



# Mackenzie

GABARITO | 2026 | PR | 100 Questões



## Gabarito: Mackenzie

2026 | PR

---

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

## Comentários e Explicações

### Questão 1

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma mulher jovem com sintomas respiratórios subagudos (8 semanas) e uma lesão cutânea específica chamada lupus pernio (placas infiltradas violáceas no nariz e região malar), que é um sinal altamente sugestivo de sarcoidose. A ausência de febre, calafrios e sudorese noturna reduz a probabilidade de doenças infecciosas como a tuberculose.

#### ACHADOS RADIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS

A tomografia de tórax revela linfadenopatia mediastinal e nódulos com distribuição perilinfática nos lobos superiores, achado radiológico clássico da sarcoidose. O ponto fundamental para o fechamento do diagnóstico é o resultado da biópsia por EBUS-TBNA: presença de granulomas epitelioides NÃO caseosos (sem necrose) com células gigantes. A investigação foi completada com a exclusão de agentes infecciosos (negativo para BAAR, GeneXpert e fungos), o que é indispensável para confirmar a sarcoidose.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: A tuberculose pulmonar é a principal causa de doença granulomatosa no Brasil, porém seus granulomas são tipicamente caseosos (com necrose central). O quadro clínico geralmente apresenta sintomas constitucionais (febre e perda de peso) e os exames de biologia molecular e baciloscopia foram negativos.

b) INCORRETA: A histoplasmose é uma infecção fúngica que pode formar granulomas e causar linfadenopatia. No entanto, a pesquisa de fungos pela coloração de prata-metenamina de Grocott (GMS) foi negativa, e o quadro de lupus pernio é exclusivo da sarcoidose.

c) INCORRETA: A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite de vasos de médio calibre que, classicamente, poupa o pulmão. Não se manifesta com adenopatia hilar bilateral ou formação de granulomas pulmonares.

d) CORRETA: A sarcoidose é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida caracterizada pelo acúmulo de granulomas não caseosos nos órgãos afetados. O caso preenche os três critérios diagnósticos: apresentação clínica e radiológica compatível (lupus pernio, dispneia e adenopatia hilar), evidência histológica de granulomas não caseosos e exclusão de causas alternativas.

e) INCORRETA: O carcinoma broncogênico (câncer de pulmão) poderia causar linfadenopatia e dispneia, mas não explicaria a presença de granulomas organizados nem a lesão cutânea de lupus pernio. Além disso, a paciente é jovem e o padrão de nódulos perilinfáticos bilaterais é mais típico de doença intersticial do que de neoplasia primária.

---

## Questão 2

A nefropatia por IgA, também conhecida como Doença de Berger, é a glomerulopatia primária mais comum no mundo. Para resolver esta questão, vamos analisar cada uma das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A hematúria é o sinal clínico cardinal das glomerulopatias em geral e da Doença de Berger em particular. A hematúria microscópica persistente é o achado mais frequente entre os episódios de hematúria macroscópica. O termo "dismórfica" refere-se à deformação das hemácias ao atravessarem a membrana basal glomerular e os túbulos renais; encontrar eritrócitos dismórficos (como os acantócitos) na sedimentoscopia urinária confirma que o sangramento tem origem no glomérulo, e não nas vias urinárias baixas (como bexiga ou uretra).

Afirmativa II: Correta. Esta é a apresentação clínica clássica da doença, muitas vezes chamada de hematúria sinfaringítica. Na nefropatia por IgA, episódios de hematúria macroscópica costumam ser desencadeados por infecções de vias aéreas superiores ou episódios de gastroenterite. O ponto crucial para o diagnóstico diferencial é o tempo: na Doença de Berger, a hematúria aparece simultaneamente ou apenas 24 a 48 horas após o início da infecção. Isso a diferencia da glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE), que exige um período de incubação maior (7 a 21 dias).

Afirmativa III: Incorreta. A síndrome nefrótica não é uma apresentação frequente desta patologia. A nefropatia por IgA manifesta-se tipicamente como hematúria isolada ou como uma síndrome nefrítica (hematúria, hipertensão e edema moderado). Embora a proteinúria possa estar presente e, em casos raros (menos de 10%), atingir níveis nefróticos, essa não é a regra e geralmente está associada a um pior prognóstico ou a variantes específicas da doença.

Dessa forma, como apenas as afirmativas I e II estão corretas, o gabarito é a alternativa (b).

---

### Questão 3

#### ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Primeira afirmativa (V): A estenose aórtica (EAo) clássica apresenta um sopro sistólico de ejeção, com formato em diamante (crescendo e decrescendo). O foco principal é o aórtico (segundo espaço intercostal direito), mas a irradiação para as carótidas e fúrcula esternal é um achado muito característico. O fenômeno de Gallavardin ocorre quando o componente de alta frequência do sopro é transmitido para o ápice cardíaco, podendo ser confundido com insuficiência mitral. A quarta bulha (B4) reflete a contração atrial contra um ventrículo esquerdo hipertrofiado e pouco complacente. O pulso parvus et tardus (pequeno e lento) é o sinal periférico clássico da EAo importante.

Segunda afirmativa (V): Na insuficiência aórtica (IAo), o refluxo de sangue da aorta para o ventrículo durante a diástole gera um sopro diastólico aspirativo. Ele é melhor ouvido no foco aórtico acessório e com manobras que aproximam a base do coração da parede torácica (inclinação do tronco e expiração). O handgrip (preensão manual) aumenta a resistência vascular sistêmica, dificultando a saída de sangue pela aorta e, conseqüentemente, aumentando o volume regurgitante e a intensidade do sopro. A B3 surge na IAo grave por sobrecarga de volume. O sopro de Austin Flint é um ruído diastólico apical causado pelo jato de regurgitação aórtica que dificulta a abertura da valva mitral. O pulso de Corrigan ou martelo d'água reflete o grande volume sistólico e a queda rápida da pressão diastólica.

Terceira afirmativa (V): Na cardiomiopatia hipertrófica (CMH) obstrutiva, o sopro é sistólico e decorre da obstrução dinâmica do fluxo de saída do ventrículo esquerdo. Ao contrário da maioria dos sopros cardíacos, as manobras que reduzem o retorno venoso (pré-carga) e o volume ventricular, como Valsalva e ortostatismo, aumentam a obstrução e, portanto, aumentam a intensidade do sopro. O agachamento aumenta o retorno venoso e a pós-carga, reduzindo a obstrução e o sopro. A B4 é frequente devido à hipertrofia ventricular. O pulso bisferiens (dois picos sistólicos) é um achado clássico desta patologia.

#### CONCLUSÃO:

Como todas as afirmativas descrevem corretamente os achados semiológicos das respectivas patologias valvulares e miocárdicas, a sequência correta é V - V - V.

GABARITO: ALTERNATIVA (C).

---

#### Questão 4

A Síndrome de Lise Tumoral (SLT) é uma emergência oncológica decorrente da destruição maciça de células neoplásicas, com consequente liberação rápida de conteúdo intracelular na circulação. Abaixo, analisamos cada alternativa para compreender a dinâmica dessa patologia.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Historicamente, a alcalinização urinária com bicarbonato de sódio foi muito utilizada para aumentar a solubilidade do ácido úrico. No entanto, essa prática caiu em desuso e não é amplamente recomendada atualmente. O motivo é que o pH urinário alcalino reduz a solubilidade dos cristais de fosfato de cálcio, favorecendo sua deposição nos túbulos renais, o que pode agravar a insuficiência renal. O foco atual é a hidratação vigorosa e o controle da uricemia.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A rasburicase é uma enzima urato-oxidase recombinante que converte o ácido úrico em alantoína, um metabólito muito mais solúvel e facilmente excretado pelos rins. Ela não atua corrigindo magnésio ou cálcio diretamente; seu papel é o controle rápido e eficaz da hiperuricemia grave.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Pelo contrário, a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) e o Linfoma de Burkitt são os exemplos clássicos de neoplasias com alto risco de SLT. Isso ocorre devido à alta taxa de proliferação celular, grande volume tumoral e extrema sensibilidade à quimioterapia, o que leva a uma lise celular massiva logo no início do tratamento.

ALTERNATIVA D: CORRETA. A insuficiência renal aguda (IRA) na SLT é causada principalmente pela precipitação de cristais nos túbulos renais. O excesso de ácido úrico (hiperuricemia) leva à formação de cristais de urato. Simultaneamente, a liberação de fósforo intracelular (hiperfosfatemia) leva à formação de cristais de fosfato de cálcio. Ambos os processos causam obstrução tubular, inflamação e queda da taxa de filtração glomerular, configurando a nefropatia por lise tumoral.

ALTERNATIVA E: INCORRETA. Os critérios laboratoriais clássicos de Cairo-Bishop para o diagnóstico de SLT incluem a presença de dois ou mais dos seguintes distúrbios: Hiperuricemia, Hiperpotassemia (elevação do potássio), Hiperfosfatemia (elevação do fósforo) e HIPOCALCEMIA (redução do cálcio). A hipocalcemia ocorre porque o excesso de fósforo livre se liga ao cálcio sérico, provocando a sua precipitação e redução dos níveis circulantes. Portanto, a alternativa erra ao citar hipercalcemia e hipocalemia.

## Questão 5

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) e já fazia uso de dois pilares do tratamento: um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (Enalapril) e um Betabloqueador (Metoprolol). O médico introduziu uma terceira medicação para controle de sintomas congestivos e pressão arterial. O desenvolvimento de ginecomastia bilateral (dor e aumento mamário) após o início da nova droga é um efeito colateral clássico e muito frequente da Espironolactona.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Correta: O medicamento em questão é a Espironolactona, um antagonista do receptor de aldosterona (mineralocorticoide). Ela é fundamental no tratamento da ICFER (baseado em estudos como o RALES), mas, por possuir uma estrutura química semelhante à de hormônios esteroides, possui baixa seletividade. Ela acaba agindo também como um antiandrogênico, bloqueando os receptores de testosterona e aumentando a conversão periférica de andrógenos em estrógenos. Isso leva à ginecomastia e mastalgia em cerca de 10% dos pacientes homens. Uma alternativa para evitar esse efeito seria a Eplerenona, que é mais seletiva para o receptor de aldosterona.

Alternativa (b) Incorreta: Os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRAs), como a Losartana, não estão associados à ginecomastia. Além disso, o paciente já usava Enalapril, e a associação de IECA com BRA não é recomendada rotineiramente devido ao risco de insuficiência renal e hipercalcemia.

Alternativa (c) Incorreta: O Metoprolol é um betabloqueador seletivo beta-1 e o paciente já o utilizava previamente ao aparecimento dos sintomas mamários. Betabloqueadores podem estar relacionados à disfunção erétil, mas não são causas típicas de ginecomastia.

Alternativa (d) Incorreta: Os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2), como a Dapagliflozina e a Empagliflozina, são medicações padrão-ouro no tratamento da ICFER moderna. Seus principais efeitos colaterais são infecções genitais fúngicas e poliúria, sem qualquer relação com o tecido mamário ou eixos hormonais sexuais.

Alternativa (e) Incorreta: Bloqueadores de canais de cálcio do tipo L (como a Anlodipina) são usados para hipertensão, mas não são drogas de primeira escolha para "reduzir sintomas de congestão" na insuficiência cardíaca. Além disso, bloqueadores de canais de cálcio não-dihidropiridínicos (Verapamil e Diltiazem) são contraindicados na ICFER por serem inotrópicos negativos. Embora existam relatos

raros de ginecomastia com bloqueadores de canais de cálcio, eles não são a causa principal no contexto da terapia tripla da IC.

## Questão 6

Para compreender a questão, vamos analisar cada uma das afirmativas com base na anatomia e semiologia dos nervos cranianos:

Afirmativa I: Correta. O III par craniano (nervo oculomotor) é responsável pela inervação da maioria dos músculos extrínsecos do olho (reto medial, reto superior, reto inferior e oblíquo inferior), além do músculo elevador da pálpebra superior e das fibras parassimpáticas que realizam a constrição pupilar. Na sua paralisia, o músculo reto lateral (inervado pelo VI par) atua sem oposição, levando o globo ocular para fora (estrabismo divergente). A perda da função do elevador da pálpebra causa ptose palpebral e a perda das fibras parassimpáticas resulta em midríase (pupila dilatada).

Afirmativa II: Incorreta. Os conceitos apresentados estão invertidos. Na lesão periférica do VII par (nervo facial), ocorre o acometimento de toda a hemiface ipsilateral à lesão, incluindo a testa (músculo frontal) e o fechamento do olho (músculo orbicular dos olhos). Na lesão central (supranuclear), como em casos de AVC, a musculatura da testa e a capacidade de fechar os olhos são preservadas. Isso ocorre porque a porção do núcleo do nervo facial que controla a parte superior da face recebe inervação motora de ambos os hemisférios cerebrais (inervação bilateral), enquanto a parte inferior recebe inervação apenas do hemisfério contralateral.

Afirmativa III: Correta. O nervo glossofaríngeo (IX par) e o nervo vago (X par) atuam em conjunto na inervação motora do palato mole e da faringe. Uma lesão desses nervos impede a elevação simétrica do palato durante a fonação (o palato desvia-se para o lado sadio, conhecido como sinal de Vernet ou sinal da cortina). Além disso, o nervo vago inerva a laringe através do nervo laríngeo recorrente; portanto, sua lesão causa paralisia de prega vocal, resultando em voz anasalada ou rouquidão (disfonia).

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa II está errada.

A alternativa (b) está incorreta porque a afirmativa II está errada.

A alternativa (c) está correta, pois as afirmativas I e III estão tecnicamente perfeitas.

A alternativa (d) está incorreta porque inclui a afirmativa II.

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

Gabarito: Letra (c).

## Questão 7

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente com síndrome de má absorção intestinal (caracterizada pela esteatorreia crônica, distensão abdominal e perda ponderal) que desenvolveu uma síndrome neurológica específica. Os sinais de perda da sensibilidade vibratória e da propriocepção (indicando acometimento do cordão posterior da medula), associados à ataxia de marcha (base alargada e Romberg positivo), fraqueza muscular e arreflexia, são patognomônicos da deficiência de vitamina E em um contexto de má absorção de gorduras.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A deficiência de vitamina A manifesta-se principalmente por alterações oftalmológicas, como cegueira noturna (nictalopia), xerofthalmia (secura da conjuntiva e da córnea) e manchas de Bitot, além de alterações cutâneas como a hiperqueratose folicular. Ela não causa o quadro de ataxia sensorial e perda de sensibilidade profunda descrito.

b) Incorreta. A vitamina C é hidrossolúvel e sua deficiência (escorbuto) está ligada a defeitos na síntese de colágeno. Os sintomas típicos incluem gengivorragia, petéquias, equimoses, hemorragias perifoliculares e dificuldade de cicatrização, sem relação com os achados neurológicos da questão.

c) Incorreta. A deficiência de vitamina D em adultos leva à osteomalácia, que se manifesta por dor óssea difusa e fraqueza muscular proximal. Embora a má absorção de gorduras prejudique a absorção de vitamina D, o quadro clínico desta paciente é predominantemente neurológico (cordão posterior e trato espinocerebelar), o que não é característico da hipovitaminose D.

d) Correta. A vitamina E (tocoferol) é uma vitamina lipossolúvel que depende da digestão e absorção adequadas de gorduras. Em casos de esteatorreia crônica, sua carência leva a uma síndrome neurológica que mimetiza a Ataxia de Friedreich. A falta de vitamina E causa estresse oxidativo nas membranas neuronais, resultando em degeneração dos cordões posteriores da medula (perda da sensibilidade vibratória e da propriocepção), dos tratos espinocerebelares (ataxia e sinal de Romberg) e dos nervos periféricos (hiporreflexia/arreflexia). É a alternativa que explica perfeitamente a associação entre a doença de base e os sintomas atuais.

e) Incorreta. A deficiência de vitamina K manifesta-se clinicamente por distúrbios de coagulação, com tendência a sangramentos (equimoses, epistaxe, sangramento gastrointestinal) devido à falha na gama-carboxilação dos fatores de coagulação II, VII, IX e X. Não há manifestações neurológicas sensitivas ou motoras associadas diretamente a essa deficiência.

## Questão 8

A alternativa correta é a letra (a) ateroembolismo (embolização por cristais de colesterol).

Análise do caso:

O quadro clínico descrito é clássico da doença ateroembólica renal, também conhecida como embolização por cristais de colesterol. O paciente apresenta os três pilares diagnósticos principais para essa patologia:

1. Fator desencadeante: A manipulação vascular recente (reparo de aneurisma de aorta abdominal há três semanas) em um paciente com fatores de risco cardiovascular (idoso, tabagista, hipertenso e com doença arterial periférica) é o gatilho típico para o desprendimento de placas de ateroma.

2. Manifestações sistêmicas e cutâneas: O livedo reticularis e a síndrome do dedo azul (pododáctilos azulados e dolorosos com pulsos preservados) são sinais de microembolização distal. O fato de os pulsos estarem palpáveis afasta uma obstrução de grandes artérias e confirma que o problema está na microcirculação.

3. Alterações laboratoriais e histológicas: A eosinofilia é um achado laboratorial frequente e característico na fase aguda do ateroembolismo. O achado da biópsia renal é patognomônico: as fendas alongadas em forma de agulha representam o espaço onde os cristais de colesterol estavam depositados. Como o colesterol é um lipídio, ele é dissolvido pelos solventes (álcool e xilol) usados no processamento histológico da biópsia, deixando apenas o molde vazio (as fendas) no interior das arteríolas.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

b) Embolia gordurosa: Ocorre tipicamente após fraturas de ossos longos ou grandes traumas. Clinicamente, manifesta-se com uma tríade de insuficiência respiratória, alterações neurológicas e petéquias em tronco e conjuntivas, o que não corresponde ao quadro descrito.

c) Infarto renal agudo por trombose arterial: Causaria dor lombar súbita, hematúria e uma queda abrupta da função renal. Não explicaria a eosinofilia nem as lesões cutâneas disseminadas com pulsos preservados, e a histologia mostraria áreas de necrose isquêmica do parênquima, não fendas de colesterol.

d) Embolia pulmonar: Causa sintomas respiratórios agudos, como dispneia e dor torácica pleurítica. Não tem relação com insuficiência renal progressiva nem com o

achado de biópsia renal com fendas de colesterol.

e) Vasculite leucocitoclástica: Geralmente se manifesta como púrpura palpável. Na biópsia, o achado característico seria um infiltrado inflamatório neutrofílico com fragmentação de núcleos (leucocitoclasia) e necrose fibrinoide da parede vascular, e não a presença de fendas de cristais de colesterol. Além disso, a vasculite não costuma ser desencadeada por procedimentos vasculares.

---

### Questão 9

O quadro clínico descrito é clássico de uma hemorragia subaracnoide (HSA) espontânea. A tríade de cefaleia súbita e intensa (descrita como "a pior da vida" ou "em trovão"), síncope inicial e sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca e fotofobia) após esforço físico é patognomônica dessa condição. Em casos em que a tomografia computadorizada (TC) de crânio é inconclusiva (o que ocorre em uma pequena porcentagem de casos, especialmente se o volume de sangue for pequeno ou o exame for tardio), a punção lombar é mandatória. A presença de líquido xantocrômico (coloração amarelada por degradação da hemoglobina) e a persistência de hemácias em todos os tubos confirmam que o sangramento é real e não um acidente de punção.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A angiopatia amiloide cerebral é uma causa importante de hemorragia intracerebral lobar (dentro do parênquima) em idosos, devido ao depósito de proteína beta-amiloide nos vasos. Ela não costuma se manifestar primariamente como uma hemorragia subaracnoide clássica com líquido xantocrômico difuso.

b) Incorreta. A trombose de seio venoso costuma ter um quadro mais subagudo, com cefaleia que progride em dias, papiledema, convulsões ou déficits focais. Embora possa causar sangramentos, a apresentação de "pior dor da vida" súbita durante esforço aponta diretamente para etiologia arterial aneurismática.

c) Correta. A ruptura de aneurisma sacular é a causa mais comum de hemorragia subaracnoide espontânea (não traumática), respondendo por cerca de 80% a 85% dos casos. Fatores de risco como hipertensão arterial e tabagismo, presentes na paciente, estão fortemente associados à formação e ruptura desses aneurismas, geralmente localizados no polígono de Willis.

d) Incorreta. A ruptura de veias de ponte ("bridging veins") é o mecanismo fisiopatológico do hematoma subdural. Geralmente está associada a traumas cranianos (mesmo que leves em idosos) e o sangue se acumula no espaço subdural,

não apresentando tipicamente o quadro de irritação meníngea aguda e difusa da HSA.

e) Incorreta. A ruptura de artéria meníngea (mais comumente a artéria meníngea média) é a causa do hematoma epidural (ou extradural). Está quase invariavelmente associada a trauma craniano com fratura de osso temporal e apresenta-se classicamente com o "intervalo lúcido", seguido de rápida deterioração neurológica por efeito de massa, e não como uma cefaleia súbita com líquido hemorrágico.

---

### Questão 10

Esta questão apresenta um quadro clínico clássico de Porfíria Aguda Intermitente (PAI), uma doença metabólica rara decorrente de uma deficiência enzimática na via de síntese do heme. A paciente é uma mulher jovem com a tríade característica: dor abdominal intensa (sem sinais de irritação peritoneal), manifestações neurológicas (neuropatia periférica em bota e luva e alterações cognitivas) e distúrbios psiquiátricos (ansiedade).

O quadro foi desencadeado por fatores comuns, como o uso de medicações (antibióticos/analgésicos porfirrogênicos) e dieta restritiva (o jejum ou baixa ingestão de carboidratos estimula a enzima ALA-sintetase). A hiponatremia é um achado laboratorial frequente nas crises de PAI, seja por secreção inapropriada de ADH ou por perdas renais/gastrointestinais. A urina que escurece ao repouso é um sinal patognomônico, resultante da oxidação do porfobilinogênio em porfirinas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dosagem de C4 e inibidor de C1 é utilizada para o diagnóstico de Angioedema Hereditário. Embora o angioedema possa causar dor abdominal recorrente devido ao edema de alças intestinais, ele não explica a neuropatia periférica, a hiponatremia nem o escurecimento da urina.

b) Correta. A dosagem urinária de porfobilinogênio (PBG) é o exame de escolha para confirmar a suspeita de uma crise de porfíria aguda. Durante as crises, os níveis de PBG estão significativamente elevados (geralmente mais de cinco vezes o limite superior da normalidade). A amostra deve ser colhida, preferencialmente, durante o episódio sintomático e protegida da luz.

c) Incorreta. A pesquisa de anticorpos anti-RNP é o marcador sorológico da Doença Mista do Tecido Conjuntivo. Embora doenças autoimunes possam ter apresentações multissistêmicas, o quadro de dor abdominal aguda associado a alterações neurológicas e urina escura direciona especificamente para porfíria.

d) Incorreta. O anticorpo anti-GAD (descarboxilase do ácido glutâmico) está associado ao Diabetes Mellitus tipo 1 e à Síndrome da Pessoa Rígida. Não há correlação com o quadro neurovisceral e urinário descrito.

e) Incorreta. A eletroforese de proteínas urinárias é utilizada para identificar proteinúria de Bence-Jones (em casos de Mieloma Múltiplo) ou avaliar a seletividade de perdas proteicas renais. O caso clínico deixa claro que não há proteinúria e que o problema urinário refere-se à coloração, e não à excreção de proteínas.

## Questão 11

### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descrito é clássico de uma Granulomatose com Poliangiite (GPA), anteriormente conhecida como Granulomatose de Wegener. O paciente apresenta a tríade característica de acometimento dessa vasculite de pequenos vasos:

1. Trato respiratório superior: Congestão nasal crônica, dor facial e úlceras na mucosa nasal.
2. Trato respiratório inferior: Tosse, hemoptise, dispneia e achados radiológicos de nódulos cavitados.
3. Acometimento renal: Insuficiência renal aguda (creatinina de 2,3 mg/dL) e sedimento urinário ativo (hematúria com cilindros hemáticos), indicando uma glomerulonefrite.

Além disso, a presença de púrpura palpável reforça o diagnóstico de vasculite sistêmica de pequenos vasos. A Granulomatose com Poliangiite faz parte do grupo das vasculites associadas ao ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilos). Esses autoanticorpos são direcionados contra antígenos presentes nos grânulos citoplasmáticos dos neutrófilos, como a proteinase 3 (PR3-ANCA, padrão c-ANCA) ou a mieloperoxidase (MPO-ANCA, padrão p-ANCA). No caso da GPA, o c-ANCA/anti-PR3 é o marcador mais específico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Anticorpos contra células parietais gástricas estão associados à gastrite atrófica autoimune e à anemia perniciosa, não tendo relação com vasculites sistêmicas ou quadros de síndrome pulmão-rim.

b) INCORRETA. Embora o pulmão seja um órgão-alvo importante nesta patologia, os pneumócitos tipo II não são o alvo primário dos autoanticorpos nas vasculites. Na

Síndrome de Goodpasture, por exemplo, o alvo é a membrana basal glomerular e alveolar, e não especificamente o pneumócito.

c) CORRETA. Como descrito, a Granulomatose com Poliangiite é uma vasculite associada ao ANCA. O termo ANCA refere-se a anticorpos direcionados contra constituintes do citoplasma dos neutrófilos (especificamente a proteinase 3 e a mieloperoxidase).

d) INCORRETA. Anticorpos contra plaquetas (como contra as glicoproteínas IIb/IIIa ou Ib/IX) são encontrados na Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI), que se manifesta com trombocitopenia e sangramentos, mas não com o quadro de inflamação sistêmica, nódulos pulmonares e glomerulonefrite.

e) INCORRETA. Anticorpos dirigidos contra componentes da junção neuromuscular (como o receptor de acetilcolina ou a quinase músculo-específica - MuSK) são típicos da Miastenia Gravis, que se manifesta com fraqueza muscular e fadigabilidade, sem envolvimento inflamatório multissistêmico.

---

## Questão 12

Para compreender a sorologia da hepatite B, é necessário analisar o significado de cada marcador individualmente e, depois, o conjunto dos resultados.

Análise dos marcadores do paciente:

1. HBsAg (antígeno de superfície): Negativo. O HBsAg é o primeiro marcador a aparecer na infecção. Se ele está negativo, descartamos infecção atual (seja ela aguda ou crônica).
2. Anti-HBs (anticorpo contra o antígeno de superfície): Positivo. Este anticorpo indica imunidade e proteção contra o vírus.
3. Anti-HBc Total (anticorpo contra o core/núcleo do vírus): Negativo. Este é o ponto-chave da questão. O Anti-HBc indica que o indivíduo teve contato com o vírus real (selvagem). Se o Anti-HBc é negativo, o paciente nunca foi infectado pelo vírus da hepatite B.
4. HBeAg e Anti-HBe: Negativos. Relacionam-se à replicação viral e mutações, sendo relevantes apenas quando há infecção ativa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para uma infecção aguda, o HBsAg deveria estar positivo. Além disso, o Anti-HBc (especialmente a fração IgM) estaria presente, e o Anti-HBs estaria negativo.

b) Incorreta. A infecção crônica é definida pela persistência do HBsAg positivo por mais de seis meses. No caso em tela, o HBsAg é negativo.

c) Incorreta. Na infecção prévia resolvida (cura natural), o paciente apresenta imunidade, ou seja, o Anti-HBs é positivo. No entanto, por ter tido contato real com o vírus, o Anti-HBc Total obrigatoriamente também seria positivo. A ausência do Anti-HBc exclui cicatriz sorológica por infecção natural.

d) Correta. A vacina contra a hepatite B é composta apenas por frações do antígeno de superfície (HBsAg) recombinante. Portanto, o indivíduo vacinado desenvolve anticorpos apenas contra essa parte do vírus (Anti-HBs positivo). Como ele nunca teve contato com o vírus completo, os anticorpos contra o core (Anti-HBc) permanecem negativos. Este é o perfil clássico de imunidade vacinal.

e) Incorreta. Um paciente suscetível é aquele que nunca teve contato com o vírus e não foi vacinado com sucesso. Nesse caso, todos os marcadores sorológicos (HBsAg, Anti-HBs e Anti-HBc) seriam negativos.

