota, também conhecida como podagra quando acomete a primeira articulação metatarsofalangeana. Diversos elementos corroboram esse diagnóstico:

1. Perfil do paciente: Homem idoso com doença renal crônica (fator de risco crucial, pois a redução da taxa de filtração glomerular diminui a excreção de ácido úrico).
2. Fatores desencadeantes: Consumo de carne vermelha, frutos do mar e cerveja artesanal. Alimentos ricos em purinas e o álcool (que aumenta a produção e compete na excreção renal de urato) são gatilhos típicos.
3. Quadro clínico: Início súbito, geralmente noturno, com dor de intensidade extrema (sinal do lençol — alodinia) e sinais inflamatórios exuberantes.
4. Laboratório: Hiperuricemia (9,8 mg/dL) e elevação de marcadores de fase aguda (VHS e PCR), comuns durante a crise.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Artrite séptica: É o principal diagnóstico diferencial de uma monoartrite aguda. Embora cause dor intensa e edema, geralmente é acompanhada de febre e o paciente não apresenta uma relação tão clara com gatilhos dietéticos. Na dúvida, a punção articular com análise do líquido sinovial é mandatória, mas a história clínica aqui é muito mais sugestiva de gota.

b) Gota (CORRETA): O quadro de podagra (inflamação da base do grande artelho), associado a fatores de risco (insuficiência renal), gatilhos alimentares e hiperuricemia, fecha o diagnóstico clínico mais provável conforme os critérios de classificação (ACR/EULAR).

c) Artrite psoriásica: Geralmente se manifesta como uma oligoartrite assimétrica ou dactilite (dedo em salsicha), frequentemente associada a lesões cutâneas de psoríase e alterações ungueais. O início súbito após excesso alimentar não é característico desta patologia.

d) Condrocálcinose (Pseudogout): Causada pela deposição de cristais de pirofosfato de cálcio. Embora também cause monoartrite aguda em idosos, acomete preferencialmente grandes articulações, como joelhos e punhos. A relação com a dieta e os níveis elevados de ácido úrico direcionam o diagnóstico para gota.

e) Artrite reativa: É uma espondiloartrite que surge após um quadro infeccioso (geralmente gastrointestinal ou geniturinário). Costuma cursar com entesites e acometer pacientes mais jovens, não guardando relação com o consumo de purinas ou doença renal crônica.

Questão 10

Alternativa a: Esta afirmação está correta. As modificações no estilo de vida continuam sendo a base do tratamento da hipertensão arterial na diretriz de 2025. A redução da ingestão de sal para menos de 5 gramas por dia, a manutenção de um peso saudável, a prática de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana e a limitação do consumo de álcool são recomendações terapêuticas fundamentais e consensuais.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. Uma das principais novidades da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 é a adoção do escore PREVENT (Predicting Risk of cardiovascular Disease EVENTS). Este modelo substitui ou complementa ferramentas anteriores, oferecendo uma estimativa mais precisa do risco de doenças cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca, para os próximos 10 anos.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. A estratificação de risco permanece um ponto central na conduta clínica. Pacientes que já apresentam diagnóstico de diabetes mellitus, doença renal crônica (estágios 3 a 5) ou evidência de lesão de órgão-alvo (como hipertrofia ventricular esquerda ou albuminúria) são classificados automaticamente como de alto risco cardiovascular, independentemente dos níveis de pressão arterial.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A diretriz de 2025 incorpora o uso de ferramentas de medicina de precisão para refinar a estratificação de risco. Em pacientes classificados inicialmente como de risco intermediário, a utilização do escore de cálcio coronariano, a dosagem de lipoproteína(a), BNP e troponina ultrasensível pode auxiliar o médico a decidir por condutas mais agressivas de tratamento.

Alternativa e: Esta afirmação é a INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. A Diretriz Brasileira de 2025 recomenda enfaticamente a estratificação de risco para

indivíduos com pré-hipertensão (PAS 130-139 mmHg e/ou PAD 85-89 mmHg). Isso ocorre porque, se o pré-hipertenso for classificado como de alto risco cardiovascular ou já possuir doença cardiovascular estabelecida, a diretriz orienta o início imediato do tratamento farmacológico associado às mudanças de estilo de vida, o que representa uma mudança importante na abordagem terapêutica precoce.

Questão 11

Esta questão exige o conhecimento das atualizações da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2025), que trouxe critérios mais rigorosos de estratificação e alvos terapêuticos.

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): Esta é a alternativa incorreta porque a meta para pacientes de Risco Extremo foi definida como LDL-c < 30 mg/dL, e não < 55 mg/dL. O conceito de "Risco Extremo" aplica-se a indivíduos que apresentam eventos cardiovasculares recorrentes (mesmo em uso de estatinas potentes), doença arterial coronária associada ao diabetes ou doença multivascular. A meta de < 50 mg/dL permanece para o Risco Muito Alto, enquanto a meta de < 70 mg/dL é voltada para o Risco Alto.

Alternativa B (Correta): A lipoproteína(a) ou Lp(a) tem níveis plasmáticos determinados quase inteiramente pela genética, variando pouco ao longo da vida em função de dieta ou estilo de vida. Por isso, a diretriz recomenda a sua dosagem ao menos uma vez na vida para refinar a estratificação de risco, especialmente em pacientes com histórico familiar precoce de doença cardiovascular.

Alternativa C (Correta): A ApoB é o principal componente proteico das partículas aterogênicas (VLDL, IDL e LDL). Em situações em que o cálculo do LDL-c pode ser impreciso, como na hipertrigliceridemia (TG > 150 mg/dL), diabetes mellitus ou obesidade, a ApoB fornece uma estimativa mais fiel da carga de partículas aterogênicas circulantes.

Alternativa D (Correta): A estrutura da Lp(a) possui diferentes tamanhos de isoformas da apolipoproteína(a). Ensaios laboratoriais que dependem do tamanho da isoforma podem superestimar ou subestimar os valores. A diretriz recomenda o uso de ensaios independentes da isoforma, preferencialmente expressos em nmol/L (massa molar) em vez de mg/dL (massa total), para maior acurácia clínica.

Alternativa E (Correta): O colesterol não HDL (colesterol total menos o HDL-c) representa toda a carga de colesterol transportada por lipoproteínas aterogênicas. Ele é um excelente preditor de risco cardiovascular e permanece como um alvo secundário essencial, servindo para identificar o "risco residual" em pacientes que já

atingiram a meta de LDL-c, mas mantêm níveis elevados de outras frações lipídicas.

Questão 12

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), caracterizado por dispneia súbita, dor pleurítica e taquicardia, confirmado por angiotomografia que demonstra trombo extenso. O ponto fundamental para a escolha da conduta e a classificação de gravidade é a análise das contraindicações. Embora o trombo seja descrito como extenso (anatomia), o paciente não apresenta hipotensão ou choque, o que o classifica como TEP de risco não alto (estável hemodinamicamente).

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A varfarina é um antagonista da vitamina K que leva de 3 a 5 dias para atingir o nível terapêutico (INR entre 2 e 3). Na fase aguda do TEP, ela nunca deve ser usada como monoterapia inicial, pois pode induzir um estado transitório de hipercoagulabilidade (devido à depleção das proteínas C e S), além de não oferecer a anticoagulação imediata necessária.

Alternativa b) Incorreta. O filtro de veia cava inferior é reservado para situações específicas, como contraindicação absoluta à anticoagulação (ex: sangramento ativo grave, cirurgia intracraniana muito recente) ou falha da anticoagulação plena (novo TEP mesmo com anticoagulação adequada). Como a hemorragia digestiva do paciente ocorreu há 10 dias e ele já está estável, a anticoagulação pode ser tentada com cautela antes de se optar por um método invasivo.

Alternativa c) Incorreta. A trombólise venosa (uso de fibrinolíticos como alteplase) é indicada exclusivamente para o TEP de alto risco, ou seja, pacientes com instabilidade hemodinâmica (PAS menor que 90 mmHg ou queda maior que 40 mmHg por mais de 15 minutos). O paciente em questão está estável. Além disso, o sangramento gastrointestinal recente (10 dias) é uma contraindicação relativa importante para a trombólise devido ao altíssimo risco de novo sangramento massivo.

Alternativa d) Correta. A anticoagulação é a base do tratamento do TEP estável. A Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), como a enoxaparina, é frequentemente a escolha inicial pela facilidade de administração e previsibilidade posológica. Em pacientes com risco aumentado de sangramento (como este, com úlcera duodenal recente há 10 dias), a literatura e algumas bancas de concursos sugerem o uso de doses mais cautelosas ou o ajuste rigoroso para evitar a recorrência da hemorragia

digestiva, enquanto ainda se protege o paciente contra a progressão do trombo pulmonar.

Alternativa e) Incorreta. O TEP é uma condição potencialmente fatal. Diante de um trombo extenso na artéria pulmonar principal, a conduta expectante (apenas observação) é contraindicada, pois o risco de um novo evento embólico ou de progressão para falência de ventrículo direito é elevado se não houver intervenção terapêutica imediata.

Questão 13

O quadro clínico descreve um paciente com rabdomiólise grave decorrente de uma convulsão prolongada. A destruição maciça de fibras musculares libera grandes quantidades de mioglobina, potássio, fosfato e creatinofosfoquinase (CPK) na circulação. A mioglobina é altamente nefrotóxica, causando lesão tubular direta e obstrução intratubular por cilindros pigmentares, o que justifica a lesão renal aguda (LRA) apresentada (elevação de creatinina, oligúria e urina escura).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O uso de diuréticos de alça, como a furosemida, não é a conduta inicial e não previne a lesão renal aguda na rabdomiólise. Eles podem ser utilizados posteriormente caso o paciente desenvolva sobrecarga de volume (edema agudo de pulmão) após a hidratação, mas o uso precoce sem reposição volêmica adequada pode piorar a função renal.

b) Correta. A hidratação vigorosa com solução salina isotônica é a medida mais importante e deve ser iniciada o mais rápido possível. O objetivo é expandir o volume intravascular, aumentar o fluxo renal e diluir a mioglobina nos túbulos renais, facilitando sua excreção e evitando a formação de cilindros obstrutivos. O alvo terapêutico é manter um débito urinário elevado (geralmente entre 200 e 300 mL/h) até que os níveis de CPK caiam e a mioglobinúria desapareça.

c) Incorreta. A restrição de líquidos é contraindicada neste momento. A baixa perfusão renal e a urina concentrada agravam a toxicidade da mioglobina e aceleram a falência renal.

d) Incorreta. O uso de manitol é controverso na literatura e nunca deve ser a conduta inicial isolada. Ele só poderia ser considerado após a expansão volêmica estar completa, caso o débito urinário alvo não fosse atingido, mas as evidências de benefício real são limitadas.

e) Incorreta. Embora a alcalinização urinária possa ser discutida para evitar a precipitação da mioglobina (que ocorre em meio ácido), ela deve ser feita com bicarbonato de sódio por via intravenosa, e não oral. Além disso, a alcalinização só é recomendada após a correção da volemia e se não houver hipocalcemia grave, uma vez que o bicarbonato pode reduzir ainda mais o cálcio iônico circulante (o paciente já apresenta cálcio baixo, de 7,5 mg/dL). A prioridade absoluta é a hidratação.

Questão 14

O diagnóstico mais provável para o caso clínico é o Delirium Hipoativo, conforme detalhado abaixo:

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta os critérios diagnósticos clássicos para Delirium, que é uma síndrome confusional aguda. Os principais pontos são o início agudo (após a internação e infecção), o curso flutuante (períodos de lucidez alternados com desatenção) e a alteração do nível de consciência ou atenção. O Confusion Assessment Method (CAM), citado no enunciado, é a ferramenta padrão-ouro para esse diagnóstico. O fato de a paciente estar apática, lenta e sonolenta caracteriza o subtipo "hipoativo", que é frequentemente subdiagnosticado por não apresentar a agitação psicomotora do tipo hiperativo.

Alternativa (a) Incorreta: A Doença de Alzheimer tem um início insidioso e uma progressão lenta e gradual ao longo de meses ou anos. O quadro da paciente surgiu de forma aguda, associado a um estressor médico (infecção e desidratação), o que é incompatível com a história natural de uma demência primária em fase inicial.

Alternativa (b) Incorreta: O Transtorno Cognitivo Leve caracteriza-se por um declínio cognitivo maior do que o esperado para a idade, mas que não interfere significativamente nas atividades de vida diária. Não se apresenta com flutuação de consciência, desatenção aguda ou lentificação psicomotora súbita.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a depressão no idoso possa se manifestar com apatia e lentificação (pseudodemência), ela não explica a desatenção marcante e a flutuação aguda do estado de alerta detectadas pelo CAM. Além disso, o contexto de uma infecção urinária recente e internação hospitalar aponta fortemente para uma causa orgânica aguda.

Alternativa (d) Incorreta: O Transtorno de Ajustamento é uma resposta emocional ou comportamental a um estressor identificável, mas não causa as alterações neurocognitivas graves, a desatenção e a flutuação do nível de consciência observadas nesta paciente.

Alternativa (e) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente o caso. O Delirium é uma disfunção cerebral aguda desencadeada por condições médicas subjacentes (infecção, desidratação, hospitalização). A forma hipoativa é comum em idosos e se manifesta exatamente como descrito: apatia, fala monótona e sonolência, sendo o critério de "desatenção" o marcador fundamental para diferenciá-lo de outras condições.

Questão 15

O quadro clínico descreve um paciente em choque séptico. De acordo com a definição do Sepsis-3, o choque séptico é identificado pela necessidade de vasopressores para manter uma pressão arterial média (PAM) maior ou igual a 65 mmHg e um lactato sérico maior que 2 mmol/L, após ressuscitação volêmica adequada. O paciente já recebeu 1,5 L de cristaloides e mantém hipotensão (PAM de aproximadamente 59 mmHg), lactato elevado (6,1) e sinais de má perfusão (extremidades frias e oligúria).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a ressuscitação volêmica seja a conduta inicial, o paciente já recebeu um volume considerável (1,5 L) e permanece hipotenso, com sinais de congestão ou risco de sobrecarga hídrica se for administrado volume indefinidamente. A persistência da hipotensão após a carga inicial de fluidos caracteriza o estado de choque, exigindo suporte vasopressor imediato para garantir a perfusão orgânica.

b) Correta. A norepinefrina é o vasopressor de primeira escolha no choque séptico. O objetivo imediato é restaurar a PAM para pelo menos 65 mmHg, visando garantir a pressão de perfusão crítica para órgãos vitais, como rins e cérebro, além de reverter a acidose láctica.

c) Incorreta. A dopamina não é mais recomendada como droga de primeira linha no choque séptico. Estudos demonstraram que, em comparação com a norepinefrina, a dopamina está associada a uma maior incidência de eventos adversos, especialmente arritmias (taquicardia, fibrilação atrial), além de maior mortalidade em alguns subgrupos.

d) Incorreta. A antibioticoterapia deve ser iniciada o mais rápido possível (idealmente na primeira hora), mas não se deve "aguardar" o antibiótico para iniciar o vasopressor. Em um paciente com instabilidade hemodinâmica grave, as medidas de suporte circulatório e o tratamento da causa-base (infecção) devem ocorrer de forma

simultânea.

e) Incorreta. Um paciente em choque séptico, necessitando de drogas vasoativas, monitorização invasiva e apresentando disfunção de múltiplos órgãos (renal, respiratória, hemodinâmica), tem indicação absoluta de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e não em enfermaria.

Questão 16

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) exacerbada, com sinais claros de hiperinsuflação dinâmica e presença de auto-PEEP (8 cmH₂O). O problema central aqui é a obstrução ao fluxo expiratório, que impede o esvaziamento pulmonar completo antes do início do próximo ciclo respiratório. A frequência respiratória de 24 irpm é considerada alta para um paciente com perfil obstrutivo, o que encurta o tempo expiratório e agrava o aprisionamento aéreo. Isso se manifesta clinicamente pela assincronia (esforços ineficazes) e pela repercussão hemodinâmica (queda da pressão arterial na inspiração por redução do retorno venoso).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Aumentar o volume corrente em um paciente que já sofre de hiperinsuflação dinâmica e aprisionamento aéreo seria contraproducente. Isso aumentaria a quantidade de ar a ser exalada em um tempo já curto, elevando as pressões intratorácicas e o risco de barotrauma, além de piorar a instabilidade hemodinâmica.

b) Incorreta. Embora o ajuste da PEEP externa possa ser utilizado para facilitar o disparo do ventilador em pacientes com auto-PEEP (geralmente ajustada entre 75% a 80% da auto-PEEP), elevar a PEEP até igualar totalmente ou de forma isolada não resolve a causa base do aprisionamento aéreo. A prioridade inicial é esvaziar o pulmão, e não apenas compensar o gradiente de pressão para o disparo.

c) Correta. Esta é a intervenção inicial mais eficaz. Ao reduzir a frequência respiratória, o tempo total do ciclo aumenta, permitindo que o tempo expiratório (Te) seja prolongado. Com mais tempo para exalar, o paciente consegue expelir o ar aprisionado, o que reduz a auto-PEEP, melhora a mecânica respiratória, resolve a assincronia de esforço ineficaz e diminui a compressão das estruturas vasculares intratorácicas, melhorando a pressão arterial.

d) Incorreta. Aumentar a FiO₂ melhora a oxigenação, mas não trata a hipercapnia nem o problema mecânico do aprisionamento aéreo. A hipercapnia em pacientes com DPOC sob ventilação mecânica deve ser manejada através da otimização da ventilação alveolar, respeitando o tempo expiratório.

e) Incorreta. Manobras de recrutamento alveolar com pressões elevadas são indicadas para patologias com colapso alveolar (como a SRPA), e não para patologias obstrutivas. Na DPOC com hiperinsuflação, essa manobra é extremamente perigosa, podendo causar pneumotórax ou choque obstrutivo por aumento excessivo da pressão intratorácica.

Questão 17

O caso clínico descreve um paciente em choque séptico de foco abdominal (provável deiscência de anastomose ou abscesso pós-operatório), evidenciado pela hipotensão refratária à reposição volêmica, necessidade de vasopressor (norepinefrina) e hiperlactatemia (lactato de 4,7 mmol/L). A tomografia confirma uma coleção com gás, o que indica um foco infeccioso ativo que precisa ser abordado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora o ajuste da dose do vasopressor seja necessário para manter a pressão arterial média (PAM) acima de 65 mmHg, o aumento isolado da medicação não resolve a causa-base da instabilidade. Sem o controle da fonte de infecção, o choque progredirá para falência múltipla de órgãos.

Alternativa b) Incorreta. A troca de antibióticos é importante caso o esquema atual não cubra os patógenos prováveis, mas "observar por 24 h" em um paciente com choque séptico e foco cirúrgico evidente é uma conduta inadequada que aumenta drasticamente a mortalidade.

Alternativa c) Correta. O manejo do choque séptico baseia-se em três pilares imediatos: ressuscitação hemodinâmica (fluidos e vasopressores), antibioticoterapia de amplo espectro precoce e controle do foco infeccioso (*source control*). No caso de uma coleção sub-hepática de 6 cm com gás no pós-operatório de colectomia, o controle do foco (seja por nova cirurgia ou drenagem percutânea, dependendo da estabilidade e viabilidade técnica) é a medida definitiva e essencial para a sobrevivência do paciente.

Alternativa d) Incorreta. O uso de corticoides (como a hidrocortisona) pode ser considerado no choque séptico apenas quando há persistência da instabilidade hemodinâmica mesmo após ressuscitação volêmica adequada e uso de doses

moderadas a altas de vasopressores. Além disso, não são utilizados em "altas doses" para este fim e nunca substituem a necessidade de controle do foco.

Alternativa e) Incorreta. Aguardar a evolução clínica em um quadro de sepse abdominal grave e instabilidade hemodinâmica é uma conduta passiva que leva ao óbito. A intervenção deve ser imediata e agressiva.

ASSOCIAÇÃO COM IMAGEM: A tomografia citada no enunciado é o exame padrão-ouro para identificar complicações pós-operatórias abdominais. A presença de gás em uma coleção (gás extraluminal) é um sinal clássico de infecção por germes produtores de gás ou de perfuração/deiscência de víscera oca, reforçando a urgência da abordagem descrita na alternativa C.

Questão 18

O quadro clínico descrito — cefaleia explosiva súbita (*thunderclap headache*), vômitos, rigidez de nuca e rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow 9) — é altamente sugestivo de uma Hemorragia Subaracnoide (HSA) espontânea, provavelmente por ruptura de aneurisma arterial cerebral. Além disso, a presença de sonolência e bradipneia em uma paciente com Glasgow 9 indica sinais claros de hipertensão intracraniana (HIC) aguda e risco de herniação cerebral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A punção lombar (PL) é formalmente contraindicada na presença de sinais clínicos de hipertensão intracraniana ou efeito de massa, como rebaixamento do nível de consciência e bradipneia. Realizar uma PL nessas condições pode causar uma queda brusca de pressão no canal vertebral, levando à herniação das tonsilas cerebelares pelo forame magno, o que é frequentemente fatal.

b) Correta. Diante de uma suspeita de HSA ou qualquer processo expansivo intracraniano com sinais de HIC, o primeiro passo diagnóstico é a Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste. A TC é o padrão-ouro inicial pela sua alta sensibilidade para detectar sangue no espaço subaracnoide e para avaliar sinais de edema ou desvio de estruturas, garantindo a segurança para procedimentos subsequentes.

c) Incorreta. O uso de benzodiazepínicos é contraindicado, pois causaria maior depressão do nível de consciência e do *drive* respiratório em uma paciente que já apresenta Glasgow 9 e bradipneia. O manejo ventilatório (provável intubação orotraqueal) é a prioridade em relação à sedação simples.

d) Incorreta. Embora a pressão arterial esteja elevada, a redução rápida e agressiva com vasodilatadores antes de estabilizar a paciente ou conhecer a etiologia pode comprometer gravemente a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), especialmente em casos de HIC. O controle pressórico deve ser cauteloso, visando metas específicas (geralmente PAS abaixo de 160 mmHg na fase aguda da HSA).

e) Incorreta. A hiperventilação induz vasoconstrição cerebral e pode reduzir a pressão intracraniana temporariamente em situações de emergência (como herniação iminente). No entanto, nunca deve ser feita de forma contínua e prolongada, pois a vasoconstrição mantida leva à isquemia cerebral por redução crítica do fluxo sanguíneo.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente idoso com sepse urinária evoluindo com Lesão Renal Aguda (LRA) grave, caracterizada por oligúria e aumento expressivo da creatinina. O ponto crítico da questão é a hipercalemia grave (potássio de 7,3 mEq/L) associada a alterações eletrocardiográficas significativas (ondas T apiculadas e QRS alargado). O alargamento do complexo QRS é um sinal de iminência de parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular ou assistolia, exigindo intervenção imediata para estabilização da membrana cardíaca e redução dos níveis séricos de potássio.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. As resinas de troca iônica (como o poliestirenosulfonato de cálcio ou sódio) possuem início de ação lento, levando horas para surtir efeito. Elas não têm papel no tratamento de emergência da hipercalemia com alteração no ECG, pois não estabilizam o miocárdio nem promovem a entrada rápida de potássio para o meio intracelular.

Alternativa b) Incorreta. Diante de um potássio de 7,3 mEq/L com repercussão no ECG, a conduta deve ser imediata. Aguardar novos exames laboratoriais atrasaria o tratamento de uma condição potencialmente fatal, configurando negligência terapêutica.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para a hipercalemia grave com alteração eletrocardiográfica.

1. Gluconato de cálcio IV: Não reduz o potássio, mas estabiliza a membrana do cardiomiócito, prevenindo arritmias fatais. É a primeira medida a ser feita quando o QRS está alargado.

2. Insulina com glicose (solução polarizante): Promove o shift intracelular, ou seja, desloca o potássio do sangue para dentro das células rapidamente.
3. Terapia renal substitutiva (hemodiálise): É o tratamento definitivo para remover o excesso de potássio do organismo, especialmente em um paciente com lesão renal aguda, oligúria e acidose metabólica refratária.

Alternativa d) Incorreta. Embora a furosemida ajude na excreção renal de potássio, o paciente apresenta oligúria marcada e disfunção renal grave (creatinina 3,8 mg/dL), o que torna a resposta ao diurético incerta e insuficiente para a gravidade do caso. Além disso, ela não trata a urgência cardíaca de forma imediata.

Alternativa e) Incorreta. O paciente está hipotenso e com baixa perfusão, porém a causa da instabilidade hemodinâmica pode estar sendo agravada pela hipercalemia e pela acidose. Priorizar o ajuste de vasopressor sem corrigir o distúrbio eletrolítico grave que ameaça a vida de forma iminente (risco de arritmia) é uma estratégia errada na priorização do atendimento.

Questão 20

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com perfil de exacerbador frequente, tendo registrado três episódios no último ano. De acordo com as diretrizes globais (GOLD), pacientes com duas ou mais exacerbações moderadas ou uma exacerbação que resulte em hospitalização são classificados no Grupo E (independentemente dos sintomas iniciais), o que exige uma otimização da terapia farmacológica. O fator decisivo para a escolha da conduta nesta questão é a contagem de eosinófilos. Níveis de eosinófilos sanguíneos iguais ou superiores a 300 células/microL são preditores de boa resposta ao uso de corticosteroide inalado (CEI) para a prevenção de novas exacerbações. Como a paciente possui 320 células/microL e permanece exacerbando com broncodilatador de longa duração, a associação do CEI ao esquema terapêutico é a conduta mais adequada.

Alternativa a: Incorreta. O uso de corticosteroide sistêmico (oral) de forma contínua não é recomendado no tratamento de manutenção da DPOC. Essa prática está associada a efeitos colaterais graves a longo prazo, como osteoporose, diabetes, catarata e miopatia, sem oferecer benefícios superiores ao tratamento inalado.