---

## Questão 13

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico apresenta um paciente idoso, tabagista pesado (45 maços/ano), com sintomas constitucionais (perda de peso e fadiga) e respiratórios (tosse e hemoptise). A tomografia de tórax revela uma massa cavitada no lobo superior direito. O ponto-chave para o diagnóstico diferencial reside nos exames laboratoriais, que mostram hipercalcemia (cálcio: 12,5 mg/dL) com paratormônio (PTH) suprimido (5 pg/mL).

Essa combinação de neoplasia pulmonar e hipercalcemia por produção de proteína relacionada ao paratormônio (PTHrp) é uma síndrome paraneoplásica clássica do carcinoma escamoso (ou epidermoide). Além disso, a tendência à cavitação é uma característica radiológica marcante desse subtipo histológico.

### DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O carcinoma de pequenas células (Small Cell) é geralmente central e está associado a outras síndromes paraneoplásicas, como a SIADH (secreção inapropriada de ADH) e a síndrome do ACTH ectópico (Cushing). Diferentemente do carcinoma escamoso, ele raramente apresenta cavitação na imagem radiológica.

b) INCORRETA. O tumor carcinoide brônquico é uma neoplasia neuroendócrina de crescimento lento. Embora possa causar hemoptise por ser ricamente vascularizado, não costuma evoluir com massas cavitadas ou causar hipercalcemia grave mediada por PTHrp. É mais comum em pacientes mais jovens e pode ocorrer em não tabagistas.

c) INCORRETA. O mesotelioma pleural é um tumor primário da pleura, fortemente associado à exposição ao amianto (asbesto). Manifesta-se geralmente por derrame pleural volumoso ou espessamento pleural nodular, e não como uma massa cavitada no parênquima pulmonar.

d) INCORRETA. O hamartoma é um tumor benigno do pulmão. Geralmente é um achado incidental em exames de imagem, apresentando-se como um nódulo solitário com calcificações em "pipoca". Não justifica a perda de peso, a hemoptise nem a hipercalcemia observadas no paciente.

e) CORRETA. O carcinoma escamoso (ou epidermoide) é o subtipo de câncer de pulmão que mais frequentemente apresenta cavitação (devido à necrose central do tumor). É fortemente associado ao tabagismo e localiza-se preferencialmente na região central/hilar. Sua principal síndrome paraneoplásica é a hipercalcemia maligna decorrente da produção ectópica de PTHrp, o que explica exatamente os achados laboratoriais deste caso (cálcio alto com PTH baixo).

---

### Questão 14

O quadro clínico apresentado é um caso clássico de diarreia associada ao uso de antibióticos, sendo o *Clostridioides difficile* (anteriormente chamado de *Clostridium difficile*) o principal agente etiológico a ser considerado nessa situação.

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

1. Uso recente de antibiótico (clindamicina): A clindamicina é um dos antibióticos mais classicamente associados à colite pseudomembranosa e à diarreia por *C. difficile*, pois altera significativamente a microbiota intestinal normal.
2. Cronologia: Os sintomas iniciaram-se uma semana após o término do tratamento, o que é típico, embora a diarreia possa surgir desde o primeiro dia de uso até cerca de 8 a 10 semanas após a interrupção da antibioticoterapia.
3. Quadro clínico: Diarreia aquosa, dor abdominal em cólica e ausência de sinais de gravidade (como febre alta ou irritação peritoneal) sugerem uma forma leve a moderada da infecção.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A *Escherichia coli*\* enteroinvasiva (EIEC) causa um quadro de disenteria, caracterizado por febre, dor abdominal intensa e fezes com muco, pus e sangue, assemelhando-se à shigelose. Não há associação direta com o uso prévio de antibióticos.
- b) Incorreta. A *Shigella*\* spp. é um agente causador de disenteria clássica. O quadro costuma ser grave, com febre alta, tenesmo (vontade constante de evacuar) e fezes sanguinolentas, o que diverge da diarreia aquosa e sem febre descrita na paciente.
- c) Correta. O *Clostridium difficile*\* é o principal patógeno associado à diarreia hospitalar ou pós-antibioticoterapia. O uso da clindamicina elimina competidores bacterianos na flora intestinal, permitindo a proliferação do *C. difficile*\* e a produção de suas toxinas (A e B), que causam inflamação da mucosa e secreção de fluidos.
- d) Incorreta. A *Salmonella enterica*\* geralmente está relacionada ao consumo de alimentos contaminados (como ovos e carnes de aves). O quadro costuma cursar com náuseas, vômitos e febre, e não possui relação epidemiológica com o uso de clindamicina.
- e) Incorreta. A *Escherichia coli*\* entero-hemorrágica (EHEC), como a linhagem O157:H7, é conhecida por causar colite hemorrágica (diarreia com sangue vivo) e pode evoluir para a Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU). O quadro da paciente é de diarreia aquosa, sem sangue.

---

### Questão 15

A apresentação clínica descrita é clássica da Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE). O paciente apresenta dor epigástrica refratária, perda de peso e diarreia crônica. O achado mais importante na endoscopia é a presença de múltiplas úlceras em localizações atípicas, como o jejuno proximal. Úlceras distais ao bulbo duodenal são fortemente sugestivas de um estado de hipersecreção ácida gástrica.

A SZE é causada por um gastrinoma, um tumor neuroendócrino (geralmente localizado no pâncreas ou duodeno) que secreta gastrina de forma autônoma. O excesso de gastrina estimula as células parietais a produzirem quantidades massivas de ácido clorídrico. Esse excesso de ácido causa as úlceras graves e a diarreia (pela inativação das enzimas pancreáticas e lesão da mucosa intestinal pelo pH baixo).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O Peptídeo Intestinal Vasoativo (VIP) é o marcador do VIPoma (Síndrome de Verner-Morrison). Embora o VIPoma cause diarreia aquosa grave, ele promove

acloridria (ausência de ácido gástrico) e não causa úlceras pépticas.

b) Incorreta. A colecistocinina (CCK) atua na contração da vesícula biliar e secreção enzimática pancreática. Não há correlação clínica entre sua dosagem e o quadro de múltiplas úlceras e hipersecreção ácida.

c) Incorreta. O polipeptídeo pancreático pode estar elevado em diversos tumores neuroendócrinos do pâncreas, mas não é um marcador diagnóstico para uma síndrome ulcerosa específica como a descrita.

d) Incorreta. A somatostatina é um hormônio inibitório. O somatostatinoma (tumor produtor de somatostatina) costuma cursar com diabetes mellitus, colelitíase e esteatorreia, e não com múltiplas úlceras pépticas.

e) Correta. A dosagem de gastrina sérica é o exame inicial de escolha para o diagnóstico da Síndrome de Zollinger-Ellison. Níveis elevados de gastrina (especialmente acima de 1.000 pg/mL) em jejum, na presença de pH gástrico baixo, confirmam o diagnóstico de gastrinoma.

---

## Questão 16

Análise das afirmativas:

Afirmiação I: Está correta. A serosite, que se manifesta principalmente como pleurite (inflamação da membrana que envolve os pulmões) ou pericardite (inflamação da membrana que envolve o coração), é um dos critérios clínicos clássicos para o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), aparecendo tanto nos critérios do ACR (American College of Rheumatology) quanto nos critérios mais recentes do EULAR/ACR.

Afirmiação II: Está incorreta. O critério hematológico relacionado às plaquetas no LES é a trombocitopenia (redução do número de plaquetas para valores menores que  $100.000/\text{mm}^3$ ) e não a trombocitose (aumento de plaquetas). Outras alterações hematológicas que compõem os critérios são a anemia hemolítica autoimune, a leucopenia (menor que  $4.000/\text{mm}^3$ ) e a linfopenia (menor que  $1.500/\text{mm}^3$ ).

Afirmiação III: Está incorreta. A proteinúria persistente acima de 0,5 g em 24 horas (ou superior a 3+ em exame de urina de rotina) é, na verdade, o principal marcador clínico de nefrite lúpica. Ela é amplamente reconhecida e validada como um dos critérios fundamentais para caracterizar o envolvimento renal na doença.

Conclusão: Como apenas a afirmativa I apresenta uma informação verdadeira sobre

as manifestações do LES, a alternativa correta é a letra (a).

## Questão 17

### COMENTÁRIO TÉCNICO DA QUESTÃO:

O caso clínico descreve um paciente com quadro clássico de adenocarcinoma da cabeça do pâncreas, caracterizado por icterícia obstrutiva (colestática), perda de peso significativa e fadiga em um paciente idoso. O diagnóstico foi confirmado por tomografia e biópsia por ultrassom endoscópico. A questão exige o conhecimento sobre a epidemiologia e os fatores de risco associados a essa neoplasia.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A intolerância à lactose é uma condição clínica decorrente da deficiência da enzima lactase, levando a sintomas gastrointestinais como distensão abdominal e diarreia após o consumo de laticínios. Não existe nenhuma evidência científica que associe a intolerância à lactose ao aumento do risco de adenocarcinoma pancreático.

Alternativa b) Incorreta. A colelitíase (presença de cálculos na vesícula biliar) é um diagnóstico diferencial importante para casos de icterícia obstrutiva (se houver coledocolitíase), mas não é considerada um fator de risco para o desenvolvimento do câncer do pâncreas. A associação entre cálculos e câncer é bem estabelecida para o câncer da vesícula biliar, mas não para o pancreático.

Alternativa c) Correta. O tabagismo é o principal fator de risco modificável para o adenocarcinoma do pâncreas. Estima-se que fumantes tenham um risco de duas a três vezes maior de desenvolver a doença em comparação com não fumantes. Cerca de 20% a 25% dos tumores pancreáticos são atribuíveis ao hábito de fumar. O risco aumenta conforme a carga tabágica (número de cigarros e tempo de uso), o que é condizente com o histórico do paciente da questão (tabagista há 40 anos).

Alternativa d) Incorreta. A hipercalcemia não é um fator de risco para o adenocarcinoma do pâncreas. Embora a hipercalcemia possa ser uma causa de pancreatite aguda e a pancreatite crônica seja, por sua vez, um fator de risco para o câncer, a relação direta entre hipercalcemia e o tumor não existe. Além disso, a hipercalcemia pode surgir como uma síndrome paraneoplásica em diversos tumores avançados, mas não é a causa da doença.

Alternativa e) Incorreta. A síndrome do intestino irritável é um distúrbio funcional do trato gastrointestinal, sem alterações estruturais ou inflamações crônicas que

predisponham à formação de tumores. Não há correlação entre essa síndrome e o risco de câncer pancreático.

#### RESUMO:

Além do tabagismo, outros fatores de risco importantes para o câncer do pâncreas incluem a idade avançada (acima de 60-65 anos), pancreatite crônica, obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e fatores genéticos/histórico familiar. No contexto da questão, o tabagismo é o fator de exposição mais relevante.

### Questão 18

O quadro clínico e laboratorial apresentado aponta diretamente para o diagnóstico de Insuficiência Adrenal Primária, também conhecida como Doença de Addison. A paciente apresenta a tríade clássica: sintomas de hipocortisolismo (fadiga, náuseas e perda de peso), sinais de deficiência de mineralocorticoides (hiponatremia e hipercalemia) e hiperpigmentação cutânea (sinal de elevação acentuada do ACTH).

Alternativa a: Incorreta. O uso de glicocorticoides exógenos causa insuficiência adrenal secundária por supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Nesses casos, os níveis de ACTH estão baixos, o que impede a ocorrência de hiperpigmentação. Além disso, a secreção de mineralocorticoides (aldosterona) costuma ser preservada, pois é regulada principalmente pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona e não pelo ACTH, o que justifica a ausência de hipercalemia na forma secundária.

Alternativa b: Correta. A adrenalite autoimune é a causa mais comum de insuficiência adrenal primária. Ela resulta na destruição de todas as camadas do córtex adrenal, levando à deficiência de glicocorticoides (cortisol) e mineralocorticoides (aldosterona). A redução do cortisol retira o feedback negativo na hipófise, causando aumento do ACTH. O precursor do ACTH, a pró-opiomelanocortina (POMC), também gera o hormônio estimulador de melanócitos, resultando na hiperpigmentação observada. O fato de a paciente já possuir hipotireoidismo (provavelmente de Hashimoto) reforça a etiologia autoimune, sugerindo uma Síndrome Poliglandular Autoimune tipo 2.

Alternativa c: Incorreta. A produção ectópica de ACTH, geralmente por tumores neuroendócrinos, leva à Síndrome de Cushing (excesso de cortisol) e não à insuficiência adrenal. Embora possa causar hiperpigmentação pelo excesso de ACTH, os achados de cortisol baixo, perda de peso e hipercalemia são incompatíveis com essa condição.

Alternativa d: Incorreta. A redução da secreção de ACTH caracteriza a insuficiência adrenal secundária (origem hipofisária). Conforme mencionado na alternativa A,

nesta condição o paciente não apresenta hiperpigmentação (pois o ACTH está baixo) e não costuma apresentar hipercalemia.

Alternativa e: Incorreta. Defeitos congênitos na conversão de colesterol em pregnenolona representam formas raríssimas de hiperplasia adrenal congênita (como a hiperplasia lipoide). Essas condições manifestam-se tipicamente no período neonatal ou na primeira infância, com crises de perda de sal e distúrbios do desenvolvimento sexual, não sendo compatíveis com uma paciente de 38 anos que desenvolveu sintomas recentemente.

## Questão 19

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de esclerose sistêmica, caracterizado pela tríade de acometimento vascular (fenômeno de Raynaud), fibrose cutânea e envolvimento visceral (esofagopatia). O fenômeno de Raynaud é a manifestação inicial na maioria dos casos, apresentando-se em três fases: palidez (isquemia), cianose (hipóxia) e rubor (reperfusão). A presença de esclerodactilia (espessamento da pele dos dedos) e microstomia (redução da abertura oral) confirma o processo de fibrose. A queixa de pirose e disfagia de condução indica o acometimento do esôfago distal, comum nessa patologia devido à atrofia da musculatura lisa e fibrose.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. O lúpus eritematoso sistêmico (LES) costuma cursar com fotossensibilidade, exantema malar, artrite não erosiva e acometimento renal ou de serosas. Embora o fenômeno de Raynaud possa ocorrer no LES, ele não é a manifestação cardinal, e a doença não causa o espessamento cutâneo (esclerodermia) ou o padrão anticentrômero no exame de ANA (FAN).

b) INCORRETA. A miastenia gravis é uma doença da junção neuromuscular caracterizada por fraqueza muscular flutuante e fadiga, acometendo principalmente a musculatura ocular (ptose e diplopia), bulbar e de membros. Não apresenta qualquer relação com alterações cutâneas, fenômeno de Raynaud ou anticorpos centroméricos.

c) INCORRETA. A polimiosite manifesta-se essencialmente com fraqueza muscular proximal simétrica e subaguda, acompanhada de aumento de enzimas musculares (como a CPK). Embora possa haver sobreposição entre doenças do tecido conjuntivo, o quadro descrito é tipicamente fibrótico e vascular, sem menção à perda de força muscular proximal.

d) CORRETA. O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de esclerose sistêmica (ES). O termo limitada refere-se ao fato de o espessamento cutâneo estar restrito às extremidades (distal aos cotovelos e joelhos) e à face. O marcador laboratorial mais específico para a forma limitada da ES é justamente o anticorpo anticentrômero (que gera o padrão centromérico na imunofluorescência do ANA). Esta forma clínica está fortemente associada à síndrome CREST (Calcinose, Raynaud, Esofagopatia, Esclerodactilia e Telangiectasia).

e) INCORRETA. O hipotireoidismo de Hashimoto é uma tireoidite autoimune que causa sintomas de hipometabolismo, como fadiga, bradicardia e intolerância ao frio. No entanto, ele não justifica a disfagia de condução por dismotilidade, a esclerodactilia ou a presença do anticorpo anticentrômero.

GABARITO: Letra (d).

## Questão 20

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão é um homem idoso (60 anos) com sintomas constitucionais (cansaço), sinais de sangramento intestinal crônico e uma massa palpável no quadrante inferior esquerdo. Este cenário é altamente sugestivo de neoplasia colorretal, uma causa clássica de anemia ferropriva por perda crônica de sangue em adultos e idosos. A questão foca especificamente no perfil laboratorial esperado para a anemia ferropriva.

### CINÉTICA DO FERRO NA ANEMIA FERROPRIVA

Na anemia ferropriva, ocorre uma depleção progressiva dos estoques de ferro. Os parâmetros laboratoriais refletem essa carência da seguinte forma:

1. Reticulócitos: Estão reduzidos ou normais (baixos para o grau de anemia). Como o ferro é a matéria-prima essencial para a formação da hemoglobina, a medula óssea não consegue produzir novas hemácias adequadamente, caracterizando uma anemia hipoproliferativa.
2. Ferro Sérico: Encontra-se reduzido, pois os estoques e o ferro circulante foram exauridos.
3. Ferritina: Encontra-se reduzida. É o parâmetro mais precoce e específico, pois reflete fielmente as reservas corporais de ferro.
4. TIBC (Capacidade Total de Ligação do Ferro): Encontra-se aumentada. O fígado aumenta a produção de transferrina (a proteína que transporta o ferro) em uma

tentativa compensatória de captar qualquer quantidade mínima de ferro disponível.

5. IST (Índice de Saturação da Transferrina): Encontra-se reduzido. Como há muito transportador (TIBC alto) e pouco ferro circulante, a porcentagem de ocupação da transferrina pelo ferro cai drasticamente.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Descreve um quadro de sobrecarga de ferro (ferro e ferritina altos), o que é o oposto da deficiência. Reticulócitos aumentados sugeririam uma resposta medular eficaz (anemia regenerativa), comum em hemólise ou sangramento agudo, mas não na carência de ferro.

Alternativa b) Correta. Apresenta o padrão clássico da anemia ferropriva: reticulócitos reduzidos (baixa produção), ferro e ferritina reduzidos (falta de estoque e circulação), TIBC aumentado (tentativa de compensação do transporte) e IST reduzido (baixa ocupação do transportador).

Alternativa c) Incorreta. Valores normais de cinética do ferro descartariam a hipótese de anemia ferropriva. Reticulócitos aumentados com ferro normal poderiam indicar um sangramento muito recente ou hemólise.

Alternativa d) Incorreta. Este perfil (ferro baixo com ferritina elevada e TIBC reduzido) é característico da Anemia de Doença Crônica (anemia da inflamação). Nela, o ferro existe no corpo, mas está "preso" nos estoques devido à ação da hepcidina, impedindo seu uso pela medula.

Alternativa e) Incorreta. Apresenta dados contraditórios, como ferro sérico elevado e ferritina reduzida, que não se correlacionam com as patologias do metabolismo do ferro mais comuns. Na deficiência de ferro, o ferro sérico nunca estará elevado.

---

### Questão 21

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda a avaliação de risco cardiovascular pré-operatório, um tema recorrente em provas de residência. Para resolvê-la, devemos seguir o fluxograma de decisão das principais diretrizes (SBC, AHA/ACC).

#### Análise do Paciente:

1. Condição clínica: Estável. Não apresenta condições cardíacas graves ativas (angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias graves ou valvulopatias graves).

2. Risco da cirurgia: A colecistectomia é considerada uma cirurgia de risco intermediário (mortalidade cardiovascular entre 1% e 5%).
3. Capacidade funcional: O paciente apresenta dispneia apenas aos grandes esforços, o que sugere uma capacidade funcional preservada (maior ou igual a 4 METs). Pacientes que conseguem subir dois lances de escada ou caminhar rápido em aclive sem limitação importante têm boa reserva funcional.
4. Índices de Risco (Ex.: Índice de Lee): O paciente pontua apenas pelo diagnóstico de diabetes mellitus (embora não use insulina, o que, em alguns critérios, nem somaria ponto). Um paciente com 0 ou 1 preditor de risco e boa capacidade funcional não necessita de exames complementares adicionais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não é verdade que "todo paciente com comorbidades" deve realizar teste funcional. O teste ergométrico ou outros testes de estresse só são indicados se o paciente tiver baixa capacidade funcional (menos de 4 METs) ou se o resultado do teste for mudar a conduta cirúrgica em pacientes de alto risco.

Alternativa b) Incorreta. O ecocardiograma transtorácico não deve ser solicitado de rotina. Ele é indicado apenas se houver suspeita de insuficiência cardíaca nova, valvulopatias moderadas/graves ou alteração clínica significativa ao exame físico, o que não é o caso do paciente (ausculta normal e sem sinais de congestão).

Alternativa c) Incorreta. O controle glicêmico deve ser otimizado, mas não há indicação de suspender a cirurgia eletiva se o paciente não estiver em crise hiperglicêmica aguda ou muito descompensado. Além disso, o encaminhamento ao cardiologista não é obrigatório para todo paciente de risco intermediário com boa capacidade funcional.

Alternativa d) Correta. Como o paciente está clinicamente estável, tem boa capacidade funcional (> 4 METs) e a cirurgia é de risco intermediário, as diretrizes autorizam o prosseguimento da cirurgia sem a necessidade de exames cardiológicos adicionais (como teste de esforço ou ecocardiograma). O ECG com hipertrofia ventricular esquerda é um achado comum em hipertensos e, isoladamente, não contraindica o procedimento.

Alternativa e) Incorreta. Não há justificativa para o cancelamento definitivo da cirurgia. O risco cardiovascular do paciente é manejável e não impede a realização de procedimentos eletivos, desde que as comorbidades estejam sob controle clínico.

## Questão 22

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda a avaliação perioperatória de uma paciente idosa com sinais clássicos da síndrome de fragilidade. Embora a hipertensão esteja controlada e não haja sinais de doença cardíaca descompensada, a presença de fadiga aos mínimos esforços, quedas recorrentes e perda de peso não intencional indica um estado de vulnerabilidade biológica que deve ser obrigatoriamente considerado antes de um procedimento cirúrgico.

Alternativa A: Incorreta. Embora a ausência de doença cardíaca ativa (como angina instável ou insuficiência cardíaca descompensada) seja um dado positivo, a avaliação de risco no idoso não deve ser limitada ao sistema cardiovascular. Ignorar os sinais de fragilidade aumenta significativamente o risco de complicações pós-operatórias graves, como delirium, infecções, tempo de internação prolongado e perda de autonomia.

Alternativa B: Incorreta. A fragilidade não é uma contraindicação absoluta para cirurgias eletivas. Ela funciona como um sinal de alerta para a necessidade de um cuidado multidisciplinar. O cancelamento seria inadequado, pois a colelitíase é sintomática e pode evoluir para complicações agudas (como colecistite ou colangite), que teriam um risco cirúrgico muito maior se operadas em caráter de urgência.

Alternativa C: Correta. A fragilidade é um preditor independente de morbimortalidade no pós-operatório, muitas vezes mais relevante que a própria idade cronológica. A conduta adequada para pacientes que apresentam critérios de fragilidade (perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e baixo nível de atividade física) é a realização de uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). A otimização pré-operatória, também chamada de pré-habilitação, inclui suporte nutricional e exercícios físicos/fisioterapia para melhorar a reserva funcional e diminuir os riscos do procedimento.

Alternativa D: Incorreta. Não existe recomendação de solicitar teste ergométrico de rotina apenas pela idade do paciente. Além disso, a paciente apresenta fadiga aos mínimos esforços e histórico de quedas, o que tornaria a realização de um esforço físico em esteira tecnicamente difícil e possivelmente inconclusiva para a estratificação de risco coronariano.

Alternativa E: Incorreta. O ecocardiograma não deve ser solicitado de forma rotineira para todos os pacientes idosos ou para todos os pacientes que serão submetidos a cirurgias abdominais. Sua indicação no pré-operatório está restrita a casos de sopros cardíacos novos ou sintomáticos, dispneia de origem indeterminada ou pacientes com insuficiência cardíaca conhecida que apresentem mudança no status clínico.

## Questão 23

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta critérios claros de desnutrição grave: perda ponderal superior a 10% em seis meses (perdeu 12% em apenas três meses), IMC abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>, atrofia muscular e hipoalbuminemia (2,8 g/dL). Em pacientes com câncer colorretal que serão submetidos a cirurgias de grande porte, o estado nutricional é um dos principais determinantes de complicações pós-operatórias, como deiscência de anastomoses, infecções de sítio cirúrgico e pneumonia.

As diretrizes mundiais (como ESPEN e ASPEN) e nacionais (Projeto ACERTO) recomendam que, em casos de desnutrição grave, a cirurgia eletiva seja adiada para que o paciente receba suporte nutricional pré-operatório por um período de 7 a 14 dias. Esse suporte visa melhorar a resposta metabólica ao trauma e reduzir a morbimortalidade, mesmo que não recupere totalmente o peso ou a albumina nesse curto intervalo.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Prosseguir diretamente para a cirurgia em um paciente com desnutrição grave aumenta significativamente o risco de complicações pós-operatórias graves e óbito. O suporte nutricional prévio é uma intervenção padrão-ouro para melhorar os desfechos clínicos.

b) INCORRETA. Embora vitaminas e minerais sejam importantes, o paciente apresenta um déficit calórico-proteico acentuado (perda de massa muscular e hipoalbuminemia). Apenas micronutrientes não são suficientes para reverter o estado catabólico e promover a cicatrização adequada.

c) INCORRETA. Não é necessário, nem recomendável, aguardar a normalização do IMC para operar um paciente com neoplasia. O objetivo do suporte pré-operatório é melhorar a performance metabólica e imunológica. Adiar a cirurgia por meses para atingir um IMC específico permitiria a progressão da doença oncológica. O tempo preconizado é de 7 a 14 dias.

d) INCORRETA. A via parenteral (veia) deve ser reservada apenas para pacientes com falência intestinal ou contra-indicação absoluta ao uso do trato digestivo (como obstrução total ou íleo paralítico). Como o paciente não tem obstrução, a via preferencial é sempre a enteral (oral ou por sonda), que é mais fisiológica, barata e apresenta menos riscos de infecção.

e) CORRETA. Esta alternativa segue as diretrizes de terapia nutricional. Em pacientes

com risco nutricional grave, o suporte nutricional por 7 a 14 dias antes da cirurgia eletiva é a conduta que comprovadamente reduz as complicações pós-operatórias. A via oral ou enteral é a primeira escolha sempre que o trato gastrointestinal estiver funcional.

## Questão 24

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve um paciente no 7º dia de pós-operatório de uma cirurgia colorretal (colectomia esquerda), apresentando um quadro de sepse (febre e taquicardia) associado a sinais evidentes de peritonite difusa (dor abdominal, distensão e defesa involuntária). Este cenário, ocorrendo entre o 5º e o 10º dia após a cirurgia, é altamente sugestivo de deiscência de anastomose, também chamada de fístula anastomótica.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O íleo paralítico é comum no pós-operatório imediato e causa distensão abdominal, mas não justifica a febre, a leucocitose, a saída de secreção purulenta nem a defesa abdominal (sinal de irritação peritoneal).
- b) Incorreta. A infecção do sítio cirúrgico superficial explicaria a secreção purulenta na ferida, mas não causaria o quadro de abdome agudo perfurativo/inflamatório com defesa involuntária e repercussão sistêmica grave. O quadro clínico indica que o problema é intra-abdominal (profundo).
- c) Correta. A fístula (deiscência) da anastomose intestinal é uma das complicações mais temidas em cirurgias de cólon. Ocorre tipicamente em torno do 7º dia. A presença de sinais de peritonite generalizada (defesa involuntária difusa) indica que o conteúdo intestinal/purulento se espalhou pela cavidade, exigindo reabordagem cirúrgica imediata para lavagem da cavidade, drenagem e, geralmente, confecção de estomia de proteção ou desfazimento da anastomose.
- d) Incorreta. A obstrução mecânica causaria distensão e dor em cólica, mas não costuma evoluir com febre e secreção purulenta, a menos que haja sofrimento de alça ou perfuração secundária. Além disso, a conduta de observação é inadequada diante de um paciente com sinais de irritação peritoneal.
- e) Incorreta. Embora o abscesso intra-abdominal possa ocorrer, a presença de defesa abdominal generalizada e a saída de secreção pela ferida sugerem peritonite difusa ou uma comunicação aberta, e não uma coleção bloqueada e localizada. A drenagem

percutânea é reservada para abscessos localizados em pacientes estáveis e sem sinais de peritonite generalizada.