Alternativa b: Incorreta. As metilxantinas, como a teofilina, são consideradas drogas de terceira linha no tratamento da DPOC devido à sua baixa eficácia broncodilatadora e ao alto risco de toxicidade e interações medicamentosas. Elas não devem substituir os broncodilatadores de longa duração (LABA ou LAMA), que são os pilares do

tratamento.

Alternativa c: Correta. A introdução do corticosteroide inalado está formalmente indicada para pacientes que persistem com exacerbações a despeito do tratamento com broncodilatadores de longa duração e que possuem eosinofilia periférica (maior ou igual a 300 células/microL). Essa terapia combinada reduz a inflamação das vias aéreas e a frequência de novas crises.

Alternativa d: Incorreta. A suspensão dos broncodilatadores de longa duração é um erro, pois eles são fundamentais para o controle da obstrução ao fluxo aéreo. A fisioterapia respiratória e a reabilitação pulmonar são intervenções adjuvantes essenciais, mas devem ser realizadas em conjunto com a farmacoterapia, e não como substitutas.

Alternativa e: Incorreta. Existe um claro critério de gravidade e risco futuro: a frequência de exacerbações. Um paciente que exacerba três vezes em um ano não está controlado. A inércia terapêutica neste caso aumenta o risco de queda acelerada da função pulmonar e mortalidade.

Questão 21

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a indicação do protocolo FLOT (Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatina e Docetaxel) no tratamento do câncer gástrico e de junção esofagogástrica (JEG). O FLOT é o regime padrão para quimioterapia perioperatória (neoadjuvância + adjuvância) em tumores localmente avançados com intenção curativa. De acordo com os principais consensos, como o estudo FLOT4 e diretrizes da NCCN e ESMO, a indicação clássica abrange tumores a partir do estágio cT2 ou qualquer estágio com linfonodos positivos (cN+), desde que não haja metástase à distância (M0).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tumor Siewert I localiza-se na porção distal do esôfago. Por ser um adenocarcinoma com linfonodos positivos (N+), ele é classificado como doença localmente avançada. O protocolo FLOT é uma opção validada para tumores da transição esofagogástrica (Siewert I, II e III), visando à redução tumoral e ao controle micrometastático antes da cirurgia.

b) Incorreta. O tumor que invade a muscular própria é classificado como T2. Segundo os critérios do estudo que validou o FLOT, tumores cT2 N0 já possuem indicação de quimioterapia perioperatória. O objetivo é aumentar a chance de uma ressecção R0 e melhorar a sobrevida global em comparação à cirurgia isolada.

c) Incorreta. A invasão esplênica por contiguidade classifica o tumor como T4b, e a presença de linfonodos positivos confirma a doença localmente avançada. Nestes casos de tumores volumosos, a neoadjuvância com FLOT é recomendada para tentar reduzir a massa tumoral e permitir uma cirurgia menos agressiva ou com margens livres.

d) Incorreta. Qualquer tumor gástrico que apresente linfonodos acometidos (N+) é considerado doença de alto risco para recorrência. A indicação de neoadjuvância é padrão para pacientes com status N positivo, independentemente da localização do tumor primário no estômago (antro, corpo ou fundo).

e) Correta. A presença de metástase hepática (mesmo que única) classifica a doença como estágio IV (doença metastática ou M1). O protocolo FLOT, no contexto de neoadjuvância, pressupõe uma estratégia com intenção curativa para doença localizada. Pacientes com metástase à distância recebem tratamento sistêmico paliativo. Embora o esquema FLOT possa ser usado de forma paliativa, ele não é considerado neoadjuvância nesta situação, pois o objetivo não é preparar o paciente para uma cirurgia curativa padrão do tumor primário. Portanto, esta é a situação em que a neoadjuvância não está indicada.

Questão 22

A técnica de Transversus Abdominis Release (TAR) representa um marco na evolução do tratamento de hérnias complexas da parede abdominal. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a técnica promova uma liberação muscular significativa, permitindo o fechamento da linha média com menos tensão, o uso de tela é obrigatório em hérnias ventrais complexas e grandes defeitos. A ausência de tela nesses casos está associada a taxas de recidiva inaceitavelmente altas. O material mais utilizado é o polipropileno (tela de Prolene) de grandes poros.

Alternativa (b) Incorreta: Pelo contrário, a técnica TAR é indicada especificamente para grandes hérnias da linha média (hérnias incisionais gigantes ou defeitos complexos). O objetivo do procedimento é justamente ganhar complacência da parede abdominal para que a linha média possa ser reconstruída sem tensão excessiva.

Alternativa (c) Incorreta: A TAR é uma técnica de separação POSTERIOR de componentes. A técnica de separação anterior é a de Ramirez, que consiste na incisão da aponeurose do músculo oblíquo externo. Na TAR, a liberação ocorre na

região posterior, através da divisão do músculo transverso do abdome.

Alternativa (d) Correta: Esta técnica é considerada uma evolução da separação de componentes clássica (Ramirez). Diferente da separação anterior, a TAR preserva os feixes neurovasculares que suprem o músculo reto abdominal, localizados entre os músculos oblíquo interno e transverso. Isso minimiza a atrofia muscular e preserva a funcionalidade da parede. Além disso, por não exigir grandes descolamentos de pele e tecido subcutâneo (necessários na técnica de Ramirez), reduz drasticamente as complicações de ferida operatória, como isquemia cutânea e seromas.

Alternativa (e) Incorreta: Na técnica TAR, a tela deve ser preferencialmente permanente (não absorvível) e macroporosa para garantir a força tênsil necessária. Quanto ao posicionamento, ela é colocada no espaço retromuscular (pré-peritoneal), ou seja, atrás do músculo reto e atrás das fibras seccionadas do músculo transverso, e não abaixo da bainha anterior do reto.

Questão 23

RESUMO DO CASO:

O paciente apresenta Esferocitose Hereditária, uma anemia hemolítica crônica que causa a formação de cálculos biliares pigmentares (de bilirrubinato de cálcio) devido ao excesso de bilirrubina indireta. Ele já tem indicação de esplenectomia pela hematologia e, nos exames pré-operatórios, foi diagnosticada colelitíase (pedras na vesícula).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Esta é a conduta preconizada pelos consensos de cirurgia e hematologia. Em pacientes com anemias hemolíticas que possuem indicação de esplenectomia, a presença de colelitíase, mesmo que assintomática, justifica a realização da colecistectomia no mesmo tempo cirúrgico. Como ambos os procedimentos podem ser feitos por via laparoscópica, aproveita-se o mesmo ato anestésico e o mesmo acesso abdominal para tratar a doença de base (esplenectomia) e prevenir complicações biliares futuras, como colecistite ou coledocolitíase.

Alternativa B (INCORRETA): O ácido ursodesoxicólico é utilizado em situações muito específicas para tentar dissolver cálculos pequenos de colesterol em pacientes com alto risco cirúrgico. Ele não tem eficácia comprovada para cálculos pigmentares (comuns na hemólise) e não substitui a indicação cirúrgica neste contexto.

Alternativa C (INCORRETA): Na população geral, cálculos biliares assintomáticos

podem ser apenas observados. No entanto, em pacientes que já vão passar por uma esplenectomia devido a uma doença hemolítica, a conduta muda. O risco de eventos biliares futuros e de necessidade de uma nova cirurgia posterior é alto, por isso a remoção preventiva da vesícula biliar durante a esplenectomia é a regra.

Alternativa D (INCORRETA): Não existe vantagem clínica ou técnica em realizar as cirurgias de forma estagiada (separadas por meses). Isso submetaria o paciente a dois riscos anestésicos e dois períodos de recuperação pós-operatória desnecessariamente.

Alternativa E (INCORRETA): Os critérios de Tokyo são utilizados para o diagnóstico e classificação de gravidade de colecistite e colangite aguda. O paciente em questão não tem sintomas de inflamação ou infecção biliar. Além disso, a icterícia do paciente é claramente de origem pré-hepática (bilirrubina indireta alta e Gama GT normal), o que descarta a necessidade de CPER (procedimento invasivo para desobstrução biliar) neste momento. A colangiorrressonância solicitada pelo cirurgião serve apenas para mapear a anatomia biliar e excluir cálculos nos ductos antes da cirurgia, mas não indica necessidade de CPER.

Questão 24

Este caso clínico aborda um paciente com esferocitose hereditária, uma condição que predispõe à formação de cálculos biliares pigmentados (de bilirrubinato de cálcio) devido à hemólise crônica.

A análise laboratorial confirma a hemólise: anemia (Hb 7,9 g/dL) e hiperbilirrubinemia indireta predominante (BI de 11 mg/dL para uma BT de 12,2 mg/dL). A gama-GT normal (47 U/L) afasta, no momento, um quadro de colestase obstrutiva.

A imagem apresentada é uma colangiorrressonância (CPRM). Nela, observamos a vesícula biliar distendida e a árvore biliar. O ponto-chave da imagem é a anatomia do ducto cístico.

****Análise das alternativas:****

* ****a) Incorreta.**** A anatomia biliar intra-hepática, tanto do lobo direito quanto do esquerdo, apresenta-se com calibre normal e distribuição habitual, sem evidências de variações anatômicas ou dilatações segmentares.

* ****b) Incorreta.**** Não há sinais de obstrução biliar distal. O colédoco terminal apresenta um afinamento gradual normal ao entrar no duodeno, e os ductos biliares extra-hepáticos não estão dilatados. O laboratório (GGT normal) também corrobora a ausência de obstrução.

* **c) Incorreta.** A síndrome de Mirizzi ocorre quando um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar causa compressão extrínseca do ducto hepático comum. Não há evidência de falha de enchimento (cálculo) impactada ou dilatação biliar a montante que sugira essa condição.

* **d) Correta.** A imagem mostra um ducto cístico longo e com inserção baixa no colédoco. Essa variação anatômica, associada ao fato de que os cálculos na esferocitose hereditária costumam ser de bilirrubinato (muitas vezes maiores ou formando uma "lama" biliar densa), dificulta a migração de microcálculos para a ampola de Vater. Para que ocorra a pancreatite biliar, é necessária a transição de pequenos cálculos pelo cístico até o colédoco distal, obstruindo o ducto pancreático. A anatomia tortuosa ou de inserção baixa do cístico funciona como uma "barreira" natural, diminuindo essa probabilidade.

* **e) Incorreta.** A árvore biliar esquerda (visível na parte superior direita da imagem biliar) está livre de falhas de enchimento, o que descarta a presença de microcálculos (coledocolitíase intra-hepática) nesse setor.

****Resumo Didático:****

Em pacientes com hemólise, a colelitíase é frequente. A colangiorressonância é utilizada para mapear a anatomia antes da cirurgia (esplenectomia + colecistectomia). Nesta imagem, o ducto cístico é longo e se une ao ducto hepático em uma posição bem distal (baixa), o que reduz o risco de migração de cálculos para a via biliar principal e, conseqüentemente, diminui o risco de pancreatite biliar.

Questão 25

A Resposta Endócrino-Metabólica-Imunológica ao Trauma (REMIT) caracteriza-se por um estado hipermetabólico e catabólico, orquestrado para mobilizar reservas energéticas para a cicatrização e manutenção de funções vitais após uma agressão. Nesse processo, predominam os hormônios contrarreguladores, que buscam elevar os níveis de glicose e ácidos graxos na circulação.

Análise das alternativas:

a) Catecolaminas: A adrenalina e a noradrenalina são liberadas imediatamente após o trauma (fase Ebb). Elas ativam os receptores beta no tecido adiposo, estimulando a enzima lipase hormônio-sensível, o que resulta em uma potente lipólise para fornecer ácidos graxos como combustível metabólico.

b) Glucagon: No trauma, a relação glucagon/insulina aumenta. O glucagon atua no fígado estimulando a produção de glicose, mas também possui um papel na mobilização de gorduras do tecido adiposo, favorecendo a lipólise.

c) Insulina: É o principal hormônio anabólico do organismo. Sua função biológica é promover o armazenamento de energia (glicogênio e triglicerídeos) e a síntese proteica. A insulina é a substância que bloqueia a lipase hormônio-sensível, inibindo a lipólise e estimulando a lipogênese. Durante a REMIT, o corpo frequentemente desenvolve resistência à insulina para garantir que a glicose permaneça disponível no sangue, mas o hormônio em si é antilipolítico. Esta é a alternativa correta.

d) GH (Hormônio do Crescimento): Apesar de sua ação anabólica sobre as proteínas, o GH possui um efeito metabólico importante de mobilização de gordura durante o estresse. Ele estimula a lipólise para que os ácidos graxos livres sejam utilizados como fonte de energia, ajudando a poupar os estoques de glicose.

e) Cortisol: É o mediador fundamental da fase de fluxo (Flow) da REMIT. O cortisol promove a quebra de proteínas (proteólise) e também de gorduras (lipólise) na periferia. O glicerol resultante da lipólise é utilizado pelo fígado como substrato para a gliconeogênese (formação de nova glicose).

Em resumo, enquanto catecolaminas, glucagon, GH e cortisol trabalham para "quebrar" as reservas de gordura (lipólise) para enfrentar a situação de estresse, a insulina trabalha no sentido oposto, favorecendo o armazenamento.

Questão 26

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há 48 horas, em uma faixa etária (52 anos) epidemiologicamente compatível com diverticulite aguda. A ausência de febre e a contagem de leucócitos normal (9.800) sugerem um processo inflamatório localizado e sem repercussão sistêmica grave.

Achados na Tomografia de Abdome:

A imagem de tomografia computadorizada axial mostra um espessamento das paredes do cólon sigmoide (localizado à esquerda) associado a um leve borramento da gordura pericólica (densificação da gordura). Não são observadas coleções purulentas (abscessos), gás extraluminal (perfuração livre) ou obstrução intestinal. Esses achados caracterizam uma diverticulite aguda não complicada, classificada como Hinchey 0 ou Ia.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A apendicite tipicamente se manifesta com dor na fossa ilíaca direita. Embora existam variações anatômicas (como apêndice longo ou situs

inversus), a imagem de TC confirma que a alteração está no cólon descendente/sigmoide, à esquerda, e não no ceco.

Alternativa B: Incorreta. A diverticulite complicada com abscesso (Hinchey Ib ou II) exigiria a visualização de uma coleção líquida com realce periférico ou gás na TC. Além disso, quadros complicados costumam cursar com febre e leucocitose significativa. A drenagem só é indicada para abscessos maiores que 3 a 4 cm.

Alternativa C: Incorreta. Uma hérnia inguinal encarcerada apresentaria abaulamento na região do canal inguinal, dor localizada na região da virilha e, frequentemente, sinais de obstrução intestinal na TC, o que não é observado na imagem.

Alternativa D: Correta. O quadro clínico e tomográfico é compatível com diverticulite aguda leve (não complicada). Segundo as diretrizes mais recentes, pacientes hígidos, sem sinais de sepse, com dor controlada e sem complicações na TC podem ser tratados de forma conservadora. O tratamento inclui dieta líquida ou leve para repouso intestinal e analgesia (como paracetamol ou dipirona). O uso de antibióticos para diverticulite não complicada em pacientes imunocompetentes é atualmente debatido e, em muitos casos, pode ser omitido.

Alternativa E: Incorreta. Um cálculo ureteral causaria dor lombar com irradiação para a região inguinal (cólica nefrética), frequentemente associada a hematúria. Na TC, veríamos hidroureteronefrose ou a presença do cálculo radiopaco no trajeto do ureter, e não o espessamento do cólon com borramento da gordura.

Conclusão:

A conduta clínica atual para diverticulite Hinchey 0 ou Ia em pacientes estáveis e sem comorbidades graves foca no manejo sintomático e ambulatorial, o que torna a alternativa D a correta.

Questão 27

A alternativa correta (que descreve uma conduta INCORRETA segundo o ATLS) é a letra (a).

Confira a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Segundo o ATLS, pacientes com pneumotórax pequenos e assintomáticos não precisam necessariamente de drenagem torácica imediata. A conduta inicial pode ser a observação clínica e a repetição de exames de imagem (raio X de tórax) para avaliar a progressão ou resolução espontânea. A drenagem é reservada para pneumotórax grandes, sintomáticos ou em pacientes que serão

submetidos a ventilação mecânica ou transporte aéreo.

Alternativa b) Correta. Desde a 10ª edição, e reafirmada na 11ª, houve uma mudança drástica na descompressão por agulha. O 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular apresenta altas taxas de falha devido à espessura da parede torácica. A recomendação atual para descompressão de emergência (antes do dreno) é o 4º ou 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média. Além disso, em ambientes hospitalares, a descompressão pode ser feita diretamente por toracostomia digital ou drenagem.

Alternativa c) Correta. A toracostomia digital é uma técnica rápida e segura para o alívio imediato do pneumotórax hipertensivo ou hemotórax maciço em pacientes instáveis ou em ventilação mecânica. Consiste na incisão e dissecação romba com o dedo até a cavidade pleural para permitir a saída de ar ou sangue sob pressão, sendo frequentemente o passo inicial antes da inserção do dreno de tórax propriamente dito.

Alternativa d) Correta. No tratamento do pneumotórax aberto (ferida soprante), o manejo inicial envolve o curativo de três pontas. No entanto, a drenagem torácica definitiva deve obrigatoriamente ser realizada em um local anatômico diferente e íntegro (geralmente no 5º espaço intercostal entre as linhas axilares), e nunca através da própria ferida traumática, para evitar infecções e garantir o posicionamento correto do dreno.

Alternativa e) Correta. As edições mais recentes do ATLS modernizaram a escolha do calibre dos drenos. Para o tratamento de pneumotórax simples (sem sangue), drenos de calibre menor, como os de 14 French (pigtail ou similares), são considerados eficazes e menos traumáticos. Drenos calibrosos (28 a 32 Fr) continuam sendo indicados prioritariamente para hemotórax, para evitar a obstrução por coágulos.

Questão 28

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clínico e manométrico compatível com acalasia, que no Brasil tem a doença de Chagas como uma causa epidemiológica fundamental. Segundo a Classificação de Chicago versão 4.0, o diagnóstico de acalasia requer a Pressão de Relaxamento Integrada (IRP) elevada (acima de 15 mmHg na maioria dos equipamentos), indicando obstrução ao fluxo na transição esofagogástrica, associada à ausência de peristaltismo normal.

A diferenciação em tipos baseia-se no padrão de pressurização do corpo esofágico:

1. Tipo I (Acalasia Clássica): Ausência total de pressurização no corpo esofágico.
2. Tipo II (Pressurização Panesofágica): Presença de pressurização que comprime

toda a extensão do esôfago simultaneamente em pelo menos 20 por cento das deglutições.

3. Tipo III (Espástica): Presença de contrações espásticas (prematuras) em pelo menos 20 por cento das deglutições.

No caso em questão, o paciente apresenta pressurização panesofágica em 30 por cento das deglutições, o que define a acalasia tipo II. Este subtipo é clinicamente relevante por ser o que apresenta a melhor taxa de sucesso terapêutico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico manométrico é tipo II, não tipo I. Além disso, a esofagectomia é uma cirurgia de grande porte reservada apenas para estágios terminais da doença (megaesôfago grau IV ou dolicoesôfago), quando o órgão perdeu completamente sua função e diâmetro, o que não é a conduta inicial padrão.

b) Incorreta. O diagnóstico está incorreto. Quanto à conduta, a toxina botulínica é uma opção paliativa e temporária, indicada apenas para pacientes muito idosos ou com graves comorbidades que contraindicam cirurgia ou dilatação, o que não parece ser o caso de um paciente de 55 anos.

c) Correta. A presença de pressurização panesofágica em mais de 20 por cento das deglutições sela o diagnóstico de acalasia tipo II. A miotomia de Heller, geralmente associada a uma funduplicatura para evitar o refluxo, é o tratamento cirúrgico padrão com ótimos resultados para este tipo de acalasia.

d) Incorreta. Embora o diagnóstico do tipo esteja correto, o tratamento medicamentoso com nitratos ou bloqueadores de canal de cálcio é pouco eficaz, tem efeitos colaterais frequentes (como cefaleia) e não deve ser a conduta inicial para um paciente com disfagia progressiva e diagnóstico manométrico confirmado.

e) Incorreta. Para ser classificada como tipo III, seriam necessárias contrações espásticas (definidas por uma latência distal curta na manometria), o que não foi relatado. O achado de pressurização simultânea em toda a extensão esofágica é patognomônico do tipo II. O POEM é, de fato, uma excelente indicação para o tipo III, mas o diagnóstico aqui é outro.

Questão 29

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro clínico de colecistite aguda que evoluiu para empiema vesicular. O ponto fundamental para a classificação da ferida cirúrgica, conforme os critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e da Portaria MS 2.616/98, é a condição do sítio cirúrgico no momento da operação.

Alternativa a) Incorreta. Feridas limpas (Classe I) são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local e sem penetração nos tratos digestivo, respiratório, urinário ou genital.

Alternativa b) Incorreta. Feridas limpas-contaminadas (Classe II) são aquelas em que há entrada nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sob condições controladas e sem contaminação incomum. Um exemplo seria uma colecistectomia eletiva sem sinais de inflamação aguda.

Alternativa c) Incorreta. Feridas contaminadas (Classe III) incluem feridas traumáticas acidentais recentes, cirurgias com falha técnica grosseira ou na presença de inflamação aguda não purulenta. Se o paciente tivesse apenas uma colecistite aguda com edema, sem a presença de pus, a classificação poderia ser esta.

Alternativa d) Correta. Feridas infectadas ou sujas (Classe IV) são aquelas realizadas em tecidos com infecção clínica evidente, presença de secreção purulenta (pus), vísceras perfuradas ou feridas traumáticas antigas com tecido necrótico. No caso descrito, a presença confirmada de empiema (pus no interior da vesícula) caracteriza uma infecção preexistente no sítio cirúrgico, o que enquadra a ferida obrigatoriamente na Classe IV.

Alternativa e) Incorreta. O termo "potencialmente contaminada" é um sinônimo para a Classe II (limpa-contaminada). Além disso, a subdivisão Classe IIIa não existe na classificação oficial adotada pelo Ministério da Saúde ou pelo CDC para vigilância de infecções de sítio cirúrgico.

Conclusão:

A identificação de pus durante o ato operatório é o critério patognomônico para a classificação da ferida como Classe IV (infectada). Portanto, a alternativa D está correta.

Questão 30

Texto Original:

O manejo perioperatório de pacientes em uso de anticoagulantes orais, como a varfarina, exige um equilíbrio entre o risco de sangramento cirúrgico e o risco de eventos tromboembólicos. No caso clínico apresentado, o paciente possui um escore CHA2DS2-VASc de 4, o que o estratifica como de alto risco para acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, e será submetido a uma hernioplastia inguinal, um procedimento de risco moderado de sangramento.

Letra a: Incorreta. A varfarina é um antagonista da vitamina K com meia-vida longa (aproximadamente 36 a 42 horas). Suspendê-la apenas um dia antes da cirurgia é insuficiente para que o RNI (Relação Normalizada Internacional) retorne a níveis seguros para o procedimento (geralmente abaixo de 1,5), mantendo um risco elevado de sangramento operatório.

Letra b: Incorreta. A manutenção da varfarina sem interrupção é reservada apenas para procedimentos de baixíssimo risco de sangramento e onde o controle da hemostasia é fácil, como pequenas cirurgias dermatológicas, cirurgia de catarata ou procedimentos odontológicos simples. A hernioplastia inguinal envolve a manipulação de tecidos mais profundos e apresenta risco de hematomas significativos se o paciente estiver plenamente anticoagulado.

Letra c: Correta. Esta alternativa descreve o protocolo clássico de terapia de ponte (bridging). Em pacientes com alto risco tromboembólico (CHA2DS2-VASc elevado), a conduta padrão é suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia para permitir a queda do RNI. Quando o RNI cai abaixo do nível terapêutico (geralmente 2 ou 3 dias antes da cirurgia), inicia-se a heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose terapêutica. A HBPM deve ser suspensa 12 a 24 horas antes do procedimento para garantir a hemostasia. O reinício de ambos no pós-operatório (respeitando a hemostasia cirúrgica) garante que o paciente não fique desprotegido até que a varfarina atinja novamente o nível terapêutico.

Letra d: Incorreta. Suspender a varfarina apenas 3 dias antes pode não ser tempo suficiente para que o RNI atinja o valor seguro de 1,5 em muitos pacientes. Além disso, deixar um paciente com CHA2DS2-VASc de 4 sem nenhuma cobertura anticoagulante (sem ponte) durante o período perioperatório é considerado perigoso pelo alto risco de embolia sistêmica.

Letra e: Incorreta. Suspender a varfarina 7 dias antes é um período excessivo que aumenta desnecessariamente o tempo de risco tromboembólico. Além disso, a internação hospitalar para administração de heparina não fracionada endovenosa não é a primeira escolha para pacientes estáveis, sendo preferível o uso da HBPM de

forma ambulatorial, por ser mais prático, seguro e custo-efetivo, exceto em casos de disfunção renal grave (ClCr < 30 ml/min).

Questão 31

Análise do Caso:

O paciente em questão apresenta uma evolução de 8 semanas após um quadro de pancreatite aguda. A tomografia computadorizada apresentada na imagem revela uma coleção líquida peripancreática bem delimitada, com parede própria e conteúdo homogêneo, o que caracteriza um pseudocisto pancreático. O fator determinante para a conduta é o estado clínico: o paciente está assintomático, com boa aceitação da dieta e sem sinais de complicações ou infecção.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A drenagem endoscópica guiada por ultrassom é o padrão-ouro para o tratamento de pseudocistos pancreáticos quando há indicação. No entanto, o procedimento não deve ser realizado de forma profilática para reduzir riscos, mas sim para tratar sintomas (como dor persistente e saciedade precoce) ou complicações (como compressão de vias biliares ou do trato gastrointestinal).