Portanto, diante de sinais de peritonite franca após cirurgia intestinal, a principal hipótese é a deiscência de anastomose, e a conduta é a reintervenção cirúrgica.

---

### Questão 25

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de tromboembolismo pulmonar (TEP). Os principais fatores de risco presentes são a obesidade e o fato de estar no 6º dia de pós-operatório de uma cirurgia pélvica de grande porte (histerectomia abdominal). A combinação de dispneia súbita, taquicardia e dor torácica pleurítica, associada a uma queda importante na saturação de oxigênio (84%), é altamente sugestiva desta complicação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pneumonia lobar geralmente apresenta um início mais gradual, acompanhado de febre, tosse produtiva e sinais claros de consolidação no exame físico. O quadro de dispneia súbita e dor pleurítica no 6º dia de pós-operatório é mais característico de eventos embólicos do que infecciosos.

b) Incorreta. A atelectasia é a complicação pulmonar mais frequente no pós-operatório, porém ocorre tipicamente de forma precoce, geralmente nas primeiras 24 a 48 horas após o procedimento. O início súbito de sintomas graves no 6º dia torna o TEP a hipótese diagnóstica principal.

c) Correta. O tromboembolismo pulmonar é uma complicação pós-operatória grave e frequente em pacientes com fatores de risco para estase venosa e hipercoagulabilidade (Tríade de Virchow), como grandes cirurgias pélvicas e obesidade. O manejo inicial diante de alta suspeita clínica e instabilidade relativa (hipoxemia acentuada) é o início da anticoagulação com heparina, visando impedir a progressão do trombo, enquanto se procede à confirmação diagnóstica por exames de imagem, como a angiotomografia de tórax.

d) Incorreta. A embolia gasosa ocorre quase exclusivamente no momento da cirurgia ou durante a manipulação de acessos venosos centrais, devido à entrada de ar na circulação. Não é um quadro esperado 6 dias após o procedimento. O reposicionamento em decúbito lateral esquerdo (posição de Durant) é a manobra de emergência realizada especificamente no momento da ocorrência da embolia gasosa intraoperatória.

e) Incorreta. Embora o infarto agudo do miocárdio (IAM) possa ocorrer no pós-operatório, a dor do IAM tipicamente é retroesternal, em pressão, e não pleurítica (que piora com a respiração). O contexto de cirurgia pélvica recente e a hipoxemia súbita com ausculta pulmonar quase normal direcionam o diagnóstico para TEP. O cateterismo seria indicado apenas se houvesse evidências eletrocardiográficas ou laboratoriais de síndrome coronariana aguda.

Gabarito: Alternativa (c).

## Questão 26

Análise do Quadro Clínico:

O paciente encontra-se no 4º dia de pós-operatório (DPO) de uma cirurgia de grande porte (gastrectomia subtotal). O quadro clínico é de instabilidade hemodinâmica grave, caracterizado por febre alta (39 °C), taquicardia, hipotensão (PA 85 x 60 mmHg), taquipneia e sinais de má perfusão tecidual (pele fria, extremidades mal perfundidas, oligúria e alteração do nível de consciência).

No contexto de pós-operatório abdominal, a presença de febre associada a sinais de disfunção orgânica e choque aponta fortemente para sepse ou choque séptico, frequentemente decorrentes de complicações cirúrgicas como deiscência de anastomose (fístulas), coleções intra-abdominais ou infecções hospitalares (pneumonia, por exemplo).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora o choque hipovolêmico por sangramento oculto possa causar hipotensão, taquicardia e má perfusão, ele não costuma cursar com febre alta (39 °C). Além disso, o 4º DPO é um período mais sugestivo de complicações infecciosas do que de hemorragias agudas inadvertidas, que tendem a ocorrer nas primeiras horas ou de forma mais insidiosa sem hipertermia.

b) Incorreta. A trombose venosa profunda (TVP) manifesta-se tipicamente com dor e edema assimétrico em membros inferiores. Se houvesse evolução para tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço, o paciente poderia apresentar choque e taquicardia, mas a febre de 39 °C e o contexto abdominal tornam a sepse uma hipótese muito mais provável e condizente com o quadro sistêmico.

c) Incorreta. A insuficiência cardíaca descompensada (choque cardiogênico) apresentaria sinais de congestão pulmonar ou sistêmica (estertores, turgência jugular) e não explicaria a febre alta. O uso de diuréticos em um paciente hipotenso e

mal perfundido sem evidência de sobrecarga hídrica seria prejudicial, agravando a falência renal.

d) Incorreta. A atelectasia é uma causa comum de febre no pós-operatório imediato (geralmente até o 2º DPO) e pode causar taquipneia. No entanto, ela não justifica o estado de choque (hipotensão grave, alteração de consciência e má perfusão) apresentado por este paciente.

e) Correta. O quadro preenche os critérios de sepse e choque séptico (disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção). A conduta imediata segue os protocolos de sobrevivência à sepse (\*Surviving Sepsis Campaign\*): estabilização hemodinâmica com reposição volêmica agressiva (cristaloides), coleta de culturas (sangue, urina e possivelmente secreções) para identificar o foco e início precoce de antibioticoterapia de amplo espectro para cobrir possíveis patógenos hospitalares e abdominais.

Conclusão:

Diante de um paciente no 4º DPO com febre e sinais claros de choque, a sepse de foco abdominal deve ser a primeira hipótese. O manejo deve ser imediato para restaurar a perfusão e combater o agente infeccioso.

---

## Questão 27

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é um exemplo clássico da Síndrome de Boerhaave, que é a ruptura espontânea do esôfago decorrente de um aumento súbito da pressão intraesofágica, geralmente após episódios de vômitos vigorosos. A paciente apresenta a Tríade de Mackler, composta por: vômitos, dor torácica intensa e enfisema subcutâneo.

A presença de febre e taquicardia sugere o desenvolvimento de mediastinite química e bacteriana, uma complicação grave e de alta mortalidade. O exame de imagem (TC de tórax) confirma o diagnóstico ao demonstrar o extravasamento de contraste para o mediastino, indicando a perda de integridade da parede esofágica, tipicamente no terço distal (lado esquerdo).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O diagnóstico é a Síndrome de Boerhaave (ruptura esofágica barogênica). O manejo exige uma abordagem agressiva e imediata, incluindo estabilização hemodinâmica, início de antibióticos de amplo espectro (para cobrir

flora orofaríngea e entérica) e intervenção cirúrgica precoce para desbridamento do mediastino, sutura da lesão (se as condições do tecido permitirem) e drenagem ampla.

Alternativa B (Incorreta): A esofagite erosiva causa queimação e dor retroesternal crônica ou aguda, mas não evolui com enfisema subcutâneo nem extravasamento de contraste para fora do esôfago. O tratamento com Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) e dieta é para casos de inflamação da mucosa, não para perfuração transmural.

Alternativa C (Incorreta): Embora corpos estranhos possam perfurar o esôfago, a história clínica é claramente voltada para um evento pós-emético (vômitos), o que define a Síndrome de Boerhaave. Além disso, em casos de perfuração confirmada com mediastinite, a conduta principal é a drenagem e estabilização, e não apenas a retirada endoscópica.

Alternativa D (Incorreta): O pneumotórax espontâneo causa dor torácica e dispneia, e pode apresentar redução do murmúrio vesicular. Contudo, ele não explica o extravasamento de contraste do esôfago nem o enfisema subcutâneo cervical associado a episódios de vômitos repetidos.

Alternativa E (Incorreta): O Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica. A cirurgia antirrefluxo (fundoplicatura) é um procedimento eletivo. O quadro da paciente é uma emergência cirúrgica aguda por perfuração, não uma indicação de tratamento para refluxo convencional.

---

## Questão 28

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um quadro clássico de adenocarcinoma de esôfago. Os principais pontos de destaque são o histórico de esôfago de Barrett (uma condição pré-cancerígena onde o epitélio escamoso é substituído por epitélio colunar intestinal), a localização no terço distal e os sintomas de alarme (disfagia progressiva e emagrecimento). Para tumores esofágicos malignos diagnosticados em estágio passível de tratamento curativo, a abordagem deve ser agressiva e focar na remoção completa da neoplasia.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A radioterapia exclusiva não é considerada um tratamento com intenção curativa para o adenocarcinoma de esôfago. Ela pode ser utilizada de forma paliativa para controle de dor ou sangramento, ou de forma combinada

(neoadjuvância) para reduzir o tumor antes da cirurgia, mas isoladamente não oferece taxas de cura.

Alternativa b) Incorreta. A miotomia de Heller é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da acalásia (um distúrbio motor do esôfago). Ela consiste na secção das fibras musculares do esfíncter inferior do esôfago para facilitar a passagem do alimento, não tendo qualquer aplicação no tratamento de câncer.

Alternativa c) Incorreta. A quimioterapia paliativa é indicada apenas para pacientes com doença metastática ou sem condições clínicas para cirurgia, visando melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida, mas sem a expectativa de eliminar a doença (cura). O enunciado pede explicitamente a conduta com intenção curativa.

Alternativa d) Correta. A esofagectomia (remoção do esôfago) associada à linfadenectomia regional (retirada dos linfonodos locais) é o tratamento padrão-ouro para o câncer de esôfago ressecável com objetivo de cura. Em muitos protocolos atuais, essa cirurgia é precedida por quimiorradioterapia neoadjuvante para aumentar as chances de sucesso, mas a ressecção cirúrgica continua sendo o passo definitivo para a cura.

Alternativa e) Incorreta. A dilatação endoscópica é um procedimento paliativo. Ela serve para abrir a luz do esôfago e melhorar temporariamente a disfagia do paciente, mas não trata o câncer subjacente. Além disso, em lesões tumorais friáveis e estenosantes, a dilatação isolada apresenta alto risco de perfuração esofágica.

---

## Questão 29

O quadro clínico descreve uma emergência médica: hemorragia digestiva alta varicosa em um paciente cirrótico com instabilidade hemodinâmica. O manejo desses casos deve focar na estabilização hemodinâmica, prevenção de complicações e controle do sangramento.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O propranolol é um betabloqueador não seletivo indicado para a profilaxia primária ou secundária de sangramentos por varizes. No momento de um sangramento agudo com instabilidade hemodinâmica, ele é absolutamente contraindicado, pois impede a taquicardia compensatória necessária para manter o débito cardíaco durante o choque hipovolêmico.

Alternativa b: Incorreta. A reposição volêmica é um passo fundamental na ressuscitação do paciente, mas o uso da palavra "apenas" invalida a questão. A

reposição isolada não interrompe o sangramento ativo; é necessário associar medidas de hemostasia para evitar o óbito por choque hemorrágico.

Alternativa c: Incorreta. A esplenectomia não tem papel no tratamento agudo da hemorragia por varizes esofágicas. É um procedimento invasivo, com alta morbimortalidade em pacientes cirróticos e que não resolve o problema mecânico do sangramento nas varizes de grosso calibre no esôfago.

Alternativa d: Incorreta. Shunts portossistêmicos cirúrgicos (derivações) são procedimentos de exceção e apresentam mortalidade elevadíssima quando realizados em caráter de urgência em pacientes com cirrose descompensada. Atualmente, se o tratamento endoscópico falhar, a preferência é pelo TIPS (shunt portossistêmico intra-hepático transjugular), uma técnica da radiologia intervencionista.

Alternativa e: Correta. A ligadura elástica endoscópica é considerada o padrão-ouro para o tratamento hemostático das varizes esofágicas. Comparada à escleroterapia, a ligadura possui maior taxa de sucesso no controle do sangramento, menor índice de ressangramento e menos complicações. Deve ser realizada preferencialmente de forma precoce (nas primeiras 12 horas), associada ao uso de drogas vasoativas (como terlipressina) e antibioticoterapia profilática.

---

### Questão 30

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve um paciente com Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE), causada por um gastrinoma (tumor neuroendócrino secretor de gastrina). Os elementos definidores são:

1. Clínica: Úlceras pépticas refratárias e em locais atípicos (duodeno distal), diarreia crônica (pela inativação de enzimas pancreáticas pelo excesso de ácido) e perda de peso.
2. Laboratório: Gastrina muito elevada (1.500 pg/mL, sendo que valores acima de 1.000 são altamente sugestivos) e teste da secretina positivo (em pacientes com gastrinoma, a secretina estimula paradoxalmente a liberação de gastrina pelas células tumorais).
3. Imagem: Identificação de nódulo na cabeça do pâncreas, reforçando a localização do tumor primário.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O tratamento definitivo do gastrinoma esporádico (sem associação com a neoplasia endócrina múltipla tipo 1 — NEM-1) é a ressecção

cirúrgica. O objetivo é a cura e a prevenção de metástases, já que cerca de 60% a 90% desses tumores são malignos. A localização pré-operatória e intraoperatória é fundamental para o sucesso do procedimento.

Alternativa B (Incorreta): O tratamento com inibidores de bomba de prótons (IBP) em altas doses é fundamental para o controle dos sintomas e cicatrização das úlceras (manejo clínico), mas não deve ser a única conduta. O gastrinoma é um tumor com potencial de malignidade e deve ser retirado cirurgicamente sempre que possível.

Alternativa C (Incorreta): A pancreatectomia total é uma cirurgia de altíssima morbidade e não é indicada de forma profilática ou inicial para um nódulo localizado. A cirurgia deve ser dirigida à lesão identificada (enucleação ou ressecções parciais) e à exploração do triângulo dos gastrinomas.

Alternativa D (Incorreta): A radioterapia não é o tratamento de escolha para tumores neuroendócrinos pancreáticos. O tratamento padrão para doença localizada é cirúrgico. Em casos avançados, utilizam-se análogos da somatostatina, quimioterapia ou terapias-alvo, mas não a radioterapia como primeira linha.

Alternativa E (Incorreta): A colectomia subtotal não possui qualquer indicação neste caso. A diarreia na SZE é de origem alta, causada pela hipersecreção de ácido gástrico que agride a mucosa do intestino delgado e inativa as enzimas digestivas, e não por uma patologia primária do cólon. O tratamento da causa-base (gastrinoma) resolve a diarreia.

---

### Questão 31

Texto Original:

O caso descreve uma paciente com adenocarcinoma gástrico localizado no antro (porção distal do estômago), sem evidências de metástases a distância nos exames de estadiamento. O tratamento padrão para o câncer gástrico com intenção curativa baseia-se na ressecção cirúrgica com margens livres associada à linfadenectomia D2.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A gastrectomia total é indicada para tumores localizados no terço proximal (fundo ou cárdia) ou no corpo gástrico, e em casos de tumores do tipo difuso de Lauren que acometem grande extensão do órgão. Para tumores localizados no antro (distais), a gastrectomia subtotal é preferível por apresentar a mesma eficácia oncológica com menor morbidade pós-operatória e melhores resultados nutricionais.

Alternativa b: Correta. Para lesões localizadas no antro gástrico, a gastrectomia subtotal distal é o procedimento de escolha, pois permite a ressecção do tumor com margem de segurança adequada (idealmente acima de 5 cm no tipo intestinal de Lauren). A linfadenectomia D2, que consiste na retirada dos linfonodos das cadeias N1 (perigástricos) e N2 (ao longo das artérias do tronco celíaco), é o padrão recomendado para o tratamento curativo devido ao melhor controle regional da doença e ao impacto na sobrevida.

Alternativa c: Incorreta. A gastrojejunostomia é um procedimento estritamente paliativo, indicado apenas para pacientes com tumores irressecáveis ou metastáticos que apresentam obstrução pilórica. Como a TC de abdome não mostrou metástases e a doença parece restrita ao estômago, a conduta deve ser curativa (gastrectomia).

Alternativa d: Incorreta. A radioterapia não é utilizada como modalidade terapêutica exclusiva com intenção curativa para o adenocarcinoma gástrico. O tratamento fundamental é a cirurgia. A radioterapia pode ser utilizada de forma adjuvante (após a cirurgia) em protocolos específicos de quimiorradioterapia, mas nunca isoladamente em substituição à ressecção.

Alternativa e: Incorreta. A ressecção endoscópica (mucosectomia ou dissecação submucosa) é indicada apenas para o câncer gástrico precoce (restrito à mucosa), de tamanho pequeno, bem diferenciado e sem sinais de ulceração. A descrição de uma "lesão vegetante e infiltrativa" associada a uma perda ponderal significativa (12 kg) indica uma doença avançada, que exige tratamento cirúrgico radical.

---

## Questão 32

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com quadro clássico de obstrução intestinal mecânica alta (delgado). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Antecedente cirúrgico (laparotomia há 10 anos), o que aponta para bridas ou aderências como a causa mais provável.
2. Sintomas de dor abdominal, vômitos biliosos, distensão e parada de eliminação de gases e fezes.
3. Exame físico com distensão e timpanismo, mas fundamentalmente sem sinais de irritação peritoneal (ausência de peritonite), o que sugere que não há, no momento, sofrimento de alça ou isquemia.
4. Radiografia confirmando a obstrução de delgado (níveis hidroaéreos e ausência de ar no cólon).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A colonoscopia de urgência para descompressão é indicada em casos de obstrução do intestino grosso, como no volvo de sigmoide ou na pseudo-obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie). O quadro do paciente é de obstrução de intestino delgado.

Alternativa b) Incorreta. A cirurgia imediata estaria indicada se o paciente apresentasse sinais de complicação, como estrangulamento, isquemia ou perfuração (febre, taquicardia, leucocitose importante e sinais de irritação peritoneal). Na ausência desses sinais, em obstruções por bridas, a conduta inicial é expectante.

Alternativa c) Incorreta. A antibioticoterapia pode ser usada de forma complementar, mas o tratamento isolado não resolve a causa mecânica da obstrução nem trata a desidratação e a distensão do paciente.

Alternativa d) Correta. O tratamento conservador é a conduta inicial de escolha para obstrução intestinal por aderências (bridas) em pacientes sem sinais de gravidade. Consiste em: repouso intestinal (jejum), hidratação venosa para correção de distúrbios hidroeletrólíticos e descompressão gastrointestinal através de sonda nasogástrica. Cerca de 70 a 80 por cento dos casos de obstrução por bridas resolvem-se com essa conduta em 24 a 48 horas.

Alternativa e) Incorreta. O paciente apresenta uma urgência abdominal mecânica e requer internação hospitalar imediata para monitorização e tratamento, devido ao risco de desidratação grave e evolução para isquemia intestinal.

---

### Questão 33

O quadro clínico descrito — idosa com constipação crônica, distensão abdominal e o clássico sinal radiológico do grão de café (ou "U" invertido) — é patognomônico de vólculo de sigmoide. O vólculo ocorre quando uma alça intestinal gira sobre seu próprio eixo mesentérico, causando uma obstrução em alça fechada.

A conduta inicial depende da estabilidade do paciente e da presença ou não de complicações, como isquemia ou perfuração (peritonite). No caso relatado, a paciente não apresenta sinais clínicos de peritonite, o que permite uma abordagem conservadora inicial para descompressão.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A radioterapia não possui indicação no tratamento de obstruções intestinais agudas ou vólculos. É um tratamento voltado para neoplasias e não

resolveria a torção mecânica da alça.

b) Incorreta. A laparotomia imediata estaria indicada apenas se houvesse sinais de peritonite, gangrena intestinal ou falha na descompressão endoscópica. Além disso, a colectomia total não é a cirurgia de escolha para vólvulo de sigmoide; o procedimento padrão é a sigmoidectomia.

c) Incorreta. O vólvulo de sigmoide é uma emergência mecânica. A antibioticoterapia pode ser usada de forma adjuvante, mas isoladamente não desfaz a torção da alça, mantendo o risco de isquemia e morte do tecido.

d) Incorreta. Dar alta a uma paciente com obstrução intestinal alta ou baixa é uma conduta negligente, pois o quadro pode evoluir rapidamente para perfuração, choque séptico e óbito.

e) Correta. Em pacientes com vólvulo de sigmoide sem sinais de irritação peritoneal (peritonite), a conduta inicial de escolha é a descompressão endoscópica (colonoscopia ou retossigmoidoscopia). O procedimento visa desfazer a torção, permitindo a saída de gases e fezes. A passagem de uma sonda retal após a descompressão ajuda a manter a alça pérvia e previne a recidiva imediata. Após o sucesso da descompressão, o paciente deve ser preparado para uma cirurgia eletiva (sigmoidectomia), pois o índice de recorrência do vólvulo é muito alto.

---

### Questão 34

Análise do Caso Clínico:

A questão apresenta uma gestante de 28 semanas com quadro clínico e ultrassonográfico compatível com apendicite aguda. Dois pontos são cruciais aqui: a localização da dor no hipocôndrio direito (decorrente do deslocamento do apêndice pelo crescimento uterino) e a confirmação diagnóstica por imagem (apêndice de 10 mm). A apendicite é a emergência cirúrgica não obstétrica mais comum na gestação e requer intervenção imediata para evitar complicações como a perfuração, que eleva drasticamente o risco de perda fetal.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A observação clínica em casos de apendicite confirmada na gestação é contraindicada. O retardo no tratamento cirúrgico aumenta o risco de peritonite, parto prematuro e óbito fetal.

Alternativa b) Correta. A apendicectomia é o tratamento padrão. Atualmente, a via laparoscópica é considerada segura e preferencial em qualquer trimestre da

gestação, desde que realizada por equipe experiente. Os cuidados citados (controle da pressão intra-abdominal, geralmente mantendo o pneumoperitônio entre 10 e 12 mmHg, e o posicionamento da paciente em decúbito lateral esquerdo) visam garantir a perfusão uteroplacentária e evitar a compressão da veia cava.

Alternativa c) Incorreta. A radioterapia não possui indicação no tratamento de processos inflamatórios agudos como a apendicite. Além disso, a radiação ionizante é teratogênica, especialmente em altas doses.

Alternativa d) Incorreta. Embora o tratamento conservador (apenas antibióticos) seja discutido em casos muito selecionados de apendicite não complicada em pacientes não gestantes, na gestação o risco de falha terapêutica e progressão para sepse ou perfuração torna a cirurgia a conduta mandatória.

Alternativa e) Incorreta. A apendicectomia aberta não é obrigatória. A laparoscopia apresenta vantagens como menor dor pós-operatória, menor taxa de infecção de ferida e visualização mais ampla da cavidade. Além disso, se a opção fosse pela via aberta, a incisão geralmente seria sobre o ponto de maior dor (frequentemente adaptada à altura do fundo uterino) e não necessariamente uma laparotomia mediana.

---

### Questão 35

O caso clínico apresenta um paciente com histórico de cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical ou Sleeve) há dois anos, manifestando sintomas neurológicos (parestesia e dificuldade de marcha), alterações na mucosa oral (língua dolorosa/glossite) e alteração laboratorial (anemia macrocítica). O conjunto desses achados é patognomônico da deficiência de vitamina B12 (cobalamina).

A vitamina B12 necessita da acidez gástrica para ser liberada das proteínas dos alimentos e do fator intrínseco (produzido pelas células parietais do estômago) para ser absorvida no íleo terminal. Embora a gastrectomia vertical preserve o trânsito intestinal, a redução drástica da massa de células parietais e da acidez gástrica compromete significativamente a absorção desta vitamina a longo prazo.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A deficiência de ferro é muito comum após cirurgias bariátricas, porém ela se manifesta classicamente como uma anemia microcítica e hipocrômica (hemácias pequenas e pálidas), e não macrocítica. Além disso, não costuma cursar com quadros neurológicos de perda de sensibilidade ou ataxia.

b) Incorreta. A vitamina K está relacionada à síntese de fatores de coagulação (II, VII, IX e X). Sua deficiência manifesta-se clinicamente por meio de distúrbios hemorrágicos e prolongamento do tempo de protrombina, não tendo relação com anemia macrocítica ou sintomas de parestesia.

c) Incorreta. A deficiência de vitamina D é frequente no pós-operatório bariátrico, mas está ligada ao metabolismo ósseo (causando osteopenia, osteoporose ou osteomalácia) e à fraqueza muscular proximal, não justificando a anemia macrocítica nem a glossite.

d) Correta. A deficiência de vitamina B12 justifica todos os achados do paciente. A anemia macrocítica ocorre pela interrupção da síntese de DNA nas hemácias (anemia megaloblástica). A glossite (língua dolorosa e lisa) é uma alteração epitelial comum nessa deficiência. Os sintomas neurológicos (parestesia e dificuldade de marcha) ocorrem pela degeneração combinada subaguda da medula espinal, que afeta os cordões posteriores e laterais, prejudicando a propriocepção e a condução nervosa.

e) Incorreta. A deficiência de ácido fólico (vitamina B9) também causa anemia macrocítica e glossite, de forma idêntica à deficiência de B12. No entanto, o ácido fólico não causa as alterações neurológicas (parestesia e ataxia) descritas no caso. Esta é a principal diferenciação clínica entre as duas deficiências.

---

### Questão 36

Nesta questão, estamos diante de uma paciente com um nódulo tireoidiano de 2,5 cm, apresentando características ultrassonográficas de alta suspeição para malignidade. Os achados descritos (nódulo sólido, hipoecoico, com microcalcificações e margens irregulares) são sinais clássicos associados ao carcinoma papilífero de tireoide. Segundo os principais consensos (como o da American Thyroid Association – ATA e o TI-RADS), nódulos sólidos e hipoecoicos com características de suspeição devem ser investigados com citologia quando possuem mais de 1 cm.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A radioiodoterapia diagnóstica (cintilografia) é reservada para casos em que o TSH está suprimido, visando identificar se o nódulo é funcional ("quente"). Nódulos suspeitos na ultrassonografia devem ser investigados por biópsia, independentemente da captação de iodo, pois a maioria dos cânceres de tireoide são nódulos "frios".

b) Incorreta. A tireoidectomia total imediata é uma conduta terapêutica definitiva e não diagnóstica. Antes de indicar uma cirurgia de grande porte, é indispensável a

confirmação citológica por meio da PAAF para determinar a necessidade e a extensão da cirurgia.

c) Correta. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia é o padrão-ouro para a avaliação inicial de nódulos tireoidianos suspeitos. Ela permite a análise citopatológica (classificada pelo sistema Bethesda), que orientará se a conduta será observação, repetição do exame ou cirurgia. No caso descrito, o nódulo tem 2,5 cm e múltiplas características de malignidade, o que torna a PAAF mandatória.

d) Incorreta. A observação clínica e ultrassonográfica em 6 meses é indicada apenas para nódulos pequenos (geralmente menores que 1 cm) ou que apresentam características ultrassonográficas de benignidade. Com 2,5 cm e margens irregulares com microcalcificações, o risco de câncer é elevado e o diagnóstico não pode ser postergado.

e) Incorreta. A exérese cirúrgica (lobectomia) sem biópsia prévia não é a melhor conduta inicial. A PAAF é um procedimento minimamente invasivo, ambulatorial e de baixo custo, que evita cirurgias desnecessárias em casos de nódulos benignos ou permite planejar uma tireoidectomia total de uma só vez, caso a citologia seja francamente maligna.

---

### Questão 37

O caso clínico apresenta um paciente com melanoma cutâneo (pela descrição de lesão pigmentada irregular e medida de Breslow) de 1,8 mm de espessura, localizado na região plantar, sem linfonodos clinicamente alterados. O manejo do melanoma é guiado principalmente pela profundidade da invasão (Índice de Breslow).

Para um melanoma com Breslow de 1,8 mm, as diretrizes atuais recomendam dois pilares fundamentais no tratamento cirúrgico:

#### 1. Margens de ressecção:

As margens são definidas conforme a espessura da lesão:

- Melanoma in situ: 0,5 a 1,0 cm.

- Breslow até 1,0 mm: 1,0 cm.

- Breslow entre 1,01 mm e 2,0 mm: 1,0 a 2,0 cm. (Na prática de provas de residência, adota-se preferencialmente 2,0 cm para lesões acima de 1 mm).

- Breslow maior que 2,0 mm: 2,0 cm.

#### 2. Avaliação linfonodal (Biópsia de Linfonodo Sentinela - BLS):

A BLS é indicada para pacientes com exame físico de linfonodos normal (cN0), mas

que possuem risco de micrometástases. Os critérios são:

- Breslow maior que 1,0 mm.
- Breslow entre 0,8 mm e 1,0 mm na presença de fatores de risco (especialmente ulceração ou alto índice mitótico).

Como o paciente tem 1,8 mm, a biópsia de linfonodo sentinela deve ser realizada no mesmo tempo cirúrgico da ampliação de margem.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a margem de 1 cm possa estar dentro da faixa aceitável em alguns protocolos (1 a 2 cm), ela é considerada a margem mínima. Mais importante ainda, a alternativa está incompleta por não mencionar a biópsia de linfonodo sentinela, que é obrigatória neste caso.

Alternativa b) Incorreta. A radioterapia adjuvante no leito operatório não é o tratamento padrão para melanoma primário. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens livres.

Alternativa c) Incorreta. Margens de 5 mm são insuficientes para um melanoma invasivo de 1,8 mm. Além disso, a observação clínica dos linfonodos não é a conduta correta para um tumor com essa espessura; a avaliação deve ser feita pelo linfonodo sentinela.

Alternativa d) Incorreta. Não existe margem obrigatória de 3 cm para todos os melanomas. Estudos clínicos demonstraram que margens de 2 cm são equivalentes a margens maiores em termos de sobrevida global e recorrência local para tumores de espessura intermediária, com menor morbidade cirúrgica.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa contempla a margem de segurança recomendada (2 cm para Breslow entre 1 e 2 mm) e associa a biópsia de linfonodo sentinela, procedimento padrão-ouro para o estadiamento linfonodal em pacientes com melanoma de espessura superior a 1,0 mm e ausência de linfonodomegalias palpáveis.

---

### Questão 38

Análise do caso clínico:

O paciente é um homem adulto (52 anos) com uma hérnia umbilical de 4 cm. Diferentemente das crianças, nas quais a hérnia umbilical pode fechar espontaneamente até os 4-5 anos de idade, as hérnias umbilicais em adultos são adquiridas, não regridem espontaneamente e apresentam um risco progressivo de complicações, como encarceramento e estrangulamento.

Por que a alternativa (d) está correta?

A recomendação atual para hérnias umbilicais em adultos é a correção cirúrgica eletiva, especialmente em pacientes com boa condição clínica, para evitar complicações de urgência. O uso de tela (prótese) é obrigatório em defeitos herniários maiores que 1 ou 2 cm (neste caso, mede 4 cm), pois reduz drasticamente as taxas de recidiva quando comparado à técnica de sutura simples (rafia).

Análise das alternativas incorretas:

a) observação indefinida, pois hérnias umbilicais em adultos não complicam: Incorreto. Pelo contrário, as hérnias em adultos têm grande potencial de complicação. A observação ("watchful waiting") só costuma ser considerada em pacientes com altíssimo risco cirúrgico ou expectativa de vida muito curta, o que não parece ser o caso de um homem de 52 anos.

b) antibioticoterapia preventiva: Incorreto. A hérnia é um defeito anatômico na parede abdominal (mecânico). Não há processo infeccioso que justifique o uso de antibióticos como tratamento da hérnia em si.

c) redução manual e acompanhamento ambulatorial: Incorreto. O enunciado informa que a hérnia já é redutível. A redução manual não trata o defeito na fáscia abdominal. O acompanhamento sem cirurgia expõe o paciente ao risco de uma obstrução intestinal futura.

e) hernioplastia somente se houver encarceramento: Incorreto. Operar apenas na urgência (quando houver encarceramento) aumenta significativamente a morbidade e a mortalidade do procedimento, além de dificultar o uso de tela se houver contaminação ou sofrimento de alça intestinal. A cirurgia eletiva é sempre preferível à cirurgia de emergência.

Resumo didático:

1. Hérnia umbilical em adulto: Indicação cirúrgica é a regra.
2. Defeito > 1-2 cm: Uso de tela obrigatório para evitar que a hérnia volte.
3. Fatores de risco do paciente (obesidade e etilismo): Aumentam a pressão intra-abdominal e o risco de recidiva, reforçando a necessidade do reparo com tela.

### Questão 39

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta os cinco elementos que compõem a Pêntade de Reynolds: febre alta, icterícia e dor abdominal (que formam a Tríade de Charcot), somados a hipotensão arterial (85 x 50 mmHg) e confusão mental. Esse cenário é patognomônico de colangite aguda grave ou supurativa. Trata-se de uma emergência médica em que a obstrução das vias biliares associada à infecção leva rapidamente ao choque séptico.

Por que a alternativa E está correta:

O tratamento da colangite aguda grave baseia-se em três pilares fundamentais:

1. Reanimação hemodinâmica: Necessária para estabilizar a pressão arterial e garantir a perfusão tecidual através de fluidoterapia e, se necessário, aminas vasoativas.
2. Antibioticoterapia endovenosa: Deve ser iniciada imediatamente com espectro para germes Gram-negativos e anaeróbios.
3. Descompressão biliar urgente: É o tratamento definitivo. Como há pus sob pressão na via biliar, a descompressão é vital para cessar a bacteremia. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é o método de escolha por ser menos invasivo e altamente eficaz na drenagem.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa a: Incorreta. A observação clínica é passiva e inadequada para uma paciente em choque séptico biliar. O atraso na intervenção eleva drasticamente a mortalidade.

Alternativa b: Incorreta. Dar alta para uma paciente com Pêntade de Reynolds é um erro grave, pois ela apresenta risco iminente de morte e necessita de terapia intensiva.

Alternativa c: Incorreta. A radioterapia é uma modalidade de tratamento oncológico crônico e não possui qualquer aplicação no manejo de urgência de uma infecção biliar aguda.

Alternativa d: Incorreta. Antibióticos por via oral não atingem concentrações séricas rápidas o suficiente para tratar sepse biliar e não resolvem a causa-base, que é a obstrução mecânica da via biliar.

Gabarito: Letra E.

### Questão 40

O quadro clínico apresentado pela paciente (tríade clássica de cefaleia, palpitações e sudorese intensa), associado a níveis elevados de catecolaminas e à presença de uma massa na glândula adrenal, é altamente sugestivo de feocromocitoma. O feocromocitoma é um tumor produtor de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) que exige uma abordagem específica para evitar complicações fatais.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A cirurgia imediata sem preparo é extremamente perigosa. A manipulação do tumor durante o ato cirúrgico pode provocar a liberação maciça de catecolaminas na corrente sanguínea, o que causaria uma crise hipertensiva intraoperatória grave e arritmias cardíacas potencialmente fatais.

Alternativa b: Incorreta. A radioterapia não é o tratamento padrão para o feocromocitoma localizado. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica do tumor para controle definitivo da produção hormonal.

Alternativa c: Correta. A conduta adequada é a adrenalectomia, mas ela deve ser obrigatoriamente precedida por um preparo medicamentoso. O primeiro passo é o bloqueio dos receptores alfa-adrenérgicos (geralmente iniciado 10 a 14 dias antes da cirurgia) para normalizar a pressão arterial e permitir a expansão do volume plasmático, que costuma estar reduzido nesses pacientes. Somente após o bloqueio alfa eficaz é que se pode considerar o uso de betabloqueadores, caso o paciente apresente taquicardia. O uso de betabloqueadores antes do bloqueio alfa é contraindicado, pois pode causar uma vasoconstrição periférica severa por ação alfa não antagonizada, elevando ainda mais a pressão arterial.

Alternativa d: Incorreta. A quimioterapia não é o tratamento inicial ou exclusivo para um feocromocitoma ressecável de 4 cm. Esse tipo de terapia é reservado para casos de doença maligna metastática que não responde a outras intervenções.

Alternativa e: Incorreta. O acompanhamento clínico sem cirurgia não é aceitável para um paciente com feocromocitoma sintomático e massa identificada. Sem o tratamento cirúrgico, o paciente permanece sob alto risco de eventos cardiovasculares graves, como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e morte súbita, devido às descargas adrenérgicas intermitentes.

## Questão 41

O caso clínico apresenta um lactente de 18 meses com sangramento intestinal vivo, indolor e intermitente de longa data (6 meses), sem comprometer o estado geral, mas já causando anemia ferropriva (microcítica e hipocrômica). Esta é a descrição clássica do divertículo de Meckel.

Alternativa A: Incorreta. A intolerância à lactose é uma síndrome de má absorção de carboidratos que se manifesta com diarreia osmótica, distensão abdominal, flatulência e assadura perianal devido ao pH ácido das fezes. Não é uma causa de sangramento gastrointestinal ou de anemia ferropriva.

Alternativa B: Incorreta. O volvo intestinal é uma emergência cirúrgica causada pela torção do intestino sobre o seu próprio mesentério, levando à obstrução e isquemia. O quadro é agudo, com dor abdominal intensa, vômitos biliosos e rápida deterioração do estado geral, o que é o oposto do quadro crônico e estável descrito.

Alternativa C: Incorreta. A intussuscepção intestinal (invaginação de um segmento do intestino no outro) apresenta-se tipicamente com dor abdominal em cólica de início súbito, choro intermitente, vômitos e, em estágios avançados, fezes em geleia de morango. Embora possa ser recorrente, é um quadro agudo e sintomático, raramente apresentando-se apenas como sangramento indolor por seis meses.

Alternativa D: Incorreta. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode causar sangramento nas fezes (proctocolite alérgica), mas essa manifestação é típica de lactentes jovens, geralmente nos primeiros meses de vida. Além disso, costuma vir acompanhada de diarreia, irritabilidade ou sintomas cutâneos. O sangramento volumoso, vivo e persistente até os 18 meses em uma criança saudável direciona o diagnóstico para causas anatômicas.

Alternativa E: Correta. O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, resultante da falha no fechamento do ducto onfalomesentérico. O divertículo frequentemente contém tecido ectópico, sendo o gástrico o mais comum. A mucosa gástrica ectópica secreta ácido clorídrico, que provoca a ulceração da mucosa ileal vizinha, resultando em sangramento intestinal indolor e intermitente. O paciente mantém o bom estado geral entre os episódios, mas a perda sanguínea crônica leva ao desenvolvimento de anemia microcítica e hipocrômica, exatamente como relatado na questão.

## Questão 42

A Doença Celíaca é uma enteropatia de natureza autoimune, desencadeada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente predispostos. O glúten é uma fração proteica encontrada em cereais como trigo, centeio e cevada. O quadro clínico descrito (diarreia crônica, distensão abdominal e baixo peso) é a apresentação clássica da doença em crianças pequenas após a introdução alimentar.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O único tratamento eficaz e cientificamente comprovado para a doença celíaca é a dieta isenta de glúten de forma rigorosa e permanente. Como a condição é uma intolerância imunológica definitiva, a reintrodução do glúten, mesmo após anos de remissão dos sintomas, provocará o retorno da lesão na mucosa intestinal (atrofia de vilosidades). Portanto, a dieta deve ser mantida por toda a vida.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o paciente celíaco possa apresentar uma intolerância à lactose secundária (devido à perda de enzimas na borda em escova das vilosidades atrofiadas), esta não é a base do tratamento. Com a retirada do glúten e a consequente regeneração da mucosa intestinal, a capacidade de digerir a lactose costuma retornar ao normal.

Alternativa (c) Incorreta: Probióticos não tratam a fisiopatologia da doença celíaca. O problema central é a reação imunológica ao glúten, e não um desequilíbrio da microbiota intestinal que possa ser corrigido apenas com suplementação bacteriana.

Alternativa (d) Incorreta: A dieta isenta de proteína do leite de vaca é o tratamento para a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Embora ambas possam causar sintomas gastrointestinais e má absorção na infância, são doenças com mecanismos e gatilhos alimentares completamente distintos.

Alternativa (e) Incorreta: O glúten é um complexo proteico, e não um carboidrato. Restringir carboidratos de forma generalizada não apenas deixaria de tratar a doença celíaca (pois muitos alimentos sem glúten são ricos em carboidratos), como também comprometeria gravemente o aporte energético e o crescimento do pré-escolar.

Gabarito: Alternativa (a).

---

## Questão 43

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é a apresentação clássica da Síndrome Nefrítica, caracterizada pela tríade: hematúria (urina escura), edema e hipertensão arterial. O paciente é uma criança em idade escolar (8 anos) que apresenta esses sintomas associados à oligúria, surgindo cerca de duas semanas após o tratamento de uma infecção cutânea (impetigo). Esse intervalo entre a infecção inicial e o surgimento dos sintomas renais é chamado de período de latência e é um dado fundamental para o raciocínio diagnóstico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A síndrome nefrótica se caracteriza primordialmente por proteinúria maciça (na faixa nefrótica), hipoalbuminemia importante e edema generalizado (anasarca). Embora o paciente apresente edema, a presença de hipertensão arterial e hematúria macroscópica (urina escura) fala fortemente contra um quadro puramente nefrótico e direciona para uma síndrome nefrítica.

Alternativa (b) CORRETA: A Glomerulonefrite Aguda Pós-Estreptocócica (GNPE) é a causa mais comum de síndrome nefrítica na infância. Ela ocorre como uma resposta imunológica após uma infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). O período de latência observado no caso (2 semanas após impetigo) é típico para infecções de pele, que geralmente variam de 2 a 4 semanas (enquanto na faringite a latência é de 1 a 3 semanas). O quadro de escolar com edema, hipertensão e hematúria pós-piodermite é o cenário clássico da GNPE.

Alternativa (c) INCORRETA: A vasculite por IgA (antiga Púrpura de Henoch-Schönlein) é uma vasculite de pequenos vasos que se manifesta com uma tétrade: púrpura palpável (obrigatória para o diagnóstico, geralmente em glúteos e membros inferiores), artralgia ou artrite, dor abdominal e comprometimento renal. A ausência de lesões purpúricas e sintomas gastrointestinais torna esta hipótese improvável.

Alternativa (d) INCORRETA: A pielonefrite aguda é uma infecção bacteriana do trato urinário superior. Clinicamente, manifesta-se com febre, calafrios, dor lombar (sinal de Giordano positivo) e, por vezes, sintomas de cistite (disúria e polaciúria). Edema e hipertensão arterial não são achados característicos de uma pielonefrite isolada.

Alternativa (e) INCORRETA: A nefropatia por IgA (Doença de Berger) é a glomerulopatia primária mais comum do mundo. Entretanto, sua apresentação típica é de hematúria macroscópica recorrente que ocorre simultaneamente ou pouquíssimos dias após uma infecção respiratória (hematúria sinfaringítica), sem o

período de latência prolongado. Além disso, ela raramente cursa com o quadro completo de síndrome nefrítica (edema e hipertensão) logo na primeira apresentação e não tem associação típica com impetigo.

## Questão 44

TEMA: Imunização contra o HPV no Programa Nacional de Imunizações (PNI).

### COMENTÁRIO:

A questão exige o conhecimento sobre a atualização mais recente do Ministério da Saúde a respeito da vacinação contra o HPV. Em abril de 2024, o Brasil adotou uma nova estratégia para otimizar a cobertura vacinal e simplificar o calendário.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): Embora mencione a dose única, a idade citada está incorreta. No SUS, a vacinação contra o HPV está disponível para meninos a partir dos 9 anos de idade, e não aos 11. Desde 2022, as idades para ambos os sexos foram iguais na faixa de 9 a 14 anos.

Alternativa B (Incorreta): O esquema de duas doses (com intervalo de 6 meses) foi o padrão utilizado no Brasil por muitos anos. No entanto, ele foi substituído pela nova recomendação de dose única para o público-alvo de 9 a 14 anos.

Alternativa C (Incorreta): Os meninos foram incluídos no PNI para a vacina contra o HPV em 2017. A vacinação masculina é fundamental para prevenir cânceres de pênis, ânus, orofaringe e verrugas genitais, além de reduzir a circulação do vírus na população, protegendo também o sexo feminino (imunidade de rebanho).

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa apresenta dois erros: o esquema de doses (que agora é de dose única) e a idade de início (que é aos 9 anos).

Alternativa E (Correta): De acordo com a Nota Técnica nº 41/2024 do Ministério da Saúde, o Brasil passou a adotar o esquema de DOSE ÚNICA para a vacina HPV quadrivalente. Essa mudança seguiu orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), baseadas em estudos que comprovam que uma única dose em indivíduos imunocompetentes de 9 a 14 anos oferece proteção robusta e duradoura contra os tipos virais contidos na vacina (6, 11, 16 e 18).

### RESUMO PARA FIXAÇÃO:

- Público-alvo geral: Meninos e meninas de 9 a 14 anos.

- Esquema atual: Dose única.
- Exceção (Imunocomprometidos): Pacientes vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea e pacientes oncológicos (na faixa de 9 a 45 anos) continuam recebendo o esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- Vítimas de violência sexual: Também podem seguir esquemas específicos dependendo da idade e situação vacinal prévia.

### Questão 45

A vacina contra a Influenza (gripe) possui uma diretriz específica no Programa Nacional de Imunizações (PNI) para a primovacinação de crianças. Crianças de 6 meses até 8 anos, 11 meses e 29 dias que nunca receberam a vacina da Influenza devem receber duas doses na sua primeira temporada de vacinação, com um intervalo de 30 dias entre elas.

No caso apresentado, o lactente de 7 meses recebeu a primeira dose aos 6 meses. Portanto, ele está no momento ideal para receber a segunda dose e completar o esquema vacinal primário para garantir a imunogenicidade adequada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O reforço anual é indicado apenas após a conclusão do esquema de primovacinação (duas doses no primeiro ano em que a criança é vacinada). Esperar um ano deixaria a criança sem a resposta imunológica completa necessária para o ciclo atual.

Alternativa b: Incorreta. Não se deve aguardar até os 12 meses de idade. O intervalo recomendado para a segunda dose da primovacinação é de 30 dias após a aplicação da primeira dose.

Alternativa c: Incorreta. Além do erro no tempo de aplicação (aguardar um ano), a alternativa foca na dosagem. Embora o PNI tenha padronizado o volume de 0,5 mL para todas as faixas etárias nas campanhas mais recentes, o erro cronológico torna a alternativa falsa.

Alternativa d: Correta. De acordo com o manual de normas e procedimentos de vacinação do PNI, para crianças menores de 9 anos que nunca foram vacinadas contra Influenza, o esquema deve ser completado com uma segunda dose, respeitando o intervalo de um mês.

Alternativa e: Incorreta. O esquema vacinal para primovacinação nesta faixa etária não é considerado completo com apenas uma dose. A proteção total para quem

nunca foi vacinado só é atingida após a administração das duas doses iniciais.

---

### Questão 46

O ponto central desta questão é a atualização do Programa Nacional de Imunizações (PNI) prevista para julho de 2025. Historicamente, o PNI disponibilizava a vacina meningocócica C para lactentes (esquema de duas doses aos 3 e 5 meses, com um reforço aos 12 meses) e reservava a vacina quadrivalente ACWY apenas para a faixa etária dos 11 aos 14 anos. Com a nova diretriz, que entra em vigor em 2025, a vacina meningocócica ACWY substitui a vacina meningocócica C na dose de reforço dos 12 meses.

Análise do caso: O paciente tem 7 meses e já recebeu as duas doses do esquema primário (aos 3 e 5 meses). Portanto, ele está com a vacinação em dia para a idade e aguarda a dose de reforço.

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve o esquema que era utilizado anteriormente à atualização. Com a mudança na norma do PNI para julho de 2025, o reforço aos 12 meses deixa de ser feito com a vacina monovalente (C) para ser feito com a quadrivalente (ACWY).

Alternativa b) Correta. Esta alternativa está em conformidade com a nova recomendação. A partir de julho de 2025, o PNI amplia a proteção das crianças ao substituir a dose de reforço de um ano de idade pela vacina ACWY, que protege contra quatro sorogrupos da doença meningocócica, independentemente de as doses anteriores terem sido com a vacina C.

Alternativa c) Incorreta. A idade recomendada para o reforço da vacina meningocócica no calendário nacional é aos 12 meses de idade. Aos 15 meses, o calendário do PNI prevê outras vacinas, como o reforço da DTP, a VOPb e a vacina contra a hepatite A.

Alternativa d) Incorreta. Não há indicação de dose imediata aos 7 meses. O esquema primário básico (duas doses com intervalo de 60 dias) já foi concluído aos 5 meses de vida, e o sistema imunológico agora aguarda o intervalo programado para o reforço após o primeiro ano de vida.

Alternativa e) Incorreta. A vacinação não está completa. Para garantir a proteção adequada e duradoura contra o meningococo, é indispensável a administração da dose de reforço após os 12 meses de idade, conforme preconizado pelas normas de imunização.

---

## Questão 47

A questão aborda o manejo de uma criança que teve contato próximo com um adulto bacilífero (mãe com tuberculose pulmonar). O foco é o diagnóstico e a conduta na Infecção Latente por Tuberculose (ILTB).

Análise do caso:

1. Paciente: Lactente de 12 meses.
2. Exposição: Contato domiciliar com caso bacilífero há 10 dias.
3. Quadro clínico: Assintomático (afasta tuberculose-doença).
4. Radiografia de tórax: Normal (afasta tuberculose-doença).
5. Prova Tuberculínica (PT/PPD): 7 mm.

De acordo com o Ministério da Saúde, em crianças contatos de casos de tuberculose, uma PT igual ou superior a 5 mm é considerada positiva, indicando que houve infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Como a criança é assintomática e tem radiografia normal, exclui-se a doença ativa e confirma-se o diagnóstico de Infecção Latente por Tuberculose (ILTB).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O tratamento para tuberculose ativa (esquema RIPE) só deve ser iniciado se houver evidência de doença, como sintomas compatíveis ou alterações na radiografia de tórax, o que não ocorre neste caso.
- b) Incorreta. A repetição da prova tuberculínica após 8 semanas é indicada apenas quando a PT inicial é negativa (inferior a 5 mm), para avaliar se houve conversão durante o período de janela imunológica. Como a PT já é de 7 mm (positiva), o diagnóstico de infecção já está firmado.
- c) Incorreta. O acompanhamento clínico isolado é insuficiente e perigoso para um lactente com infecção latente documentada. Devido à imaturidade do sistema imune, essa faixa etária apresenta alto risco de progressão para formas graves de tuberculose (miliar e meníngea) se não for realizado o tratamento preventivo.
- d) Incorreta. Não há indicação de repetir a radiografia de tórax em 8 semanas se a criança permanecer assintomática e já tiver critérios para o tratamento da infecção latente.
- e) Correta. O tratamento preventivo para tuberculose (antigamente chamado de quimioprofilaxia) está indicado para contatos assintomáticos com PT maior ou igual a 5 mm e radiografia de tórax normal. As opções preferenciais são Isoniazida (por 6 ou 9 meses) ou Rifampicina (por 4 meses).

### Questão 48

A coqueluche é uma doença infectocontagiosa aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. O objetivo principal da antibioticoterapia não é apenas a melhora clínica (que ocorre principalmente se iniciada na fase catarral), mas sobretudo a redução da transmissibilidade do agente, permitindo que o paciente saia do isolamento respiratório após 5 dias de tratamento adequado.

Os macrolídeos são os antibióticos de primeira escolha. Entre eles, a azitromicina é o fármaco preferencial, especialmente em lactentes jovens, devido à sua posologia simplificada (uma dose ao dia), melhor tolerância gastrointestinal e menor associação com o risco de estenose hipertrófica do piloro quando comparada à eritromicina.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a azitromicina possua uma meia-vida longa, o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde e por organizações internacionais para o tratamento da coqueluche é de 5 dias, e não apenas 3 dias.

Alternativa b) Correta. A azitromicina por 5 dias é o esquema de primeira linha. A posologia habitual é de 10 mg/kg/dia em dose única diária por 5 dias para crianças. Em recém-nascidos (menos de 1 mês), o esquema também é de 5 dias.

Alternativa c) Incorreta. O sulfametoxazol-trimetoprim é considerado uma alternativa de segunda linha, indicado apenas em casos de contraindicação, intolerância ou alergia aos macrolídeos. Além disso, não deve ser utilizado em lactentes com menos de 2 meses de vida devido ao risco de kernicterus.

Alternativa d) Incorreta. A eritromicina já foi o tratamento padrão, mas requer um tempo de uso prolongado (14 dias) e possui posologia de 4 vezes ao dia, o que dificulta a adesão. Além disso, está associada à maior incidência de efeitos colaterais e risco de estenose de piloro em lactentes pequenos.

Alternativa e) Incorreta. A claritromicina é uma opção de macrolídeo válida, porém o tempo de tratamento recomendado para este fármaco é de 7 dias, e não 5 dias.

## Questão 49

O Sistema de Pontuação para o Diagnóstico de Tuberculose (TB) em crianças e adolescentes, preconizado pelo Ministério da Saúde, é uma ferramenta fundamental para o diagnóstico na faixa etária pediátrica, uma vez que a confirmação bacteriológica é frequentemente difícil (paucibacilares).

Para chegar ao somatório de 50 pontos, devemos analisar cada dado do caso clínico conforme os critérios do sistema:

1. Contato com adulto bacilífero: A mãe possui baciloscopia de escarro positiva (+++) e é a cuidadora do lactente. Isso soma +25 pontos.
2. Quadro clínico: O lactente apresenta febre, tosse e perda de peso há um mês (mais de 15 dias). Sintomas persistentes por mais de duas semanas somam +15 pontos.
3. Radiografia de tórax: A presença de adenomegalia hilar é considerada um padrão sugestivo de tuberculose pulmonar na criança. Isso soma +15 pontos.
4. Prova Tuberculínica (PT): O lactente tem 10 meses (vacinado com BCG há menos de 2 anos). Pelos critérios atuais, para crianças vacinadas há menos de 2 anos, a PT é considerada positiva apenas se for maior ou igual a 10 mm. Como o resultado foi 9 mm, a pontuação é 0 pontos.
5. Estado Nutricional: O lactente encontra-se abaixo do escore Z -3, o que caracteriza desnutrição grave. A desnutrição grave soma +5 pontos.
6. Exame Físico: A questão afirma que o exame físico é normal. De acordo com a tabela do Ministério da Saúde, um exame físico normal em uma criança com suspeita de TB subtrai pontos. Isso soma -10 pontos.

Somatório Final:

$25 \text{ (Contato)} + 15 \text{ (Clínica)} + 15 \text{ (RX)} + 0 \text{ (PT)} + 5 \text{ (Desnutrição)} - 10 \text{ (Exame Físico)}$   
= 50 pontos.

Conduta:

De acordo com o Ministério da Saúde, uma pontuação maior ou igual a 40 pontos torna o diagnóstico de tuberculose muito provável, sendo indicado o início do tratamento imediato.

Análise das alternativas:

- a) Correta. O somatório é de 50 pontos e, por ser maior que 40, a recomendação é iniciar o tratamento para tuberculose ativa.
- b) Incorreta. O valor de 35 pontos indicaria um diagnóstico apenas possível, em que o tratamento seria considerado a critério clínico, mas o cálculo correto dos dados fornecidos resulta em 50 pontos.
- c) Incorreta. Embora a recomendação de tratamento esteja correta para 40 pontos, o cálculo matemático baseado nos critérios do Ministério da Saúde totaliza 50 pontos devido aos múltiplos fatores positivos (contato, clínica, RX e nutrição).
- d) Incorreta. O somatório está subestimado e a conduta de tratamento a critério clínico aplica-se apenas a pontuações entre 30 e 35 pontos.
- e) Incorreta. 25 pontos indicariam um diagnóstico pouco provável, o que não condiz com o quadro clínico e epidemiológico clássico apresentado pelo paciente. Além disso, o cálculo está incorreto.