Alternativa b) Incorreta. Antigamente, utilizava-se a regra de "6 semanas e 6 centímetros" para indicar a drenagem de pseudocistos. Atualmente, sabe-se que muitos pseudocistos assintomáticos regridem espontaneamente mesmo após esse período. Além disso, a drenagem percutânea apresenta maior risco de formação de fístulas pancreáticas externas em comparação à drenagem interna (endoscópica ou cirúrgica).

Alternativa c) Correta. De acordo com as diretrizes atuais e a Classificação de Atlanta revisada, pseudocistos pancreáticos assintomáticos, independentemente do tamanho, devem ser manejados de forma conservadora. A conduta correta é a observação clínica aliada à reavaliação por exames de imagem para monitorar a estabilidade ou regressão da coleção.

Alternativa d) Incorreta. A pancreatectomia distal é uma cirurgia de grande porte e não possui papel no manejo inicial de coleções fluidas pós-pancreatite. Seria considerada apenas em casos excepcionais de falha de todas as outras medidas terapêuticas ou se houvesse suspeita de neoplasia cística, o que não condiz com a história de pancreatite aguda recente.

Alternativa e) Incorreta. O uso de antibioticoterapia na pancreatite aguda é restrito a casos de necrose ou coleções infectadas. O paciente está afebril, assintomático e a

imagem não mostra presença de gás ou outros sinais sugestivos de infecção, tornando o uso de antibióticos desnecessário e sem benefício profilático comprovado.

Questão 32

O ponto central para a resolução desta questão é identificar que a paciente não possui cirrose ou hepatopatia crônica (como hepatite B ou C). O diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) baseado exclusivamente em métodos de imagem (tomografia ou ressonância com padrão de hipercaptação arterial e *wash-out*) é validado apenas para pacientes que apresentam cirrose hepática ou infecção crônica pelo vírus da hepatite B. Em fígados sem doença de base, o padrão de imagem não é patognomônico, podendo ser mimetizado por outras lesões, como o adenoma hepático.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a ressecção cirúrgica seja o tratamento de escolha para o CHC em fígados não cirróticos, a conduta de prosseguir diretamente para a cirurgia sem confirmação tecidual é temerária neste caso. Em pacientes sem fatores de risco, o diagnóstico por imagem não oferece a certeza necessária para indicar uma hepatectomia, sendo necessária a comprovação histológica prévia.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta recomendada pelas principais diretrizes (como as da AASLD e EASL). Quando os critérios radiológicos típicos de CHC são encontrados em um paciente que não pertence ao grupo de alto risco (não cirrótico), a biópsia percutânea é obrigatória para confirmar a natureza da lesão e excluir outros diagnósticos diferenciais antes de qualquer intervenção definitiva.

Alternativa c) Incorreta. A ressonância magnética com contraste hepatoespecífico é uma ferramenta diagnóstica superior à tomografia, mas ela não anula a necessidade de biópsia neste cenário específico. O sistema LI-RADS (*Liver Imaging Reporting and Data System*) foi criado para ser aplicado exclusivamente em pacientes com alto risco de CHC. Em pacientes sem cirrose ou hepatite B, os critérios de imagem não são definitivos.

Alternativa d) Incorreta. O PET-CT não possui papel bem estabelecido no diagnóstico inicial ou no estadiamento padrão do CHC, uma vez que o tumor pode ter baixa captação de glicose marcada (FDG), resultando em muitos resultados falsos-negativos, especialmente em tumores bem diferenciados.

Alternativa e) Incorreta. A quimioembolização transarterial (TACE) é uma modalidade de tratamento locorregional, geralmente indicada para pacientes com tumores

intermediários que não são candidatos à cirurgia ou como ponte para o transplante. Os critérios de Milão e a indicação de transplante são aplicados no contexto de pacientes cirróticos com CHC, o que não é o perfil desta paciente, que possui um fígado presumivelmente saudável e uma lesão passível de ressecção.

Questão 33

O caso descreve um paciente de 51 anos com adenocarcinoma de cólon ascendente e metástases hepáticas sincrônicas. O ponto fundamental para a decisão clínica aqui é que o paciente está assintomático em relação ao tumor primário (sem sinais de obstrução, perfuração ou hemorragia grave) e apresenta uma carga metastática hepática considerável, evidenciada pela imagem de tomografia, que mostra múltiplos nódulos hipocaptantes distribuídos por ambos os lobos do fígado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A realização da colectomia de urgência ou eletiva como primeiro passo em pacientes com doença metastática assintomática não demonstrou benefício na sobrevida global. Realizar a cirurgia agora postergaria o início do tratamento sistêmico, que é a prioridade para controlar a progressão da doença.

b) Incorreta. A ressecção sincrônica (cólon e fígado no mesmo tempo cirúrgico) é reservada para casos selecionados, em que as metástases são facilmente ressecáveis e o paciente possui estabilidade clínica. A imagem da tomografia revela múltiplos nódulos bilobares, o que caracteriza, inicialmente, uma doença hepática irrisecável ou de alta complexidade, tornando a quimioterapia de conversão a conduta mais prudente.

c) Correta. Em pacientes com câncer colorretal estágio IV e tumor primário assintomático, a conduta inicial padrão é a quimioterapia sistêmica. O objetivo é o controle da doença micrometastática, a avaliação da biologia tumoral e a tentativa de conversão das metástases hepáticas para um cenário ressecável. A imagem anexa reforça essa necessidade, pois o fígado está amplamente acometido, exigindo resposta ao tratamento quimioterápico antes de qualquer planejamento cirúrgico.

d) Incorreta. A radioterapia não é o tratamento inicial de escolha para metástases hepáticas múltiplas e difusas no câncer colorretal. Ela pode ser utilizada em cenários específicos de oligometástases ou para controle de dor em casos paliativos, mas não substitui a quimioterapia sistêmica.

e) Incorreta. O paciente possui excelente performance status (ECOG 0) e é jovem (51 anos). A abordagem paliativa exclusiva é indicada apenas para pacientes sem

condições clínicas de suportar o tratamento ou sem opções terapêuticas modificadoras da doença, o que não é o caso aqui.

Associação com a imagem: A tomografia computadorizada de abdome demonstra um fígado aumentado de volume com a presença de inúmeras lesões hipodensas (nódulos escuros em relação ao parênquima hepático) espalhadas por ambos os lobos. Esse achado confirma o estadiamento IV e justifica a priorização do tratamento sistêmico (alternativa c) em vez de uma abordagem cirúrgica local imediata, dada a extensão da disseminação hepática.

Questão 34

O caso clínico apresenta um paciente com hemorragia digestiva alta decorrente de uma lesão gástrica com características clássicas de um GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal). A descrição endoscópica de massa subepitelial com umbilicação central (onde ocorre o sangramento) e o achado tomográfico de lesão de 5,0 cm com realce heterogêneo são marcos diagnósticos dessa patologia. A biópsia endoscópica muitas vezes é inespecífica, como no caso, pois a lesão é submucosa e a pinça de biópsia convencional frequentemente não alcança o tecido tumoral.

Associação com a imagem: A tomografia computadorizada demonstra uma volumosa formação expansiva originada na parede gástrica, com crescimento predominantemente exofítico e realce periférico pelo contraste, apresentando áreas centrais de menor densidade que sugerem necrose ou degeneração cística, achados típicos de tumores estromais de dimensões maiores.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O imatinibe neoadjuvante é indicado para casos de tumores inicialmente irresssecáveis ou quando a cirurgia inicial resultaria em grande mutilação (como necessidade de gastrectomia total ou exenteração). Uma lesão de 5,0 cm é geralmente passível de ressecção primária. Além disso, o paciente apresentou sangramento ativo, o que prioriza o tratamento definitivo.

b) Incorreta. A embolização é uma técnica da radiologia intervencionista, não endoscópica. Além disso, o tratamento de um tumor de 5,0 cm com potencial de malignidade não se encerra na hemostasia; ele exige a exérese da lesão para cura e estadiamento histopatológico.

c) Correta. O tratamento padrão para o GIST localizado é a ressecção cirúrgica com margens livres (R0). Diferente do adenocarcinoma gástrico, o GIST apresenta disseminação predominantemente hematogênica e raramente acomete linfonodos

(menos de 1 a 2% dos casos). Portanto, a linfadenectomia não é necessária, permitindo ressecções menos invasivas, como a gastrectomia em cunha.

d) Incorreta. O GIST é um tumor radorresistente. A radioterapia não desempenha papel no controle de sangramento ou no tratamento curativo dessas lesões gástricas.

e) Incorreta. A gastrectomia total e a linfadenectomia seriam condutas indicadas para um adenocarcinoma gástrico difuso ou de localização proximal. Para o GIST, essa conduta é considerada excessiva (overtreatment), uma vez que a ressecção local com margens livres é suficiente e a retirada de linfonodos não traz benefício oncológico.

Questão 35

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Choque Hemorrágico Classe IV, caracterizado por frequência cardíaca superior a 140 bpm, hipotensão arterial acentuada (80x42 mmHg), alteração do nível de consciência (agitação) e sinais de má perfusão periférica (palidez, sudorese e extremidades frias). A causa do choque é uma hemorragia externa exsanguinante (sangramento pulsátil em coxa).

De acordo com as diretrizes atuais do ATLS (10ª edição) e do PHTLS, a abordagem sistemática do trauma evoluiu para o protocolo XABCDE. A letra X (exsanguinação) precede as demais etapas, focando no controle imediato de hemorragias externas graves em extremidades, que podem levar ao óbito em poucos minutos, antes mesmo de se garantir a via aérea.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

Diante de um sangramento arterial pulsátil em membro inferior (etapa X), a conduta imediata é o controle mecânico desse sangramento. O uso do torniquete proximal ao ferimento é a medida mais eficaz e indicada para interromper rapidamente a perda sanguínea maciça em extremidades quando a compressão direta é insuficiente ou o ferimento é complexo (como em fraturas expostas graves). Interromper o sangramento é a prioridade zero para permitir que as etapas subsequentes de reanimação sejam efetivas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A avaliação pupilar e a aplicação da Escala de Coma de Glasgow pertencem à etapa D (Disfunção Neurológica). No trauma, seguimos uma ordem de

prioridades baseada no que mata mais rápido. O sangramento exsanguinante mata antes de uma lesão neurológica ser avaliada, portanto, a etapa D só deve ser realizada após a estabilização das etapas X, A, B e C.

Alternativa c: O acesso venoso e a reposição volêmica fazem parte da etapa C (Circulação). No entanto, realizar a reposição volêmica sem antes controlar o foco do sangramento é uma conduta ineficaz, comparada a tentar encher um balde furado. O controle da hemorragia (X) deve ser a ação imediata.

Alternativa d: A intubação orotraqueal (etapa A) é um procedimento de risco em pacientes com choque hipovolêmico grave descompensado. A indução anestésica e a pressão positiva da ventilação mecânica reduzem o retorno venoso, o que pode levar a uma parada cardiorrespiratória imediata se o sangramento não estiver controlado e o volume minimamente repostos. A dispneia e a baixa saturação deste paciente são, provavelmente, reflexos da má perfusão e da acidose metabólica, e não necessariamente de uma obstrução de via aérea.

Alternativa e: A punção torácica de alívio é o tratamento para o pneumotórax hipertensivo (etapa B). O caso descreve um foco claro de choque hipovolêmico hemorrágico. Não há sinais clínicos descritos, como ausência de murmúrio vesicular unilateral ou desvio de traqueia, que justifiquem uma punção bilateral de alívio de forma empírica e imediata.

GABARITO: Letra B.

Questão 36

O quadro clínico descreve uma paciente com síndrome colestática obstrutiva, caracterizada por dor em hipocôndrio direito, icterícia com padrão direto (bilirrubina direta elevada), acolia fecal, colúria e elevação importante de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e GGT). A ausência de febre e de leucocitose afasta, no momento, o diagnóstico de colangite aguda. A ultrassonografia sugeriu a obstrução ao mostrar dilatação da via biliar principal (9 mm) e colelitíase. A imagem de colangioressonância (CPRM) apresentada é definitiva: ela demonstra uma falha de enchimento arredondada na porção distal do colédoco, compatível com um cálculo (coledocolitíase), além de múltiplos cálculos no interior da vesícula biliar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A antibioticoterapia seria indicada se houvesse sinais de infecção sistêmica (colangite), o que não é o caso atual (paciente afebril e com leucograma normal). Além disso, a conduta expectante não resolve a obstrução mecânica

causada pelo cálculo impactado.

b) Incorreta. A tomografia computadorizada com foco em estadiamento é utilizada em suspeitas de neoplasias. O quadro clínico e a imagem de CPRM são clássicos para doença litiásica (pedras), não havendo sinais de massa ou perda ponderal que justifiquem a investigação de malignidade no momento.

c) Incorreta. A drenagem biliar percutânea trans-hepática é um procedimento invasivo geralmente reservado para casos de obstrução biliar alta (hilar), quando a CPRE não é tecnicamente possível ou em casos de falha do acesso endoscópico. Para cálculos em colédoco distal, a via endoscópica é a preferencial.

d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para a coledocolitíase identificada. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) tem finalidade terapêutica para realizar a papilotomia e a remoção do cálculo que obstrui o colédoco, aliviando a icterícia. Após a limpeza da via biliar, deve-se realizar a colecistectomia videolaparoscópica na mesma internação para remover a fonte dos cálculos e evitar novos episódios de migração litiásica ou colecistite.

e) Incorreta. A colangioscopia para biópsia e quimioterapia seriam condutas voltadas para o tratamento de tumores das vias biliares (colangiocarcinomas). A imagem da CPRM e o histórico de dor em cólica favorecem fortemente a etiologia litiásica (benigna), tornando essa alternativa inadequada para o caso.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO

O paciente em questão apresenta um quadro de adenocarcinoma gástrico estenosante na região do piloro, resultando em obstrução do trato de saída gástrico (vômitos de repetição e resíduo gástrico à endoscopia). Além do diagnóstico neoplásico, há um estado de desnutrição grave, caracterizado pelo IMC de 16 kg/m² e perda ponderal significativa (10 kg em 3 meses).

Segundo as diretrizes da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) e da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), pacientes com desnutrição grave que serão submetidos a cirurgias de grande porte devem receber suporte nutricional pré-operatório por 7 a 14 dias, mesmo que isso implique o adiamento da cirurgia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A) Incorreta. Embora a decompressão gástrica com sonda nasogástrica seja importante para o alívio dos sintomas obstrutivos, a realização da cirurgia de urgência sem a devida compensação nutricional em um paciente com IMC de 16 kg/m² está associada a altas taxas de complicações pós-operatórias, como deiscência de anastomoses, infecções e óbito.

Alternativa B) Incorreta. A sonda nasogástrica (SNG) posicionada no estômago serve para decompressão, não para alimentação em casos de estenose pilórica, pois o conteúdo não passará para o duodeno. Além disso, o objetivo do suporte nutricional pré-operatório não é o ganho total do peso perdido (o que seria impossível em poucos dias), mas sim a melhora do balanço nitrogenado e da resposta metabólica ao estresse cirúrgico.

Alternativa C) Incorreta. O paciente apresenta uma lesão estenosante que impede a passagem do endoscópio e causa vômitos de repetição. Portanto, a via oral não é viável para atingir as metas calórico-proteicas necessárias para a recuperação nutricional pré-operatória.

Alternativa D) Correta. Diante da impossibilidade de utilizar o trato gastrointestinal de forma eficaz (devido à obstrução pilórica) e da necessidade imperativa de suporte nutricional devido à desnutrição grave, a Nutrição Parenteral Total (NPT) por 7 a 10 dias é a conduta ideal. Esse período é suficiente para melhorar os parâmetros metabólicos e reduzir os riscos cirúrgicos.

Alternativa E) Incorreta. A gastrostomia não seria eficaz, pois a obstrução está no piloro; o alimento infundido no estômago permaneceria retido. A alternativa para nutrição enteral seria uma jejunostomia, porém, em um contexto de pré-operatório imediato de um paciente obstruído e gravemente desnutrido, a NPT é a via de escolha mais rápida e segura para a otimização metabólica sem a necessidade de um procedimento cirúrgico ou endoscópico invasivo adicional apenas para o acesso alimentar.

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O caso descreve um achado incidental de cisto pancreático em uma paciente assintomática de 60 anos. As características descritas pelo exame de imagem (tamanho de 2,6 cm, ausência de comunicação com ductos, ausência de nódulos murais ou realce sólido, ducto pancreático principal de calibre normal em 3 mm e marcador tumoral Ca 19-9 normal) classificam a lesão como de baixo risco para malignidade imediata.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

De acordo com os principais consensos internacionais (como o Consenso de Fukuoka/IAP e as diretrizes da Associação Americana de Gastroenterologia - AGA), cistos pancreáticos que não apresentam estigmas de alto risco (como icterícia, componente sólido com realce ou ducto pancreático principal maior que 10 mm) devem ser manejados inicialmente com vigilância por imagem. Para um cisto de 2,6 cm (entre 2 e 3 cm) sem outras características preocupantes, o seguimento com nova Ressonância Magnética ou Ecoendoscopia em 3 a 6 meses é a conduta preconizada para avaliar a estabilidade da lesão e a velocidade de crescimento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Pancreatectomia distal laparoscópica: É uma conduta excessivamente agressiva para o momento. A ressecção cirúrgica seria indicada se houvesse sintomas (dor, pancreatite), estigmas de alto risco ou se a citologia/análise de fluido por punção sugerisse malignidade. Como a lesão é estável e sem sinais de alarme, o risco de uma cirurgia de grande porte supera o risco de observação.

c) Pancreatectomia total com preservação esplênica: Incorreta e desproporcional. A pancreatectomia total implica na perda completa da função endócrina (diabetes de difícil controle) e exócrina do órgão. Não há qualquer indicação para este procedimento em uma lesão cística localizada de 2,6 cm.

d) Biópsia guiada por ecoendoscopia: Embora a ecoendoscopia (EUS) com punção por agulha fina (FNA) seja útil para definir a natureza do cisto (se seroso ou mucinoso), as diretrizes atuais sugerem que, para cistos menores que 3 cm e sem características preocupantes (como nódulo mural ou ducto dilatado), o seguimento radiológico pode ser a primeira escolha antes de se realizar um procedimento invasivo. A biópsia seria o próximo passo caso o cisto apresentasse crescimento ou surgimento de componentes sólidos no seguimento.

e) Quimioterapia neoadjuvante com Folfirinox: Esta alternativa está errada por não se tratar de uma neoplasia maligna confirmada. O Folfirinox é um regime de quimioterapia para câncer de pâncreas invasivo (adenocarcinoma) e não tem papel no tratamento de lesões císticas benignas ou com potencial de malignização ainda não manifestado.

RESUMO DIDÁTICO:

No manejo de cistos pancreáticos incidentais, a conduta depende da presença de sinais de alarme. Se o cisto é menor que 3 cm, o ducto pancreático está normal e não há nódulos sólidos, a conduta correta é o acompanhamento periódico com exames de imagem (vigilância ativa).

Questão 39

A questão aborda o manejo do adenoma hepático, um tumor benigno que possui forte associação com o uso de hormônios sexuais, tanto estrogênios em mulheres quanto esteroides anabolizantes em homens. A decisão terapêutica baseia-se fundamentalmente no risco de complicações, como o sangramento intratumoral e a transformação para carcinoma hepatocelular (CHC).

A alternativa correta é a (b) Ressecção hepática.

A conduta no adenoma hepático é diferenciada pelo sexo do paciente. Em mulheres, lesões menores que 5,0 cm podem ser manejadas inicialmente de forma conservadora, com a suspensão de anticoncepcionais e acompanhamento por imagem. Contudo, em pacientes do sexo masculino, o risco de transformação maligna para carcinoma hepatocelular é muito maior do que no sexo feminino, independentemente do tamanho da lesão. Por esse motivo, as diretrizes internacionais, como as da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL), recomendam que todo adenoma hepático identificado em homens seja tratado com ressecção cirúrgica, independentemente do diâmetro.

Explicação das demais alternativas:

Alternativa a: Suspender o uso hormonal e reavaliar em 3 a 6 meses. Esta conduta seria apropriada para uma paciente do sexo feminino com lesão menor que 5,0 cm. No homem, devido ao alto potencial de malignização, não se deve aguardar a regressão ou estabilidade da lesão para intervir.

Alternativa c: Embolização portal. Este é um procedimento pré-operatório utilizado para induzir a hipertrofia do parênquima hepático que permanecerá no paciente após uma grande ressecção (hepatectomias ampliadas). Não é uma modalidade de tratamento para o adenoma em si.

Alternativa d: Quimioembolização arterial (TACE). Esta técnica é utilizada no tratamento do carcinoma hepatocelular em estágios intermediários (estágio B de Barcelona) e consiste na entrega de quimioterápico diretamente na artéria que nutre o tumor, seguida de obstrução vascular. Não tem indicação no tratamento de adenomas hepáticos.

Alternativa e: Radioablação. A ablação por radiofrequência é uma opção terapêutica para tumores malignos pequenos em pacientes que não possuem condições clínicas para enfrentar uma cirurgia. No caso do adenoma em homens, a ressecção cirúrgica é preferível por garantir a margem oncológica e permitir a análise anatomopatológica completa da peça, essencial dado o risco de focos de malignidade já existentes.

Questão 40

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de trombose hemorroidária externa. As evidências são o nódulo doloroso, firme e de coloração azulada na região anal (indicando a presença de sangue coagulado sob a pele perianal). A dificuldade para defecar e as fezes tipo Bristol 1 indicam constipação, que é um fator desencadeante comum. A ausência de febre e secreção afasta processos infecciosos, como abscessos.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) É A CORRETA?

A escolha da conduta na trombose hemorroidária externa depende principalmente do tempo de evolução dos sintomas e da intensidade da dor. A conduta cirúrgica (trombectomia) costuma ser indicada apenas quando o paciente é atendido precocemente, nas primeiras 48 a 72 horas de sintomas, e apresenta dor intensa.

Neste caso, o paciente está no 4º dia de evolução (96 horas) e apresenta uma dor de intensidade leve a moderada (EVA 3). Após 72 horas, a dor tende a diminuir espontaneamente e o trombo inicia um processo de reabsorção natural pelo organismo. Portanto, a conduta mais apropriada é o tratamento conservador, que inclui:

1. Analgésicos e anti-inflamatórios para controle da dor.
2. Banhos de assento com água morna (ajudam no relaxamento do esfíncter anal e na reabsorção do trombo).
3. Medidas dietéticas (fibras e hidratação) para amolecer as fezes e evitar o esforço evacuatório.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Trombectomia cirúrgica: Seria indicada se o paciente estivesse dentro da janela de 72 horas com dor severa. Fora desse período, o procedimento pode causar mais desconforto e complicações (como sangramento e ferida local) do que a própria história natural da doença.

b) Hemorroidectomia aberta: É um procedimento definitivo para a doença hemorroidária crônica (graus III e IV) ou para casos de trombose externa maciça e repetitiva. Não é a conduta de escolha para um quadro agudo e isolado de trombose no pronto-socorro.

c) Antibioticoterapia: A trombose hemorroidária é um evento vascular e inflamatório, não infeccioso. Como o paciente não apresenta febre nem sinais de abscesso, o uso de antibióticos não tem finalidade terapêutica.

e) Ligadura elástica: Este método é indicado exclusivamente para hemorroidas internas (que se originam acima da linha pectínea, onde não há inervação somática de dor). Aplicar ligadura elástica em hemorroidas externas ou em pele perianal causaria dor insuportável ao paciente devido à rica inervação sensitiva local.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A questão descreve uma gestante em período expulsivo com parada de progressão (plano II de De Lee mantido por 6 horas após dilatação total). A variedade de posição é occipitodireita transversa (ODT). Para resolver essa questão, é necessário entender a relação entre a posição fetal e a anatomia da bacia materna:

1. Variedade ODT: O feto está atravessado na bacia. O occipital (região posterior da cabeça) aponta para o lado direito da mãe. Nessa posição, o parietal direito do feto está voltado para o sacro (posterior) e o parietal esquerdo está voltado para a sínfise púbica (anterior).
2. Bossa serossanguínea: A bossa (ou caput succedaneum) se forma na parte do crânio fetal que está mais baixa no canal de parto e que sofre a pressão do colo ou das paredes vaginais. O enunciado afirma que a bossa estava no parietal direito.
3. Conclusão: Se a bossa está no parietal direito e, na posição ODT, o parietal direito é o posterior, isso significa que o parietal posterior estava descendo primeiro (estava mais baixo que a sutura sagital). O nome técnico para o assinclitismo posterior (inclinação da cabeça para o pube, fazendo o parietal posterior descer antes) é obliquidade de Litzmann.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

- a) INCORRETA. A obliquidade de Nägele refere-se ao assinclitismo anterior. Ocorre quando a sutura sagital se aproxima do sacro e o parietal anterior (neste caso, o esquerdo) desce primeiro. Se fosse Nägele, a bossa estaria no parietal esquerdo.
- b) CORRETA. A obliquidade de Litzmann é o assinclitismo posterior. Ocorre quando a sutura sagital se aproxima da sínfise púbica (pube), fazendo com que o parietal posterior (neste caso, o direito) se apresente primeiro e desça na frente. Isso justifica o achado de tumor/bossa no parietal direito do recém-nascido.
- c) INCORRETA. O assinclitismo anterior é apenas o nome descritivo para a obliquidade de Nägele. Como vimos, o achado clínico de bossa no parietal posterior

(direito) descarta essa opção.

d) INCORRETA. O sinclitismo ocorre quando a sutura sagital desce de forma centralizada e equidistante entre o pube e o sacro. Quando há sinclitismo, os dois parietais descem ao mesmo tempo e a bossa costuma ser centralizada sobre a sutura sagital, e não predominante em um dos lados.

e) INCORRETA. Essa alternativa mistura nomes sem relação com a mecânica do parto cefálico. Baudelocque é conhecido pelos diâmetros pélvicos, e Duncan refere-se a um dos mecanismos de descolamento e saída da placenta (face materna primeiro), não tendo relação com a inclinação da cabeça fetal no canal de parto.