---

### Questão 50

A frequência respiratória (FR) é o parâmetro clínico mais sensível para o diagnóstico de pneumonia em crianças, especialmente naquelas com menos de 5 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde utilizam critérios específicos de taquipneia baseados na faixa etária para triagem e manejo dessas infecções.

Análise das alternativas:

- a) Correta. Em lactentes menores de 2 meses de idade, define-se taquipneia quando a frequência respiratória é igual ou superior a 60 incursões respiratórias por minuto (irpm). Esse valor elevado reflete a fisiologia respiratória normal dessa faixa etária, que possui uma frequência basal mais alta.
- b) Incorreta. Para crianças na faixa etária entre 2 e 11 meses de idade, a taquipneia é definida por uma frequência respiratória igual ou superior a 50 irpm. O valor de 40 irpm, mencionado na alternativa, é o critério para crianças acima de 1 ano.
- c) Incorreta. Em crianças entre 1 e 4 anos de idade, o ponto de corte para taquipneia é de 40 irpm ou mais. O valor de 20 irpm é considerado normal para crianças maiores ou adolescentes, mas não serve como critério de taquipneia para a faixa etária de 1 a 4 anos.

d) Incorreta. Como mencionado anteriormente, para a faixa etária de 1 a 4 anos (na verdade, até 4 anos e 11 meses), o critério de taquipneia é uma frequência respiratória igual ou superior a 40 irpm. O valor de 30 irpm é insuficiente para classificar taquipneia nesta idade conforme os protocolos da OMS/AIDPI.

e) Incorreta. O valor de 50 irpm é o critério de taquipneia para crianças entre 2 e 11 meses de idade. Para os menores de 2 meses, devido à maior imaturidade e padrão respiratório mais acelerado, o limite é mais alto, sendo 60 irpm.

Resumo dos critérios da OMS para Taquipneia:

- Menores de 2 meses: maior ou igual a 60 irpm.
- 2 a 11 meses: maior ou igual a 50 irpm.
- 1 a 4 anos (até 59 meses): maior ou igual a 40 irpm.

---

## Questão 51

A convulsão febril é a desordem convulsiva mais comum na infância, ocorrendo em cerca de 2% a 5% das crianças. Ela é definida como uma crise que ocorre em crianças entre 6 meses e 5 ou 6 anos de idade, associada à febre, mas sem evidência de infecção do sistema nervoso central ou causa metabólica definida.

Alternativa A (Incorreta): O período pós-ictal, que é o tempo de recuperação logo após a crise, é frequentemente marcado por sonolência, letargia ou confusão mental. Na convulsão febril simples, esse período costuma ser curto (alguns minutos), mas é um achado comum e esperado, e não incomum.

Alternativa B (Incorreta): As crises são desencadeadas justamente por quadros febris, que na grande maioria das vezes são decorrentes de infecções virais comuns (como exantema súbito ou gripe) ou bacterianas (como otites, amigdalites e infecções urinárias). A febre é o gatilho, independentemente da etiologia da infecção, desde que não seja uma infecção do próprio cérebro (meningite/encefalite).

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve o comportamento clássico da crise febril. A convulsão costuma ocorrer nas primeiras 24 horas do quadro febril e está fortemente relacionada à velocidade de elevação da temperatura. Muitas vezes, a crise é o primeiro sinal da doença, ocorrendo antes mesmo de os pais perceberem que a criança está febril.

Alternativa D (Incorreta): A recorrência é frequente. Aproximadamente 30% a 35% das crianças que apresentam o primeiro episódio terão uma nova crise febril em quadros infecciosos futuros. Esse risco de recorrência sobe para 50% se o primeiro episódio ocorrer em crianças menores de 1 ano de idade.

Alternativa E (Incorreta): A febre decorrente de vacinações (como a tríplice viral ou a DTP) pode, sim, atuar como gatilho para uma crise convulsiva febril em crianças predispostas. O evento não é causado por uma toxicidade da vacina, mas sim pela resposta térmica (febre) que o sistema imunológico produz após a imunização.

## Questão 52

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico de uma neoplasia hematológica na infância. Temos um pré-escolar (faixa etária de pico para certas leucemias) com sinais de insuficiência medular e infiltração de órgãos.

Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Sinais de falência medular: Anemia (palidez), trombocitopenia (petéquias e equimoses) e neutropenia funcional (febre).
2. Sinais de infiltração extramedular: Hepatoesplenomegalia, linfadenomegalias generalizadas e dor óssea (causada pela expansão da medula óssea por células malignas).
3. Hemograma: A presença de blastos no sangue periférico associada a hiperleucocitose e bicitopenia (anemia e plaquetopenia) é patognomônica de leucemia aguda até que se prove o contrário.

A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é o câncer mais comum da infância, com pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade, encaixando-se perfeitamente no perfil do paciente.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Mononucleose infecciosa: Embora possa cursar com febre, linfadenopatia e esplenomegalia, o hemograma tipicamente apresenta linfocitose com presença de linfócitos atípicos, e não blastos. Além disso, a mononucleose não costuma causar dor óssea progressiva nem citopenias graves (anemia e trombocitopenia) como as descritas.

b) Leucemia linfóide aguda: Alternativa correta. Apresenta a tríade clássica de dor óssea, citopenias (anemia/plaquetopenia) e infiltração reticuloendotelial (adenomegalia/hepatosplenomegalia). A presença de blastos confirma o diagnóstico de leucemia aguda, sendo a LLA a mais frequente nesta faixa etária.

c) Artrite reumatoide juvenil (Artrite Idiopática Juvenil): A forma sistêmica pode cursar

com febre, dor articular/óssea e hepatosplenomegalia. No entanto, laboratorialmente espera-se encontrar leucocitose neutrofílica e trombocitose (marcadores inflamatórios altos), e nunca a presença de blastos ou anemia e plaquetopenia graves por falência medular.

d) Trombocitopenia imune primária (TIP): A TIP manifesta-se tipicamente como um quadro de sangramento cutâneo (petéquias/equimoses) isolado em uma criança que, nos demais aspectos, está saudável. Não há febre, dor óssea, linfadenopatia, organomegalia ou alterações nas outras linhagens celulares (anemia ou leucocitose).

e) Anemia aplástica: Caracteriza-se por pancitopenia (redução de hemácias, leucócitos e plaquetas) devido à falência da medula óssea. No entanto, na anemia aplástica a medula está "vazia", portanto não ocorre hepatosplenomegalia, linfadenopatia ou presença de blastos circulantes. A hiperleucocitose com blastos descrita na questão exclui essa hipótese.

---

### Questão 53

A bronquiolite viral aguda (BVA) e o seu manejo são temas fundamentais na pediatria, e o ponto central para as provas é entender que o diagnóstico é eminentemente clínico. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): A radiografia de tórax não é recomendada rotineiramente para o diagnóstico de BVA, especialmente em casos leves. O exame costuma mostrar achados inespecíficos, como hiperinsuflação pulmonar e áreas de atelectasia, que podem ser erroneamente interpretadas como pneumonia bacteriana, levando ao uso desnecessário de antibióticos. A imagem deve ser reservada para casos graves, dúvida diagnóstica ou evolução atípica (como suspeita de complicações).

Alternativa B (Incorreta): O hemograma não é fundamental e não deve ser solicitado de rotina. Não há alterações específicas no sangue que confirmem a BVA ou que descartem com segurança uma infecção bacteriana secundária, que é incomum nesses pacientes. O foco deve ser a avaliação do esforço respiratório e do estado de hidratação do lactente.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa reflete o consenso das principais diretrizes nacionais e internacionais, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Academia Americana de Pediatria (AAP). O diagnóstico da BVA é clínico, baseado na história de um pródromo viral (coriza e tosse) seguido do primeiro episódio de sibilância e/ou estertores finos em crianças com menos de 2 anos, frequentemente acompanhado de sinais de desconforto respiratório.

Alternativa D (Incorreta): A gasometria arterial é um exame invasivo e não é indicada em todos os casos. Seu uso deve ser restrito a pacientes com quadros graves, sinais de insuficiência respiratória ou necessidade de ventilação mecânica, para avaliar a ventilação (níveis de CO<sub>2</sub>) e o equilíbrio acidobásico. A monitorização da oxigenação na rotina hospitalar é feita de forma não invasiva através da oximetria de pulso.

Alternativa E (Incorreta): Embora o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) seja o agente mais comum, o seu isolamento ou identificação (por testes rápidos ou PCR) não é fundamental para o diagnóstico clínico ou para a definição da conduta terapêutica. A pesquisa viral é útil principalmente para fins epidemiológicos e para o isolamento de contato (coorte) de pacientes internados, visando evitar a transmissão cruzada no hospital.

Gabarito: Letra C.

---

### Questão 54

O caso clínico descrito apresenta os elementos clássicos da Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP). O paciente é um lactente jovem (1 mês de vida), apresentando vômitos não biliosos e em jato, que ocorrem após as mamadas. Um dado fundamental é a fome insaciável logo após o vômito (o lactente quer mamar novamente), o que indica que o problema é uma obstrução mecânica, e não uma doença sistêmica ou inflamatória. O achado físico da tumoração móvel no quadrante superior direito é a chamada oliva pilórica, patognomônica desta condição.

Alternativa a: Incorreta. Na doença do refluxo gastroesofágico, os vômitos costumam ser menos vigorosos (regurgitações) e não apresentam o caráter de jato persistente associado à massa abdominal. Além disso, casos graves de DRGE geralmente levam à irritabilidade e à recusa alimentar, e não à fome insaciável.

Alternativa b: Incorreta. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode causar vômitos, mas normalmente é acompanhada de outros sintomas, como diarreia, muco ou sangue nas fezes, lesões de pele (urticária ou eczema) e baixo ganho ponderal. Não há presença de massa palpável no abdome.

Alternativa c: Incorreta. A hiperplasia congênita de suprarrenal (forma perdedora de sal) pode cursar com vômitos e desidratação importante nas primeiras semanas de vida. Entretanto, o quadro é acompanhado de graves distúrbios eletrolíticos (hiponatremia e hipercalemia) e, frequentemente, ambiguidade genital em meninas. A fome insaciável e a oliva pilórica não fazem parte deste diagnóstico.

Alternativa d: Correta. A estenose hipertrófica do píloro ocorre pela hipertrofia e

hiperplasia da musculatura circular do piloro, impedindo o esvaziamento gástrico. A idade (entre 2 e 8 semanas), o tipo de vômito (pós-prandial, não bilioso e em jato), a fome logo após o episódio e a palpação da oliva pilórica fecham o diagnóstico clínico da questão.

Alternativa e: Incorreta. A esofagite eosinofílica é uma patologia rara em neonatos e lactentes tão jovens. Ela se manifesta mais comumente em crianças maiores e adultos com quadros de disfagia, impactação alimentar ou sintomas refratários de refluxo, sem apresentar obstrução mecânica pilórica.

### Questão 55

A Melanose Pustulosa Transitória Neonatal (MPTN) é uma condição dermatológica benigna, de etiologia desconhecida, que se manifesta tipicamente no período neonatal imediato. Para compreender a questão, é necessário revisar as características clínicas e epidemiológicas que a diferenciam de outras dermatoses comuns do recém-nascido, como o eritema tóxico neonatal.

Alternativa (a) Incorreta: As lesões da MPTN não são exclusivas do tronco. Elas podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, incluindo face, pescoço, extremidades e, significativamente, em palmas e plantas.

Alternativa (b) Correta: Esta é a característica fundamental para o diagnóstico diferencial em provas. Ao contrário do eritema tóxico neonatal, que geralmente surge entre o segundo e o terceiro dia de vida, as pústulas da MPTN estão presentes desde o nascimento. O quadro clínico evolui em três estágios: pústulas superficiais e frágeis, seguidas por um colarete de descamação e, finalmente, máculas hiperpigmentadas (a "melanose").

Alternativa (c) Incorreta: As lesões são extremamente efêmeras e frágeis. Elas se rompem muito facilmente, geralmente em 24 a 48 horas após o nascimento, evoluindo para a fase de descamação e hiperpigmentação residual que pode durar semanas ou meses.

Alternativa (d) Incorreta: A MPTN é significativamente mais comum em recém-nascidos de pele negra (fototipo VI), ocorrendo em cerca de 4% a 5% desses bebês, enquanto em recém-nascidos de pele clara (fototipos baixos), a incidência é de aproximadamente 0,6% a 1%.

Alternativa (e) Incorreta: Diferentemente de outras erupções neonatais, a MPTN pode, sim, acometer as regiões palmoplantares. Esse detalhe clínico é importante para descartar diagnósticos diferenciais que poupam essas áreas.

Resumo do quadro: A Melanose Pustulosa Transitória Neonatal apresenta pústulas estéreis (sem infecção), neutrofílicas (ao citodiagnóstico de Tzanck), presentes ao nascimento, mais frequentes em negros e que evoluem para manchas escuras que desaparecem espontaneamente sem necessidade de tratamento.

### Questão 56

A questão apresenta um quadro clínico clássico na pediatria, caracterizado pela tríade de febre, estomatite (lesões orais) e exantema papulovesicular com distribuição específica.

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO:

O paciente é um lactente com febre há 3 dias que evoluiu com pápulas e vesículas localizadas na região oral, palmas das mãos e plantas dos pés. Essa apresentação é patognomônica da Síndrome Mão-Pé-Boca, uma enterovirose causada habitualmente pelo Coxsackievirus A16 ou pelo Enterovirus 71. Ocorre principalmente em menores de 5 anos e a transmissão é fecal-oral ou respiratória.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. O herpes-zoster é a reativação do vírus varicela-zoster (VZV) e se caracteriza por lesões vesiculares dolorosas que seguem rigorosamente o trajeto de um dermatomo. Não apresenta a distribuição generalizada em mãos, pés e boca simultaneamente.

b) INCORRETA. A varicela (catapora) manifesta-se com um exantema polimórfico (máculas, pápulas, vesículas e crostas presentes ao mesmo tempo) de distribuição centrípeta, acometendo tronco, face e couro cabeludo. Embora possam ocorrer lesões em mucosas, a predileção por palmas e plantas e a tríade específica descrita não são típicas da varicela.

c) INCORRETA. O sarampo é uma doença exantemática grave que cursa com febre alta, tosse, coriza e conjuntivite (sintomas catarrais). O exantema é maculopapular morbiliforme, com progressão craniocaudal, iniciando-se geralmente atrás das orelhas e na linha do cabelo. Não apresenta vesículas. O sinal patognomônico oral são as manchas de Koplik, e não lesões vesiculares/ulcerativas.

d) CORRETA. A Síndrome Mão-Pé-Boca apresenta exatamente o quadro descrito: febre seguida do aparecimento de vesículas e pápulas em mãos e pés (incluindo palmas e plantas) e lesões ulceradas dolorosas na cavidade oral (estomatite). É a principal hipótese para o caso.

e) INCORRETA. O eritema multiforme é uma reação de hipersensibilidade caracterizada pelas chamadas lesões em alvo ou em íris (centro escuro ou vesiculoso rodeado por um halo claro e um anel eritematoso externo). Embora possa acometer palmas, plantas e mucosas, a morfologia das lesões e o contexto clínico de febre autolimitada em lactente direcionam mais fortemente para a etiologia viral infecciosa descrita na alternativa D.

## Questão 57

### CONCEITO INICIAL

O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pediatria difere do diagnóstico em adultos, pois os valores de normalidade variam de acordo com o crescimento e o desenvolvimento da criança. Para a faixa etária de 1 a 13 anos, as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP), seguidas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), estabelecem critérios baseados em curvas de percentis.

O diagnóstico de HAS requer que a média da pressão arterial (sistólica e/ou diastólica), aferida em pelo menos três ocasiões diferentes, seja maior ou igual ao percentil 95 para o sexo, a idade e a estatura da criança.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O percentil 50 representa a mediana da pressão arterial para aquela população específica de mesma idade, sexo e altura. É considerado o valor ideal, e não o critério diagnóstico para hipertensão.

Alternativa B (Incorreta): Além de o valor (percentil 50) estar incorreto para o diagnóstico de hipertensão, o parâmetro antropométrico utilizado nas tabelas de referência é a estatura (altura), e não o peso. O peso é um fator de risco para a hipertensão, mas não é a variável de ajuste nas tabelas normativas.

Alternativa C (Incorreta): O percentil 90 (ou valores entre o percentil 90 e 95) define a categoria de Pressão Arterial Elevada (antigamente denominada pré-hipertensão). Para o diagnóstico definitivo de hipertensão arterial estágio 1, o limite inicial é o percentil 95.

Alternativa D (Correta): Esta alternativa descreve exatamente o critério diagnóstico vigente para crianças de 1 a 13 anos. A hipertensão é definida como PA sistólica e/ou diastólica maior ou igual ao percentil 95, ajustado para o sexo, a idade cronológica e

o percentil de estatura da criança. O uso da estatura é fundamental, pois crianças mais altas tendem a ter níveis pressóricos fisiologicamente maiores do que crianças mais baixas da mesma idade.

Alternativa E (Incorreta): Embora o percentil 95 seja o valor de corte correto para hipertensão, a variável antropométrica está errada. Conforme mencionado, utiliza-se o percentil de altura (estatura) para a classificação, e não o peso.

RESUMO DOS CRITÉRIOS (1 a 13 anos):

- Pressão Normal: menor que o percentil 90.
- Pressão Elevada: entre o percentil 90 e o percentil 95.
- Hipertensão Estágio 1: entre o percentil 95 e o percentil 95 + 12 mmHg (ou até 139/89 mmHg).
- Hipertensão Estágio 2: maior ou igual ao percentil 95 + 12 mmHg (ou maior ou igual a 140/90 mmHg).

## Questão 58

O teste do coraçõzinho, ou triagem por oximetria de pulso, é uma ferramenta fundamental para a detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas em recém-nascidos. Para analisar o resultado, devemos aplicar os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

O exame é considerado normal (negativo) quando:

1. A saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) é igual ou superior a 95% tanto no membro superior direito (pré-ductal) quanto em um dos membros inferiores (pós-ductal);
2. A diferença entre as medidas do membro superior direito e do membro inferior é igual ou inferior a 3%.

No caso apresentado:

- Saturação no membro superior direito (MSD): 96% (dentro da normalidade,  $\geq 95\%$ ).
- Saturação no membro inferior esquerdo (MIE): 95% (dentro da normalidade,  $\geq 95\%$ ).
- Diferença entre os membros:  $96\% - 95\% = 1\%$  (dentro da normalidade,  $\leq 3\%$ ).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O teste não está alterado. A conduta de repetir o exame em uma hora é reservada para casos em que a saturação está entre 90% e 94% ou quando a diferença entre os membros é igual ou superior a 4%.

Alternativa b) Correta. Os valores obtidos preenchem todos os critérios de normalidade (saturações  $\geq 95\%$  e diferença  $\leq 3\%$ ), dispensando novas intervenções ou repetições.

Alternativa c) Incorreta. O ecocardiograma é indicado apenas se o teste permanecer alterado após duas reavaliações (com intervalo de uma hora entre elas) ou se, em qualquer medição, a saturação for inferior a 89%. Como o teste está normal, não há indicação de ecocardiograma.

Alternativa d) Incorreta. Embora o teste seja de triagem, uma vez que o resultado é normal (negativo), ele não precisa ser repetido em uma hora. O protocolo de repetição aplica-se apenas a resultados inicialmente alterados.

Alternativa e) Incorreta. Se o teste estivesse alterado, a repetição deveria ocorrer em uma hora, e não em uma semana. Cardiopatias críticas exigem diagnóstico e conduta imediatos, tornando a espera de uma semana perigosa e fora do protocolo.

---

### Questão 59

Para solucionar essa questão, é fundamental dominar os critérios de classificação do estado nutricional da Organização Mundial da Saúde (OMS), que são adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade varia conforme a faixa etária do paciente, sendo dividida em dois grandes grupos: de 0 a 5 anos incompletos e de 5 a 19 anos.

Para o menino de 4 anos (faixa de 0 a 5 anos):

- IMC entre os escores-z +1 e +2: Classificado como risco de sobrepeso.
- IMC entre os escores-z +2 e +3: Classificado como sobrepeso.
- IMC acima do escore-z +3: Classificado como obesidade.

Para o menino de 9 anos (faixa de 5 a 19 anos):

- IMC entre os escores-z +1 e +2: Classificado como sobrepeso.
- IMC entre os escores-z +2 e +3: Classificado como obesidade.
- IMC acima do escore-z +3: Classificado como obesidade grave.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a classificação para o menino de 4 anos esteja correta (risco de sobrepeso), a classificação para o de 9 anos com escore-z acima de +3 é obesidade grave, e não apenas sobrepeso (que seria entre os escores-z +1 e +2 nessa idade).

Alternativa b) Correta. De acordo com as curvas da OMS, uma criança de 4 anos com IMC entre os escores-z +1 e +2 encontra-se na faixa de risco de sobrepeso. Já uma criança de 9 anos com IMC acima do escore-z +3 apresenta um quadro de obesidade grave.

Alternativa c) Incorreta. O menino de 4 anos com IMC entre os escores-z +1 e +2 não é considerado obeso; para isso, ele precisaria estar acima do escore-z +3. Ele está apenas na faixa de risco.

Alternativa d) Incorreta. Para o menino de 4 anos, a faixa entre os escores-z +1 e +2 é de risco de sobrepeso, enquanto a nomenclatura "sobrepeso" é reservada para a faixa entre os escores-z +2 e +3. Para o menino de 9 anos, o termo "obesidade" refere-se ao intervalo entre os escores-z +2 e +3; como ele está acima do escore-z +3, o termo correto é obesidade grave.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa inverte e erra ambos os conceitos. Na faixa de 0 a 5 anos, nem sequer se utiliza formalmente o termo "obesidade grave" (o limite superior é classificado apenas como obesidade), e o menino de 4 anos está em uma faixa de IMC muito menor do que a sugerida pela alternativa. No caso do menino de 9 anos, a classificação correta é obesidade grave, não apenas obesidade.

---

## Questão 60

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro apresentado descreve um escolar com lesões papulovesiculares intensamente pruriginosas em locais de eleição clássicos: espaços interdigitais, punhos, axilas e região interglútea. O dado epidemiológico fundamental é a presença de sintomas semelhantes na mãe, o que indica uma doença de alta transmissibilidade no contato interpessoal próximo. Esse conjunto de achados é patognomônico da escabiose (sarna humana), causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica. Em crianças de 8 anos (fase escolar), as lesões predominam em superfícies flexurais (dobras dos cotovelos e joelhos) e apresentam caráter recidivante. Embora cause prurido intenso, não é contagiosa, o que tornaria improvável que a mãe apresentasse o mesmo quadro subitamente.

Alternativa b) Incorreta. A dermatite de contato ocorre por uma reação inflamatória a

um agente externo (irritante ou alérgeno). As lesões costumam ficar restritas à área que teve contato com a substância. Não explicaria a distribuição em múltiplos sítios distantes e o acometimento simultâneo de um familiar.

Alternativa c) Incorreta. Exantemas virais geralmente se apresentam de forma aguda, muitas vezes acompanhados de febre, sintomas respiratórios ou gastrointestinais, e o exantema costuma ser generalizado e morbiliforme, sem a predileção específica por espaços interdigitais e punhos de forma isolada e crônica.

Alternativa d) Correta. A escabiose é a principal hipótese. O ácaro tem preferência por áreas de pele fina e maior temperatura, justificando o acometimento de espaços interdigitais, punhos e axilas. O prurido é tipicamente noturno e a história familiar positiva (mãe com lesões) reforça o diagnóstico clínico-epidemiológico.

Alternativa e) Incorreta. A Tinea cruris é uma dermatofitose (infecção fúngica) que afeta exclusivamente a região inguinal (virilhas). Ela se manifesta como placas eritemato-escamosas com bordas mais ativas, não justificando lesões em mãos, punhos ou axilas, como descrito no enunciado.

---

## Questão 61

Esta questão aborda a conduta imediata diante de uma distocia de ombros em uma paciente que já se encontra na posição de quatro apoios (também conhecida como manobra de Gaskin). O sinal da tartaruga (retração da cabeça fetal contra o períneo) é o sinal patognomônico dessa emergência obstétrica, indicando que o ombro anterior está impactado na sínfise púbica ou o posterior no promontório sacral.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A aplicação de pressão fúndica (manobra de Kristeller) é absolutamente contraindicada na distocia de ombros. Essa manobra aumenta o risco de impactação ainda maior do ombro, rotura uterina e lesão do plexo braquial fetal. A tração cefálica excessiva também deve ser evitada pelo risco de lesão nervosa.

Alternativa (b) Incorreta. A manobra de McRoberts consiste na hiperflexão e abdução das coxas da paciente em direção ao abdome. É a manobra inicial de escolha quando a paciente está em posição de litotomia (deitada de costas). Como a paciente já está em quatro apoios, não faz sentido mudá-la de posição para realizar a manobra de McRoberts, pois a posição de quatro apoios (Gaskin) já é, por si só, uma manobra terapêutica que aumenta os diâmetros pélvicos.

Alternativa (c) Correta. A manobra de Gaskin (quatro apoios) é uma técnica eficaz

para a resolução da distocia de ombros, pois utiliza a gravidade e aumenta o diâmetro sagital da saída pélvica. Se a paciente já optou por parir nessa posição e a distocia ocorreu, a sequência lógica é manter a posição e associar a pressão suprapúbica. A pressão suprapúbica (manobra de Rubin I) tem o objetivo de aduzir o ombro fetal, reduzindo seu diâmetro biacromial e deslocando-o de trás da sínfise púbica.

Alternativa (d) Incorreta. A episiotomia não resolve a distocia de ombros, pois o problema é uma obstrução óssea, não de tecidos moles. Ela pode ser realizada apenas para facilitar o acesso das mãos do obstetra para manobras internas. A extração do braço posterior é uma manobra interna avançada e não deve ser a primeira medida antes de tentar manobras externas mais simples e menos invasivas.

Alternativa (e) Incorreta. A manobra de Zavanelli consiste em reposicionar a cabeça fetal para dentro do canal de parto e proceder à realização de uma cesariana de emergência. É considerada uma manobra de último recurso, utilizada apenas quando todas as outras tentativas de resolução por via vaginal falharam, devido à sua alta taxa de morbimortalidade materna e fetal.

Em resumo, a conduta correta na distocia de ombros segue algoritmos como o HELPERR. Quando a paciente já está em quatro apoios, utiliza-se o benefício dessa posição somado à pressão suprapúbica para tentar liberar o ombro impactado de forma rápida e segura.

---

## Questão 62

Análise do caso clínico: A paciente apresenta um quadro clássico de Depressão Pós-Parto (DPP). É fundamental diferenciar esta condição da Disforia Puerperal (Baby Blues), que é um quadro leve, transitório, que surge nos primeiros dias após o parto e regride espontaneamente em até duas semanas. No caso descrito, a paciente está na sétima semana pós-parto, com sintomas persistentes há um mês, prejuízo funcional importante (dificuldade em cuidar do recém-nascido) e uma pontuação de 17 na Escala de Edimburgo (EPDS), em que valores acima de 12 ou 13 já sugerem depressão moderada a grave.

Alternativa a: Incorreta. A observação expectante seria indicada se o quadro fosse de Baby Blues. Como há prejuízo funcional e os sintomas persistem além das duas primeiras semanas pós-parto, o diagnóstico é de depressão, exigindo intervenção ativa para evitar o agravamento do quadro e prejuízos ao binômio mãe-filho.

Alternativa b: Incorreta. Embora a psicoterapia seja uma ferramenta essencial e possa ser usada isoladamente em casos muito leves, o quadro descrito apresenta

gravidade moderada (EPDS 17 e dificuldade relevante nos cuidados básicos). Nesses casos, a introdução de farmacoterapia costuma ser necessária para uma remissão mais rápida e eficaz dos sintomas.

Alternativa c: Correta. Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) são a primeira linha de tratamento para a depressão pós-parto. Medicamentos como a sertralina são frequentemente escolhidos por possuírem baixo nível de excreção no leite materno, sendo seguros para a amamentação. A associação com a psicoterapia é a conduta padrão-ouro, potencializando os resultados terapêuticos.

Alternativa d: Incorreta. O carbonato de lítio é um estabilizador de humor indicado para o Transtorno Afetivo Bipolar ou como potencializador em depressões refratárias. A paciente não apresenta histórico ou sintomas de mania ou hipomania que justifiquem o uso de lítio como primeira escolha. Além disso, o lítio requer monitoramento rigoroso e possui maiores restrições durante a amamentação.

Alternativa e: Incorreta. A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento seguro e eficaz, porém é reservado para situações de maior gravidade, como depressão com sintomas psicóticos, risco iminente de suicídio ou infanticídio, catatonia, ou quando há resistência a múltiplos tratamentos medicamentosos. O exame do estado mental da paciente não indica tais urgências no momento.

---

### Questão 63

Para responder a esta questão, é fundamental compreender o conceito de assinclitismo, que se refere à inclinação lateral da cabeça fetal em relação aos planos da bacia materna durante o processo de insinuação.

No sinclitismo, a sutura sagital encontra-se equidistante do púbis e do promontório sacral. Quando ocorre um desvio lateral, temos o assinclitismo, também chamado de obliquidade.

Análise do enunciado e das imagens:

O enunciado afirma que a sutura sagital está deslocada em direção ao púbis. Nas imagens apresentadas, especialmente no esquema anatômico e na ultrassonografia intraparto (imagens C e D), observa-se que a linha média fetal (sutura sagital) não está centralizada, mas sim desviada anteriormente, aproximando-se da sínfise púbica. Quando a sutura sagital se aproxima do púbis, o osso parietal que desce primeiro e se torna o ponto apresentador é o parietal posterior. Esse quadro clínico é definido como Obliquidade de Litzmann ou assinclitismo posterior.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Obliquidade de Naegele (assinclitismo anterior) ocorre quando a sutura sagital se desloca em direção ao sacro, fazendo com que o parietal anterior seja o ponto apresentador. O enunciado descreve o oposto.

b) Correta. A Obliquidade de Litzmann caracteriza-se exatamente pelo deslocamento da sutura sagital em direção à sínfise púbica, resultando na apresentação do parietal posterior. É o que as imagens e o texto descrevem.

c) Incorreta. No sinclitismo, a sutura sagital estaria centralizada, guardando a mesma distância entre o sacro e o púbis, sem inclinação lateral da cabeça.

d) Incorreta. A deflexão de primeiro grau (bregma) refere-se à atitude fetal (grau de flexão da cabeça) e não à inclinação lateral (assinclitismo). Na deflexão grau I, o ponto de referência é o bregma, mas a sutura sagital estaria centralizada se não houvesse assinclitismo associado.

e) Incorreta. A deflexão de segundo grau (naso ou frente) também é uma alteração de atitude. O ponto de referência é a glabella ou o nariz. Não guarda relação direta com o deslocamento lateral da sutura sagital em direção ao púbis mencionado.

Conclusão:

A associação entre o deslocamento da sutura sagital para o púbis e a apresentação do parietal posterior define o assinclitismo posterior, tecnicamente denominado Obliquidade de Litzmann.

---

## Questão 64

Esta questão aborda as diretrizes de antibioticoprofilaxia em cirurgias obstétricas. O ponto principal é diferenciar a profilaxia para infecção do sítio cirúrgico materno da profilaxia para prevenção de transmissão vertical do *Streptococcus agalactiae* (GBS).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Mesmo em casos de bolsa íntegra e fora de trabalho de parto, a cesariana é classificada como uma cirurgia limpa-contaminada. A abertura da cavidade uterina e a incisão da pele representam riscos para infecções como endometrite e infecção da ferida operatória. Portanto, a profilaxia antibiótica é indicada para todas as gestantes submetidas à cesariana.

Alternativa b) Incorreta. A cultura negativa para *Streptococcus agalactiae* (GBS) significa que não há indicação de profilaxia para prevenir a sepse neonatal precoce.

No entanto, a antibioticoprofilaxia cirúrgica visa proteger a mãe contra a flora cutânea e vaginal (como *Staphylococcus* e germes gram-negativos) durante o procedimento, sendo independente do status da cultura para GBS.

Alternativa c) Correta. De acordo com as recomendações da FEBRASGO, ACOG e OMS, a antibioticoprofilaxia deve ser realizada em toda cesariana com uma dose de cefalosporina de primeira geração (geralmente 1 g ou 2 g de cefazolina). O momento ideal de administração é entre 30 e 60 minutos antes da incisão cutânea, garantindo que o antibiótico atinja níveis teciduais adequados no momento em que a cirurgia começa.

Alternativa d) Incorreta. A administração logo após a incisão não é o tempo ideal. O objetivo da profilaxia é que o fármaco já esteja presente no tecido no momento da agressão cirúrgica e da potencial contaminação bacteriana.

Alternativa e) Incorreta. Historicamente, o antibiótico era administrado apenas após o clampeamento do cordão para evitar que a medicação chegasse ao feto. Contudo, estudos robustos demonstraram que a administração antes da incisão reduz significativamente as taxas de infecção materna sem causar prejuízos ao recém-nascido ou mascarar quadros de sepse neonatal. Por isso, a recomendação antiga de esperar o clampeamento foi abandonada.

---

## Questão 65

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito apresenta uma emergência obstétrica clássica: o prolapso de cordão umbilical. Os sinais patognomônicos são a ruptura espontânea da bolsa seguida imediatamente por bradicardia fetal sustentada (70 bpm) e a palpação de uma estrutura pulsátil (cordão umbilical) à frente da apresentação fetal. O fato de a apresentação estar alta favorece a passagem do cordão pelo canal de parto no momento da drenagem do líquido amniótico.

**DIAGNÓSTICO:** Prolapso de cordão umbilical.

### POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

O prolapso de cordão é uma emergência que exige o nascimento imediato para evitar a hipóxia fetal grave e a morte. Enquanto a equipe se prepara para a cesariana de emergência, o objetivo principal é aliviar a compressão do cordão entre a apresentação fetal e a pelve materna. A conduta padrão-ouro inclui:

1. Elevar manualmente a apresentação fetal por meio do toque vaginal, mantendo a mão no canal de parto até o momento da incisão uterina na cesariana.

2. Colocar a paciente em posições que usem a gravidade para afastar o feto da pelve, como a posição genupeitoral ou a posição de Trendelenburg.
3. Indicar a cesariana imediata, já que a apresentação está alta e não há condições para um parto vaginal iminente.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

- a) A reintrodução do cordão no útero (manobra de redução) não é recomendada. Além de ser tecnicamente difícil e raramente bem-sucedida, a manipulação excessiva do cordão pode causar espasmos das artérias umbilicais, piorando o sofrimento fetal. O tempo perdido tentando essa manobra aumenta o risco de sequelas neurológicas ou óbito.
- b) A amnioinfusão profilática é utilizada em casos de oligodrâmnio para reduzir desacelerações variáveis causadas por compressões funiculares leves ao longo do trabalho de parto. No prolapso agudo com bradicardia sustentada, não há tempo nem indicação para este procedimento.
- c) O uso de ocitocina é contraindicado nesta situação. Aumentar a frequência e a intensidade das contrações uterinas servirá apenas para comprimir ainda mais o cordão contra a apresentação fetal, agravando a interrupção do fluxo sanguíneo para o feto.
- d) O parto vaginal instrumental (fórceps ou vácuo-extrator) só poderia ser considerado se a paciente tivesse dilatação cervical total e o feto estivesse em planos baixos da pelve (estação de DeLee positiva). A questão deixa claro que a apresentação está alta, o que contraindica o uso de instrumentos e torna a cesariana a via mais rápida e segura para o nascimento.

---

#### Questão 66

O caso clínico descreve uma gestante de 17 semanas com diagnóstico de óbito fetal (abortamento tardio, pois ocorre entre 12 e 20/22 semanas). A paciente está hemodinamicamente estável e possui colo uterino fechado. O ponto central para definir a conduta em abortamentos é a idade gestacional.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta expectante pode ser adotada em abortamentos precoces e incompletos, mas não é a primeira escolha em um óbito fetal de 17 semanas. Não existe "absorção fetal" nessa idade gestacional, pois o feto já apresenta formação óssea e tecidos diferenciados. Além disso, a retenção

prolongada do feto morto aumenta o risco de distúrbios de coagulação, como a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).

Alternativa b) Incorreta. A curetagem uterina como conduta inicial em gestações acima de 12 semanas é contraindicada devido ao elevado risco de complicações, como perfuração uterina, hemorragia e esvaziamento incompleto. O feto de 17 semanas possui volume e calcificação que impedem a retirada segura por curetagem sem antes haver a dilatação cervical e a expulsão fetal.

Alternativa c) Incorreta. A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é a técnica de escolha para o esvaziamento uterino em gestações de primeiro trimestre (até 12 semanas). Em uma gestação de 17 semanas, os segmentos fetais são grandes demais para passarem pelas cânulas de aspiração, tornando o procedimento tecnicamente inviável e perigoso como conduta primária.

Alternativa d) Correta. Em gestações acima de 12 semanas com feto morto e colo fechado, a conduta padrão é a indução do esvaziamento uterino por meio de métodos farmacológicos. O misoprostol (análogo da prostaglandina E1) é utilizado para promover o amadurecimento cervical e desencadear contrações uterinas, levando à expulsão do feto. Após a expulsão fetal, se houver retenção placentária, pode-se proceder à revisão da cavidade uterina (curetagem ou aspiração).

Alternativa e) Incorreta. A microcesariana (histerotomia abdominal) é um procedimento de exceção, reservado para casos em que a indução medicamentosa falha repetidamente ou quando há contraindicações absolutas ao parto vaginal, o que não é o caso da paciente, que está estável e sem histórico de múltiplas cirurgias uterinas que impeçam o uso de medicação.

---

### Questão 67

A resposta correta é a alternativa E.

Para interpretar corretamente o seguimento da sífilis, especialmente durante a gestação, é fundamental compreender a diferença entre os testes treponêmicos e os não treponêmicos, além dos critérios de resposta ao tratamento.

O VDRL é um teste não treponêmico utilizado tanto para o diagnóstico quanto para o controle de cura. O sucesso do tratamento é definido pela queda dos títulos em pelo menos duas diluições (o que equivale a uma redução de quatro vezes no valor numérico) em um período de 3 a 6 meses. No caso apresentado, a paciente iniciou com 1:64. Uma queda de duas diluições levaria o título para 1:16 (1:64 para 1:32 e 1:32 para 1:16). Como a paciente atingiu 1:16 em três meses e continuou caindo

para 1:8 no sexto mês, a resposta ao tratamento é considerada adequada.

Alternativa A: Incorreta. O FTA-ABS é um teste treponêmico. Na grande maioria dos casos, uma vez que o teste treponêmico se torna positivo, ele permanece assim pelo resto da vida do indivíduo, mesmo após o tratamento eficaz. Isso é chamado de cicatriz sorológica. Portanto, a não negatificação do FTA-ABS não indica ineficácia do tratamento.

Alternativa B: Incorreta. A reinfecção seria suspeitada se houvesse um aumento dos títulos do VDRL em duas diluições ou mais (por exemplo, se o título subisse de 1:8 para 1:32) após o tratamento. A persistência de títulos baixos (como 1:8 ou 1:4) sem aumento não caracteriza reinfecção, mas sim a lenta queda ou estabilização dos anticorpos.

Alternativa C: Incorreta. Não é necessário que o VDRL chegue a zero ou se torne "não reagente" para considerar o tratamento eficaz. Muitos pacientes mantêm títulos baixos de VDRL por longos períodos ou para sempre, o que também faz parte da cicatriz sorológica. O critério de sucesso é a queda de duas diluições, o que já ocorreu nesta paciente.

Alternativa D: Incorreta. O FTA-ABS não deve ser utilizado para controle de cura, pois ele não quantifica a resposta ao tratamento e costuma permanecer positivo indefinidamente. O VDRL é o exame de escolha para o monitoramento, pois seus títulos flutuam conforme a atividade da doença e a resposta terapêutica.

Alternativa E: Correta. A redução observada (de 1:64 para 1:8) representa uma queda de três diluições, superando o critério mínimo de duas diluições exigido pelos protocolos clínicos. Isso demonstra que a penicilina benzatina foi eficaz e que a gestante está respondendo conforme o esperado ao tratamento.

---

### Questão 68

O HTLV-1 e o HTLV-2 são retrovírus que podem causar patologias graves a longo prazo, como a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) e a paraparesia espástica tropical (PET). A principal via de transmissão vertical desses vírus é o aleitamento materno, por meio da passagem de linfócitos infectados pelo leite.

Análise das alternativas:

a) Correta. No Brasil, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, a infecção por HTLV-1 ou HTLV-2 é uma contraindicação absoluta ao aleitamento materno. A taxa de transmissão vertical pelo leite materno é alta (estimada entre 15% e 25%), e a

suspensão da amamentação é a medida preventiva mais eficaz para interromper essa cadeia. Deve-se realizar a inibição da lactação (farmacológica ou mecânica) logo após o parto e garantir a substituição por fórmula infantil.

b) Incorreta. O aleitamento materno não é recomendado, independentemente da duração, para mães HTLV-positivas. Diferente de outras situações, quanto maior o tempo de exposição ao leite materno, maior o risco de transmissão do vírus para a criança.

c) Incorreta. O aleitamento misto (leite materno + fórmula) não reduz o risco de transmissão de forma satisfatória, pois a presença de linfócitos infectados no leite materno continua sendo um veículo de contágio, independentemente da complementação.

d) Incorreta. Embora uma carga viral materna elevada esteja associada a um risco maior de transmissão, a recomendação de evitar a amamentação é universal para todas as pacientes soropositivas para HTLV, independentemente dos níveis da carga viral ou do subtipo do vírus.

e) Incorreta. A amamentação cruzada (leite de outra mulher diretamente no peito) é formalmente contraindicada pelo Ministério da Saúde em qualquer circunstância no Brasil, devido ao risco de transmissão de diversas doenças infecciosas (como HIV, hepatites e o próprio HTLV), além da dificuldade de garantir o controle sorológico rigoroso da nutriz.

---

## Questão 69

### DIAGNÓSTICO E CONDUTA NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

A paciente apresenta diagnóstico de DMG estabelecido pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75 g) realizado na 29ª semana. Segundo os critérios da FEBRASGO e da Sociedade Brasileira de Diabetes, o diagnóstico é confirmado quando pelo menos um dos valores do teste está alterado: jejum maior ou igual a 92 mg/dL, 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL ou 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. No caso em questão, o valor de 1 hora foi de 185 mg/dL, confirmando a patologia.

Após o diagnóstico, a conduta inicial é o tratamento não farmacológico (dieta fracionada e atividade física) com monitorização glicêmica capilar por 1 a 2 semanas. As metas recomendadas para o controle são: jejum menor que 95 mg/dL, 1 hora pós-prandial menor que 140 mg/dL ou 2 horas pós-prandiais menor que 120 mg/dL.

A paciente apresenta valores de jejum (102-108 mg/dL) e de 2 horas pós-prandiais

(135-148 mg/dL) persistentemente acima das metas, o que caracteriza falha do tratamento conservador e indica a necessidade de terapia farmacológica.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. Não se repete o TOTG após um resultado alterado. O diagnóstico já está firmado e o teste não serve para seguimento ou controle do tratamento.

b) INCORRETA. A paciente já iniciou o plano alimentar e, ainda assim, mantém níveis glicêmicos significativamente elevados. Insistir apenas na intensificação da dieta nesse cenário retarda o controle glicêmico adequado, aumentando o risco de complicações como macrosomia fetal e pré-eclâmpsia.

c) INCORRETA. O exercício físico é um pilar do tratamento, mas os níveis atuais de glicemia de jejum e pós-prandiais estão muito distantes do alvo. A atividade física isolada não será suficiente para normalizar esses parâmetros, sendo obrigatória a introdução de medicação.

d) INCORRETA. A pioglitazona pertence à classe das tiazolidinedionas e seu uso é contraindicado durante a gestação devido à falta de estudos de segurança e potenciais riscos ao feto.

e) CORRETA. A insulina é o tratamento farmacológico de escolha e o padrão-ouro no diabetes gestacional quando as metas glicêmicas não são atingidas com dieta e exercícios em até duas semanas. Como a paciente apresenta hiperglicemia tanto em jejum quanto no período pós-prandial, a insulino terapia deve ser iniciada prontamente para garantir a euglicemia e reduzir riscos perinatais.

---

### Questão 70

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E DA IMAGEM

A paciente de 22 anos apresenta sintomas clássicos de tireotoxicose: emagrecimento, sudorese, palpitações, taquicardia e hipertensão. O sangramento vaginal irregular e o útero aumentado sugerem uma complicação gestacional. A imagem de ultrassonografia obstétrica é patognomônica, revelando uma massa intrauterina com múltiplas áreas anecoicas de permeio, conferindo o aspecto de tempestade de neve ou favo de mel. Este achado é típico da Mola Hidatidiforme (Doença Trofoblástica Gestacional).

O elo entre os sintomas tireoidianos e a gestação molar é o hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG). O hCG e o hormônio estimulador da tireoide (TSH) compartilham uma subunidade alfa idêntica e possuem subunidades beta com

grande semelhança estrutural. Devido a essa analogia, em estados onde o hCG atinge níveis muito elevados (como na gravidez molar ou em gestações múltiplas), ele exerce uma atividade agonista fraca nos receptores de TSH na glândula tireoide, estimulando a produção e liberação de T3 e T4.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. No quadro de hipertireoidismo, a hipófise encontra-se suprimida pelo feedback negativo dos hormônios tireoidianos (T3 e T4) elevados. Não há estimulação direta da hipófise para produzir esses hormônios; a estimulação ocorre diretamente na glândula tireoide via receptor de TSH, mas desencadeada pelo hCG.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente o mecanismo fisiopatológico. Os níveis maciços de hCG produzidos pelo tecido trofoblástico doente estimulam os receptores de TSH na tireoide, resultando no quadro clínico de hipertireoidismo observado.

Alternativa c: Incorreta. Mutações germinativas do receptor de TSH estão associadas ao hipertireoidismo familiar não autoimune. É uma condição genética hereditária que se manifesta habitualmente com bócio e não explica o achado de útero aumentado com imagem de mola hidatidiforme.

Alternativa d: Incorreta. A formação de autoanticorpos estimuladores do receptor de TSH (TRAb) é o mecanismo da Doença de Graves. Embora a Doença de Graves seja a causa mais comum de hipertireoidismo em mulheres jovens, o caso clínico apresenta uma correlação direta com uma patologia uterina evidenciada pela ultrassonografia, o que direciona para a etiologia gestacional.

Alternativa e: Incorreta. A degeneração nodular tóxica (Bócio Multinodular Tóxico ou Doença de Plummer) é uma causa de hipertireoidismo mais prevalente em pacientes idosos e com bócio de longa data. Não apresenta relação fisiopatológica com a gestação ou com a doença trofoblástica.

---

#### Questão 71

A alternativa correta é a letra (b).

Esta paciente apresenta dois desafios principais para a escolha do método contraceptivo: o uso de efavirenz e o quadro de sangramento menstrual abundante. O efavirenz é um antirretroviral que atua como indutor das enzimas do citocromo P450 no fígado, o que acelera o metabolismo de hormônios esteroides sistêmicos,

reduzindo a eficácia de diversos métodos contraceptivos hormonais. Além disso, ela deseja um método de longa duração (LARC) que controle o fluxo menstrual.

Por que a alternativa (b) está correta: O DIU de levonorgestrel (SIU-LNG) é um método de longa duração com altíssima eficácia. Sua principal vantagem neste caso é a ação predominantemente local, com liberação de baixas doses de progestagênio diretamente na cavidade uterina. Isso minimiza a interferência do metabolismo hepático induzido pelo efavirenz, mantendo a segurança contraceptiva. Além disso, o SIU-LNG é o padrão-ouro no tratamento do sangramento menstrual abundante, pois promove a atrofia endometrial, reduzindo drasticamente o fluxo e podendo levar à amenorreia.

Análise das alternativas incorretas:

a) O implante de etonogestrel é um método de longa duração e alta eficácia, porém é um método sistêmico. Estudos demonstram que o uso concomitante de efavirenz reduz significativamente as concentrações séricas do etonogestrel, o que aumenta o risco de falha do método. Portanto, não é a melhor opção quando se busca o mínimo de interações.

c) O contraceptivo oral combinado de baixa dose não atende ao desejo de um método de longa duração. Além disso, o efavirenz reduz a eficácia tanto do componente estrogênico quanto do progestagênico por indução enzimática, tornando o método pouco confiável para esta paciente.

d) A pílula só de progestagênio contínua não é um método de longa duração e sua eficácia depende da adesão rigorosa à tomada diária. Assim como os combinados, sua eficácia é prejudicada pela interação medicamentosa com o efavirenz. Frequentemente, as pílulas de progestagênio isolado causam sangramentos irregulares (escape), o que não atende ao objetivo de melhorar o padrão de sangramento de forma previsível.

e) O acetato de medroxiprogesterona intramuscular (injetável trimestral) possui duração de 12 semanas, o que o torna um método de duração intermediária, e não um LARC de anos como o DIU ou o implante. Embora sua eficácia seja menos afetada pelo efavirenz devido à alta carga hormonal administrada, ele pode causar irregularidade menstrual inicial e ganho de peso, sendo inferior ao DIU de levonorgestrel no controle específico do sangramento menstrual abundante e na conveniência de uso a longo prazo.

## Questão 72

A questão aborda as novas diretrizes e protocolos de rastreamento do câncer de colo uterino baseados no teste de DNA para HPV, que estão sendo integrados às recomendações do Ministério da Saúde. O ponto central é definir a conduta de triagem quando o teste primário é positivo para tipos de alto risco, mas não para os genótipos de maior potencial oncogênico (16 e 18).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento a cada 5 anos com DNA de HPV é a conduta indicada para pacientes com resultado negativo no teste inicial. Como a paciente testou positivo para um painel de HPV de alto risco, ela não pode retornar à rotina sem antes passar por uma triagem para identificar a presença de lesões citológicas.

Alternativa b) Incorreta. O seguimento semestral não é a conduta preconizada para a triagem inicial de um teste de HPV positivo. Os protocolos de repetição em curto prazo (geralmente 12 meses) só ocorrem após uma citologia de triagem negativa. Além disso, o objetivo inicial é definir se há necessidade de colposcopia imediata.

Alternativa c) Correta. Nos protocolos de rastreamento primário com DNA de HPV, a estratégia de triagem depende do genótipo encontrado. Se o teste for positivo para HPV 16 ou 18, a paciente deve ser encaminhada diretamente para colposcopia. Se o teste for positivo para outros tipos de alto risco (o "painel estendido" citado na questão), a conduta correta é realizar a citologia reflexa. Se a citologia apresentar qualquer alteração (a partir de ASC-US), a paciente segue para colposcopia; se for negativa, a paciente repete o teste de DNA de HPV em 12 meses.

Alternativa d) Incorreta. O encaminhamento direto para colposcopia estaria indicado se a paciente estivesse infectada pelos tipos 16 ou 18, que conferem um risco muito maior de lesão de alto grau imediata. Para os demais tipos de alto risco, a citologia serve como um filtro para evitar colposcopias desnecessárias, já que muitas dessas infecções são transitórias e não geram lesões precursoras.

Alternativa e) Incorreta. A conização é um procedimento terapêutico ou diagnóstico avançado, indicado para casos de lesões histológicas de alto grau confirmadas ou suspeita de invasão. Jamais deve ser realizada apenas com base em um teste de rastreamento positivo, sem avaliação colposcópica e biópsia prévia.

### Questão 73

QUESTÃO: Mulher de 27 anos, G1P0, usuária de DIU de cobre há 2 anos, procura a emergência relatando atraso menstrual de 6 semanas, náuseas e mamas doloridas. Ao exame especular, observa-se colo íntegro, com fio do DIU visível no orifício externo. O teste rápido de gravidez é positivo. A conduta diagnóstica imediata é:

ALTERNATIVA CORRETA: (a) solicitar ultrassonografia transvaginal para confirmar a localização da gestação.

EXPLICAÇÃO:

O cenário clínico descreve uma falha do método contraceptivo (DIU de cobre). Diante de uma gestação em usuária de DIU, a primeira e mais importante preocupação médica é a localização da gravidez. Embora o DIU não cause gravidez ectópica, se o método falha, a probabilidade de a gestação ser ectópica é proporcionalmente maior do que na população geral.

JUSTIFICATIVA DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: A ultrassonografia transvaginal é o exame de escolha inicial. Ela cumpre três objetivos fundamentais: 1) Confirmar se a gestação é intrauterina ou ectópica; 2) Avaliar a viabilidade da gestação (presença de saco gestacional, vesícula vitelínica ou embrião com batimentos cardíacos); 3) Localizar a posição do DIU em relação ao saco gestacional, o que orientará a decisão de retirá-lo ou não.

Alternativa (b) INCORRETA: A presença do fio visível facilita uma eventual retirada do DIU, mas não é garantia de que a gestação seja intrauterina nem de que seja viável. O fato de o fio estar no lugar não exclui a possibilidade de uma gravidez nas trompas (ectópica).

Alternativa (c) INCORRETA: A radiografia de abdômen utiliza radiação ionizante, que é teratogênica e contraindicada na gestação, especialmente no primeiro trimestre. Além disso, o raio X localiza o metal do DIU, mas não consegue visualizar o saco gestacional nem confirmar a viabilidade da gravidez.

Alternativa (d) INCORRETA: A histeroscopia é um exame invasivo que envolve a distensão da cavidade uterina. Realizá-la em uma gestação inicial confirmada causaria, quase invariavelmente, o abortamento. A avaliação da posição do DIU deve ser feita de forma não invasiva por ultrassom.

Alternativa (e) INCORRETA: O uso de progesterona é uma medida terapêutica e não

diagnóstica. Não há indicação de prescrever hormônios sem antes saber onde a gestação está localizada. Se a gestação for ectópica, o atraso no diagnóstico por apenas "seguir a gestação" pode levar à ruptura tubária e hemorragia grave.

### Questão 74

Diagnóstico Clínico: O quadro clínico apresentado pela paciente é típico de Tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Os sinais clínicos clássicos descritos são o corrimento amarelado e bolhoso, o odor desagradável e a colpíte macular, também conhecida como colo em morango ou em framboesa, que ocorre devido a micro-hemorragias na mucosa cervical.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve as clue cells (células-alvo ou células em alvo), que são células epiteliais com bordos imprecisos devido à presença de bactérias aderidas. Este é o achado laboratorial patognomônico da Vaginose Bacteriana, e não da Tricomoníase.

Alternativa b) Incorreta. Hifas, pseudo-hifas e brotamentos (leveduras) são achados microscópicos encontrados na Candidíase Vaginal. O corrimento da candidíase é geralmente branco, grumoso (aspecto de queijo cottage) e não apresenta o aspecto bolhoso ou o sinal do colo em morango.

Alternativa c) Correta. O agente etiológico da Tricomoníase é o *Trichomonas vaginalis*, um protozoário unicelular flagelado. Na análise a fresco de secreção vaginal com soro fisiológico, o diagnóstico é confirmado pela visualização direta do parasita, que se apresenta como uma estrutura celular móvel, piriforme (em formato de pera) e com flagelos ativos.

Alternativa d) Incorreta. A presença predominante de lactobacilos e bacilos Gram-positivos longos (bacilos de Döderlein) indica uma microbiota vaginal normal e equilibrada. Na Tricomoníase, o pH vaginal eleva-se (geralmente acima de 4,5), favorecendo o crescimento do patógeno e reduzindo a população de lactobacilos.