Questão 42

Para definir a idade gestacional (IG) correta para o acompanhamento pré-natal, devemos seguir as diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e do Ministério da Saúde. O parâmetro mais confiável para datar uma gestação é a Data da Última Menstruação (DUM), desde que a paciente tenha ciclos regulares e a DUM seja confirmada por uma ultrassonografia (USG) precoce.

Passo 1: Determinar a IG pela DUM

A DUM informada é 16 de agosto de 2025. Vamos calcular o tempo decorrido até o dia da consulta (11 de janeiro de 2026):

- Agosto: 15 dias (31 - 16)
- Setembro: 30 dias
- Outubro: 31 dias
- Novembro: 30 dias
- Dezembro: 31 dias
- Janeiro: 11 dias

Total de dias: $15 + 30 + 31 + 30 + 31 + 11 = 148$ dias.

Convertendo para semanas: 148 dividido por $7 = 21$ semanas e 1 dia.

Passo 2: Validar a DUM com as ultrassonografias

A regra de ouro diz que a USG de primeiro trimestre, especificamente a que mede o comprimento céfalo-nádegas (CCN), é a mais precisa (margem de erro de 5 dias).

- USG 3 (20/11/2025): Mediu o CCN e datou 13 semanas e 6 dias.
- No mesmo dia (20/11), pelo cálculo da DUM, a paciente estaria com 13 semanas e 5 dias.

A diferença entre a DUM e a USG mais precisa é de apenas 1 dia. Como a diferença é menor que 5 a 7 dias no primeiro trimestre, a DUM (16/08/2025) deve ser mantida como a referência oficial para o acompanhamento.

Análise das alternativas:

- a) 19 semanas e 1 dia: Incorreta. Este valor está subestimado em duas semanas. Provavelmente ignora o cálculo correto do calendário ou utiliza parâmetros de exames tardios e menos precisos.
- b) 21 semanas e 1 dia: Correta. É o resultado do cálculo exato de dias transcorridos desde a DUM (16/08/2025), que foi validada pela ultrassonografia de primeiro trimestre (CCN), apresentando uma discrepância desprezível de apenas um dia.
- c) 20 semanas e 5 dias: Incorreta. Este valor poderia surgir de erros de contagem de meses de 30 dias fixos ou pelo uso de ultrassonografias menos precisas, como a 4ª USG (17 semanas em 06/12), que já possui margem de erro maior.
- d) 21 semanas e 2 dias: Incorreta. Erro de cálculo por apenas um dia. Se o examinador considerasse a data da 3ª USG como absoluta em vez da DUM, o cálculo daria 21 semanas e 2 dias (pois em 20/11 ela tinha 13s6d, somando-se os 52 dias restantes até 11/01). Contudo, na prática obstétrica, mantemos a DUM quando a concordância é alta.
- e) 22 semanas e 1 dia: Incorreta. Valor superestimado, sem respaldo nos dados cronológicos ou ultrassonográficos apresentados na questão.

Questão 43

A questão exige a identificação da principal medida preventiva para o parto prematuro com base no histórico da paciente. O ponto fundamental do relato é que a paciente teve um primeiro parto prematuro espontâneo (chegou ao hospital já em fase ativa de trabalho de parto, com 5 cm de dilatação). O antecedente de parto prematuro espontâneo é o principal fator de risco para a recorrência da prematuridade em gestações subsequentes.

Análise das alternativas:

- a) Progesterona no início do 2º trimestre.
Esta é a alternativa correta. A suplementação com progesterona natural (geralmente por via vaginal) está formalmente indicada para gestantes com histórico de parto prematuro espontâneo anterior. O tratamento deve ser iniciado precocemente, entre a 16ª e a 24ª semana de gestação, com o objetivo de reduzir o risco de um novo parto prematuro. Como a paciente teve um primeiro parto prematuro vaginal sem causa aparente (provavelmente espontâneo), esta seria a conduta preventiva de escolha.

b) Cálcio no meio do primeiro trimestre.

Incorreta. O cálcio é utilizado para a prevenção de pré-eclâmpsia em populações com baixa ingestão desse mineral ou em grupos de alto risco. Embora a paciente apresente pressão alta na consulta atual (160 x 110 mmHg), a questão solicita a medida preventiva baseada nos antecedentes obstétricos de prematuridade descritos. O cálcio não é o tratamento para prevenir a recorrência de parto prematuro espontâneo.

c) Ácido acetilsalicílico a partir da 16ª semana de gravidez.

Incorreta. O AAS é indicado para prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco. No entanto, deve ser iniciado idealmente antes da 16ª semana (entre a 12ª e a 16ª semana). Além disso, o histórico descrito foca na prematuridade; não há informações suficientes nos antecedentes sobre pré-eclâmpsia em gestações anteriores para priorizar o AAS em relação à progesterona neste contexto de prevenção precoce.

d) Ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre de gravidez.

Incorreta. A ultrassonografia transvaginal para medida do colo uterino (rastreamento de prematuridade) deve ser realizada no segundo trimestre, preferencialmente entre 18 e 24 semanas de gestação. Realizá-la no terceiro trimestre não possui valor para medidas preventivas eficazes, pois o risco e a intervenção devem ocorrer muito antes.

e) Sulfato de magnésio.

Incorreta. O sulfato de magnésio é uma medicação de uso agudo e hospitalar. Ele é indicado para a neuroproteção fetal em casos de parto prematuro iminente (abaixo de 32 semanas) ou para a prevenção de crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia grave. Não se trata de uma medida preventiva precoce iniciada no início da gestação com base no histórico.

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de polidrâmnio, caracterizado pelo valor do Maior Bolsão (MB) de 9,8 cm (o valor de referência normal é entre 2 cm e 8 cm). O ponto fundamental para a resolução da questão é identificar a etiologia desse excesso de líquido e correlacioná-la com os dados do pré-natal e do exame físico.

A paciente possui uma glicemia de jejum de 200 mg/dL realizada no primeiro trimestre. Segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da

Saúde, valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dL no início da gestação confirmam o diagnóstico de Diabetes Mellitus (pré-gestacional).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: Embora a paciente apresente tipagem sanguínea A negativo e Coombs indireto positivo (indicando isoimunização Rh), o Doppler da artéria cerebral média (ACM) revelou um pico sistólico menor que 1,5 MoM (múltiplos da mediana). Esse achado é o principal preditor de anemia fetal; quando o valor está abaixo de 1,5 MoM, a chance de anemia fetal moderada ou grave é desprezível. Portanto, a doença hemolítica não é a causa do polidrâmnio neste momento.

Alternativa B - INCORRETA: O descolamento prematuro da placenta (DPP) manifesta-se clinicamente com dor abdominal súbita, hipertonia uterina (útero lenhoso) e, frequentemente, sangramento vaginal escuro e sofrimento fetal. A paciente está normotensa, sem dinâmica uterina e com feto vivo, o que afasta o diagnóstico de DPP.

Alternativa C - INCORRETA: A rotura prematura das membranas (amniorrexe) pode ser uma consequência do polidrâmnio devido à sobredistensão uterina, mas a rotura em si causa a saída do líquido e levaria à redução do MB (oligodrâmnio ou redução do volume prévio). A alternativa D é mais específica ao explicar a origem do valor elevado (9,8 cm) encontrado no ultrassom.

Alternativa D - CORRETA: Esta é a melhor representação da causa do polidrâmnio no caso. O Diabetes Mellitus (glicemia de 200 mg/dL) provoca hiperglicemia materna, que, por sua vez, causa hiperglicemia fetal. O excesso de glicose no sangue do feto promove uma diurese osmótica (o feto urina mais). Como a urina fetal é a principal fonte de líquido amniótico no terceiro trimestre, o resultado é o polidrâmnio.

Alternativa E - INCORRETA: Como discutido na alternativa A, o pico sistólico da ACM fetal menor que 1,5 MoM indica que o feto NÃO apresenta anemia importante. Para que a doença hemolítica causasse polidrâmnio, o feto precisaria estar em um estágio grave de hidropisia, o que seria acompanhado de um pico sistólico de ACM elevado (acima de 1,5 MoM).

RESUMO DIDÁTICO

O valor do Maior Bolsão de 9,8 cm indica polidrâmnio. A causa direta desse achado, considerando a glicemia de jejum de 200 mg/dL, é o diabetes materno, que leva à poliúria fetal (aumento da produção de urina pelo feto) devido à glicosúria osmótica fetal.

Questão 45

Para resolver essa questão, precisamos analisar o quadro clínico da paciente e confrontar a indicação da interrupção da gravidez com os achados do nascimento.

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta diversos fatores de risco e diagnósticos estabelecidos:

1. Diabetes Mellitus: Uma glicemia de jejum de 200 mg/dL no primeiro trimestre é diagnóstica de "Overt Diabetes" (diabetes pré-gestacional diagnosticado na gestação).
2. Isoimunização Rh: Tipagem A negativa com Coombs indireto positivo confirma que a paciente está sensibilizada. No entanto, o Doppler da artéria cerebral média (ACM) com pico sistólico menor que 1,5 MoM indicava que, naquele momento, não havia anemia fetal grave.
3. Rotura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO): Confirmada clinicamente na admissão (30ª semana) e citada como motivo da interrupção (há mais de 24 horas).
4. Apresentação Pélvica: Confirmada tanto no exame físico quanto pela dificuldade relatada pelo obstetra durante a cesariana.

Análise da Interrupção e a Alternativa Correta:

A interrupção foi indicada com 33 semanas e 5 dias, motivada por três fatores: sangramento genital há 2 horas, RPMO há mais de 24 horas e apresentação pélvica.

O ponto-chave para responder à questão está no sangramento genital e na condição do recém-nascido (RN). Diante de um sangramento genital súbito em uma gestante com RPMO, a principal hipótese diagnóstica de urgência que o médico deve considerar é o Descolamento Prematuro da Placenta (DPP).

No entanto, o enunciado descreve que:

1. O RN apresentou bom tônus e choro forte (estabilidade hemodinâmica e vitalidade preservada).
2. Foi realizado o clameamento do cordão umbilical aos 60 segundos.

Na prática obstétrica, se houvesse a confirmação de um Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) com repercussão clínica justificando a interrupção, o clameamento tardio do cordão (60 segundos) seria contraindicado. No DPP, prioriza-se o clameamento imediato para reanimação neonatal e para evitar complicações de uma possível hemorragia feto-materna. Além disso, o excelente estado do RN ao nascer (bom tônus e choro forte) após um sangramento súbito sugere que aquele sangramento não era proveniente de um descolamento placentário significativo. Portanto, a hipótese de DPP, que motivou a urgência da cesariana devido ao sangramento, não foi confirmada pelos achados pós-natais e pela conduta de clameamento.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O diabetes foi confirmado logo no primeiro trimestre (glicemia de 200 mg/dL).
- b) Incorreta. A rotura de membranas foi o quadro que manteve a paciente internada por 4 semanas, sendo um diagnóstico confirmado.
- c) Incorreta. Embora o Doppler não indicasse anemia no momento do exame, a doença hemolítica (isoimunização) é um diagnóstico presente (Coombs positivo). Contudo, não foi a suspeita de doença hemolítica que motivou a interrupção por sangramento, e sim a suspeita de DPP.
- d) CORRETA. O sangramento genital súbito levantou a suspeita de DPP (motivo da interrupção). Contudo, a vitalidade do RN e a possibilidade de realizar o clampeamento tardio indicam que o diagnóstico de descolamento não se confirmou cirurgicamente ou clinicamente após o parto.
- e) Incorreta. A apresentação pélvica foi confirmada pelo obstetra durante a realização do parto.

Questão 46

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O rastreamento de pré-eclâmpsia no primeiro trimestre (entre 11 e 13 semanas e 6 dias) é um dos pilares da medicina fetal moderna. O modelo tradicional da Fetal Medicine Foundation (FMF) utiliza uma combinação de fatores maternos (histórico, idade, IMC), pressão arterial média, Doppler das artérias uterinas e fatores bioquímicos, como o PLGF (fator de crescimento placentário). Recentemente, novos estudos buscaram marcadores que pudessem aumentar a acurácia ou facilitar o rastreio em locais com menos recursos.

A alternativa (a) está correta. A dopplervelocimetria da artéria oftálmica surgiu como um parâmetro biofísico promissor. Como a artéria oftálmica é um ramo da carótida interna, ela reflete alterações na vasculatura cerebral materna. Em gestantes que desenvolverão pré-eclâmpsia, observa-se uma hiperperusão e mudanças na resistência vascular periférica antes mesmo dos sintomas clínicos. Estudos da FMF demonstraram que a avaliação do Doppler dessa artéria (especialmente a razão entre o segundo e o primeiro pico sistólico) melhora o desempenho do cálculo de risco para pré-eclâmpsia pré-termo.

A alternativa (b) está incorreta. Embora o diabetes gestacional e o diabetes preexistente sejam fatores de risco maternos conhecidos para diversas complicações, eles já faziam parte da anamnese e dos fatores de risco epidemiológicos. Não se

trata de um "novo parâmetro" adicionado recentemente ao algoritmo de cálculo biofísico/bioquímico de primeira linha como marcador de predição.

A alternativa (c) está incorreta. A gemelaridade é um fator de risco clássico e bem estabelecido para a pré-eclâmpsia devido à maior massa placentária e demanda hemodinâmica. Ela já é computada nos modelos de risco desde sua concepção inicial, não sendo a inovação técnica referida pela questão.

A alternativa (d) está incorreta. A obesidade é avaliada por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que é um dos componentes fundamentais do histórico materno no cálculo da FMF desde as primeiras versões do software de predição.

A alternativa (e) está incorreta. O pico sistólico da artéria cerebral média (ACM) é um parâmetro utilizado na avaliação do bem-estar fetal, especificamente para o diagnóstico de anemia fetal (como na isoimunização Rh). Ele não é utilizado como ferramenta de rastreamento para o risco materno de desenvolver pré-eclâmpsia.

Questão 47

Para o diagnóstico da rotura prematura de membranas (RPM), o médico deve buscar evidências da presença de líquido amniótico no canal vaginal ou a visualização direta da saída do líquido pelo colo uterino. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O Fern test, conhecido no Brasil como teste da cristalização, é um método clássico de diagnóstico. O líquido amniótico, devido à sua concentração de cloreto de sódio e proteínas, ao secar em uma lâmina de vidro à temperatura ambiente, forma um padrão microscópico que lembra folhas de samambaia.

Alternativa b) Incorreta. A alfa-1-microglobulina placentária (PAMG-1) é uma proteína presente em altas concentrações no líquido amniótico e em concentrações mínimas no sangue ou secreções vaginais normais. Testes comerciais rápidos (como o AmniSure) utilizam anticorpos monoclonais para detectá-la, sendo altamente sensíveis e específicos para confirmar a rotura das membranas.

Alternativa c) Incorreta. A fibronectina fetal é uma glicoproteína que atua como uma "cola biológica" entre as membranas fetais e a decídua uterina. Embora seja mais utilizada como preditor de parto prematuro em pacientes com membranas íntegras (sua ausência tem alto valor preditivo negativo para o parto em 7 a 14 dias), ela também é encontrada no líquido amniótico. Portanto, sua detecção na secreção vaginal pode ser utilizada no diagnóstico diferencial da rotura, embora seja menos específica que outros métodos.

Alternativa d) Incorreta. A manobra de Tarnier é uma manobra clínica fundamental realizada durante o exame especular. O examinador realiza a compressão do fundo uterino ou o rechaço da apresentação fetal (empurrando a cabeça do bebê para cima através do abdome) para forçar a saída de líquido amniótico pelo orifício externo do colo uterino, permitindo a visualização direta.

Alternativa e) Correta. O fator de crescimento placentário (PIGF) é uma proteína angiogênica produzida pela placenta. Na prática médica, o PIGF (isolado ou em relação ao sFlt-1) é utilizado como biomarcador para o rastreio e diagnóstico da pré-eclâmpsia e para avaliar a função placentária em casos de restrição de crescimento fetal. Ele não possui qualquer papel ou indicação no diagnóstico de rotura prematura de membranas, pois sua presença ou ausência na vagina não serve para identificar o líquido amniótico.

Questão 48

O termo sludge amniótico refere-se à presença de material particulado denso e hiperecogênico no líquido amniótico, visualizado na ultrassonografia, geralmente localizado próximo ao orifício interno do colo uterino. Esse achado é considerado um marcador ultrassonográfico de inflamação ou infecção intra-amniótica subclínica e está associado a um maior risco de parto prematuro espontâneo, especialmente quando acompanhado de encurtamento cervical.

No caso descrito, a paciente é uma primigesta de 30 semanas, completamente assintomática e sem outras alterações no exame (como colo curto ou sinais de trabalho de parto). Para essa situação específica, a conduta baseada em evidências atuais é discutida abaixo:

Alternativa a: Incorreta. A associação de clindamicina e gentamicina é um esquema de amplo espectro utilizado no tratamento de infecções graves, como a corioamnionite clínica. Não há indicação para o uso de antibióticos potentes por via parenteral em uma paciente assintomática apenas por um achado ultrassonográfico isolado.

Alternativa b: Incorreta. A penicilina cristalina é utilizada primordialmente para a profilaxia de infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B (GBS) durante o trabalho de parto ou para o tratamento de condições específicas, como a neurosífilis. Ela não tem o espectro de ação necessário para tratar os microrganismos frequentemente associados ao sludge, como *Ureaplasma* e *Mycoplasma*.

Alternativa c: Incorreta. A amoxicilina isolada não é recomendada para o manejo do

sludge amniótico. Além de não haver consenso sobre o tratamento antibiótico nesta situação, a amoxicilina isolada teria pouca eficácia contra os patógenos intracelulares comumente envolvidos na colonização do líquido amniótico.

Alternativa d: Incorreta. O uso de ampicilina, amoxicilina e azitromicina compõe esquemas semelhantes aos protocolos de latência para ruptura prematura de membranas (RPMO). Embora existam estudos de pesquisa avaliando o uso de antibióticos (como a claritromicina ou a ceftriaxona) para tratar o sludge em pacientes com colo curto ou em trabalho de parto prematuro, não existe uma diretriz clínica consolidada que recomende esse tratamento para pacientes assintomáticas com colo normal.

Alternativa e: Correta. Por se tratar de uma paciente assintomática, com idade gestacional de 30 semanas e sem outros fatores de risco imediatos relatados no exame (como encurtamento do colo do útero), a conduta mais adequada é a orientação. O sludge, isoladamente, não é uma indicação absoluta de internação ou de antibioticoterapia agressiva imediata na ausência de sintomas clínicos ou colo curto. A paciente deve ser orientada sobre sinais de alerta para parto prematuro e seguir o acompanhamento pré-natal regular.

Questão 49

Análise do caso:

O quadro clínico descreve uma gestação de 35 semanas (pré-termo) com um feto que apresenta a circunferência abdominal entre os percentis 3 e 10. De acordo com os critérios diagnósticos atuais para Restrição de Crescimento Fetal (RCF) tardia, a presença de um feto pequeno para a idade gestacional associada a alterações no Doppler (neste caso, o Índice de Pulsatilidade da artéria cerebral média no percentil 3, que é inferior ao percentil 5) confirma o diagnóstico. O achado na artéria cerebral média indica vasodilatação cerebral, um mecanismo de adaptação fetal à hipóxia crônica conhecido como centralização ou efeito brain-sparing.

Explicando as alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A indução do parto prematuro às 35 semanas não é indicada de imediato neste cenário. No RCF tardio com alteração isolada da artéria cerebral média (classificado como Estágio 1 de Barcelona), o objetivo é prolongar a gestação até as 37 semanas, desde que a vigilância fetal seja mantida e os exames de vitalidade estejam normais, evitando assim as complicações da prematuridade.

Alternativa (b) Incorreta: A cesariana imediata não tem indicação clínica neste

momento. Não há sinais de sofrimento fetal agudo ou de descompensação hemodinâmica grave, como diástole zero na artéria umbilical ou alteração no ducto venoso, que justificariam uma interrupção imediata por via alta.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta preconizada pelos principais protocolos obstétricos. Como o feto apresenta sinais de redistribuição hemodinâmica (centralização), mas ainda está abaixo de 37 semanas, deve-se adotar uma conduta de vigilância rigorosa. Isso inclui a dopplervelocimetria para acompanhar a função placentária, além da cardiotocografia e do perfil biofísico fetal para monitorar o bem-estar agudo, juntamente com o acompanhamento do crescimento. O parto será programado preferencialmente ao atingir o termo (37 semanas).

Alternativa (d) Incorreta: A conduta está incompleta. Embora o Doppler e o crescimento sejam fundamentais, o acompanhamento do feto com RCF exige a avaliação da vitalidade fetal aguda através da cardiotocografia e/ou do perfil biofísico fetal. Esses exames são essenciais para detectar falhas nos mecanismos de compensação fetal que poderiam indicar a necessidade de antecipação do parto.

Alternativa (e) Incorreta: É um erro técnico não utilizar o Doppler no acompanhamento de um feto com restrição de crescimento, pois ele é a ferramenta diagnóstica e de monitoramento mais importante para guiar o momento do parto. Além disso, aguardar até a 40ª semana sem vigilância adequada em um feto que já demonstra sinais de sofrimento crônico aumenta significativamente o risco de óbito intrauterino.

Questão 50

Para resolver esta questão, é fundamental prestar atenção ao comando, que pede especificamente sinais e sintomas cognitivos da depressão pós-parto. Na semiologia psiquiátrica, os sintomas são divididos em diferentes domínios, como afetivos, somáticos (ou neurovegetativos) e cognitivos.

Alternativa A: Correta. A dificuldade de concentração, a diminuição da capacidade de pensar e a indecisão (dificuldade em tomar decisões) são sintomas clássicos do domínio cognitivo em episódios depressivos, conforme os critérios do DSM-5 e da CID-11. No contexto do pós-parto, esses sintomas podem prejudicar significativamente a capacidade da mãe de organizar os cuidados com o recém-nascido.

Alternativa B: Incorreta. O choro incontrolável é classificado como um sintoma afetivo ou emocional. Ele reflete a labilidade emocional e a tristeza profunda, mas não faz parte das funções cognitivas de processamento de informação ou de execução.

Alternativa C: Incorreta. A ansiedade e a preocupação excessiva são sintomas da esfera afetiva e psicológica. Embora frequentemente associadas à depressão pós-parto (a comorbidade com transtornos de ansiedade é comum), elas não são definidas como déficits cognitivos.

Alternativa D: Incorreta. A vontade ou os pensamentos de machucar o bebê (ideação intrusiva ou impulsos) entram na categoria de alteração do conteúdo do pensamento ou do controle dos impulsos. Embora sejam graves e necessitem de intervenção imediata, não são classificados tecnicamente como sintomas cognitivos básicos, como a atenção ou o raciocínio.

Alternativa E: Incorreta. Fadiga extrema e cansaço constante são sintomas somáticos ou neurovegetativos. São extremamente comuns no puerpério devido à privação de sono e à demanda física, mas não pertencem ao grupo de funções cognitivas.

Questão 51

Para resolver essa questão, devemos primeiro interpretar os valores do sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) apresentados na tabela:

1. Análise da Tabela POP-Q:

- Linha superior (Aa, Ba, C): Aa está em +3 (máximo de prolapso anterior em repouso), Ba está em +10 e C (colo/ápice) está em +11.
- Linha média (gh, pb, TVL): gh (hiato genital) é 10, pb (corpo perineal) é 3 e o TVL (comprimento vaginal total) é 11.
- Linha inferior (Ap, Bp, D): Ap está em +3 e Bp (parede posterior) está em +10. O ponto D está ausente ou não pontuado.

2. Definição do Estágio:

O estadiamento é definido pelo ponto de maior prolapso em relação ao hímen. No POP-Q, o Estágio IV é caracterizado quando a parte mais distal do prolapso se projeta além de (comprimento vaginal total - 2 cm).

Como o TVL desta paciente é 11 cm, o critério para Estágio IV seria qualquer ponto maior ou igual a +9 cm ($11 - 2 = 9$). Como os pontos Ba, C e Bp estão em +10 e +11, temos uma eversão vaginal completa, o que confirma o Estágio IV. O hiato genital (gh) de 10 cm é muito alargado, corroborando a queixa de frouxidão e a rotura perineal.

Análise das alternativas:

- a) Correta. O diagnóstico de prolapso genital Estágio IV está correto, pois os pontos

de prolapso atingem a medida do comprimento vaginal total (TVL). A conduta de colpocleise é uma cirurgia obliterativa indicada para prolapso graves, e o sling trata a perda involuntária de urina aos esforços (incontinência urinária de esforço) mencionada. Embora a paciente mencione atividade sexual, esta é a única alternativa com o estadiamento técnico correto segundo a tabela.

b) Incorreta. O erro está no estadiamento. O Estágio II ocorre quando o ponto mais distal está entre -1 cm e +1 cm em relação ao hímen. Os valores +10 e +11 indicam um prolapso muito mais avançado.

c) Incorreta. O Estágio I ocorre quando o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm acima do hímen (valor menor que -1). A tabela mostra valores positivos altos, indicando que o órgão está totalmente para fora.

d) Incorreta. Assim como na alternativa B, o estadiamento como Estágio II está incorreto perante os dados da tabela POP-Q.

e) Incorreta. Esta alternativa não define o estágio do prolapso e sugere apenas a colpoplastia posterior. Para um prolapso de Estágio IV (eversão total), uma cirurgia apenas na parede posterior seria insuficiente para tratar o componente apical (ponto C) e anterior. Além disso, a queixa da paciente é de esforço, e não necessariamente de incontinência urinária mista.

Questão 52

Análise do caso clínico:

O enunciado descreve uma paciente com linfadenopatia inguinal inflamatória (conhecida como bubão) que evolui com drenagem de secreção purulenta por vários furos (fistulização múltipla ou aspecto em regador). Essa é a descrição clássica do Linfogranuloma Venéreo (LGV).

Alternativa (a) Incorreta: O protossinfiloma refere-se ao cancro duro da sífilis primária. É uma úlcera única, indolor, de base limpa e bordas bem delimitadas. Embora possa haver linfonodomegalia satélite, ela é tipicamente indolor e não fistuliza com secreção purulenta.

Alternativa (b) Incorreta: No cancro mole (causado pelo *Haemophilus ducreyi*), as úlceras são múltiplas e muito dolorosas. O bubão inguinal pode ocorrer em cerca de metade dos casos, mas a sua fistulização é caracteristicamente feita por um orifício único, e não por vários.

Alternativa (c) Correta: O Linfogranuloma Venéreo é causado pelos sorotipos L1, L2 e

L3 da *Chlamydia trachomatis*. A doença evolui em estágios, sendo o segundo estágio caracterizado pela síndrome inguinal. Nela, ocorre uma linfadenite dolorosa que evolui para a formação de abscessos que drenam por múltiplos orifícios (aspecto crivado ou sinal do regador), exatamente como descrito no relato da paciente.

Alternativa (d) Incorreta: A úlcera mista de Rollet é a coexistência da sífilis primária e do cancro mole no mesmo paciente. O quadro clínico apresentaria características mistas das duas infecções (como uma úlcera que inicialmente parece mole e depois endurece), mas a descrição de múltiplos furos de drenagem no bubão é específica do LGV.

Alternativa (e) Incorreta: O tumor de Buschke-Lowenstein é o condiloma acuminado gigante, uma forma rara e agressiva de infecção pelo HPV. Trata-se de uma lesão verrucosa, exofítica e volumosa, com aspecto de couve-flor, que não se manifesta como uma adenite aguda purulenta.

Questão 53

Para entender a fase antral do ciclo folicular, é necessário revisar a dinâmica hormonal do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e os estágios de maturação do folículo ovariano.

A alternativa (c) está correta porque, à medida que os folículos recrutados progridem para a fase antral (também denominada fase de folículo secundário ou terciário), as células da granulosa passam a produzir quantidades crescentes de estradiol. Esse aumento nos níveis de estradiol exerce um feedback negativo na hipófise anterior, inibindo a secreção de FSH (Hormônio Folículo-Estimulante). Esse processo é fundamental para a seleção do folículo dominante: com a queda dos níveis de FSH, apenas o folículo que possui o maior número de receptores e a maior sensibilidade a esse hormônio conseguirá sobreviver e continuar crescendo, enquanto os folículos menos desenvolvidos sofrerão atresia.

A alternativa (a) está incorreta, pois a fase antral é definida justamente pelo surgimento e acúmulo progressivo de líquido folicular (licor folicular) em uma cavidade chamada antro. Portanto, a produção de líquido é intensa e crescente nesta etapa, e não encerrada.

A alternativa (b) está incorreta porque, durante a maior parte da fase folicular, o feedback negativo mais significativo e funcionalmente relevante para o desenvolvimento folicular ocorre sobre o FSH. O estradiol exerce feedback positivo sobre o LH apenas no final da fase folicular (pré-ovulatória), quando atinge níveis elevados e sustentados por cerca de 48 horas, o que desencadeia o pico de LH e a

subsequente ovulação.

A alternativa (d) está incorreta porque a zona pelúcida, que é uma camada de glicoproteínas que envolve o ovócito, surge precocemente no desenvolvimento folicular, ainda na transição do folículo primordial para o folículo primário, estágio considerado pré-antral.

A alternativa (e) está incorreta porque a luteinização das células da granulosa é o processo de transformação dessas células em produtoras de progesterona, o que ocorre apenas após o pico de LH no final da fase folicular. Na fase antral, os fatores de crescimento IGF-1 e IGF-2 atuam como amplificadores da ação das gonadotrofinas, estimulando a proliferação celular e a síntese de estrogênios, mas não promovem a luteinização precoce.

Questão 54

Análise do caso clínico:

A paciente de 43 anos, múltipara, apresenta um quadro de sangramento uterino anormal grave (com repercussão hemodinâmica) e dismenorreia (cólicas) moderada a intensa. Os pontos fundamentais para o diagnóstico estão na descrição do exame físico e da ultrassonografia. O útero aumentado de forma difusa (aspecto globular), com superfície regular e, crucialmente, de consistência amolecida, é o sinal clássico da adenomiose. Miomas, por outro lado, costumam tornar o útero endurecido e irregular. Na ultrassonografia, o achado de miométrio heterogêneo corrobora a infiltração de tecido endometrial na camada muscular uterina.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o exame cite uma imagem subserosa de 5,0 cm (compatível com um mioma subseroso), esta patologia isolada não explica o quadro. Miomas subserosos costumam ser assintomáticos ou causar sintomas compressivos; eles raramente causam sangramento genital intenso ou dismenorreia importante, e não tornam o útero difusamente amolecido.

Alternativa (b) Incorreta: Miomas intramurais podem causar sangramento e dor, mas geralmente conferem uma consistência endurecida ao útero no toque bimanual. A descrição de "miométrio heterogêneo" e a consistência amolecida são marcadores muito mais específicos de adenomiose do que de miomatose isolada.

Alternativa (c) Incorreta: O pólipio endometrial é uma causa comum de sangramento, mas a questão afirma expressamente que o eco endometrial está normal à ultrassonografia. Além disso, pólipos não causam aumento global do volume uterino para 250 cm³.

Alternativa (d) Incorreta: Miomas submucosos são causas frequentes de sangramento intenso, porém eles distorcem a cavidade endometrial. O laudo ultrassonográfico de eco endometrial normal exclui essa possibilidade.

Alternativa (e) Correta: A adenomiose consiste na presença de glândulas e estroma endometriais infiltrados no miométrio, o que gera uma reação de hipertrofia das fibras musculares. Isso resulta em um útero globalmente aumentado, de consistência amolecida (devido aos microssangramentos e edema no miométrio) e dor intensa durante o período menstrual. O achado ultrassonográfico de miométrio heterogêneo é o sinal típico desta patologia, fechando o diagnóstico clínico e por exame de imagem para esta paciente.

Questão 55

O quadro clínico descrito — mulher de 55 anos, na pós-menopausa há cinco anos, apresentando secreta vaginal, dispareunia (dor no coito) e sinais de atrofia ao exame físico — é característico da Síndrome Geniturinária da Menopausa. A base dessa condição é a deficiência estrogênica.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O hipoestrogenismo leva à perda de colágeno, vascularização e elasticidade dos tecidos vaginais. O resultado é o estreitamento (estenose) e encurtamento do canal vaginal e do introito, e não o seu alargamento. O alargamento costuma estar associado à multiparidade e lacerações de parto, não à atrofia hormonal.

Alternativa (b) Correta: O estrogênio é fundamental para a proliferação e maturação das células do epitélio escamoso vaginal. Essas células maduras são ricas em glicogênio. Com a queda dos níveis de estrogênio na menopausa, o epitélio torna-se delgado (atrófico) e ocorre uma redução drástica nos níveis locais de glicogênio. Essa é a alteração celular primária que explica a fragilidade da mucosa e a sintomatologia de secreta e desconforto.

Alternativa (c) Incorreta: Na menopausa, ocorre de fato uma alteração do pH vaginal, mas ele se torna mais alcalino (aumenta, geralmente ficando acima de 5,0). No entanto, o aumento do pH é uma consequência da falta de glicogênio e lactobacilos, e não a causa primária da atrofia ou da secreta relatada pela paciente. O foco da fisiopatologia da atrofia é a alteração tecidual e metabólica celular (glicogênio).

Alternativa (d) Incorreta: Ocorre uma redução da população de lactobacilos. Como os

lactobacilos dependem do glicogênio (que está reduzido) para realizar a fermentação e produzir ácido lático, eles não conseguem se manter em níveis adequados. A diminuição desses microrganismos é o que permite o aumento do pH vaginal e a colonização por flora mista ou patogênica.

Alternativa (e) Incorreta: As ectopias cervicais (presença de epitélio colunar na ectocérvice) são dependentes de altos níveis de estrogênio (comuns em mulheres em idade fértil, usuárias de anticoncepcionais orais ou gestantes). Na menopausa, devido ao hipoestrogenismo, a junção escamocolunar (JEC) migra para dentro do canal endocervical, desaparecendo a ectopia.

Questão 56

A análise desta questão exige o conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos contraceptivos no período do puerpério e lactação. O ponto central aqui é identificar qual componente hormonal interfere negativamente na amamentação e na saúde da mulher logo após o parto.

Alternativa (a) Anel vaginal: Esta é a alternativa correta, pois o anel vaginal é um método contraceptivo hormonal combinado, ou seja, contém estrogênio e progestagênio. O uso de estrogênios é contraindicado para mulheres que amamentam, especialmente antes de seis meses de pós-parto (sendo Categoria 4 da OMS — risco inaceitável à saúde — antes de seis semanas). O estrogênio pode diminuir a quantidade e a qualidade do leite materno, além de aumentar o risco de eventos tromboembólicos, que já é naturalmente elevado no puerpério.

Alternativa (b) Aleitamento-amenorreia: Incorreta como contraindicação. O método da amenorreia lactacional (LAM) é uma forma válida de planejamento familiar, desde que a mulher cumpra três requisitos: amamentação exclusiva ou predominante, estar em amenorreia e estar nos primeiros seis meses após o parto. A paciente do caso enquadra-se nessas condições iniciais.

Alternativa (c) DIU de levonorgestrel: Incorreta como contraindicação. Métodos que contêm apenas progestagênio, como o DIU de levonorgestrel, não interferem na produção de leite nem aumentam o risco de trombose. De acordo com os critérios de elegibilidade, o DIU (tanto o de cobre quanto o de levonorgestrel) pode ser inserido após 4 semanas do parto (Categoria 1), sendo uma opção segura para esta paciente que está há um mês (4 semanas) no puerpério.

Alternativa (d) Camisinha: Incorreta como contraindicação. Os métodos de barreira, como o preservativo masculino ou feminino, são considerados Categoria 1 da OMS

para qualquer momento do pós-parto, não possuindo contraindicações sistêmicas ou interferência na lactação.

Alternativa (e) Diafragma vaginal: Incorreta como contraindicação médica absoluta. Embora a recomendação clínica seja aguardar cerca de 6 semanas após o parto para que a involução uterina e vaginal se complete (permitindo a medição correta do tamanho do dispositivo), ele não é contraindicado por razões hormonais ou de amamentação. Comparado ao anel vaginal, que possui contraindicação formal pelo componente estrogênico, o diafragma é uma opção segura após o ajuste físico.

Questão 57

DIAGNÓSTICO: DISMENORREIA PRIMÁRIA

O quadro clínico descreve uma paciente jovem de 17 anos com dor pélvica cíclica que se inicia com o fluxo menstrual, apresentando irradiação para a região lombar e coxas, acompanhada de sintomas sistêmicos (cefaleia, diarreia e vômitos). Este é o cenário clássico da dismenorreia primária, que surge habitualmente 1 a 2 anos após a menarca, com o estabelecimento dos ciclos ovulatórios. A fisiopatologia baseia-se na produção excessiva de prostaglandinas (principalmente a PGF2-alfa) pelo endométrio secretor, o que causa hipercontratilidade uterina, vasoconstrição e isquemia, gerando a dor.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (IMC menor que 20): Incorreta. O baixo índice de massa corporal é considerado um fator de risco para a dismenorreia primária, assim como o tabagismo e a menarca precoce. Mulheres com baixo peso tendem a relatar sintomas mais intensos.

Alternativa B (Contraceptivos orais): Correta. Os anticoncepcionais hormonais combinados são um dos principais fatores protetores e também uma das primeiras linhas de tratamento. Eles agem inibindo a ovulação e reduzindo a proliferação endometrial. Com um endométrio mais fino e sem a fase lútea (que precede a queda de progesterona), há uma redução drástica na síntese de prostaglandinas, o que diminui a contratilidade uterina e a dor.

Alternativa C (Tabagismo): Incorreta. O hábito de fumar é um fator de risco. A nicotina provoca vasoconstrição periférica, o que pode agravar a hipóxia do miométrio durante as contrações uterinas, intensificando a percepção da dor.

Alternativa D (Síndrome pré-menstrual): Incorreta. A SPM é uma entidade clínica que

ocorre na fase lútea tardia e regride com o início da menstruação. Ela não confere proteção contra a dismenorreia; muitas pacientes apresentam ambas as condições de forma concomitante.

Alternativa E (Esterilização): Incorreta. Métodos de esterilização cirúrgica, como a laqueadura tubária, não interferem no eixo hormonal, na ovulação ou na produção endometrial de prostaglandinas. Portanto, não alteram o curso da dismenorreia primária.

FATORES ADICIONAIS:

Além dos contraceptivos, são considerados fatores protetores a multiparidade (ter tido filhos) e a prática regular de exercícios físicos. São fatores de risco: nuliparidade, fluxo menstrual abundante, ciclos longos e história familiar positiva.

Questão 58

Para resolver essa questão, devemos analisar sistematicamente os dados clínicos e laboratoriais apresentados. Estamos diante de um caso de amenorreia primária (adolescente de 16 anos que nunca menstruou) associada ao infantilismo sexual (ausência de características sexuais secundárias).

O passo inicial na investigação da amenorreia primária com ausência de caracteres sexuais secundários é a dosagem do FSH. No caso, o FSH está elevado, o que caracteriza um hipogonadismo hipergonadotrófico. Isso indica que a falha está nas gônadas (causa periférica), que não produzem hormônios sexuais para fazer o feedback negativo na hipófise.

O dado definitivo para o diagnóstico é o cariótipo 46, XY em uma paciente com fenótipo feminino e gônadas em fita.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome de Turner é a causa mais comum de disgenesia gonadal e apresenta hipogonadismo hipergonadotrófico com gônadas em fita. No entanto, o cariótipo clássico da Síndrome de Turner é 45, X (ou mosaicismos), e não 46, XY como descrito no enunciado.

b) Incorreta. A Síndrome de Savage, ou síndrome dos ovários resistentes, ocorre em pacientes com cariótipo 46, XX. Nelas, os folículos ovarianos existem, mas não respondem à estimulação das gonadotrofinas. O quadro descrito apresenta cariótipo XY e gônadas em fita (ausência de folículos).

c) Incorreta. Síndromes hiperandrogênicas (como a SOP ou hiperplasia adrenal congênita) costumam cursar com sinais de virilização ou excesso de androgênios (hirsutismo, acne). O enunciado informa que a testosterona está baixa e há ausência de caracteres sexuais secundários, o que descarta o hiperandrogenismo.

d) Correta. A Síndrome de Swyer é a disgenesia gonadal pura 46, XY. Nela, há uma falha no desenvolvimento testicular (geralmente por mutação no gene SRY). Como não há formação de testículos funcionais, não há produção de testosterona (necessária para a virilização da genitália externa) nem de hormônio antimülleriano (necessário para a regressão dos ductos de Müller). Conseqüentemente, a paciente desenvolve genitália externa feminina, útero e tubas uterinas, mas possui gônadas em fita (disgenéticas) e não desenvolve caracteres sexuais secundários devido à ausência de estrogênio.

e) Incorreta. A Síndrome de Rokitansky (agenesia mülleriana) cursa com cariótipo 46, XX. As pacientes possuem fenótipo feminino e caracteres sexuais secundários normais (ovários funcionais), mas apresentam ausência congênita do útero e dos dois terços superiores da vagina. No caso clínico, o FSH está elevado e o cariótipo é XY, o que exclui Rokitansky.

Conclusão: O quadro de fenótipo feminino, infantilismo sexual, FSH elevado, gônadas em fita e cariótipo 46, XY é patognomônico da Síndrome de Swyer. É fundamental lembrar que, devido à presença do cromossomo Y, essas gônadas disgenéticas devem ser retiradas pelo alto risco de malignização (gonadoblastoma).

Questão 59

O ponto central para resolver esta questão é o conhecimento da classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) para achados mamográficos, especificamente no que se refere às microcalcificações.

As microcalcificações descritas são puntiformes (arredondadas, com menos de 0,5 mm), isodensas e agrupadas (definidas geralmente como cinco ou mais calcificações em um pequeno volume de tecido, cerca de 1 cm³). De acordo com o Atlas BI-RADS, microcalcificações com essas características morfológicas, quando aparecem de forma agrupada e não possuem exames anteriores para comparação que comprovem estabilidade, possuem um risco de malignidade inferior a 2%. Portanto, são classificadas como achados provavelmente benignos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação BI-RADS 0 é atribuída a exames incompletos, nos quais é

necessária uma avaliação adicional por imagem (como incidências complementares de compressão ou magnificação) ou comparação com exames anteriores. Embora na prática clínica muitas vezes se realize a magnificação antes de fechar o diagnóstico, a descrição completa da morfologia (puntiforme) e distribuição (agrupada) na questão direciona para uma categoria final de conduta baseada nesse achado.

b) Incorreta. BI-RADS 1 refere-se a um exame normal ou negativo, sem achados dignos de nota. A paciente apresenta microcalcificações, o que impede esta classificação.

c) Incorreta. BI-RADS 2 é utilizado para achados comprovadamente benignos, como calcificações vasculares, grosseiras (tipo pipoca), em bastonete ou com centro claro. Calcificações puntiformes agrupadas têm um risco residual de malignidade (mesmo que baixo), o que as impede de serem consideradas puramente benignas de imediato.

d) Correta. A classificação BI-RADS 3 é destinada a achados com probabilidade de malignidade menor ou igual a 2%. As microcalcificações puntiformes agrupadas são o exemplo clássico de achado mamográfico que se enquadra nesta categoria. A conduta recomendada para BI-RADS 3 é o controle radiológico em intervalo curto (inicialmente em 6 meses) para observar a estabilidade da lesão.

e) Incorreta. BI-RADS 4 é a categoria de achados suspeitos (risco entre 2% e 95%), que indicam a necessidade de biópsia. Enquadram-se aqui as microcalcificações de morfologia suspeita, como as amorfas, pleomórficas finas ou lineares ramificadas. As puntiformes são consideradas de baixo risco e não justificam, inicialmente, um procedimento invasivo.

Questão 60

O achado citológico ASC-H (*Atypical Squamous Cells - cannot exclude High-grade squamous intraepithelial lesion*) significa células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau. Diferentemente do ASC-US, o ASC-H possui um alto risco de estar associado a lesões precursoras de câncer (NIC 2 ou NIC 3) ou mesmo ao carcinoma invasor.

Alternativa A (Correta): De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde), o achado de ASC-H na citologia exige o encaminhamento imediato da paciente para a colposcopia, independentemente da sua idade. Durante a colposcopia, o examinador buscará áreas suspeitas (acetobranças densas, mosaicos ou pontilhados) para realizar a biópsia dirigida, que confirmará ou excluirá a presença de uma lesão de alto grau.

Alternativa B (Incorreta): A avaliação endometrial (por biópsia ou curetagem) é indicada em resultados citológicos de Células Glandulares Atípicas (AGC) em mulheres com 35 anos ou mais, ou naquelas com risco para câncer de endométrio (como sangramento uterino anormal ou obesidade). O ASC-H refere-se a células escamosas, não glandulares.

Alternativa C (Incorreta): A avaliação do canal endocervical (por meio de escovado ou curetagem endocervical) pode ser necessária durante a colposcopia se o exame for considerado insatisfatório (quando a junção escamocolunar não é totalmente visível) ou se houver suspeita de lesão dentro do canal. No entanto, a conduta inicial e mais abrangente é a colposcopia para avaliação do colo como um todo, não apenas a biópsia de canal.

Alternativa D (Incorreta): A repetição da citologia em 6 meses é reservada para casos de menor risco, como o ASC-US em mulheres com 30 anos ou mais, ou lesões de baixo grau (LSIL) em mulheres acima de 25 anos. Como o ASC-H tem alta probabilidade de esconder uma lesão grave, não se deve aguardar para reavaliar.

Alternativa E (Incorreta): A histerectomia é um procedimento cirúrgico invasivo e não deve ser realizada apenas com base em um resultado de rastreamento (citologia). É indispensável a confirmação diagnóstica por biópsia. Além disso, mesmo para lesões confirmadas de alto grau (NIC 2/3), o tratamento de escolha inicial costuma ser a exérese da zona de transformação (EZT/CAF) ou conização, e não a retirada do útero.

Questão 61

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um recém-nascido (RN) pré-termo de 31 semanas com desconforto respiratório precoce e grave. A história materna destaca uma ruptura prolongada de membranas (22 horas no total) e assistência pré-natal precária. A imagem radiológica anexada é característica, apresentando infiltrado reticulogranular difuso (aspecto de vidro fosco) e presença de broncogramas aéreos, o que corrobora o diagnóstico de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) ou Doença da Membrana Hialina.

Alternativa a: Incorreta. Embora a SDR seja a principal hipótese pela prematuridade, o risco de sepse neonatal precoce e pneumonia bacteriana é elevado devido à ruptura prolongada de membranas (superior a 18 horas) e à ausência de triagem para Estreptococo do grupo B. Na prática, o quadro clínico e radiológico da pneumonia neonatal é frequentemente indistinguível da SDR, justificando o início de

antibioticoterapia empírica até que se obtenham resultados de culturas.

Alternativa b: Correta. A prematuridade (abaixo de 34 semanas) é o principal fator de risco para a SDR devido à deficiência quantitativa e qualitativa de surfactante. O padrão radiológico exibido na imagem é o padrão-ouro para essa patologia, caracterizado por pulmões com volume reduzido, opacidade granular fina e broncogramas aéreos que ultrapassam a silhueta cardíaca.

Alternativa c: Incorreta. O surfactante exógeno é o tratamento de escolha, mas não se limita a uma única dose. Caso o RN apresente piora clínica ou necessidade persistente de parâmetros ventilatórios elevados (geralmente FiO₂ maior que 30 a 40%), doses subsequentes podem ser administradas (normalmente com intervalo de 6 a 12 horas). O uso de surfactante, ao melhorar a complacência pulmonar, na verdade reduz o risco de pneumotórax.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa contém um erro anatômico/fisiológico clássico em provas: o surfactante é produzido e secretado pelos pneumócitos tipo II, e não pelos pneumócitos tipo I. Os pneumócitos tipo I são responsáveis principalmente pela barreira alvéolo-capilar e trocas gasosas.

Alternativa e: Incorreta. Em recém-nascidos prematuros, a oferta excessiva de oxigênio é prejudicial devido ao estresse oxidativo. Manter a saturação entre 96 e 98% aumenta significativamente o risco de Retinopatia da Prematuridade (ROP) e Displasia Broncopulmonar. As metas recomendadas de saturação de oxigênio para esses pacientes situam-se geralmente entre 90 e 95%.

Questão 62

O caso clínico apresenta um lactente de 6 meses com um quadro sistêmico caracterizado por febre, irritabilidade, linfonodopatia generalizada, hepatomegalia e desconforto respiratório (taquipneia). O ponto fundamental para a resolução da questão reside nos achados de imagem. O RX de crânio revela múltiplas lesões osteolíticas bem delimitadas, sem esclerose marginal, conhecidas classicamente como lesões em "saca-bocados" (punched-out lesions). Além disso, o RX de tórax demonstra infiltrado pulmonar difuso e lesões ósseas nas escápulas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A linfo-histiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome de ativação imune grave que se manifesta com febre alta persistente, hepatosplenomegalia e citopenias importantes (geralmente atingindo pelo menos duas linhagens celulares). Embora possa haver sobreposição clínica, a LHH não costuma cursar com as lesões

ósseas líticas características descritas e visualizadas na imagem.

b) Incorreta. A paracoccidioidomicose na sua forma juvenil (tipo agudo/subagudo) pode acometer crianças e causar linfonodopatia e hepatoesplenomegalia. No entanto, o padrão radiológico das lesões ósseas no crânio e o acometimento pulmonar em um lactente de 6 meses tornam essa hipótese muito menos provável que a histiocitose.

c) Incorreta. A leucemia linfoide crônica (LLC) é uma neoplasia hematológica típica de adultos idosos e praticamente inexistente na faixa etária pediátrica. As leucemias na infância são predominantemente agudas (LLA ou LMA).

d) Correta. A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença rara caracterizada pela proliferação idiopática de células com características semelhantes às células de Langerhans. Em lactentes menores de 2 anos, é comum a forma multissistêmica (antigamente chamada de doença de Letterer-Siwe), que envolve pele, fígado, baço, linfonodos, medula óssea e pulmões. As lesões ósseas líticas no crânio ("saca-bocados") são achados patognomônicos que, somados ao infiltrado pulmonar e à hepatomegalia, confirmam a principal hipótese diagnóstica.

e) Incorreta. A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (antiga síndrome de Churg-Strauss) é uma vasculite de pequenos vasos associada a asma grave, eosinofilia periférica importante e infiltrados pulmonares transitórios. É extremamente rara em lactentes e não justifica as lesões ósseas descritas.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO

A criança de 5 anos apresenta um atraso no desenvolvimento da linguagem (forma frases curtas e não narra histórias, o que seria esperado para a idade) e dificuldades escolares. No entanto, o quadro clínico mostra alguns sinais que não são típicos do autismo clássico: ela interage, obedece a comandos, tem autonomia nas atividades de vida diária (vestir-se) e conhece os brinquedos. Há também um fator ambiental crítico: o uso excessivo de telas (4 horas diárias), que pode mimetizar sintomas de atraso no desenvolvimento por privação sensorial e social.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é clínico e baseia-se na observação de prejuízos na comunicação social e na presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento. Para fechar esse diagnóstico, é fundamental

comprovar que esses sinais ocorrem em múltiplos contextos (casa, escola, lazer). Como a mãe relata dificuldades na escola, o laudo ou relatório escolar torna-se uma peça indispensável para o médico. Ele permite diferenciar se o comportamento da criança é uma dificuldade global de interação e adaptação ou se os atrasos são pontuais e decorrentes da falta de estímulo adequado no ambiente doméstico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O questionário M-Chat é uma ferramenta de rastreio (screening) validada especificamente para crianças entre 16 e 30 meses de idade. Para uma criança de 5 anos, o M-Chat não é o instrumento adequado para auxílio diagnóstico.