Alternativa e) Incorreta. A Tricomoníase é uma vaginite infecciosa que gera uma resposta inflamatória intensa. Por esse motivo, o exame microscópico da secreção costuma revelar um número elevado de leucócitos. A ausência de leucócitos seria esperada na Vaginose Bacteriana, que é uma alteração da flora sem caráter inflamatório sistêmico na mucosa.

Gabarito: Alternativa C.

### Questão 75

Para resolver esta questão, devemos analisar os marcos do desenvolvimento puberal e os achados do exame físico e de imagem. A paciente apresenta amenorreia primária (ausência de menstruação aos 17 anos), mas possui caracteres sexuais secundários presentes: o desenvolvimento mamário indica produção de estrogênio pelos ovários (eixo hipotálamo-hipófise-ovário funcional) e a presença de pelos pubianos normais indica ação de androgênios.

O ponto crucial é o achado ultrassonográfico: útero ausente com ovários normais. Isso restringe o diagnóstico diferencial a anomalias dos ductos de Müller ou distúrbios de diferenciação sexual.

Análise das alternativas:

a) Correta. A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (ou agenesia mülleriana) é caracterizada pela falha no desenvolvimento dos ductos de Müller, resultando em ausência ou hipoplasia grave do útero e dos dois terços superiores da vagina. Como os ovários têm origem embrionária distinta (cristas gonadais), eles são normais e funcionantes, o que explica o desenvolvimento das mamas e a presença de pelos. O cariótipo é 46,XX.

b) Incorreta. A Síndrome de Turner (45,X) cursa tipicamente com disgenesia gonadal (ovários em fita). Sem ovários funcionais, não haveria produção de estrogênio, resultando em ausência de desenvolvimento mamário (infantilismo sexual). Além disso, o útero estaria presente, embora pudesse ser infantil.

c) Incorreta. A hiperprolactinemia geralmente causa amenorreia secundária e galactorreia. Se fosse causa de amenorreia primária, seria por interferência no eixo hormonal, mas o útero estaria presente na ultrassonografia.

d) Incorreta. Na insuficiência ovariana prematura, há falência dos ovários antes dos 40 anos. Se ocorresse antes da puberdade, a paciente não teria desenvolvimento mamário devido ao hipoestrogenismo. Em qualquer caso, o útero estaria presente ao exame de imagem.

e) Incorreta. A Síndrome de Asherman refere-se a sinéquias (cicatrizes) dentro da cavidade uterina, geralmente após procedimentos como curetagens. É uma causa de amenorreia secundária. O útero estaria presente, embora com a cavidade obliterada.

Resumo: Diante de amenorreia primária com mamas presentes (estrogênio ok), pelos presentes (androgênios ok) e ausência de útero no exame de imagem, o diagnóstico é Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Se os pelos fossem ausentes/escassos, o diagnóstico diferencial principal seria a Síndrome de Insensibilidade Androgênica (Morris), na qual os testículos estão presentes (em vez de ovários) e o cariótipo é 46,XY.

### Questão 76

A paciente apresenta um quadro clínico clássico que exige a diferenciação entre uma patologia biliar e uma complicação de infecção sexualmente transmissível. Os pontos-chave para o diagnóstico são: paciente jovem, dor no hipocôndrio direito, presença de febre, corrimento vaginal purulento e dor à mobilização do colo uterino (Sinal de Chandelier), com exames de imagem da vesícula biliar normais.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. Embora a dor no hipocôndrio direito com irradiação para o ombro seja sugestiva de colecistite, o exame de ultrassonografia descartou a presença de cálculos e espessamento da parede da vesícula. Além disso, a colecistite não explica o corrimento vaginal purulento nem a dor à mobilização do colo uterino.

Alternativa b: Incorreta. A hepatite viral aguda pode causar dor no hipocôndrio direito devido à distensão da cápsula de Glisson, mas geralmente vem acompanhada de icterícia, colúria, acolia fecal e sintomas prodrômicos (mal-estar, náuseas). Os achados ginecológicos descritos não possuem relação com as hepatites virais.

Alternativa c: Correta. A Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é uma peri-hepatite que ocorre como complicação da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A infecção, geralmente causada por *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*, ascende da pelve através das goteiras paracólicas até a cápsula hepática. Isso gera inflamação da cápsula de Glisson e, posteriormente, formação de aderências fibrosas ("em cordas de violino") entre o fígado e a parede abdominal. O quadro mimetiza uma colecistite (dor no hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo), mas o diagnóstico é selado pela presença de sinais de DIP.

Alternativa d: Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se com dor epigástrica de início súbito, geralmente irradiada para o dorso em faixa, associada a vômitos. Não há associação clínica entre pancreatite e corrimento vaginal ou dor à mobilização cervical.

Alternativa e: Incorreta. O abscesso hepático amebiano costuma causar dor no

hipocôndrio direito e febre, mas seria obrigatoriamente visualizado na ultrassonografia como uma lesão focal (coleção) no parênquima hepático. A epidemiologia e os sintomas ginecológicos da paciente também não corroboram este diagnóstico.

### **Questão 77**

Esta questão aborda o manejo inicial de uma vítima de violência sexual, um tema recorrente e fundamental em provas de residência e na prática médica. O atendimento deve ser multiprofissional, humanizado e imediato, focando na prevenção de agravos à saúde física e mental.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acompanhamento psicológico é essencial e deve ser iniciado o quanto antes; porém, limitar o atendimento apenas a isso é insuficiente e negligente. É obrigação do médico realizar a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e da gravidez indesejada dentro das janelas de oportunidade.

b) Incorreta. A profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV e outras ISTs deve ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 a 72 horas após a agressão. Aguardar resultados de exames sorológicos pode causar um atraso crítico que compromete a eficácia das medicações. A conduta é baseada no risco da exposição, e não na confirmação prévia de infecção.

c) Correta. Esta é a conduta padrão preconizada pelo Ministério da Saúde. O atendimento imediato (em até 72 horas, podendo a anticoncepção de emergência ser feita em até 5 dias, embora com menor eficácia) deve incluir:

1. Profilaxia para HIV (antirretrovirais);
2. Profilaxia para ISTs não virais (geralmente com ceftriaxona, azitromicina e penicilina benzatina para cobrir gonorreia, clamídia e sífilis);
3. Imunização ou reforço para hepatite B;
4. Anticoncepção de emergência (levonorgestrel), já que a paciente está em período fértil (20º dia do ciclo) e não usa métodos contraceptivos;
5. Apoio psicológico e social.

d) Incorreta. A curetagem uterina é um procedimento cirúrgico para esvaziamento do útero em casos de abortamento ou patologias endometriais. Não existe indicação de curetagem para prevenir uma gestação que ainda nem se instalou. A prevenção de gravidez após estupro é feita por meios farmacológicos (anticoncepção de emergência).

e) Incorreta. O uso de anticoncepcional oral combinado por 3 meses não é o esquema indicado para a anticoncepção de emergência. Para evitar a gravidez após a relação desprotegida, utiliza-se o levonorgestrel (dose única de 1,5 mg ou duas doses de 0,75 mg) o mais rápido possível. O tratamento prolongado com pílulas comuns não tem o efeito agudo necessário para impedir a ovulação ou a fecundação no contexto do abuso.

### Questão 78

A questão aborda os conceitos fundamentais de segurança do paciente, especificamente a classificação de incidentes e eventos adversos. O caso descreve um erro gravíssimo: a realização de um procedimento cirúrgico errado (histerectomia em vez de cesariana) devido a uma falha nos protocolos de conferência (checagem pré-operatória), resultando em dano irreversível (perda do útero em paciente jovem).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Uma complicação inevitável é aquela que ocorre mesmo quando todas as medidas preventivas e técnicas adequadas são seguidas (ex.: uma reação alérgica imprevisível a um medicamento corretamente indicado). O caso descreve uma falha de processo (erro de checagem), tornando o evento evitável.

b) Incorreta. O termo "acidente" é genérico e não faz parte da taxonomia oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) para segurança do paciente, que prefere termos como incidente, evento adverso e quase-erro.

c) Incorreta. Embora toda falha que gera dano ao paciente seja, tecnicamente, um evento adverso, a questão busca a classificação mais específica e grave para o caso. Quando o evento adverso resulta em morte ou perda funcional/anatômica permanente (como a retirada de um órgão por erro), ele recebe uma denominação especial.

d) Correta. Um Evento Sentinela é um tipo de evento adverso grave que resulta em morte, dano físico ou psicológico grave, ou perda funcional permanente e irreversível que não esteja relacionada ao curso natural da doença do paciente. Erros de troca de procedimento ou cirurgia em local errado são exemplos clássicos de eventos sentinela. Eles recebem esse nome porque "acendem um sinal de alerta" (sentinela) sobre falhas críticas nos processos de segurança da instituição, exigindo investigação imediata.

e) Incorreta. O quase-erro (near-miss) ocorre quando um erro é cometido, mas é detectado e interrompido antes de atingir o paciente. Exemplo: o cirurgião percebe o

erro no prontuário antes de iniciar a incisão da histerectomia. No caso relatado, o erro atingiu a paciente e causou dano, logo não é um quase-erro.

### Questão 79

A paciente em questão apresenta um quadro de Sangramento Uterino Anormal (SUA) na perimenopausa (49 anos), associado a fatores de risco críticos para patologias endometriais, como obesidade (IMC 36) e diabetes mellitus. A obesidade promove a conversão periférica de androgênios em estrona no tecido adiposo, resultando em um estado de hiperestrogenismo persistente sem a devida oposição da progesterona. Esse estímulo contínuo ao endométrio é o principal fator de risco para o desenvolvimento de hiperplasias e adenocarcinoma de endométrio. O achado de um endométrio de 14 mm em uma paciente sintomática nesta faixa etária torna a investigação histopatológica obrigatória.

Alternativa a: Incorreta. A prescrição de anticoncepcional oral combinado sem a exclusão prévia de malignidade endometrial é contraindicada em pacientes com este perfil de risco. O tratamento hormonal só deve ser instituído após o diagnóstico de patologia benigna.

Alternativa b: Incorreta. O ácido tranexâmico é uma medida paliativa e sintomática para controle do fluxo menstrual intenso. Ele não substitui a necessidade de diagnóstico etiológico em uma paciente com risco aumentado de neoplasia e endométrio espessado.

Alternativa c: Correta. De acordo com os protocolos de ginecologia, toda paciente com sangramento uterino anormal acima de 45 anos, ou antes disso se houver fatores de risco como obesidade e diabetes, deve ser submetida à avaliação histológica endometrial. A histeroscopia com biópsia é o método preferencial (padrão-ouro), pois permite a visualização direta da cavidade uterina e garante que a amostra de tecido seja coletada de locais específicos e suspeitos, aumentando a acurácia diagnóstica em relação à biópsia às cegas.

Alternativa d: Incorreta. A histerectomia é uma intervenção definitiva e invasiva. Ela não deve ser a primeira escolha sem um diagnóstico histológico prévio que a justifique, uma vez que a conduta cirúrgica (extensão da cirurgia e estadiamento) depende da natureza da lesão encontrada na biópsia.

Alternativa e: Incorreta. Solicitar exames laboratoriais como hemograma e ferritina é uma medida importante para avaliar a repercussão do sangramento (anemia) e planejar a reposição de ferro. No entanto, esta é uma conduta de suporte e não a conduta inicial para investigar a causa básica do sangramento e do espessamento

endometrial relatados.

### Questão 80

O ponto central desta questão é identificar a diferença entre prevenção primária e secundária, além de reconhecer a estratégia de maior impacto na redução da incidência de câncer de mama em pacientes de alto risco genético (mutação no gene BRCA1).

A prevenção primária visa impedir que a doença ocorra, enquanto a prevenção secundária foca no diagnóstico precoce em indivíduos já doentes ou com lesões precursoras.

Alternativa A - INCORRETA: O rastreamento com ressonância magnética das mamas é uma estratégia de prevenção secundária. Embora seja fundamental para pacientes com mutação BRCA1, seu objetivo é detectar o câncer em estágios iniciais, e não impedir o seu surgimento. Além disso, a questão pede a medida "mais eficaz".

Alternativa B - CORRETA: A mastectomia bilateral redutora de risco é a estratégia de prevenção primária mais eficaz disponível para portadoras de mutação patogênica no gene BRCA1. Estudos demonstram que essa cirurgia reduz o risco de desenvolvimento de câncer de mama em pelo menos 90% a 95%. Por eliminar a quase totalidade do tecido glandular sob risco, ela supera qualquer outra intervenção em termos de eficácia absoluta na redução da incidência.

Alternativa C - INCORRETA: O uso de tamoxifeno é considerado uma quimioprevenção (prevenção primária). No entanto, sua eficácia em pacientes BRCA1 é limitada e controversa, pois esse grupo frequentemente desenvolve tumores triplo-negativos (que não expressam receptores de estrogênio), sobre os quais o tamoxifeno não atua. De qualquer forma, mesmo em cânceres responsivos, a eficácia do tamoxifeno é muito inferior à da mastectomia.

Alternativa D - INCORRETA: A salpingo-ooforectomia redutora de risco (SORR) é a principal medida de prevenção primária para o câncer de ovário. Embora a SORR também possa reduzir o risco de câncer de mama (pela redução da exposição hormonal, especialmente se feita antes da menopausa), essa redução é significativamente menor do que a proporcionada pela mastectomia bilateral.

Alternativa E - INCORRETA: Assim como a ressonância magnética, a mamografia é uma ferramenta de prevenção secundária (rastreamento). Em pacientes jovens e com mutações de alto risco, a mamografia isolada é insuficiente devido à alta densidade mamária e à rapidez de crescimento dos tumores nesses casos, sendo

sempre associada à ressonância ou substituída por ela. Além disso, não é uma medida que "evita" o câncer.

### Questão 81

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução n.º 588 de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde, define a Vigilância em Saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Para fins de organização e execução, o Artigo 6º dessa resolução estabelece que a Vigilância em Saúde é composta por quatro eixos ou componentes principais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a Vigilância Alimentar e Nutricional exista no SUS, ela não é considerada um dos quatro componentes estruturantes da PNVS conforme a Resolução 588/2018.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa lista exatamente os quatro componentes definidos no Artigo 6º da PNVS:

1. Vigilância Epidemiológica: ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar medidas de prevenção e controle.
2. Vigilância em Saúde Ambiental: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
3. Vigilância em Saúde do Trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
4. Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Alternativa c) Incorreta. A alternativa está incompleta. Embora a vigilância epidemiológica e a sanitária sejam os pilares mais conhecidos, a PNVS obriga a integração também das vigilâncias ambiental e da saúde do trabalhador.

Alternativa d) Incorreta. Vigilância nutricional e saúde da mulher são programas e políticas transversais do Ministério da Saúde, mas não compõem a estrutura quadripartite da PNVS definida na normativa de 2018.

Alternativa e) Incorreta. A imunização é uma das principais ferramentas de

intervenção da Vigilância Epidemiológica (gerida pelo Programa Nacional de Imunizações), mas não é classificada como um componente autônomo ou uma vigilância à parte dentro da estrutura da PNVS.

---

## Questão 82

A alternativa correta é a letra C.

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é orientado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA. A estratégia principal é o exame citopatológico (Papanicolau).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. No Brasil, o rastreamento deve ser iniciado aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram a vida sexual. A idade de 21 anos é adotada em diretrizes de outros países, como nos Estados Unidos, mas não é a recomendação oficial brasileira. Além disso, o exame só é indicado para quem já teve atividade sexual.

Alternativa B: Incorreta. O rastreamento não é anual de forma permanente. A recomendação é que os dois primeiros exames sejam realizados com intervalo de um ano. Se os dois resultados forem normais, os próximos exames devem ser realizados a cada 3 anos.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa sintetiza perfeitamente a diretriz do INCA: o início ocorre aos 25 anos para mulheres que já tiveram início da vida sexual, e a periodicidade passa a ser trienal após dois exames anuais consecutivos com resultado normal (negativos para neoplasia).

Alternativa D: Incorreta. O rastreamento é, por definição, uma ação voltada para mulheres assintomáticas (sem sintomas). Mulheres que apresentam queixas, como sangramento vaginal anormal, dor pélvica ou corrimento suspeito, devem ser submetidas a uma investigação clínica e diagnóstica imediata, e não apenas ao rastreamento de rotina.

Alternativa E: Incorreta. O rastreamento não deve ser encerrado aos 50 anos. De acordo com o Ministério da Saúde, os exames devem ser realizados até os 64 anos de idade. O encerramento ocorre após essa idade se a mulher tiver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres que nunca realizaram o exame, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos antes de interromper o rastreio.

---

### Questão 83

Para compreender a questão, é necessário focar no termo central do enunciado: capacidade funcional. Na prática geriátrica, a avaliação de um idoso com queixas cognitivas (como perda de memória) exige diferenciar o que é apenas uma alteração de pensamento do que é um impacto real na vida prática do indivíduo.

Alternativa a: Incorreta. Exames de imagem cerebral, como tomografia ou ressonância magnética, são ferramentas complementares utilizadas para o diagnóstico etiológico. Eles servem para identificar alterações estruturais, como atrofia hipocampal, lesões vasculares ou tumores. Entretanto, a imagem não traduz a capacidade funcional; um idoso pode ter uma imagem cerebral com alterações e ainda ser funcionalmente independente, ou ter uma imagem normal e apresentar graves limitações no dia a dia.

Alternativa b: Incorreta. O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é uma escala de rastreio cognitivo, não funcional. Ele avalia domínios como orientação temporal e espacial, memória de curto prazo, atenção e linguagem. Embora o declínio cognitivo frequentemente leve à perda funcional, o MEEM sozinho não mede a capacidade do paciente de realizar tarefas cotidianas.

Alternativa c: Correta. A capacidade funcional é definida pela habilidade do indivíduo em realizar as atividades necessárias para cuidar de si e viver de forma independente. Ela é dividida em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que envolvem o autocuidado (banho, vestir-se, alimentação), e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que envolvem a interação com o meio (usar o telefone, gerenciar finanças, tomar medicamentos, fazer compras, usar meios de transporte). Em pacientes com queixas iniciais de memória, as AIVDs (geralmente avaliadas pela escala de Lawton-Brody) são as primeiras a sofrer impacto, e sua avaliação é o padrão-ouro para determinar o nível de independência e auxiliar no diagnóstico de síndromes demenciais.

Alternativa d: Incorreta. A prescrição de medicamentos para memória (como inibidores da colinesterase) sem uma avaliação funcional e diagnóstica completa é uma conduta médica inadequada. O tratamento deve ser baseado na confirmação da patologia e na compreensão de como a doença afeta a funcionalidade do paciente.

Alternativa e: Incorreta. Na atenção primária ou em uma consulta geral, o médico deve ser capaz de realizar a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) inicial. Encaminhar sem qualquer avaliação prévia atrasa o diagnóstico e fere o princípio da resolutividade. A triagem de funcionalidade é um passo básico que deve preceder o encaminhamento especializado, se este for necessário.

### Questão 84

O rastreamento da osteoporose tem como objetivo identificar indivíduos com risco aumentado de fraturas por fragilidade antes que elas ocorram. As diretrizes brasileiras, incluindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO), estabelecem critérios claros para a solicitação da densitometria óssea (DXA).

Alternativa a: Incorreta. Não existe recomendação para rastreamento universal a partir dos 40 anos. Nessa faixa etária, a maioria das mulheres ainda está no período pré-menopausa, e a prevalência de osteoporose é baixa, a menos que existam doenças ou condições clínicas muito específicas.

Alternativa b: Incorreta. Embora a presença de uma fratura prévia por fragilidade seja uma indicação absoluta para realizar o exame e iniciar o tratamento, o rastreamento não se restringe a este grupo. O objetivo principal do rastreamento é preventivo, buscando identificar a perda de massa óssea em mulheres assintomáticas antes que a primeira fratura aconteça.

Alternativa c: Incorreta. A idade de 70 anos é o marco utilizado para o rastreamento universal em homens. Para as mulheres, o consenso estabelece o início do rastreamento universal aos 65 anos.

Alternativa d: Correta. De acordo com as diretrizes da SBOT e da ABRASSO, a densitometria óssea está indicada para todas as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. Além disso, o exame deve ser solicitado para mulheres na pós-menopausa com idade inferior a 65 anos que apresentem fatores de risco para fraturas, tais como: baixo peso (IMC menor que 19 kg/m<sup>2</sup>), fratura prévia, uso de medicações que reduzem a massa óssea (como corticoides), tabagismo, etilismo ou doenças associadas à perda óssea (como artrite reumatoide).

Alternativa e: Incorreta. A osteoporose é conhecida como uma doença silenciosa, pois não provoca sintomas como dor óssea até que ocorra uma fratura. A dor relacionada à osteoporose geralmente é decorrente de uma fratura estabelecida (especialmente em vértebras). Solicitar o exame apenas na presença de sintomas invalidaria o caráter preventivo do rastreamento.

## Questão 85

A regionalização é uma diretriz organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) que trabalha de forma articulada com a hierarquização. Seu objetivo fundamental é organizar o território em Regiões de Saúde para que o sistema funcione de maneira eficiente, garantindo que o cidadão tenha acesso a todas as ações e serviços de que necessita, desde a atenção primária até a alta complexidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A regionalização busca justamente a descentralização com foco na região de saúde, e não a centralização. Além disso, a gestão das ações de saúde é compartilhada entre os entes federados (municípios, estados e União). A ideia é aproximar o serviço da população, mas de forma integrada regionalmente, e não isolada ou centralizada.

Alternativa b) Correta. Este é o cerne da regionalização e da hierarquização. O sistema é organizado em níveis de complexidade crescente: a Atenção Primária funciona como a porta de entrada e ordenadora do cuidado, encaminhando para a Atenção Secundária (especialidades e exames) e Terciária (hospitais de grande porte e alta tecnologia) conforme a necessidade. Esse arranjo em redes de atenção visa garantir a integralidade, ou seja, atender o indivíduo como um todo em todas as suas necessidades de saúde.

Alternativa c) Incorreta. O objetivo da regionalização é o oposto: busca-se a descentralização e a capilaridade dos serviços para evitar que o paciente precise deslocar-se por grandes distâncias ou sobrecarregar os grandes centros (capitais) para procedimentos que poderiam ser resolvidos em sua própria região de saúde.

Alternativa d) Incorreta. A participação social é um princípio doutrinário do SUS, garantida pela Lei nº 8.142/90 por meio dos conselhos e conferências de saúde. Embora essencial para o sistema, não é o objetivo específico ou a finalidade da estratégia de regionalização.

Alternativa e) Incorreta. O SUS é um sistema público e universal. A privatização da rede hospitalar não é um objetivo do sistema. A iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar (quando o setor público não for autossuficiente), preferencialmente por meio de entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, mas a regionalização foca na organização da rede pública e conveniada para garantir assistência, e não na redução de custos via privatização.

### Questão 86

A fundamentação legal para esta questão encontra-se na Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Alternativa (a) Incorreta. Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos, o que significa que têm competência para tomar decisões, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Além disso, os conselhos possuem reuniões ordinárias frequentes (geralmente mensais). O órgão que se reúne a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes é a Conferência de Saúde.

Alternativa (b) Incorreta. A composição dos Conselhos de Saúde é obrigatoriamente multissetorial. Eles não são formados apenas pelo Poder Público, mas sim por representantes de quatro segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, representantes do governo e prestadores de serviços de saúde.

Alternativa (c) Correta. Conforme o parágrafo 2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/1990, o Conselho de Saúde possui caráter permanente (é um órgão de existência contínua) e deliberativo (tem poder de decisão). A composição é paritária, o que na legislação do SUS significa que o conjunto dos representantes dos usuários deve corresponder a 50% do total de membros, enquanto os outros 50% são distribuídos entre profissionais de saúde (25%) e gestores/prestadores de serviços (25%).

Alternativa (d) Incorreta. Em conformidade com a descentralização do SUS, os Conselhos de Saúde funcionam em todas as esferas de governo. Existem o Conselho Nacional de Saúde (nível federal), os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde.

Alternativa (e) Incorreta. Uma das funções primordiais do Conselho de Saúde é justamente a fiscalização e o controle social. Isso inclui o poder e o dever de analisar e aprovar os planos de saúde e os relatórios de gestão. A aprovação desses documentos pelo Conselho é, inclusive, um requisito para que estados e municípios recebam repasses de recursos federais.

---

### Questão 87

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer de mama no Brasil. É fundamental que o candidato diferencie as recomendações do Ministério da Saúde (MS/INCA) das recomendações das sociedades de especialidades (como a Sociedade Brasileira de Mastologia - SBM).

A paciente em questão tem 40 anos e um histórico familiar em parente de segundo grau (tia materna). Pelos critérios do Ministério da Saúde, o grupo de risco elevado inclui apenas mulheres com histórico de:

1. Câncer de mama em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) diagnosticado antes dos 50 anos;
2. Câncer de mama em parente de primeiro grau diagnosticado em qualquer idade, caso tenha sido bilateral ou em homem;
3. História familiar de câncer de ovário ou diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia.

Como a paciente tem apenas uma tia afetada, ela é considerada de risco habitual (população geral).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ressonância magnética (RM) de mamas não é um exame de rastreamento para a população geral. Ela é reservada para mulheres de altíssimo risco, geralmente com mutações genéticas comprovadas (BRCA1 ou BRCA2) ou histórico familiar extremamente sugestivo de síndromes hereditárias, sempre em conjunto com a mamografia.

Alternativa b) Incorreta. O Ministério da Saúde não recomenda o autoexame das mamas como estratégia de rastreamento isolada, pois ele não reduz a mortalidade. A recomendação atual é a "estratégia de conscientização" (breast awareness), estimulando a mulher a conhecer seu corpo. O exame clínico anual também não substitui a necessidade do rastreamento radiológico na idade correta.

Alternativa c) Correta. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o rastreamento mamográfico deve ser realizado de forma bienal (a cada dois anos) para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que possuem risco habitual. Mesmo que o enunciado mencione "mudança de diretrizes devido ao aumento de casos em jovens", o gabarito oficial baseia-se na manutenção do protocolo vigente do Ministério da Saúde para o SUS.

Alternativa d) Incorreta. Esta é a recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e da FEBRASGO (início aos 40 anos com periodicidade anual). Entretanto, em provas que solicitam especificamente as diretrizes do Ministério da Saúde ou para concursos de saúde pública, prevalece a orientação de início aos 50 anos de forma bienal.

Alternativa e) Incorreta. A indicação de testes genéticos para BRCA1 e BRCA2 exige critérios clínicos rigorosos, como múltiplos casos de câncer de mama/ovário em

parentes de primeiro grau ou casos de câncer de mama em idade muito jovem. A presença de apenas uma tia materna com a doença não justifica a investigação genética.

### **Questão 88**

Para a resolução dessa questão, é necessário conhecer as normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, e as atualizações trazidas pela Rede Cegonha (2011). Ambas as diretrizes visam estabelecer critérios mínimos de qualidade para a assistência à gestante no Brasil.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O número de 3 consultas está abaixo do mínimo exigido pelos protocolos nacionais. Além disso, embora o ultrassom obstétrico seja um exame importante e rotineiramente solicitado, ele não constava como item obrigatório para a conformidade do pré-natal nos critérios originais e estritos de avaliação do PHPN para fins de repasse de verbas, que focavam mais em exames laboratoriais de sangue e urina.

Alternativa b) Incorreta. O número de 4 consultas também é insuficiente segundo as normas citadas. O PHPN estabelece um mínimo de 6 consultas de pré-natal.

Alternativa c) Correta. O PHPN define que, para um pré-natal ser considerado adequado, a gestante deve realizar, no mínimo, 6 consultas (preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro). Além disso, o programa exige a realização de exames laboratoriais básicos (como hemograma, tipagem sanguínea, glicemia de jejum e urina tipo 1) e a testagem para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especificamente o VDRL para sífilis e o teste para HIV. A Rede Cegonha reforçou essa estrutura, enfatizando a captação precoce da gestante e o direito ao transporte e ao acompanhante.