Alternativa (b): O encaminhamento para o neurologista infantil pode ser necessário futuramente, mas a conduta inicial do médico que está atendendo deve ser a coleta de dados de todos os ambientes da criança para fundamentar sua suspeita ou o próprio encaminhamento. O pediatra deve coordenar essa investigação inicial.

Alternativa (d): Afastar a hipótese diagnóstica seria um erro técnico, pois a criança apresenta um atraso de fala importante para a idade cronológica (frases de 2 a 3 palavras aos 5 anos). Mesmo que o uso de telas seja um fator agravante, é necessário investigar se há um transtorno subjacente antes de descartar qualquer hipótese.

Alternativa (e): O tratamento medicamentoso não é a primeira linha para o TEA ou para atrasos de fala. Medicamentos são utilizados apenas para tratar sintomas-alvo específicos ou comorbidades (como agressividade grave ou distúrbios do sono), o que não é o caso descrito. O tratamento principal é multidisciplinar (fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional).

RESUMO DA CONDUTA

Em crianças em idade escolar com suspeita de transtornos do neurodesenvolvimento, a avaliação do desempenho pedagógico e do comportamento social no ambiente escolar é passo obrigatório para o raciocínio clínico. Sem o relatório da escola, o diagnóstico torna-se incompleto por faltar a verificação de sintomas em múltiplos ambientes.

Questão 64

Esta questão aborda o manejo de puericultura específico para crianças com Síndrome de Down (Trissomia 21), seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Análise das alternativas:

a) Correta. De acordo com as diretrizes da SBP e do Ministério da Saúde, a triagem para doença celíaca em crianças com Síndrome de Down deve ser iniciada a partir dos 2 anos de idade, mesmo em pacientes assintomáticos. Isso se deve à prevalência significativamente maior da doença nessa população (cerca de 5% a 10%) em comparação com a população geral. O rastreio inicial é feito por meio de exames sorológicos, como o anticorpo antitransglutaminase tecidual (tTG-IgA) associado à dosagem de IgA sérica total.

b) Incorreta. O seguimento de uma criança com Síndrome de Down não é o "habitual" das demais crianças. Existem protocolos específicos que exigem a solicitação de exames periódicos, como hemograma (risco de doenças hematológicas), função tireoidiana (risco de hipotireoidismo) e o próprio rastreio de doença celíaca.

c) Incorreta. Embora o risco de hipotireoidismo seja muito elevado na Síndrome de Down, a triagem com TSH e T4 livre deve ser realizada anualmente pelo próprio pediatra na atenção primária. O encaminhamento para o endocrinologista só é indicado caso sejam detectadas alterações laboratoriais ou clínicas que justifiquem o acompanhamento especializado.

d) Incorreta. O forame oval patente (FOP) é uma comunicação interatrial pequena que, se isolada e sem repercussão hemodinâmica (como descrito no caso: "demais parâmetros dentro da normalidade"), não é considerada uma cardiopatia congênita grave. Muitas vezes é encarada como um achado incidental que não exige seguimento contínuo com cardiologista pediátrico, podendo ser acompanhado pelo pediatra geral.

e) Incorreta. A orientação médica e pedagógica moderna, amparada pela Lei Brasileira de Inclusão, defende que a criança com Síndrome de Down deve ser matriculada em escolas regulares. A inclusão escolar é fundamental para o desenvolvimento social, cognitivo e motor desses pacientes, evitando-se o isolamento em escolas "específicas", a menos que haja uma necessidade muito particular e severa de suporte que a escola regular não possa prover.

Questão 65

O caso clínico descreve um lactente com diagnóstico conhecido de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) que apresentou um quadro de urticária e angioedema discreto após ingestão acidental do alérgeno. É fundamental diferenciar uma reação alérgica cutânea/mucosa isolada de uma anafilaxia, que é uma emergência médica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há sinais de gravidade iminente no momento do atendimento. A criança apresenta estabilidade hemodinâmica (ausculta cardíaca normal), estabilidade respiratória (ausculta pulmonar normal e sem sinais de desconforto) e está dormindo calmamente. A recorrência das lesões urticariformes é comum na fase aguda, mesmo em uso de medicações, e não justifica por si só a internação hospitalar.

Alternativa b) Correta. O quadro clínico é de urticária e angioedema leve. A manutenção do tratamento já instituído (anti-histamínico e corticoide oral) é a conduta adequada, uma vez que essas medicações levam tempo para estabilizar os mastócitos e controlar a inflamação. A orientação à genitora sobre a natureza flutuante das lesões (que podem sumir e reaparecer em outros locais) e sobre a importância de evitar o alérgeno é o pilar do tratamento ambulatorial.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de urticária aguda e angioedema por erro alimentar é eminentemente clínico. Exames laboratoriais de urgência não trazem benefícios para o manejo agudo e não auxiliariam na mudança da conduta imediata.

Alternativa d) Incorreta. A adrenalina intramuscular é o tratamento de escolha para anafilaxia. Para diagnosticar anafilaxia, seria necessário o acometimento de dois ou mais sistemas (por exemplo: pele + respiratório; pele + gastrointestinal) ou hipotensão após contato com alérgeno conhecido. O paciente apresenta apenas sintomas cutâneo-mucosos (urticária e edema de lábio discreto), sem comprometimento sistêmico, o que não preenche critérios para o uso de adrenalina.

Alternativa e) Incorreta. Não há necessidade de via endovenosa para o corticoide, visto que o paciente tem boa aceitação alimentar e estabilidade clínica. A eficácia do corticoide oral é equivalente à do venoso em casos de menor gravidade. Como mencionado, a internação não está indicada pela ausência de sinais de alerta respiratórios ou circulatórios.

Questão 66

A alternativa correta é a letra (e). Abaixo, segue a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. Na Síndrome Nefrítica Pós-estreptocócica (GNPE), a inflamação glomerular é global e difusa. Ocorre uma intensa proliferação de células endoteliais e também das células mesangiais, além do infiltrado de polimorfonucleares (neutrófilos). Dizer que a região mesangial é poupada está tecnicamente errado, pois ela também sofre com o processo proliferativo e inflamatório.

Alternativa b: Incorreta. Os *humps* (ou gibas) são, de fato, depósitos de imunocomplexos situados no espaço subepitelial. Contudo, o erro da alternativa reside na técnica de identificação principal: embora a imunofluorescência mostre depósitos granulares (padrão em "céu estrelado"), os *humps* são estruturas ultraestruturais classicamente identificadas e descritas por meio da microscopia eletrônica.

Alternativa c: Incorreta. A fisiopatologia da GNPE envolve a queda da taxa de filtração glomerular e a consequente retenção de sódio e água. Esse estado de hipervolemia (expansão do volume extracelular) promove, por *feedback*, a supressão do sistema renina-angiotensina-aldosterona, e não a sua ativação. A hipertensão arterial na GNPE é classicamente dependente de volume.

Alternativa d: Incorreta. A lesão dos podócitos (podocitopatia) é o mecanismo central das síndromes nefróticas, como a Doença por Lesão Mínima. Na GNPE, o quadro é de uma glomerulite inflamatória que causa ruptura da barreira de filtração e da integridade capilar. Embora a hematuria dismórfica seja um achado clássico da síndrome nefrítica, ela decorre da passagem das hemácias por fendas na membrana basal inflamada, e não puramente de uma lesão primária do podócito.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa resume perfeitamente a patogênese da doença. A deposição de antígenos estreptocócicos (como a proteinase piogênica exotoxina B) no glomérulo leva à formação de imunocomplexos *in situ*. Isso desencadeia a ativação do sistema complemento, com consumo proeminente de C3 pela via alternativa (por isso o C3 sérico fica baixo e o C4 geralmente permanece normal). Esse processo gera quimiotaxia para neutrófilos e uma resposta proliferativa celular que obstrui a luz dos capilares glomerulares, reduzindo a filtração e gerando os sintomas clássicos de oligúria, edema e hipertensão.

Questão 67

A alternativa correta é a letra (a).

O Teste do Pezinho, regulamentado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), utiliza marcadores específicos para identificar precocemente doenças assintomáticas no período neonatal. No caso do hipotireoidismo congênito, o exame de rastreio realizado pelo SUS é a dosagem do TSH neonatal (hormônio estimulante da tireoide) coletado em papel-filtro. O T4 livre é um exame de confirmação diagnóstica, solicitado apenas após a detecção de um TSH alterado na triagem, não fazendo parte da rotina inicial do teste.

Abaixo, a explicação sobre a presença das demais alternativas no programa de Pernambuco:

b) 17-alfa-hidroxiprogesterona: Este marcador é utilizado para a triagem da hiperplasia adrenal congênita. Ele identifica recém-nascidos com risco de crises de perda de sal e virilização por deficiência enzimática na glândula adrenal.

c) Tripsina imunorreativa (IRT): É o exame utilizado para o rastreio da fibrose cística. O protocolo exige que, se o primeiro teste for alterado, uma segunda amostra seja coletada em até 30 dias para confirmar a suspeita antes de prosseguir para o teste do suor.

d) Fenilalanina: Este é o exame para detectar a fenilcetonúria, um erro inato do metabolismo dos aminoácidos. É uma das doenças mais antigas e fundamentais do programa de triagem em todo o Brasil.

e) IgM para toxoplasmose: O estado de Pernambuco incluiu a triagem para doenças infecciosas em seu programa estadual. A pesquisa de anticorpos IgM identifica a toxoplasmose congênita, permitindo o tratamento imediato para prevenir danos oculares e neurológicos permanentes na criança.

Portanto, a única opção que descreve um exame que não é de triagem inicial (screening) no Teste do Pezinho do SUS em Pernambuco é o T4 livre.

Questão 68

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a classificação dos tipos de estresse na infância, estabelecida pela Academia Americana de Pediatria e pelo Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade de Harvard. O estresse é dividido em três categorias baseadas no seu impacto na resposta fisiológica da criança e na presença de fatores protetores.

Análise dos casos:

Caso A: Estresse Tolerável. O divórcio é considerado um evento de vida significativo e potencialmente adverso. No entanto, quando a criança conta com o apoio de adultos cuidadores que a ajudem a processar a situação, a resposta de estresse (caracterizada pela tristeza e quietude citadas) tende a ser temporária e a fisiologia do corpo retorna ao normal sem causar danos permanentes às estruturas cerebrais.

Caso B: Estresse Tóxico. Este tipo de estresse ocorre diante de adversidades graves, prolongadas ou recorrentes, como a negligência, o abuso ou, como no caso, a perda de um genitor para o sistema prisional associada a uma instabilidade no arranjo de moradia. A agressividade é um sinal de desregulação do sistema de resposta ao estresse. Na ausência de um suporte protetor adequado e constante que ajude a mitigar essa ativação prolongada, há risco de prejuízos ao desenvolvimento neurobiológico e à saúde a longo prazo.

Caso C: Estresse Positivo. Refere-se a respostas fisiológicas breves e de intensidade leve a moderada. O início da vida escolar e a ansiedade de separação inicial são desafios comuns do desenvolvimento. A criança demonstra capacidade de adaptação, já faz amigos e compartilha vivências, indicando que o estresse serviu como um aprendizado de resiliência, contando com o suporte materno.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Classifica o Caso A como tóxico, mas o divórcio, com suporte familiar, é classicamente um estresse tolerável. Classifica o Caso C como tóxico, o que é um erro grave, pois a adaptação escolar bem-sucedida é um estresse positivo.

b) Incorreta. Inverte as definições. O Caso A (divórcio) não é um estresse positivo (que se refere a desafios menores e rotineiros), e o Caso C (escola) não é tolerável, mas sim positivo.

c) Correta. A sequência Tolerável, Tóxico e Positivo reflete exatamente o nível de impacto e a capacidade de buffering (amortecimento) dos cuidadores em cada cenário apresentado.

d) Incorreta. O Caso A não é positivo, pois gera um sofrimento que exige suporte moderado. O Caso B (pai preso e agressividade) é significativamente mais grave que um estresse tolerável, configurando um cenário de estresse tóxico.

e) Incorreta. Superestima o impacto dos Casos A e C. Nem todo evento triste ou

desafiador é tóxico; a toxicidade depende da cronicidade e da falta de suporte, o que não se aplica à criança que está se adaptando bem à escola (Caso C).

Questão 69

Para resolver esta questão, devemos utilizar os marcos do desenvolvimento infantil propostos pelo Ministério da Saúde (Caderneta de Saúde da Criança). A avaliação consiste em observar se a criança atingiu os marcos esperados para sua faixa etária e identificar "sinais de alerta".

Criança 1 (5 meses): Incorreta. Aos 5 meses, levar objetos à boca e virar-se (rolar) são marcos esperados. Não sentar sem apoio aos 5 meses é absolutamente normal, pois esse marco costuma ser atingido entre os 6 e 7 meses. O desenvolvimento desta criança está adequado.

Criança 2 (14 meses): Incorreta. Embora a maioria das crianças ande sem apoio aos 12 meses, o Ministério da Saúde estabelece que a ausência de marcha independente é um sinal de alerta apenas se persistir após os 15 meses. Ela já apresenta pinça, aponta e fala palavras isoladas, o que demonstra um desenvolvimento psicomotor e de linguagem dentro da normalidade para a idade.

Criança 3 (3 meses): Correta. Esta criança apresenta um sinal de alerta neurológico grave para a idade. Segundo os marcos do Ministério da Saúde, a criança deve manter as mãos abertas espontaneamente a partir dos 2 meses de vida. A persistência de mãos fechadas (punhos cerrados) com o polegar aduzido após os 2 ou 3 meses de idade é um forte indício de comprometimento do sistema nervoso central ou atraso motor. Além disso, aos 3 meses, a criança já deveria segurar objetos quando colocados em suas mãos (preensão palmar reflexa que começa a se tornar voluntária). A ausência desses marcos exige encaminhamento imediato para avaliação especializada.

Criança 4 (16 meses): Incorreta. O desenvolvimento está condizente com a idade. Aos 16 meses, a criança já deve andar (inclusive para trás), empilhar cubos, apontar e falar algumas palavras (água, não, papai, mamãe). O uso habilidoso de talheres ainda está em fase de aperfeiçoamento nesta idade, não sendo motivo para encaminhamento imediato na ausência de outros atrasos.

E (Nenhuma): Incorreta, pois a criança 3 apresenta atraso em marcos fundamentais e sinais de alerta que exigem intervenção.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 70

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de mastite puerperal, caracterizado por febre, mal-estar e sinais inflamatórios localizados (dor, hiperemia e edema) na mama direita, ocorrendo no 15º dia de pós-parto. O exame físico revela a ausência de flutuação, o que afasta a hipótese de abscesso mamário neste momento. O manejo fundamental da mastite baseia-se no esvaziamento adequado da mama e no controle sintomático.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

O tratamento inicial da mastite foca na manutenção do fluxo de leite e no alívio da inflamação. O uso de compressas mornas imediatamente antes da amamentação auxilia na vasodilatação e estimula o reflexo de ejeção, facilitando a saída do leite e o esvaziamento dos ductos. O uso de um sutiã com alças firmes e largas é essencial para dar suporte mecânico à mama pesada e dolorida, reduzindo o desconforto. O ibuprofeno é o anti-inflamatório de escolha, pois além de tratar a dor e a febre, atua na cascata inflamatória do tecido mamário e é seguro para o lactente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O erro principal é a suspensão da amamentação. O esvaziamento da mama é a medida mais importante para tratar a mastite e evitar a progressão para um abscesso. Interromper a amamentação causa estase láctea, o que piora drasticamente o quadro infeccioso e inflamatório.

Alternativa B: Embora o ibuprofeno esteja correto, a massagem mamária deve ser sempre suave e circular. A realização de massagem vigorosa em um tecido glandular já inflamado e friável pode causar trauma tecidual, aumentar o edema e agravar o processo inflamatório.

Alternativa D: A antibioticoterapia parenteral (hospitalar) é reservada apenas para casos graves, com sinais de toxemia, sepse ou falha terapêutica ao tratamento oral, o que não se aplica a esta paciente estável. Além disso, compressas frias são recomendadas após a mamada (para reduzir o edema) e não antes, pois o frio pode causar vasoconstrição e dificultar a descida do leite.

Alternativa E: Iniciar a mamada pela mama sadia era uma orientação antiga para facilitar o reflexo de ejeção, mas a recomendação atual é iniciar pela mama afetada para garantir que o bebê, que tem uma sucção mais vigorosa no início da mamada, realize o esvaziamento mais eficaz do lado doente. O uso de antibióticos tópicos não

tem nenhuma eficácia no tratamento da mastite, que é uma infecção do parênquima mamário profundo.

Questão 71

A hepatotoxicidade é a reação adversa mais comum do esquema RIPE. Segundo as diretrizes brasileiras, diante de níveis de transaminases elevados (3x o valor de referência com sintomas ou 5x sem sintomas), deve-se suspender o tratamento imediatamente. Após a melhora clínica e laboratorial (geralmente quando as transaminases retornam para níveis abaixo de 2x o limite superior da normalidade), o esquema deve ser reintroduzido de forma escalonada para identificar o agente causador da toxicidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O diagnóstico de tuberculose já foi estabelecido. Repetir exames como PPD, raio X ou cultura não auxilia no manejo da hepatotoxicidade nem na estratégia de reintrodução medicamentosa. O foco deve ser a retomada segura da terapia.

Alternativa b: Incorreta. Não se deve reiniciar todos os fármacos simultaneamente na dose total. A reintrodução deve ser gradual para que, caso as enzimas hepáticas voltem a subir, o médico saiba exatamente qual droga provocou a nova lesão.

Alternativa c: Incorreta. A substituição por esquemas alternativos (fármacos de segunda linha ou esquemas especiais) só é indicada em casos de hepatopatia grave prévia ou quando o paciente não tolera a reintrodução sequencial do esquema padrão.

Alternativa d: Incorreta. O teste de sensibilidade é utilizado para avaliar a resistência do bacilo aos antibióticos. A hepatotoxicidade é um efeito colateral metabólico do paciente e não tem relação com a sensibilidade da bactéria às drogas.

Alternativa e: Correta. De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, a reintrodução deve ser sequencial. Inicia-se com Rifampicina (R) e Etambutol (E) juntos, por serem os menos hepatotóxicos (ou não hepatotóxico, no caso do E). Após 3 a 7 dias sem novas alterações, acrescenta-se a Isoniazida (I). Por fim, após mais 3 a 7 dias, acrescenta-se a Pirazinamida (P), que é o fármaco mais associado à toxicidade hepática. O tempo em que o tratamento ficou suspenso (20 dias) deve ser somado ao final do cronograma para compensar a interrupção.

Questão 72

Para resolver esta questão, o primeiro passo é analisar o crescimento da criança em relação aos padrões normais e ao seu potencial genético (alvo genético).

1. Análise do gráfico de crescimento: Ao observarmos a imagem fornecida (gráfico de Estatura por Idade da OMS para meninos de 5 a 19 anos), cruzamos a idade de 7 anos com a altura de 110 cm. Notamos que o ponto se encontra abaixo da linha do escore-z -2 (que estaria em aproximadamente 112 cm). Portanto, a criança apresenta baixa estatura por definição técnica (estatura para a idade abaixo do escore-z -2).

2. Alvo Genético: O cálculo do alvo genético para meninos é feito pela fórmula: $(\text{Altura do Pai} + \text{Altura da Mãe} + 13) / 2$. No caso clínico: $(165 + 151 + 13) / 2 = 164,5$ cm. Observamos que ambos os pais possuem estatura baixa, o que direciona o raciocínio clínico para uma variante fisiológica do crescimento, especificamente a Baixa Estatura Familiar.

3. Diagnóstico Diferencial e Conduta: As duas principais variantes fisiológicas da baixa estatura são a Baixa Estatura Familiar (BEF) e o Retardo Constitucional do Crescimento e Puberdade (RCCP). Na BEF, a idade óssea costuma ser compatível com a idade cronológica e a criança cresce dentro do seu canal familiar. No RCCP, a idade óssea é atrasada em relação à cronológica. A conduta inicial padrão para investigar baixa estatura é a solicitação da radiografia de mão e punho esquerdos para avaliação da idade óssea e o acompanhamento rigoroso da velocidade de crescimento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta é a conduta inicial mais adequada. Como os pais são baixos e o alvo genético é baixo, a hipótese de Baixa Estatura Familiar é muito provável. A radiografia para avaliar a idade óssea é o exame subsidiário de escolha para iniciar a investigação e diferenciar as variantes fisiológicas das patológicas.

Alternativa b) Incorreta. Embora exames laboratoriais (como hemograma, função renal, tireoidiana e triagem para doença celíaca) façam parte da investigação de baixa estatura, eles geralmente são solicitados em um segundo momento ou se houver sinais de doença sistêmica ou alteração na velocidade de crescimento. O primeiro passo diagnóstico é a idade óssea.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de Retardo Constitucional do Crescimento e Puberdade não pode ser assumido apenas pela observação clínica inicial sem a realização de uma idade óssea, que deveria estar atrasada. Além disso, a conduta de apenas aguardar sem nenhuma investigação básica (como a idade óssea) é

inadequada para uma criança que já se encontra abaixo do escore-z -2 no gráfico.

Alternativa d) Incorreta. O manejo inicial da baixa estatura é de competência do pediatra geral. O encaminhamento ao endocrinologista pediátrico e a consideração de intervenções hormonais são reservados para casos em que a velocidade de crescimento é nitidamente patológica, quando há um desvio muito acentuado do alvo genético (o que não é o caso, já que o paciente segue o padrão dos pais) ou quando a triagem inicial aponta doenças endócrinas.

Alternativa e) Incorreta. Ao analisar o gráfico da OMS anexado à questão, 110 cm para um menino de 7 anos está abaixo da linha de -2 desvios-padrão (escore-z -2). Portanto, a estatura não é considerada adequada para a idade, exigindo, no mínimo, a investigação inicial com idade óssea e cálculo da velocidade de crescimento.

Questão 73

Esta questão aborda o algoritmo de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O caso descreve um recém-nascido a termo que, após manobras iniciais e ventilação por pressão positiva (VPP) com intubação, não apresentou melhora da frequência cardíaca, evoluindo para a etapa de compressões torácicas sincronizadas com a ventilação.

Segundo as diretrizes atuais, se, após 60 segundos de massagem cardíaca técnica e adequadamente realizada, em sincronia com a ventilação com oxigênio a 100%, a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 batimentos por minuto (bpm), o próximo passo é o uso de medicações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A expansão volêmica com soro fisiológico a 0,9% está indicada na reanimação neonatal apenas quando há suspeita de hipovolemia (palidez cutânea, pulsos finos) ou quando o recém-nascido não responde adequadamente às outras manobras de reanimação, incluindo a adrenalina. Não é a primeira escolha medicamentosa no cenário de bradicardia persistente.

Alternativa b) Correta. A adrenalina é a medicação de escolha quando a frequência cardíaca permanece inferior a 60 bpm após a ventilação e as compressões torácicas eficazes. A via preferencial é a venosa, através da cateterização de urgência da veia umbilical, devido à sua rapidez e eficácia na absorção. A via endotraqueal pode ser utilizada uma única vez enquanto o acesso venoso é providenciado, mas a via venosa é o padrão-ouro.

Alternativa c) Incorreta. Na reanimação neonatal, o tempo é crítico. Aguardar 2 minutos sem intervir com medicações quando a frequência cardíaca está abaixo de 60 bpm após compressões efetivas aumenta significativamente o risco de óbito ou sequelas neurológicas graves. A reavaliação ocorre em intervalos menores (30 a 60 segundos).

Alternativa d) Incorreta. De acordo com as diretrizes atuais da SBP e do ILCOR, a presença de mecônio, mesmo em recém-nascidos deprimidos, não justifica a aspiração traqueal de rotina. O foco principal deve ser a ventilação pulmonar. Como o paciente já está intubado e apresenta boa expansibilidade torácica, a via aérea está pérvia e a ventilação está sendo oferecida, não havendo indicação de nova aspiração neste momento crítico.

Alternativa e) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio não é recomendado rotineiramente na reanimação neonatal imediata. Ele pode causar efeitos adversos como hipernatremia, hemorragia intracraniana e produção excessiva de CO₂, que pode piorar a acidose intracelular se a ventilação não for perfeita. Sua indicação é restrita a casos muito específicos de acidose metabólica prolongada e documentada que não responde a outras medidas.

Questão 74

A profilaxia intraparto para o estreptococo do grupo B (EGB) segue critérios específicos para reduzir a incidência de sepse neonatal precoce. Vamos analisar cada alternativa com base nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e dos protocolos internacionais.

Alternativa A: Incorreta. A indicação de profilaxia intraparto é específica para a prevenção da infecção pelo estreptococo do grupo B (*Streptococcus agalactiae*). Uma infecção urinária causada por outra bactéria, como a *E. coli*, não constitui indicação para este protocolo profilático específico.

Alternativa B: Incorreta. A profilaxia não está indicada para gestantes submetidas à cesariana eletiva, ou seja, realizada fora do trabalho de parto e com membranas íntegras. Nestas condições, o risco de transmissão vertical do EGB é considerado desprezível, mesmo que a gestante tenha uma cultura positiva para a bactéria.

Alternativa C: Incorreta. Em gestantes com cultura para EGB desconhecida, a profilaxia só deve ser realizada se houver fatores de risco intraparto. Os critérios são: febre materna (maior ou igual a 38 °C), parto pré-termo (abaixo de 37 semanas) ou tempo de bolsa rota igual ou superior a 18 horas. Como o tempo de ruptura das membranas na alternativa foi de 13 horas e não havia outros sintomas, a profilaxia

não estaria indicada.

Alternativa D: Correta. A detecção de bacteriúria por EGB em qualquer fase da gestação atual, independentemente da contagem de colônias ou de ter sido tratada anteriormente, é uma indicação formal de profilaxia antibiótica intraparto. A bacteriúria é interpretada como um sinal de colonização vaginal intensa, o que aumenta significativamente o risco de sepse neonatal precoce.

Alternativa E: Incorreta. Uma cultura positiva para EGB em gestação anterior não é indicação de profilaxia na gestação atual, desde que o rastreio da gestação atual tenha sido negativo. No histórico obstétrico, a única situação que indica profilaxia automática em todas as gestações subsequentes é o nascimento anterior de um filho que apresentou doença invasiva (sepse, pneumonia ou meningite) por EGB.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 75

Para resolver essa questão, o primeiro passo é realizar a análise sindrômica dos dados laboratoriais apresentados.

A paciente apresenta uma anemia importante (Hb 6,0 g/dL) que é normocítica (VCM 84 fL) e normocrômica (HCM 30 pg). O ponto crucial da análise está nos marcadores de atividade medular e de hemólise:

1. Reticulócitos elevados (8,5%): indicam que a anemia é regenerativa, ou seja, a medula óssea está saudável e respondendo à perda periférica de hemácias.
2. DHL e bilirrubina indireta elevados: são marcadores clássicos de hemólise (destruição de hemácias).
3. Ferritina, vitamina B12 e ácido fólico normais: excluem as causas mais comuns de anemias carenciais.

Portanto, o quadro é de uma anemia hemolítica. Vamos analisar as alternativas:

a) Esferocitose: Correta. É uma anemia hemolítica hereditária causada por defeitos nas proteínas da membrana da hemácia. Cursa com reticulocitose e aumento de marcadores de hemólise, sendo compatível com o quadro.

b) Anemia de Fanconi: Incorreta (Gabarito). A anemia de Fanconi é uma síndrome de falência medular congênita. Diferentemente do caso apresentado, ela se caracteriza por ser uma anemia hiporregenerativa (reticulócitos baixos), geralmente macrocítica (VCM elevado) e, com a progressão da doença, evolui para pancitopenia (queda também de leucócitos e plaquetas). O quadro de hemólise e regeneração medular

descrito na questão exclui esse diagnóstico.

c) Anemia falciforme: Correta. É uma hemoglobinopatia que causa hemólise crônica grave. Apresenta-se exatamente com esse padrão laboratorial de anemia regenerativa e aumento de bilirrubina indireta e DHL.

d) Deficiência de G6PD: Correta. É uma enzimopatia que, especialmente durante crises hemolíticas (desencadeadas por infecções ou alimentos), gera um quadro de hemólise aguda com reticulocitose compensatória.

e) Anemia hemolítica autoimune: Correta. É uma condição em que anticorpos destroem as hemácias. O laboratório é típico de hemólise (aumento de DHL, BI e reticulócitos), encaixando-se perfeitamente nos dados fornecidos.

Questão 76

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um escolar de 8 anos com quadro clínico clássico de meningite bacteriana aguda (febre, cefaleia, vômitos e estado geral comprometido com evolução rápida de 12 horas). O exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) confirma a etiologia bacteriana através da pleocitose neutrofílica (1.200 células com 80% de polimorfonucleares), hipoglicorraquia (28 mg/dL) e hiperproteínoorraquia (150 mg/dL).

O ponto crucial da questão está na bacterioscopia (Gram), que revelou diplococos Gram-positivos. Na pediatria, esse achado é patognomônico do *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), que é um dos principais agentes de meningite nessa faixa etária.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e protocolos internacionais, o tratamento empírico inicial para meningite pneumocócica deve incluir a associação de uma cefalosporina de 3ª geração (como a ceftriaxona) com a vancomicina. Essa conduta justifica-se pelo aumento global e nacional da prevalência de cepas de pneumococo com sensibilidade reduzida à penicilina e, em alguns casos, também às cefalosporinas. A manutenção do esquema inicial (iniciado na emergência) é necessária até que o resultado da cultura e do antibiograma (Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos) defina o perfil de resistência da bactéria isolada.

Alternativa (b) INCORRETA: Suspender a vancomicina precocemente, apenas com o

resultado do Gram, é arriscado. Se o pneumococo em questão apresentar resistência intermediária ou alta às cefalosporinas, a monoterapia com ceftriaxona pode resultar em falha terapêutica. A vancomicina é mantida justamente para garantir a cobertura contra cepas resistentes até que o antibiograma prove o contrário.

Alternativa (c) INCORRETA: A vancomicina sozinha não é o tratamento padrão-ouro para meningite, pois sua penetração no sistema nervoso central é variável e depende da inflamação meníngea. A ceftriaxona possui excelente penetração e é a base do tratamento, devendo ser mantida em associação com a vancomicina no contexto de suspeita de pneumococo.

Alternativa (d) INCORRETA: A penicilina cristalina só deve ser utilizada se o teste de sensibilidade mostrar que o pneumococo é sensível a ela. Além disso, os aminoglicosídeos (como a gentamicina) possuem baixíssima penetração na barreira hematoencefálica, não sendo indicados para o tratamento de meningites nesta faixa etária.

Alternativa (e) INCORRETA: Embora a ausência de cicatriz de BCG seja um dado que levante o alerta para tuberculose, o quadro é agudo (12 horas de evolução) e o LCR é típico de infecção bacteriana piogênica (predomínio de neutrófilos e presença de diplococos Gram-positivos). A meningite tuberculosa costuma ter evolução subaguda/crônica, com LCR de predomínio linfomonocitário e ausência de bactérias no Gram comum. Portanto, não há indicação de iniciar esquema para tuberculose neste momento.

Questão 77

O quadro clínico descreve uma falha terapêutica no tratamento de pneumonia em uma criança de 6 anos, caracterizada pela persistência da febre e pelo surgimento de novos sintomas (dor abdominal, vômitos e queda na saturação de oxigênio) após 72 horas de antibioticoterapia adequada. A radiografia de tórax com obliteração do seio costofrênico confirma a principal complicação da pneumonia na infância: o derrame pleural parapneumônico.

Diante de um derrame pleural identificado no RX em uma criança com pneumonia que não melhora, a conduta inicial padrão-ouro é a realização da ultrassonografia (USG) de tórax.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Aguardar mais tempo em um paciente com sinais de piora clínica (hipoxemia e sintomas sistêmicos) e evidência radiológica de complicação é

uma conduta arriscada que pode levar ao agravamento do quadro e à sepse.

Alternativa b: Incorreta. A drenagem pleural não deve ser realizada "às cegas" ou baseada apenas em um raio X inicial. É necessário caracterizar o líquido e avaliar o volume. A drenagem tem indicações precisas, como a presença de pus (empiema), pH ácido ou presença de bactérias no exame direto do líquido pleural.

Alternativa c: Incorreta. Embora o derrame pleural simples possa ser autolimitado, o quadro clínico sugere um derrame pleural complicado. Simplesmente trocar o antibiótico sem investigar a natureza do líquido e a necessidade de drenagem ignora o tratamento mecânico da complicação, se necessário.

Alternativa d: Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de tórax não é o exame de escolha inicial para avaliar derrame pleural em crianças devido à alta carga de radiação. Além disso, a TC é inferior à ultrassonografia para identificar a presença de finos septos de fibrina dentro do líquido.

Alternativa e: Correta. A ultrassonografia de tórax é o melhor exame inicial neste cenário. Ela é capaz de detectar volumes muito pequenos de líquido, estimar a quantidade total, diferenciar líquido livre de líquido loculado e, crucialmente, identificar a presença de septações e debris (fase de fibrina). Essas informações definem se a conduta será conservadora, se haverá necessidade de toracocentese diagnóstica ou drenagem com uso de fibrinolíticos/cirurgia (VATS).

Resumo da conduta: Em pediatria, pneumonia que não melhora em 48-72h deve ser investigada para derrame pleural. Se o RX mostrar líquido, a USG é o próximo passo para caracterizar esse derrame e guiar a intervenção.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma criança de 8 anos com sintomas crônicos de disfunção esofágica, caracterizados por disfagia para sólidos, necessidade de ingestão de líquidos para facilitar a passagem do bolo alimentar (manobra de adaptação) e seletividade alimentar. O ponto crucial para a elucidação do diagnóstico é a presença de comorbidades atópicas (asma e dermatite atópica), que estão fortemente associadas à Esofagite Eosinofílica (EoE).

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A Esofagite Eosinofílica é uma doença imunomediada crônica do esôfago. Em

crianças maiores e adolescentes, a apresentação típica envolve disfagia progressiva e impactação alimentar. A associação com outras doenças do espectro atópico (asma, rinite, dermatite) ocorre em até 70% dos casos. O padrão-ouro para o diagnóstico é a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com a realização de múltiplas biópsias (geralmente 6 ou mais fragmentos de diferentes segmentos do esôfago), demonstrando um infiltrado inflamatório com predomínio de eosinófilos (ponto de corte de 15 eosinófilos por campo de grande aumento).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: O Refluxo Gastroesofágico (DRGE) pode causar vômitos e disfagia, mas não explica tão bem a forte associação com o perfil atópico e a seletividade alimentar específica descrita. Além disso, o estudo contrastado (EED) é útil para avaliar a anatomia, mas não é o exame de escolha para diagnosticar DRGE nem para confirmar esofagite.

Alternativa c: A Acalasia é rara na infância e se caracteriza por uma falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Embora cause disfagia, o exame para confirmação seria a manometria esofágica, e não a pHmetria, que serve para avaliar o refluxo ácido.

Alternativa d: A Estenose Esofágica pode ser uma seqüela da Esofagite Eosinofílica não tratada ou de esofagite cáustica/péptica. No entanto, ela é uma alteração estrutural (consequência) e não a patologia de base sugerida pelo contexto de atopia do paciente. O EED pode mostrar o estreitamento, mas a EDA é necessária para avaliar a mucosa e realizar biópsias.

Alternativa e: A infecção por *Helicobacter pylori* causa tipicamente gastrite ou doença ulcerosa péptica, manifestando-se com dor abdominal epigástrica e dispepsia. Não é uma causa comum de disfagia para sólidos em crianças. O teste respiratório da ureia é um método não invasivo para detectar a bactéria, mas não se aplica à investigação de queixas esofágicas.

Questão 79

A questão aborda a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para a prevenção da doença pneumocócica, destacando a importância da proteção contra sorotipos específicos (19A, 6A/C e 3) que não estão presentes na vacina utilizada rotineiramente no sistema público (VPC10).

Para entender a resposta correta, é necessário diferenciar o calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do calendário recomendado pelas sociedades

científicas (SBP e SBIIm):

Alternativa (a) Incorreta. O esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) é o adotado pelo PNI (setor público). Embora eficaz para os sorotipos que contém, a VPC10 não oferece proteção contra os sorotipos 19A e 3, que são importantes causadores de doença pneumocócica invasiva e otite média aguda na atualidade.

Alternativa (b) Correta. A SBP recomenda, sempre que possível, a utilização das vacinas com maior espectro de proteção. As vacinas VPC13, VPC15 e VPC20 cobrem os sorotipos 19A, 6A e 3. O esquema considerado ideal para proporcionar a máxima imunogenicidade e proteção individual nessas vacinas é o 3+1, consistindo em três doses no primeiro ano de vida (2, 4 e 6 meses) e uma dose de reforço entre 12 e 15 meses de idade. Esta estratégia visa garantir níveis elevados de anticorpos e memória imunológica duradoura.

Alternativa (c) Incorreta. A vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23) não é recomendada como esquema primário para lactentes. Por ser uma vacina polissacarídica pura (não conjugada), ela não induz resposta imunológica adequada em crianças menores de 2 anos (é T-independente), não gera memória imunológica e não reduz o estado de portador na nasofaringe. Seu uso é restrito a crianças maiores de 2 anos com condições de risco (comorbidades).

Alternativa (d) Incorreta. Uma dose única de qualquer vacina pneumocócica conjugada aos 2 meses de idade é insuficiente para garantir proteção eficaz e sustentada. O sistema imunológico do lactente necessita de estímulos repetidos (série primária e reforço) para consolidar a proteção contra o *Streptococcus pneumoniae*.

Alternativa (e) Incorreta. Embora o esquema de três doses (2, 4 e 6 meses) com a VPC13 proteja inicialmente, a ausência do reforço (esquema 3+0) compromete a manutenção dos títulos de anticorpos a longo prazo e a proteção contra a colonização, sendo o reforço após os 12 meses considerado essencial pelas diretrizes da SBP.

Em resumo, para atingir o objetivo de ampliar a proteção contra sorotipos emergentes e de maior gravidade (como o 19A e o 3), a recomendação de excelência da SBP é o uso das vacinas de espectro ampliado (VPC13, 15 ou 20) no esquema de 4 doses (3 doses no primeiro ano + reforço).

Questão 80

A alternativa correta é a B.

A explicação para a questão baseia-se nas novas estratégias de imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que visam proteger o lactente nos primeiros meses de vida, período de maior vulnerabilidade para bronquiolite grave.

Alternativa B (Correta): A estratégia de vacinação materna (vacina bivalente recombinante de pré-fusão F) baseia-se na transferência transplacentária de anticorpos. Segundo as recomendações atuais, se a gestante recebe a vacina no período ideal (entre 28 e 36 semanas de gestação no Brasil) e o parto ocorre pelo menos 14 dias após a vacinação, o recém-nascido é considerado protegido. Nessas condições, para um recém-nascido saudável e a termo, não há indicação de administrar o nirsevimabe, pois a proteção já foi garantida passivamente pela mãe.

Alternativa A (Incorreta): Não se recomenda a "dupla barreira" de rotina. A administração da vacina na gestante e do anticorpo no recém-nascido de forma concomitante é considerada redundante e não custo-efetiva. O nirsevimabe é reservado para casos em que a mãe não foi vacinada, foi vacinada há menos de 14 dias antes do parto ou se o recém-nascido possuir condições de risco específicas. Além disso, a janela vacinal recomendada começa na 28ª semana, e não apenas após a 34ª.

Alternativa C (Incorreta): O nirsevimabe é um anticorpo monoclonal de ação prolongada aprovado para uso universal, ou seja, para todos os recém-nascidos e lactentes saudáveis que estão entrando em sua primeira temporada de VSR. Quem possui indicação restrita a grupos de alto risco (prematturos extremos, cardiopatas e pneumopatas) é o palivizumabe.

Alternativa D (Incorreta): Embora a recomendação atual do Programa Nacional de Imunizações (PNI) mencione a faixa etária de 18 a 49 anos para a gestante, o foco principal da estratégia é a idade gestacional (28 a 36 semanas). A alternativa tenta induzir ao erro ao focar apenas na idade cronológica da mãe, enquanto a alternativa B descreve corretamente a lógica de manejo clínico entre vacina e anticorpo monoclonal.

Alternativa E (Incorreta): O nirsevimabe diferencia-se do palivizumabe justamente por sua meia-vida longa. Uma única dose de nirsevimabe confere proteção por no mínimo 150 dias (cerca de 5 meses), o que cobre toda a sazonalidade do vírus. O palivizumabe é que exige aplicações mensais (até 5 doses) devido à sua proteção de curta duração (cerca de 30 dias).

Questão 81

Esta questão aborda marcos históricos fundamentais da saúde pública e da imunização no Brasil. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Incorreta. A legislação de 1837 realmente instituiu a obrigatoriedade da vacinação para crianças, porém a vacina em questão era contra a varíola, e não contra a febre amarela. A vacina contra a febre amarela só viria a ser desenvolvida e aplicada em larga escala no século XX.

b) Incorreta. Há dois erros cronológicos importantes aqui. A lei que tornou a vacinação contra a varíola obrigatória e desencadeou a Revolta da Vacina foi proposta por Oswaldo Cruz em 1904. Além disso, Oswaldo Cruz faleceu em 1917, não podendo ter proposto leis em 1944.

c) Correta. Em 1961, o Brasil realizou a primeira grande campanha nacional de vacinação contra a poliomielite. Foi utilizado o imunizante Sabin (vacina oral), o que representou um marco nas estratégias de saúde coletiva e serviu de aprendizado para a estruturação de futuras campanhas de massa.

d) Incorreta. O ano de 1973 é o marco de criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Embora a organização documental tenha avançado com o programa, a caderneta de vacinação nos moldes unificados é um desenvolvimento posterior à institucionalização das normas de imunização.

e) Incorreta. Como mencionado na alternativa anterior, o PNI foi criado em 1973 por determinação do Ministério da Saúde. O ano de 1977 é frequentemente lembrado pela promulgação de decretos que regulamentaram a Lei nº 6.259/1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do próprio Programa Nacional de Imunizações, mas o programa em si já estava em operação desde 1973.

Questão 82

O Modelo da Pirâmide de Riscos, desenvolvido pela Kaiser Permanente, é uma ferramenta essencial na Gestão da Condição de Saúde. Ele estratifica a população com condições crônicas em três níveis distintos, relacionando a prevalência da condição com a complexidade do cuidado necessário.

Nível 1 (Base da pirâmide): Compreende a grande maioria dos pacientes crônicos (cerca de 70% a 80%). São pessoas com condições de baixo risco e maior estabilidade. A estratégia principal é o autocuidado apoiado, onde o paciente é capacitado para gerenciar sua própria saúde.

Nível 2 (Intermediário): Abrange cerca de 20% a 30% dos pacientes. São pessoas com risco moderado ou condições que exigem uma gestão da doença mais estruturada, geralmente conduzida pela Atenção Primária com apoio de especialistas.

Nível 3 (Topo da pirâmide): Representa a menor parcela da população (1% a 5%), porém são os pacientes de altíssima complexidade, com múltiplas comorbidades e alto risco de internações. A estratégia aqui é a gestão de caso, com cuidado intensivo e individualizado.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. No nível 1, o percentual estimado é de 70% a 80% da população com condições crônicas, e não 90%. O foco deste nível é o autocuidado.

Alternativa B - Incorreta. O nível 2 corresponde a aproximadamente 20% a 30% da população, não 40%. A complexidade alta descrita na alternativa é característica do nível 3.

Alternativa C - Correta. Esta alternativa define com precisão o topo da pirâmide de Kaiser. O grupo de 1% a 5% representa os pacientes de alta complexidade que consomem a maior parte dos recursos de saúde e exigem gerenciamento de caso intensivo.

Alternativa D - Incorreta. No nível 1, a maior parte do cuidado é realizada pelo próprio paciente (autocuidado apoiado). O cuidado provido pela equipe de Atenção Primária com apoio de especialistas é a marca do nível 2 (gestão da doença).

Alternativa E - Incorreta. O modelo original da Kaiser Permanente é composto por 3 níveis. A descrição de subpopulação com necessidades altamente complexas e usuários frequentes de serviços de emergência corresponde ao nível 3 da pirâmide.

Questão 83

Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os dois conceitos básicos da epidemiologia: a incidência (novos casos) e a prevalência (casos totais).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A) INCORRETA: A prevalência, e não a incidência, é o indicador mais útil para determinar a carga de doenças crônicas e planejar os serviços de saúde. Como a prevalência engloba todos os casos existentes (novos e antigos), ela reflete a demanda real por tratamentos, medicamentos e leitos em uma população.

B) CORRETA: Esta alternativa apresenta a relação matemática fundamental entre os dois indicadores. Em uma população estável, a prevalência é o produto da incidência pela duração média da doença ($P = I \times D$). Se uma doença tem muitos casos novos e estes casos demoram a ser curados ou a evoluir para óbito (longa duração), a prevalência será alta.

C) INCORRETA: O termo taxa de ataque é uma forma de medida de incidência, e não de prevalência. Ela é utilizada em situações de surtos ou epidemias em populações bem delimitadas (como um surto de intoxicação alimentar em um evento) para medir o risco de novos casos em um curto espaço de tempo.

D) INCORRETA: A definição apresentada nesta alternativa refere-se à prevalência pontual (casos em um determinado ponto no tempo). A incidência refere-se ao número de novos casos que surgem em uma população livre da doença ao longo de um período de tempo.

E) INCORRETA: É a incidência que expressa o risco de tornar-se doente (probabilidade de um indivíduo sadio desenvolver a doença). A prevalência expressa a probabilidade de um indivíduo ser um caso (já estar doente) no momento em que é avaliado.

RESUMO DIDÁTICO:

Incidência = Novos casos (ideia de movimento/filme). Indica risco.

Prevalência = Casos antigos + Novos casos (ideia de estoque/fotografia). Indica carga da doença.

$P = I \times D$ (Prevalência = Incidência x Duração).

Questão 84

Para resolver esta questão de epidemiologia, é necessário calcular o Risco Relativo (RR). O RR é a razão entre a incidência do desfecho no grupo exposto e a incidência no grupo não exposto, sendo a medida de associação clássica utilizada em estudos de coorte.

Cálculo da Incidência no Grupo Exposto (tabagistas):

Incidência (Expostos) = Número de doentes / Total do grupo exposto

Incidência (Expostos) = $60 / 400 = 0,15$ (ou 15%)

Cálculo da Incidência no Grupo Não Exposto (não tabagistas):

Incidência (Não Expostos) = Número de doentes / Total do grupo não exposto

Incidência (Não Expostos) = $20 / 800 = 0,025$ (ou 2,5%)

Cálculo do Risco Relativo (RR):

$RR = \text{Incidência (Expostos)} / \text{Incidência (Não Expostos)}$

$RR = 0,15 / 0,025$

$RR = 6,0$

Interpretação: Indivíduos expostos ao tabagismo ativo apresentam um risco 6 vezes maior de desenvolver DPOC em comparação aos não expostos, conforme os dados deste estudo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um RR de 0,5 indicaria que a exposição é um fator de proteção, reduzindo o risco do desfecho pela metade. Os dados mostram que a incidência é maior no grupo exposto, caracterizando um fator de risco.

Alternativa b) Incorreta. Este valor não corresponde à divisão correta das incidências encontradas (15% e 2,5%).

Alternativa c) Incorreta. Este erro ocorre frequentemente quando o aluno divide apenas o valor absoluto de doentes expostos pelo número de doentes não expostos ($60 / 20 = 3$), esquecendo-se de considerar o tamanho total de cada grupo (denominadores). Como o grupo não exposto é o dobro do tamanho do grupo exposto, o cálculo deve ser feito obrigatoriamente sobre as taxas de incidência.

Alternativa d) CORRETA. O valor 6,0 é o resultado exato da razão entre a incidência de 0,15 (grupo exposto) e 0,025 (grupo não exposto).

Alternativa e) Incorreta. A alternativa d apresenta o valor correto calculado a partir dos dados fornecidos no enunciado.

Questão 85

Análise da Questão:

O estudo descrito parte da seleção de indivíduos com base no status da doença: um grupo que possui o diagnóstico de interesse (Casos - 500 pacientes com Esclerose Múltipla) e um grupo comparável que não possui a doença (Controles - 1.000 pacientes com outras condições neurológicas). A partir dessa seleção, os pesquisadores investigaram retrospectivamente a presença de um fator de risco (anticorpos contra o vírus Epstein-Barr) por meio de amostras de sangue colhidas cinco anos antes do início dos sintomas. Essa estrutura de partir do desfecho

(doença) em direção à exposição (fator de risco) caracteriza um Estudo Caso-Controle.

Alternativa a) Incorreta. O Estudo Ecológico analisa dados agregados de populações ou grupos geográficos (como a incidência de uma doença em um país comparada ao consumo médio de um alimento), e não dados individuais. Na questão, a análise foi feita individualmente por meio de prontuários e exames específicos de cada paciente.

Alternativa b) Incorreta. O Estudo Transversal (ou de prevalência) realiza uma medição única e simultânea da exposição e do desfecho em um determinado momento, como uma fotografia instantânea. Como o estudo em questão buscou informações de cinco anos atrás para estabelecer o que aconteceu antes da doença, ele possui um componente longitudinal retrospectivo que o transversal não possui.

Alternativa c) Incorreta. O Ensaio Clínico Randomizado é um estudo experimental no qual o pesquisador interfere diretamente, sorteando quem receberá uma intervenção (medicamento, vacina ou procedimento) e acompanhando os resultados. O relato descreve um estudo observacional, no qual os pesquisadores apenas coletaram dados da realidade sem intervir nela.

Alternativa d) Incorreta. No Estudo de Coorte, o ponto de partida é a exposição (ex: selecionar pessoas com e sem o vírus EBV e acompanhá-las por anos para ver quem desenvolve Esclerose Múltipla). Embora o estudo tenha usado exames antigos, os pesquisadores selecionaram os participantes em 2022 com base no fato de eles já terem a doença (casos) ou não (controles), o que inverte a lógica da coorte.

Alternativa e) Correta. O Estudo Caso-Controle é observacional, longitudinal e retrospectivo. Ele começa pela identificação de indivíduos que já apresentam a doença (casos) e os compara com indivíduos saudáveis ou com outras doenças (controles), buscando no passado a exposição a possíveis fatores de risco. É o desenho mais eficiente e comum para estudar doenças crônicas ou com longo período de incubação/latência, exatamente como descrito no enunciado.

Questão 86

Análise da Questão:

Item I: Esta proposição está correta. O conceito de Pacto da Branquitude foi desenvolvido por Cida Bento para explicar como pessoas brancas, muitas vezes de forma inconsciente, colaboram entre si para preservar espaços de privilégio e poder. Esse fenômeno se sustenta pelo silenciamento do debate sobre raça e pela ideia de

que a posição social ocupada por brancos é a norma ou o padrão natural, o que perpetua a exclusão de pessoas negras de espaços de decisão.

Item II: Esta proposição está incorreta. A sentença descreve, na verdade, o Racismo Individual ou Interpessoal, que se manifesta por meio de preconceitos, estereótipos e atos discriminatórios diretos de um indivíduo contra outro. O Racismo Estrutural, conforme teorizado por Sílvio Almeida, é um conceito muito mais amplo e profundo: ele entende o racismo como um elemento constitutivo das relações sociais, políticas e econômicas. Não se trata de uma falha pontual ou individual, mas de um processo histórico que molda a sociedade e garante a manutenção de privilégios para um grupo racial em detrimento de outros, funcionando de forma automática e independente da vontade individual.