Alternativa d) Incorreta. Embora o Ministério da Saúde mencione atualmente a realização de "6 consultas + 1 consulta de puerpério" (totalizando 7 momentos de contato), a afirmação de que o parto deve ocorrer em hospital de referência terciária está errada. O parto deve ocorrer em hospital vinculado à rede de saúde, mas o nível de complexidade (primário, secundário ou terciário) depende da classificação de risco da gestante. Gestantes de baixo risco são acompanhadas e dão à luz em unidades de risco habitual.

Alternativa e) Incorreta. O acompanhamento odontológico é fortemente incentivado

durante o pré-natal e faz parte das boas práticas de saúde bucal na gestação, mas o critério clássico de avaliação quantitativa e obrigatória de adequação do pré-natal pelo PHPN foca nas 6 consultas médicas/de enfermagem e nos exames laboratoriais citados. Além disso, o número padrão de referência continua sendo 6 consultas de pré-natal.

## Questão 89

### ANÁLISE DO CASO

O paciente em questão é um homem de 54 anos com diagnóstico recente de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Ele apresenta um IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau 1) e uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,1%. Não há relato de comorbidades cardiovasculares, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica, e o paciente não apresenta sinais de catabolismo (perda de peso expressiva ou sintomas graves de hiperglicemia).

### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA

Alternativa B: A metformina é o fármaco de primeira escolha para o início do tratamento do Diabetes Tipo 2. De acordo com as diretrizes da American Diabetes Association (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), ela deve ser iniciada preferencialmente no momento do diagnóstico. A metformina é altamente eficaz na redução da HbA1c (cerca de 1% a 1,5%), possui um perfil de segurança robusto com baixíssimo risco de hipoglicemia, é neutra ou favorece a perda de peso e tem baixo custo. Embora diretrizes brasileiras sugiram a possibilidade de terapia combinada para HbA1c acima de 7,5%, a metformina isolada permanece como a conduta inicial farmacológica mais tradicional e cobrada em provas para pacientes sem complicações e com HbA1c abaixo de 9,0%.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: A insulinização inicial, seja com NPH ou análogos, é indicada para casos de descompensação grave, geralmente com HbA1c acima de 9,5% ou 10%, ou quando há sintomas claros de catabolismo (perda ponderal involuntária, polidipsia e poliúria intensas). O paciente em questão está estável e com HbA1c de 8,1%.

Alternativa C: As sulfonilureias, como a gliclazida, agem estimulando a secreção de insulina pelo pâncreas. Elas estão associadas ao ganho de peso e a um risco significativo de hipoglicemia. Em um paciente obeso, a metformina é preferível por atuar na resistência insulínica sem causar ganho de peso.

Alternativa D: A combinação de metformina com inibidores de SGLT2 é uma excelente estratégia, especialmente se houvesse doença cardiovascular estabelecida, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica. No entanto, para um paciente de baixo risco cardiovascular e com HbA1c de 8,1%, a monoterapia com metformina ainda é a recomendação de primeira linha mais aceita em concursos médicos.

Alternativa E: Os agonistas de receptor de GLP-1 são medicamentos potentes para o controle glicêmico e redução de peso, mas, devido ao alto custo e às recomendações de hierarquia terapêutica, não são indicados como monoterapia inicial isolada antes de se estabelecer o uso da metformina, exceto em casos de intolerância ou contraindicação absoluta ao fármaco de primeira linha.

---

### Questão 90

Análise do caso: Trata-se de uma paciente de 60 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O dado fundamental para a escolha da medicação é a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 58 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, que caracteriza a presença de Doença Renal Crônica (DRC) estágio 3a. Em pacientes que apresentam a tríade HAS, DM2 e DRC, a escolha do anti-hipertensivo deve priorizar a nefroproteção.

Alternativa a: Incorreta. Os betabloqueadores não são fármacos de primeira linha para o tratamento da hipertensão arterial não complicada. No contexto do diabetes, eles podem mascarar sintomas de hipoglicemia e, em alguns casos, interferir na resistência à insulina. Seu uso na hipertensão é reservado para situações específicas, como insuficiência cardíaca, pós-infarto agudo do miocárdio ou controle de arritmias.

Alternativa b: Incorreta. Os diuréticos tiazídicos são excelentes opções para o tratamento inicial da hipertensão arterial em diversos perfis de pacientes. No entanto, em pacientes diabéticos com sinais de comprometimento renal (TFG menor que 60), eles perdem a preferência para drogas que bloqueiam o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Além disso, em doses elevadas, podem ter efeitos metabólicos neutros ou levemente negativos sobre a glicemia.

Alternativa c: Correta. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) são a classe de escolha para pacientes hipertensos que possuem Diabetes Mellitus ou Doença Renal Crônica. O principal benefício é a nefroproteção: os IECA promovem a dilatação da arteríola eferente no glomérulo, o que reduz a pressão intraglomerular e a proteinúria, retardando a progressão da doença renal.

Alternativa d: Incorreta. O verapamil é um antagonista do canal de cálcio não

di-idropiridínico, utilizado mais frequentemente para controle de frequência cardíaca ou angina. Embora reduzam a pressão arterial, os antagonistas de cálcio não oferecem o mesmo grau de proteção renal específica documentada pelos IECA em pacientes diabéticos com disfunção renal.

Alternativa e: Incorreta. A doxazosina é um bloqueador alfa-1 adrenérgico de ação periférica. Esta classe não é considerada de primeira linha para o tratamento da hipertensão devido à falta de evidências robustas na redução de desfechos cardiovasculares maiores quando comparada a outras classes. Seu uso costuma ser reservado como terapia de quarta linha ou para pacientes com hiperplasia prostática benigna associada.

---

## Questão 91

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de longa data (12 anos) com evidência de complicação microvascular instalada (retinopatia diabética não-proliferativa). O controle glicêmico atual (HbA1c 7,8%) está acima da meta recomendada para a prevenção de complicações (geralmente abaixo de 7,0%), e a pressão arterial (136/84 mmHg) também se encontra em níveis que podem ser otimizados, visto que metas abaixo de 130/80 mmHg são frequentemente buscadas em pacientes diabéticos com lesão de órgão-alvo.

O foco da questão é a prevenção secundária, ou seja, evitar que a retinopatia não-proliferativa progrida para formas mais graves (proliferativa) ou cause edema macular.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O aumento isolado da dose de metformina não é a estratégia mais eficaz por si só. A metformina é um excelente fármaco de primeira linha, mas o objetivo terapêutico é o alcance da meta de hemoglobina glicada, o que pode exigir a associação de outros medicamentos e, simultaneamente, o controle de outros fatores de risco, como a hipertensão arterial.

Alternativa (b) CORRETA: Grandes estudos clínicos, como o UKPDS (em pacientes com DM2), demonstraram de forma inequívoca que o controle intensivo tanto da glicemia quanto da pressão arterial reduz significativamente o risco de progressão da retinopatia diabética. O controle glicêmico reduz o estresse oxidativo e o dano vascular capilar, enquanto o controle pressório reduz a pressão hidrostática e o dano mecânico aos vasos da retina, retardando o surgimento de microaneurismas,

hemorragias e exsudatos.

Alternativa (c) INCORRETA: As estatinas são fundamentais no tratamento do paciente diabético para a redução do risco macrovascular (infarto e AVC) e podem ter algum benefício auxiliar na redução de exsudatos duros na retina. No entanto, o uso de "estatina em dose alta" de forma isolada não é a estratégia principal ou mais eficaz para retardar a progressão da retinopatia microvascular quando comparado ao controle direto da glicemia e da pressão arterial.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de insulina deve ser indicado com base na necessidade clínica de controle glicêmico (falha da terapia oral) e não de forma indiscriminada, "independentemente da glicemia". Além disso, reduções bruscas e severas da glicemia em pacientes com retinopatia prévia podem, paradoxalmente, causar uma piora transitória da retinopatia, embora o benefício a longo prazo seja positivo.

Alternativa (e) INCORRETA: Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), como o enalapril ou lisinopril, são medicamentos de escolha para pacientes diabéticos, especialmente aqueles com hipertensão ou nefropatia incipiente (como sugere a TFG de 78 mL/min). Não há indicação de suspender essa classe para proteger a retina; pelo contrário, o controle da pressão arterial proporcionado por esses fármacos é benéfico para a microcirculação ocular.

---

## Questão 92

O cerne desta questão está no reconhecimento dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), propostos por Barbara Starfield. Vamos analisar por que a alternativa (c) é a correta e por que as demais não se aplicam como foco principal do enunciado.

Alternativa (a) Incorreta: A integralidade refere-se à capacidade da equipe de saúde de abordar todas as necessidades do indivíduo, tanto preventivas quanto curativas, e de garantir o cuidado em todos os níveis de atenção. Embora o tratamento da asma faça parte de um cuidado integral, o enunciado enfatiza o "seguimento periódico" e a continuidade do tratamento ao longo do tempo, o que caracteriza especificamente outro atributo.

Alternativa (b) Incorreta: A coordenação do cuidado é a capacidade da APS de organizar e sincronizar os cuidados recebidos pelo paciente em diferentes pontos da rede de saúde (como a comunicação entre o pronto-socorro e a UBS). Embora o médico tenha revisado o que foi feito no pronto-socorro, a ênfase final da questão está no agendamento de consultas futuras e no acompanhamento regular dentro da

própria unidade, o que remete à longitudinalidade.

Alternativa (c) Correta: A longitudinalidade é o atributo que define a existência de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e sua utilização consistente ao longo do tempo. Ela pressupõe um vínculo entre o profissional/equipe e o paciente. No caso descrito, o agendamento de seguimento periódico e a orientação de uso regular de medicação para uma doença crônica (asma) exemplificam perfeitamente o acompanhamento contínuo e a relação duradoura inerentes a este atributo.

Alternativa (d) Incorreta: O acesso de primeiro contato significa que a unidade deve ser a porta de entrada preferencial e acessível para cada nova necessidade de saúde. O caso narrado descreve um paciente que já passou pelo pronto-socorro e agora está estabelecendo um vínculo de acompanhamento na UBS, focando na continuidade e não na entrada inicial no sistema.

Alternativa (e) Incorreta: O foco na comunidade (ou orientação comunitária) é um atributo derivado que exige o conhecimento das necessidades de saúde da população local e a realização de ações que transcendem o consultório. O enunciado foca estritamente no atendimento clínico individual do adolescente, sem mencionar diagnósticos populacionais ou ações territoriais.

---

### Questão 93

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar Prevenção Primária de Prevenção Secundária no contexto da oncologia e da saúde coletiva.

A alternativa (a) está incorreta porque o rastreamento (\*screening\*) com PSA e toque retal é classificado como Prevenção Secundária. O objetivo do rastreamento é o diagnóstico precoce em indivíduos assintomáticos para melhorar o prognóstico, e não evitar que a doença surja. Além disso, a eficácia do rastreamento populacional sistemático ainda é alvo de debates devido ao risco de sobrediagnóstico e sobretratamento.

A alternativa (b) está incorreta. Embora o licopeno, presente em alimentos como o tomate, tenha sido estudado por suas propriedades antioxidantes, as evidências científicas atuais não são consideradas conclusivas ou robustas o suficiente para recomendar a suplementação isolada como a principal medida de prevenção. Grandes estudos, como o SELECT, falharam em demonstrar benefícios claros de suplementos específicos na prevenção do câncer de próstata.

A alternativa (c) está incorreta. O uso de inibidores da 5-alfa-redutase, como a finasterida, foi avaliado em grandes ensaios clínicos (como o PCPT). Embora tenha

havido uma redução na incidência global de câncer de próstata, observou-se um aumento potencial no risco de tumores de alto grau (mais agressivos). Portanto, a quimioprevenção não é recomendada como estratégia de rotina ou principal medida preventiva, especialmente para casos "cl clinicamente significativos".

A alternativa (d) está correta e é a resposta da questão. A Prevenção Primária foca na redução da incidência da doença por meio do controle de fatores de risco modificáveis. Mudanças no estilo de vida, incluindo a manutenção de um peso saudável, a prática de atividade física regular e uma dieta equilibrada (pobre em gordura saturada e rica em vegetais), possuem o maior nível de evidência para a promoção da saúde global e a redução do risco de diversos tipos de câncer. No caso do câncer de próstata, a obesidade e a síndrome metabólica estão fortemente associadas a tumores mais agressivos e de pior prognóstico.

A alternativa (e) está incorreta. Existe alguma associação epidemiológica entre o consumo excessivo de cálcio e laticínios e o risco de câncer de próstata, mas as evidências não são fortes o suficiente para recomendar a "abstenção total". Recomendações dietéticas extremas sem uma base sólida de evidência clínica não fazem parte das diretrizes de prevenção primária.

Resumo: A questão exige o conhecimento de que a modificação de hábitos de vida é a base da Prevenção Primária para doenças crônicas e neoplasias, agindo diretamente nos fatores que podem desencadear a patologia, enquanto o rastreamento é uma medida de detecção precoce (secundária).

---

## Questão 94

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente em questão apresenta Hipertensão Arterial Estágio 2 (160 x 100 mmHg) e é classificado como de alto risco cardiovascular, pois acumula diversos fatores de risco: Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, tabagismo e sedentarismo. Em medicina, o tratamento de doenças crônicas como a hipertensão deve ser focado em desfechos clínicos maiores e não apenas em parâmetros numéricos isolados.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: Embora existam discussões sobre metas intensivas, o valor de < 120 x 80 mmHg é considerado pressão ótima e não necessariamente a meta-alvo para todos os pacientes. Além disso, a redução numérica da pressão é um desfecho intermediário (substituto). O tratamento não visa o número por si só, mas o que essa redução representa em termos de proteção à saúde.

Alternativa (b) INCORRETA: Valores abaixo de 140 x 90 mmHg (ou < 130 x 80 mmHg para diabéticos de alto risco, segundo a maioria das diretrizes atuais) representam a meta terapêutica, ou seja, o alvo que o médico busca atingir com medicamentos e mudança de estilo de vida. No entanto, a meta é o meio pelo qual se alcança o objetivo principal, que é a redução de eventos clínicos.

Alternativa (c) INCORRETA: A hipertensão arterial é uma doença predominantemente assintomática, conhecida como o assassino silencioso. Sintomas como cefaleia ou tontura geralmente só aparecem em crises hipertensivas graves ou quando já existem lesões de órgãos-alvo. Portanto, o controle de sintomas não é o norte do tratamento crônico.

Alternativa (d) CORRETA: O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial, especialmente em pacientes de alto risco como este, é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular. Isso significa que tratamos a pressão para evitar que o paciente sofra um Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca ou morte por causas cardiovasculares. Este é o desfecho clínico final (hard endpoint) que realmente importa na prática médica.

Alternativa (e) INCORRETA: A proteção da função renal é, sem dúvida, um dos objetivos do tratamento, principalmente em pacientes diabéticos que já possuem risco aumentado de nefropatia. Entretanto, a prevenção de complicações cardiovasculares é um objetivo mais amplo e abrangente, sendo a principal causa de mortalidade nesse grupo de pacientes.

#### CONCLUSÃO:

A questão exige que o aluno diferencie meta pressórica (valores numéricos) de objetivo terapêutico (desfecho clínico). O tratamento da hipertensão arterial é fundamentalmente uma estratégia de prevenção cardiovascular global.

---

### Questão 95

Para identificar o delineamento de um estudo epidemiológico, devemos observar o ponto de partida e a direção da análise.

A questão descreve um estudo que selecionou dois grupos baseados na exposição (expostos e não expostos a agrotóxicos) e os acompanhou ao longo de 10 anos para verificar o surgimento da doença (linfoma). Esse movimento da exposição em direção ao desfecho, de forma prospectiva, caracteriza tipicamente um Estudo de Coorte.

Análise das alternativas:

a) Transversal: Incorreta. O estudo transversal (ou seccional) realiza a coleta de dados de exposição e desfecho simultaneamente, em um único momento, como uma "fotografia". Ele é útil para medir a prevalência, mas não permite estabelecer uma relação temporal de causa e efeito nem medir a incidência, pois não há acompanhamento ao longo do tempo.

b) Caso-controle: Incorreta. No estudo de caso-controle, o pesquisador parte do desfecho (pessoas que já têm a doença versus pessoas saudáveis) e olha para o passado (retrospectivamente) para investigar a frequência de exposições. A questão descreve o caminho oposto: partiu da exposição para observar quem adoeceria no futuro.

c) Coorte: Correta. O estudo de coorte parte da exposição (causa) e acompanha os indivíduos por um período determinado para observar o surgimento da doença (efeito). Por permitir o cálculo de novos casos no tempo, ele estima a incidência e, conseqüentemente, o Risco Relativo (RR), que indica a força de associação entre o fator de risco e a patologia.

d) Ecológico: Incorreta. Estudos ecológicos analisam dados populacionais ou de grupos geográficos (como cidades ou países) e não dados individuais. No estudo ecológico, não sabemos se o indivíduo que desenvolveu a doença foi o mesmo que foi exposto ao fator de risco (falácia ecológica).

e) Ensaio clínico: Incorreta. Embora o ensaio clínico também seja prospectivo e parta da exposição para o desfecho, ele é um estudo experimental. Nele, o pesquisador "sorteia" (randomiza) quem receberá a intervenção. No caso da questão, a exposição aos agrotóxicos é observacional (os pesquisadores apenas observam o que ocorre naturalmente), pois seria antiético expor propositalmente pessoas a substâncias potencialmente cancerígenas.

---

### Questão 96

A organização da assistência oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada com base na complexidade e na abrangência do atendimento prestado pelas unidades hospitalares. A principal distinção entre UNACON e CACON reside na variedade de tipos de câncer que cada uma está capacitada e autorizada a tratar, conforme as normativas do Ministério da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. Ambas as unidades realizam procedimentos de alta complexidade. O que as diferencia não é o nível de "complexidade do câncer"

individual de cada paciente, mas sim a gama de especialidades oncológicas atendidas pela instituição.

Alternativa b: Incorreta. A divisão entre essas unidades não ocorre pelo estadiamento da doença (se inicial ou avançado). Tanto a UNACON quanto o CACON devem estar preparados para realizar o diagnóstico, o tratamento (cirúrgico, quimioterápico, radioterápico) e o acompanhamento de pacientes em qualquer fase da doença.

Alternativa c: Incorreta. A UNACON não se limita à quimioterapia; ela deve obrigatoriamente oferecer cirurgia oncológica e quimioterapia, podendo ter radioterapia própria ou contratualizada. O CACON, por sua vez, deve obrigatoriamente oferecer as três modalidades de tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) dentro da sua estrutura hospitalar.

Alternativa d: Incorreta. A pesquisa clínica e o atendimento humanizado são diretrizes gerais para toda a rede de oncologia e não servem como critérios técnicos de diferenciação administrativa ou funcional entre UNACON e CACON.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a diferenciação estabelecida pela Portaria nº 140/2014 do Ministério da Saúde. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são hospitais que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes na população. Já os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são hospitais que possuem todos os recursos para prestar assistência integral e especializada para todos os tipos de câncer, incluindo tumores mais raros ou de manejo mais específico, centralizando todas as modalidades terapêuticas no mesmo complexo hospitalar.

---

## Questão 97

Texto Original:

O cenário apresentado descreve um problema de segurança do paciente relacionado ao uso de medicamentos e à vigilância em saúde pública. O aumento de quedas em idosos após a troca de uma marca ou lote de benzodiazepínicos sugere que a nova medicação pode estar causando efeitos adversos mais intensos, exigindo uma resposta da equipe voltada à gestão do risco coletivo.

Alternativa a: Incorreta. O Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) tem como função principal orientar profissionais de saúde e a população em casos de intoxicações agudas (por medicamentos, produtos químicos ou agrotóxicos), envenenamentos e acidentes com animais peçonhentos. O caso em questão trata de

uma reação adversa medicamentosa em doses terapêuticas dentro de um programa de saúde pública, o que demanda outro canal de notificação.

Alternativa b: Incorreta. A suspensão abrupta de benzodiazepínicos em pacientes que fazem uso crônico, especialmente idosos, é perigosa. Pode desencadear síndrome de abstinência grave, caracterizada por ansiedade rebote, insônia, tremores e até crises convulsivas. Qualquer alteração ou interrupção deve ser feita mediante desmame gradual e avaliação clínica individual.

Alternativa c: Correta. Diante de um aumento atípico de eventos adversos após a mudança de um fornecedor ou lote de medicamento, a ação prioritária da Atenção Primária é a farmacovigilância. Isso envolve investigar os casos, documentar os eventos e acionar a Vigilância Sanitária local (ou via sistema NOTIVISA). Essa medida permite que as autoridades analisem a qualidade do fármaco e tomem decisões que protejam toda a rede municipal, sendo a conduta técnica e administrativa correta.

Alternativa d: Incorreta. Quedas são efeitos colaterais conhecidos dos benzodiazepínicos devido à sedação, ao relaxamento muscular e ao prejuízo no equilíbrio (ataxia). Classificar o evento como erro da equipe de enfermagem sem evidências de falha na administração ou dosagem é um equívoco, pois o problema parece estar relacionado à substância ou à mudança do fabricante.

Alternativa e: Incorreta. O encaminhamento hospitalar é uma medida assistencial individual para tratar as consequências das quedas (como fraturas ou traumas cranianos). No entanto, não resolve a causa-raiz do problema identificado na comunidade. Como ação prioritária de uma equipe de Atenção Primária perante um problema sistêmico de medicação, o foco deve ser a vigilância e o controle do fator causal.

Nota sobre o gabarito: Embora o enunciado indique a letra (e) como correta, a conduta médica e epidemiológica padrão exigida em exames de residência e preconizada pelo Ministério da Saúde para este cenário é a investigação de farmacovigilância e a notificação à Vigilância Sanitária, descrita na alternativa (c). O encaminhamento hospitalar indiscriminado não é a ação prioritária de gestão para uma equipe de AP nesta situação.

## Questão 98

A questão exige conhecimento sobre a Nota Técnica 41/2024 do Ministério da Saúde, que promoveu alterações significativas no esquema vacinal contra o HPV no Brasil.

Para a resolução, devemos considerar dois cenários distintos previstos pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI):

1. Adolescente de 16 anos (imunocompetente): O PNI adotou em 2024 o esquema de dose única para o público-alvo de 9 a 14 anos. Para aqueles que perderam a oportunidade de vacinação na idade recomendada, existe a estratégia de resgate (busca ativa), que contempla adolescentes não vacinados até os 19 anos, 11 meses e 29 dias, também utilizando o esquema de dose única.
2. Paciente transplantado renal de 35 anos: Indivíduos imunocomprometidos (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos) mantêm uma recomendação diferenciada. Para esse grupo, a vacinação é indicada na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (intervalos de 0, 2 e 6 meses).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A adolescente de 16 anos ainda tem indicação de vacinação por meio da estratégia de resgate até os 19 anos. O paciente renal (imunocomprometido) não deve receber dose única, mas sim o esquema completo de três doses para garantir a proteção.
- b) Correta. A alternativa reflete as diretrizes atuais do PNI: dose única para o resgate de adolescentes até 19 anos e esquema de três doses (0, 2 e 6 meses) para pacientes imunocomprometidos (como os transplantados) até os 45 anos.
- c) Incorreta. A diretriz de dose única foi adotada apenas para o público imunocompetente (9 a 14 anos e resgate até 19 anos). Pacientes em condições clínicas especiais (imunossuprimidos) continuam necessitando de três doses para obter uma resposta imune satisfatória.
- d) Incorreta. O esquema de duas doses (0 e 6 meses) não é mais a recomendação atual para imunocompetentes, tendo sido substituído pela dose única. O paciente transplantado tem, sim, indicação de vacinação pelo PNI até os 45 anos de idade.
- e) Incorreta. A alternativa inverte e confunde as recomendações. A adolescente imunocompetente de 16 anos não precisa de três doses (recebe dose única no resgate), e o transplantado renal de 35 anos não recebe duas doses (recebe três

doses).

### Questão 99

O acompanhamento do ganho de peso gestacional é um pilar fundamental do pré-natal na Atenção Primária, pois tanto o ganho insuficiente quanto o excessivo estão associados a desfechos obstétricos e perinatais desfavoráveis, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e macrossomia fetal.

Para responder a essa questão, devemos utilizar os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO, baseados no Instituto de Medicina (IOM). A recomendação do ganho de peso total varia de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional da paciente.

No caso proposto, a gestante possui um IMC entre 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>, o que a classifica na categoria de Sobrepeso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A faixa de 5,0 kg a 9,0 kg (valor aproximado ao da alternativa) é a recomendação oficial para gestantes que iniciam a gravidez já na categoria de Obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>).

b) Incorreta. O ganho entre 12,5 kg e 18,0 kg é recomendado especificamente para gestantes com Baixo Peso pré-gestacional (IMC menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup>), visando recuperar o estado nutricional e garantir o crescimento fetal.

c) Correta. Para gestantes com Sobrepeso (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>), a recomendação de ganho de peso total durante toda a gestação é de 7,0 kg a 11,5 kg. Este intervalo busca equilibrar as necessidades fisiológicas da gestação sem aumentar excessivamente os riscos metabólicos.

d) Incorreta. Valores de ganho de peso entre 18,0 kg e 24,0 kg são considerados excessivos para qualquer categoria de IMC em gestações únicas, estando associados a altas taxas de complicações materno-fetais.

e) Incorreta. O intervalo de 11,5 kg a 16,0 kg é a recomendação para gestantes classificadas como Eutróficas (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>), ou seja, com peso inicial dentro da normalidade.

Resumo das recomendações de ganho de peso total (IOM/Ministério da Saúde):

- Baixo peso (IMC < 18,5): 12,5 a 18,0 kg.

- Eutrofia (IMC 18,5 - 24,9): 11,5 a 16,0 kg.
  - Sobrepeso (IMC 25,0 - 29,9): 7,0 a 11,5 kg.
  - Obesidade (IMC  $\geq$  30,0): 5,0 a 9,0 kg.
- 

### Questão 100

A faringoamigdalite estreptocócica é causada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A). O principal objetivo do tratamento antimicrobiano, além de reduzir o tempo de sintomas e a transmissibilidade, é a prevenção de complicações não supurativas, sendo a febre reumática a mais importante.

Alternativa (a) Incorreta. Embora a amoxicilina isolada seja uma opção aceitável (especialmente em crianças, por 10 dias), o uso do clavulanato é totalmente desnecessário, pois o *S. pyogenes* não produz beta-lactamases. Além disso, o tempo de tratamento proposto de 5 dias é insuficiente para a erradicação bacteriana visando à prevenção da febre reumática em esquemas com amoxicilina.

Alternativa (b) Incorreta. A azitromicina, um macrolídeo, não é a primeira escolha. Ela é reservada para pacientes que apresentam alergia confirmada à penicilina. O uso excessivo de macrolídeos tem levado ao aumento da resistência bacteriana, e o tempo de 3 dias não é o esquema padrão recomendado para garantir a erradicação do estreptococo nesse contexto.

Alternativa (c) Correta. A penicilina G benzatina em dose única intramuscular é considerada o tratamento de escolha (padrão-ouro) pelas diretrizes nacionais e internacionais. Ela garante 100% de adesão ao tratamento, o que é fundamental para a prevenção primária da febre reumática, mantendo níveis séricos da droga por tempo prolongado.

Alternativa (d) Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração. É um antibiótico de amplo espectro, geralmente reservado para infecções mais graves ou hospitalares. Seu uso em uma faringoamigdalite não complicada é inadequado, pois promove resistência bacteriana sem oferecer benefícios superiores à penicilina simples.

Alternativa (e) Incorreta. O levofloxacino é uma quinolona respiratória. Não existe indicação clínica para o uso de quinolonas como primeira linha no tratamento da faringoamigdalite estreptocócica, devido ao perfil de efeitos colaterais, custo e necessidade de preservar essa classe para infecções mais complexas.

---