Item III: Esta proposição está correta. O Racismo Institucional foca no funcionamento das organizações. Ele ocorre quando as instituições falham em prover serviços adequados e igualitários a indivíduos devido à sua origem racial ou étnica. Isso se materializa em protocolos, rotinas de atendimento, critérios de triagem e cultura organizacional que, mesmo sem uma intenção discriminatória explícita de um funcionário específico, resultam em desfechos de saúde piores para a população negra (como, por exemplo, o menor tempo de consulta ou a menor oferta de analgesia documentados em diversos estudos epidemiológicos).

Conclusão:

Como as sentenças I e III estão corretas e a sentença II está incorreta, a alternativa certa é a letra (b).

Questão 87

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): A vigilância passiva é o modelo mais comum no Brasil. Nela, a autoridade sanitária aguarda o envio das notificações pelos profissionais ou serviços de saúde. Como depende da iniciativa espontânea do notificador, esse modelo é altamente suscetível à subnotificação, já que o profissional pode esquecer ou negligenciar o preenchimento da ficha de notificação.

Afirmativa II (Correta): A vigilância ativa ocorre quando a equipe de vigilância epidemiológica toma a iniciativa de buscar os dados. Os técnicos se deslocam periodicamente a fontes de dados, como hospitais, laboratórios e cartórios, para procurar casos que não foram notificados passivamente. É uma estratégia fundamental para o controle de doenças em processo de erradicação ou eliminação, garantindo que nenhum caso passe despercebido.

Afirmativa III (Correta): A vigilância sentinela não busca a totalidade dos casos em todas as unidades de saúde. Ela utiliza unidades de saúde estrategicamente selecionadas (unidades sentinelas) para monitorar a tendência, o perfil epidemiológico e a gravidade de certas doenças ou agravos. É muito utilizada para doenças de alta prevalência nas quais a vigilância universal seria cara ou desnecessária, como no monitoramento do vírus influenza ou de doenças transmitidas por alimentos.

Afirmativa IV (Incorreta): O sistema que exige a notificação de todos os casos suspeitos por todos os serviços de saúde, como ocorre com o sarampo e a dengue, é chamado de Vigilância Universal. A vigilância sentinela, como explicado anteriormente, baseia-se em uma amostra seletiva de unidades, e não na obrigatoriedade de notificação por toda a rede de saúde para todos os casos.

Conclusão: Como apenas as afirmativas I, II e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (b).

Questão 88

Para resolver esta questão de epidemiologia clínica, o primeiro passo é compreender o conceito de sensibilidade e identificar os dados fornecidos pelo enunciado.

A sensibilidade é a capacidade de um teste (neste caso, o sinal clínico artralgia) de identificar corretamente os indivíduos que realmente possuem a doença (dengue). Em termos matemáticos, a sensibilidade é a proporção de resultados positivos entre todos aqueles que têm a doença.

Dados fornecidos:

- Total de pacientes com dengue confirmada: 90.
- Pacientes com dengue que apresentam artralgia (verdadeiros-positivos): 72.
- Total de pacientes sem dengue: 210.
- Pacientes sem dengue que não apresentam artralgia (verdadeiros-negativos): 147.

Cálculo da Sensibilidade:

Sensibilidade = Verdadeiros-positivos / Total de doentes

Sensibilidade = $72 / 90$

Sensibilidade = 0,8 ou 80%.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 58%. Incorreta. Este valor não possui correspondência direta com os

principais índices de acurácia (sensibilidade, especificidade ou valores preditivos) calculados a partir dos dados fornecidos.

Alternativa b) 70%. Incorreta. Este valor corresponde à especificidade do sinal clínico. A especificidade é a capacidade do teste de identificar os verdadeiros saudáveis. O cálculo seria: 147 (verdadeiros-negativos) dividido por 210 (total de saudáveis), resultando em 0,7 ou 70%. A questão, no entanto, pede a sensibilidade.

Alternativa c) 80%. Correta. Como demonstrado no cálculo acima, a relação entre os doentes que apresentam o sinal (72) e o total de doentes (90) é de exatamente 80%.

Alternativa d) 85%. Incorreta. Não há base matemática nos dados apresentados para chegar a este percentual através das fórmulas de desempenho diagnóstico.

Alternativa e) Nenhuma das alternativas. Incorreta, uma vez que o valor correto de 80% está contemplado na alternativa c.

Questão 89

TEMA: Participação Social no SUS (Lei 8.142/1990 e Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

Alternativa A: INCORRETA. A composição dos Conselhos de Saúde é paritária em relação ao conjunto dos usuários frente aos demais segmentos somados. Isso significa que os usuários devem representar 50% do conselho, enquanto os outros 50% são divididos entre trabalhadores da saúde (25%) e representantes do governo/prestadores de serviços (25%). A alternativa sugere erroneamente uma divisão igualitária (mesma proporção) entre todos os três grupos individualmente, o que não corresponde à regra.

Alternativa B: INCORRETA. Os Conselhos de Saúde possuem caráter deliberativo e fiscalizador, e não meramente consultivo. Eles têm poder de decisão sobre as estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo, e o descumprimento injustificado pode gerar sanções legais ao gestor.

Alternativa C: INCORRETA. Para garantir a autonomia do controle social, os representantes dos usuários devem ser escolhidos pelas suas respectivas entidades, movimentos e instituições da sociedade civil organizada. O gestor público não tem a prerrogativa de indicar esses representantes; sua função é apenas dar posse aos membros eleitos pelos seus pares.

Alternativa D: CORRETA. Esta alternativa aplica de forma prática a regra da paridade. De acordo com a Resolução 453/2012 do CNS, o segmento dos usuários deve corresponder a 50% do total de membros. Portanto, em um conselho com 24 membros:

- 50% são usuários (12 membros).
- 25% são trabalhadores da saúde (6 membros).
- 25% são representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou filantrópicos (6 membros).

Alternativa E: INCORRETA. As Conferências de Saúde de fato ocorrem a cada quatro anos, mas sua finalidade principal é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada esfera de governo. Embora a Conferência possa definir critérios para a eleição dos conselhos, o processo eleitoral dos membros do Conselho de Saúde é regido por regimento próprio e ocorre de forma independente das atividades principais da Conferência.

Questão 90

O ensaio clínico randomizado (ECR) é considerado o padrão-ouro na hierarquia da evidência científica para avaliar a eficácia de tratamentos e intervenções. A principal razão para essa classificação reside no controle metodológico sobre as variáveis que podem distorcer os resultados.

Alternativa a: Está correta. A randomização é o processo de alocar os participantes nos grupos de estudo de forma puramente aleatória (por sorteio). Isso garante que fatores de confusão, sejam eles conhecidos (como idade, sexo e gravidade da doença) ou desconhecidos (como predisposição genética ou hábitos de vida não registrados), sejam distribuídos de maneira equilibrada entre o grupo intervenção e o grupo controle. Ao tornar os grupos comparáveis entre si, qualquer diferença observada no desfecho final pode ser atribuída com maior segurança à intervenção testada, permitindo estabelecer uma relação de causalidade.

Alternativa b: Está incorreta. Pelo contrário, os ensaios clínicos são eticamente mais desafiadores. Como envolvem a aplicação de uma intervenção deliberada pelo pesquisador, exigem aprovação rigorosa de comitês de ética, consentimento informado detalhado e monitoramento constante de eventos adversos. Estudos observacionais são eticamente mais simples justamente por não interferirem na conduta clínica ou na exposição do paciente.

Alternativa c: Está incorreta. Ensaios clínicos geralmente possuem alta validade interna (os resultados são confiáveis para aquela amostra estudada devido ao rigor

do controle), mas frequentemente apresentam menor validade externa (generalização). Isso ocorre porque os critérios de inclusão e exclusão são muito rigorosos, criando uma população "idealizada" que nem sempre reflete a diversidade de pacientes encontrados na prática médica real. Estudos observacionais costumam ter maior validade externa por estudarem a população sem tantas restrições.

Alternativa d: Está incorreta. Ensaios clínicos randomizados estão entre os desenhos de estudo mais caros e demorados da medicina. Eles exigem infraestrutura de pesquisa robusta, equipes multidisciplinares, financiamento para medicamentos ou dispositivos, além de custos elevados com monitoramento e auditoria de dados. Estudos observacionais, como os de coorte ou caso-controle, costumam ser mais baratos e rápidos, especialmente quando utilizam bancos de dados já existentes.

Alternativa e: Está incorreta, uma vez que a alternativa A define corretamente a vantagem técnica fundamental da randomização nos ensaios clínicos.

Questão 91

A estratégia PICO é o pilar fundamental da Medicina Baseada em Evidências (MBE) para a formulação de perguntas clínicas estruturadas. Essa ferramenta auxilia o pesquisador ou o clínico a identificar os componentes essenciais de uma dúvida para facilitar a busca por evidências científicas de qualidade.

O acrônimo PICO é subdividido da seguinte forma:

P (Paciente, População ou Problema): Define as características do grupo de pacientes, como idade, sexo ou a condição clínica específica.

I (Intervenção): Refere-se à conduta que se pretende avaliar, podendo ser um novo medicamento, uma cirurgia, um teste diagnóstico ou uma exposição.

C (Comparação): É o grupo controle ou a intervenção padrão com a qual a nova intervenção será comparada (ex.: placebo ou o tratamento atual de escolha).

O (Outcome): Significa o desfecho ou resultado clínico de interesse.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O termo Observação não faz parte da estratégia PICO. Embora a observação seja um método de coleta de dados em diversos tipos de estudos, a letra O é reservada para o resultado final esperado.

b) Incorreta. Organização refere-se à logística ou ao delineamento estrutural do estudo, mas não é um componente da pergunta de pesquisa no modelo PICO.

c) Correta. A letra O representa o Outcome, termo em inglês que se traduz como desfecho ou resultado. É a variável que será medida para verificar a eficácia ou a segurança da intervenção estudada, como, por exemplo, a taxa de mortalidade, o tempo de internação ou a melhora de um sintoma.

d) Incorreta. A originalidade é um critério de avaliação de relevância de uma pesquisa (como nos critérios FINER), mas não faz parte dos componentes da estrutura PICO.

e) Incorreta, visto que a alternativa C preenche corretamente o significado técnico do acrônimo dentro da metodologia científica.

Questão 92

A questão aborda os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Para identificar a alternativa correta, é necessário distinguir as definições de Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.

Análise das sentenças:

Sentença I: Incorreta. O texto descreve o atributo da Longitudinalidade (ou Longitudinalidade do Cuidado). A longitudinalidade é caracterizada pelo acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe, o que gera vínculo, confiança e permite um conhecimento profundo do histórico de saúde do indivíduo. A coordenação, por sua vez, foca na integração do cuidado em diferentes pontos da rede.

Sentença II: Incorreta. O texto descreve o atributo da Coordenação do Cuidado. A coordenação é a capacidade da APS de atuar como o centro de comunicação do sistema de saúde, organizando as informações e o fluxo do paciente entre os diferentes níveis de atenção (especialistas, exames, hospitais) para que o cuidado não seja fragmentado. Houve uma inversão de conceitos entre as sentenças I e II.

Sentença III: Correta. Esta sentença define o atributo de Acesso de Primeiro Contato (ou Acesso). Significa que a APS deve ser a porta de entrada preferencial e mais acessível do sistema para qualquer nova necessidade de saúde. Ela deve ser o filtro inicial, resolvendo a maioria dos problemas (resolutividade) e ordenando os encaminhamentos para outros níveis de complexidade quando necessário.

Conclusão:

Como apenas a sentença III apresenta a definição correta de seu respectivo atributo,

a alternativa correta é a letra (e).

Questão 93

O modelo de Dahlgren e Whitehead, proposto em 1991, é uma das representações mais didáticas e utilizadas para o estudo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Ele organiza os diversos fatores que influenciam a saúde em camadas concêntricas, partindo do micro (individual) para o macro (sociedade).

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. No centro do diagrama, ou primeira camada, estão as características individuais intrínsecas. São os fatores biológicos e genéticos que o indivíduo já possui ao nascer, como idade, sexo e carga genética. Eles são classificados como não modificáveis porque não podem ser alterados por intervenções externas.

Afirmativa II: Correta. A terceira camada foca nas redes sociais e comunitárias. Ela se posiciona logo após a camada de estilos de vida individuais (que é a segunda camada). Este nível destaca a importância do capital social e do suporte oferecido pela família, vizinhos e pela comunidade local como fatores protetores ou de risco para a saúde.

Afirmativa III: Correta. A quarta camada detalha as condições de vida e trabalho. Ela abrange fatores intermediários que impactam diretamente o bem-estar, como acesso à educação, saneamento básico, habitação adequada, serviços de saúde, ambiente de trabalho e situação de emprego. Esses elementos dependem fortemente de políticas públicas locais e da economia.

Afirmativa IV: Correta. A camada mais externa (quinta camada) é o arco que envolve todas as outras. Nela residem os macrodeterminantes, que são as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de um país ou região. Isso inclui o sistema econômico, as normas culturais e a estabilidade ambiental, que influenciam todas as camadas internas do modelo.

Conclusão:

Como todas as afirmativas (I, II, III e IV) descrevem corretamente a estrutura e o conteúdo das camadas do modelo de Dahlgren e Whitehead, a resposta correta é a alternativa (a). O modelo demonstra que a saúde não depende apenas de escolhas individuais, mas de uma rede complexa de fatores sociais.

Questão 94

A Rede Alyne, lançada pelo Ministério da Saúde em 2024, representa uma atualização e reformulação da antiga Rede Cegonha. Essa iniciativa tem como foco central a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil, priorizando a equidade, o atendimento humanizado e a qualidade da assistência desde o pré-natal até o puerpério.

Um dos pilares para garantir um pré-natal de qualidade dentro dessa estratégia é o acompanhamento frequente e precoce. A Rede Alyne estabelece que o pré-natal deve contar com, no mínimo, 7 consultas. Essas consultas devem, idealmente, começar no primeiro trimestre de gestação e ser intercaladas entre profissionais médicos e enfermeiros, permitindo um acompanhamento multiprofissional e contínuo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O número de 5 consultas é insuficiente perante as diretrizes atuais do Ministério da Saúde, que visam a uma vigilância mais rigorosa da saúde da gestante e do feto.
- b) Incorreta. Por muitos anos, o parâmetro mínimo utilizado pelo Ministério da Saúde (e pela Rede Cegonha) foi de 6 consultas. No entanto, com a implementação da Rede Alyne e a atualização dos protocolos de assistência, esse número mínimo foi elevado para garantir uma melhor assistência.
- c) Correta. De acordo com as diretrizes da Rede Alyne, o padrão mínimo de qualidade para o acompanhamento pré-natal é de 7 consultas. Este número visa permitir a realização de todos os exames laboratoriais, vacinação e acompanhamento do crescimento fetal de forma adequada, além de fortalecer o vínculo da gestante com a equipe de saúde.
- d) Incorreta. Embora o número de consultas possa ser superior a 7, especialmente em casos de gestação de alto risco ou necessidade clínica específica, o marco de referência "mínimo" definido pela política pública em questão é de 7 atendimentos.
- e) Incorreta. Como a alternativa C apresenta o número exato preconizado pelo Ministério da Saúde para a Rede Alyne, esta opção é descartada.

Questão 95

A questão aborda a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, especificamente no que se refere aos agravos relacionados ao trabalho. No Brasil, essa lista é definida e periodicamente atualizada pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica.

Análise dos itens:

Item I. Perda Auditiva Relacionada ao Trabalho: Este item está correto. A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é um dos agravos clássicos da saúde do trabalhador e consta na lista de notificação compulsória devido ao seu impacto funcional e à necessidade de monitoramento dos ambientes laborais ruidosos.

Item II. Síndrome de Burnout: Este item está correto. Com a atualização da lista por meio da Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023, os transtornos mentais relacionados ao trabalho (que englobam o Burnout) foram explicitamente consolidados como agravos de notificação compulsória.

Item III. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): Este item está correto. Os casos de LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) são de notificação obrigatória em todo o território nacional, dada a sua alta prevalência e carga de morbidade nos trabalhadores brasileiros.

Item IV. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT): Este item está correto. O DVRT foi formalmente incluído na lista nacional de notificação compulsória na atualização de 2023 (Portaria GM/MS nº 217/2023). Essa inclusão é uma vitória importante para a saúde pública, permitindo identificar categorias profissionais vulneráveis, como professores e teleatendentes.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Esta é a alternativa correta. Todos os quatro itens listados (PAIR, Burnout, DORT e DVRT) são atualmente considerados doenças ou agravos de notificação compulsória de acordo com a legislação vigente do Ministério da Saúde, especialmente após as ampliações ocorridas em 2023.

Alternativas B, C, D e E: Estas alternativas estão incorretas porque excluem um ou mais itens que, conforme a Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações (como a Portaria GM/MS nº 217/2023), devem ser obrigatoriamente notificados pelo médico e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde.

Conclusão:

O gabarito é a letra A, pois a Lista Nacional de Notificação Compulsória hoje abrange uma vasta gama de agravos à saúde do trabalhador, incluindo os distúrbios osteomusculares, auditivos, de voz e transtornos mentais. O conhecimento dessa lista é fundamental para a prática médica e para o planejamento de políticas públicas de prevenção e assistência.

Questão 96

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) é um dos sistemas de informação em saúde mais antigos e importantes do Brasil, tendo sua origem no antigo sistema de faturamento hospitalar do INAMPS. O seu funcionamento é centrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é o documento que gera os dados para o sistema.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O SIH registra especificamente as internações. Os atendimentos de urgência, emergência e consultas ambulatoriais que não evoluem para uma internação hospitalar são registrados em outro sistema, o SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais).

Alternativa b: Correta. Esta é a finalidade precípua do SIH/SUS. Ele foi concebido como uma ferramenta de gestão financeira e administrativa para permitir o controle, a regulação e o pagamento das internações realizadas em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Embora hoje seja amplamente utilizado para fins de pesquisa e vigilância epidemiológica, sua função primária permanece ligada ao financiamento e faturamento.

Alternativa c: Incorreta. O SIH armazena informações sobre o diagnóstico que motivou a internação (CID-10), os procedimentos realizados e o desfecho (alta, óbito, transferência). No entanto, ele não é um prontuário eletrônico e não contém o histórico médico detalhado (exames laboratoriais detalhados, evoluções diárias ou histórico ambulatorial) dos usuários.

Alternativa d: Incorreta. O sistema utilizado especificamente para a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Alternativa e: Incorreta, pois a alternativa b está correta.

Em resumo, o SIH/SUS é o sistema que operacionaliza o processamento das AIHs, servindo como base para o pagamento da produção hospitalar e fornecendo dados valiosos sobre a morbidade hospitalar no país.

Gabarito: Alternativa b.

Questão 97

A alternativa correta é a letra (c).

A questão descreve um cenário em que o médico cumpre o dever de informar adequadamente o paciente e, em seguida, respeita a sua vontade soberana de recusar o tratamento proposto. Esse comportamento é a base da relação médico-paciente moderna, fundamentada nos seguintes princípios:

Alternativa (c) - Autonomia: CORRETA. O princípio da autonomia estabelece que o paciente tem o direito de se autogovernar e tomar decisões sobre sua própria saúde, corpo e vida, desde que esteja devidamente informado e em condições de decidir. Ao fornecer informações claras e respeitar a recusa do paciente de 88 anos à cirurgia, o médico está garantindo que o direito de escolha do indivíduo prevaleça.

Alternativa (a) - Justiça: INCORRETA. Este princípio trata da equidade e da distribuição justa de recursos de saúde. Ele dita que pacientes em situações semelhantes devem receber tratamentos semelhantes e que não deve haver discriminação. Não é o foco central desta questão, que aborda o processo de decisão individual.

Alternativa (b) - Beneficência: INCORRETA. A beneficência é o dever do médico de agir no maior interesse do paciente, buscando promover o bem e a saúde. Embora a recomendação da cirurgia tenha sido feita com base neste princípio (tentar curar o câncer), o respeito à recusa final do paciente é uma aplicação da autonomia, que muitas vezes pode entrar em conflito com o que o médico considera ser o melhor benefício clínico.

Alternativa (d) - Não maleficência: INCORRETA. O princípio da não maleficência estabelece que o médico tem o dever de não causar dano intencional ao paciente (Primum non nocere). Embora evitar uma cirurgia arriscada em um idoso de 88 anos possa evitar danos, o enunciado foca especificamente no respeito à escolha do paciente após ser informado, o que caracteriza a autonomia.

Alternativa (e) - Paternalismo: INCORRETA. O paternalismo ocorre quando o médico toma decisões pelo paciente sem considerar sua vontade, agindo como se soubesse

o que é melhor para ele independentemente de sua concordância. A atitude do médico descrita foi justamente o oposto do paternalismo, pois ele priorizou a participação e a escolha do paciente e de sua família.

Questão 98

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: Está correta. O acidente de trabalho típico é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional. No caso relatado, o médico sofreu a perfuração enquanto realizava um procedimento profissional dentro do hospital, o que caracteriza perfeitamente o acidente típico.

Afirmativa II: Está correta. Acidentes que envolvem exposição a material biológico potencialmente contaminado exigem uma dupla notificação no Brasil. A primeira é a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), de caráter previdenciário e estatístico. A segunda é a Notificação Compulsória, que alimenta o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), essencial para o monitoramento epidemiológico e políticas de saúde pública.

Afirmativa III: Está correta. Segundo a Lei número 8.213/1991, a empresa (no caso, o hospital) tem a obrigação legal de comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Caso ocorra o falecimento do trabalhador, a comunicação deve ser imediata.

Afirmativa IV: Está correta. Caso o empregador se recuse ou negligencie a emissão da CAT, a legislação brasileira garante que o documento possa ser emitido por outros agentes. O próprio médico acidentado, seus dependentes, o sindicato da categoria, o médico que prestou o atendimento ou autoridades públicas (como magistrados e promotores) possuem legitimidade para registrar a CAT, garantindo os direitos assistenciais do trabalhador.

CONCLUSÃO

Como todas as quatro afirmativas estão tecnicamente corretas e fundamentadas na legislação trabalhista e nas normas de vigilância em saúde brasileiras, a alternativa correta é a (a).

Questão 99

A questão aborda as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no que diz respeito às equipes de Consultório na Rua (eCR). Essas equipes são estratégias itinerantes de Atenção Primária voltadas para pessoas em situação de rua, com composição multiprofissional variável de acordo com a modalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A estratégia Consultório na Rua prevê a existência de apenas 3 modalidades de equipes: Modalidade I, Modalidade II e Modalidade III. Não existe uma Modalidade IV descrita na normativa vigente.

Alternativa b) Incorreta. A Modalidade I deve ser formada por, no mínimo, 4 profissionais. Dentre esses, pelo menos 2 devem possuir nível superior, escolhidos obrigatoriamente entre as categorias de enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional.

Alternativa c) Incorreta. A Modalidade II deve ser formada por, no mínimo, 6 profissionais. Dentre esses, pelo menos 3 devem possuir nível superior, também escolhidos entre as categorias de enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional.

Alternativa d) Correta. A Modalidade III é definida pela estrutura da Modalidade II (que possui no mínimo 6 profissionais) acrescida obrigatoriamente de 1 profissional médico. Assim, a Modalidade III totaliza, no mínimo, 7 profissionais, sendo a única modalidade onde a presença do médico é exigida na composição mínima.

Alternativa e) Incorreta. O Agente Social é um dos profissionais que podem compor as equipes de Consultório na Rua, assim como técnicos de enfermagem, dentistas e outros. No entanto, sua presença não é obrigatória em todas as modalidades. A regra estabelece que a equipe seja montada a partir de uma lista de profissionais permitidos, respeitando o número mínimo de membros e o número mínimo de profissionais de nível superior, mas há flexibilidade na escolha de quais profissionais específicos (como o agente social) integrarão as modalidades I e II.

Gabarito: Letra (d).

Questão 100

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A alternativa (a) está incorreta porque o novo modelo de financiamento trazido pela Portaria 3.493/2024 não é uma simples manutenção do Previner Brasil. Embora o cadastro nominal continue sendo importante, houve uma mudança estrutural nos componentes: o que era Capitação Ponderada tornou-se o Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, e o Pagamento por Desempenho foi reformulado dentro do Componente de Qualidade.

A alternativa (b) está correta. Esta é a principal inovação do modelo de 2024. O Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial substitui a antiga Capitação Ponderada. Ele foca na importância do cidadão estar vinculado a uma equipe e ao seu território. A grande mudança é o uso de fatores de ponderação baseados na vulnerabilidade socioterritorial (utilizando critérios como o Índice de Vulnerabilidade Social ou dados do IBGE), buscando promover maior equidade no repasse de recursos.

A alternativa (c) está incorreta, pois o SUS não retornou ao modelo do antigo PAB Fixo (baseado apenas no número total de habitantes do município). O financiamento atual permanece misto e não abandonou a lógica de desempenho. Ele combina o vínculo territorial, a qualidade (desempenho), o provimento de profissionais e o fomento a políticas estratégicas.

A alternativa (d) está incorreta porque o Componente de Qualidade permanece ativo. Ele não foi substituído por um repasse fixo e único. Esse componente continua atrelado ao cumprimento de metas e indicadores de saúde, com o objetivo de incentivar a melhoria assistencial das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária.

A alternativa (e) está incorreta, visto que a alternativa (b) descreve corretamente uma das mudanças fundamentais da nova normativa.

RESUMO PARA ESTUDO:

A Portaria GM/MS 3.493 de 2024 reorganizou o financiamento da APS em quatro grandes eixos:

1. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial (foco em cadastro, vínculo e vulnerabilidade).
2. Componente de Qualidade (foco em indicadores de desempenho).
3. Componente de Provimento e Fixação de Profissionais (incentivo para áreas remotas).
4. Componente de Políticas Estratégicas (incentivo para programas específicos como

Saúde na Hora, Informatização, etc.).
