



IAMSPE

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: IAMSPE

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

A análise da questão foca na interpretação clínica e eletrocardiográfica de uma taquiarritmia supraventricular comum na prática médica, especialmente em pacientes idosos e hipertensos.

Análise dos achados:

O paciente apresenta uma frequência cardíaca irregular de 110 bpm e um eletrocardiograma (ECG) com três características definidoras:

1. Ausência de ondas P identificáveis: Indica que o nó sinusal não está no comando do ritmo e não há despolarização atrial organizada.
2. Intervalos RR completamente irregulares: É o chamado ritmo "irregularmente irregular".
3. Complexos QRS estreitos: Indica que a ativação ventricular ocorre pelo sistema de condução normal (feixe de His e fibras de Purkinje), confirmando a origem supraventricular da arritmia.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O flutter atrial é caracterizado pela presença de ondas de ativação atrial organizadas e macrorreentrantes, conhecidas como ondas F (com aspecto em "dente de serra"), geralmente mais visíveis nas derivações inferiores. Embora o bloqueio atrioventricular (AV) variável possa gerar um ritmo ventricular irregular, a descrição de "ausência de ondas P identificáveis" sem a menção às ondas F clássicas aponta para a fibrilação.

b) Incorreta. A taquicardia atrial multifocal (TAM) também apresenta um ritmo irregular, porém sua definição diagnóstica exige a identificação de pelo menos três morfologias diferentes de ondas P na mesma derivação, com intervalos PR variados. O enunciado afirma que não há ondas P identificáveis, o que exclui a TAM.

c) Correta. A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum. No ECG, a atividade elétrica atrial é caótica e desorganizada (ondas "f" minúsculas que podem nem ser visíveis, deixando a linha de base irregular), o que impede a formação de ondas P. A condução dos impulsos atriais para os ventrículos através do nó AV ocorre de forma aleatória, resultando na irregularidade absoluta dos intervalos RR.

d) Incorreta. Na taquicardia sinusal, haveria obrigatoriamente uma onda P de morfologia normal (positiva em D1, D2 e aVF) precedendo cada complexo QRS. Mesmo que houvesse extrassístoles atriais frequentes causando irregularidade, o ritmo de base ainda apresentaria as ondas P sinusais.

e) Incorreta. A taquicardia por reentrada nodal (TRN) é uma forma de taquicardia paroxística supraventricular que se caracteriza por ser estritamente regular. No ECG, as ondas P geralmente estão escondidas no QRS ou aparecem logo após ele (onda P retrógrada), mas a marca registrada é a regularidade do ritmo, o que contrasta com o caso apresentado.

Questão 2

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de síncope associado à bradicardia em um contexto de cardiopatia chagásica, condição que frequentemente compromete o sistema de condução cardíaco. A análise do eletrocardiograma (ECG) é a chave para o diagnóstico:

1. Frequência Atrial (Ondas P): 75 bpm.
2. Frequência Ventricular (QRS): 35 bpm.
3. Dissociação Atrioventricular: O enunciado afirma que não há relação entre as ondas P e os complexos QRS.
4. Regularidade: Os intervalos PP e RR são regulares de forma independente.
5. Morfologia do QRS: Complexos QRS largos indicam que o estímulo que despolariza os ventrículos nasce abaixo do feixe de His (escape ventricular), o que justifica a frequência cardíaca baixa (35 bpm).

Esses achados definem o Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT) ou de terceiro grau.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. No bloqueio de primeiro grau, todas as ondas P são conduzidas aos ventrículos, mas com um atraso (intervalo PR superior a 0,20 segundo). Não há dissociação e a frequência atrial é igual à ventricular.

Alternativa b) Incorreta. O bloqueio de segundo grau Mobitz I (fenômeno de Wenckebach) caracteriza-se pelo aumento progressivo do intervalo PR até que uma onda P seja bloqueada. No caso descrito, não há qualquer relação entre P e QRS, e o ritmo ventricular é regular, o que descarta Mobitz I.

Alternativa c) Incorreta. No bloqueio de segundo grau Mobitz II 2:1, haveria uma relação fixa de condução (para cada duas ondas P, uma seria conduzida). O enunciado é explícito ao dizer que não existe relação entre as ondas P e os complexos QRS, caracterizando a dissociação total.

Alternativa d) Correta. O Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT) ocorre quando nenhum estímulo atrial atinge os ventrículos. Como resultado, os átrios batem em seu próprio ritmo (comando do nó sinusal) e os ventrículos assumem um ritmo de escape (neste caso, ventricular, devido aos complexos QRS largos e frequência muito baixa). É o diagnóstico que preenche todos os critérios descritos: dissociação AV, intervalos PP e RR regulares e frequências distintas.

Alternativa e) Incorreta. O bloqueio sinoatrial tipo II refere-se a uma falha na condução do estímulo do nó sinusal para o átrio, resultando em pausas que são múltiplos do intervalo PP normal. Não se manifesta com dissociação atrioventricular ou escape ventricular fixo com ondas P mantidas em frequência normal, como descrito no caso.

Questão 3

A avaliação da sobrecarga ventricular esquerda (SVE) no eletrocardiograma baseia-se em critérios de voltagem, duração do QRS e alterações da repolarização ventricular. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Um dos critérios de voltagem isolada em derivações periféricas para SVE é a amplitude da onda R na derivação aVL. No entanto, o ponto de corte estabelecido pela literatura (como nos critérios de Sokolow-Lyon para periféricas) é R em aVL maior que 11 mm, e não 13 mm.

Alternativa (b) Correta: O Critério de Cornell é considerado um dos mais acurados para o diagnóstico de SVE, pois correlaciona-se bem com a massa ventricular observada no ecocardiograma. Ele é calculado pela soma da amplitude da onda S em V3 com a onda R em aVL ($SV3 + RaVL$). Os valores de referência são: maior ou igual a 28 mm para homens e maior ou igual a 20 mm para mulheres.

Alternativa (c) Incorreta: O Índice de Sokolow-Lyon clássico é calculado pela soma da amplitude da onda S na derivação V1 com a amplitude da onda R nas derivações V5 ou V6 ($SV1 + RV5$ ou $RV6$). O critério de positividade para SVE é um valor maior ou igual a 35 mm. O valor de 25 mm citado na alternativa está incorreto.

Alternativa (d) Incorreta: A duração do complexo QRS superior a 120 ms é o critério definidor de bloqueios de ramo (como o Bloqueio de Ramo Esquerdo ou Direito). Embora a sobrecarga ventricular possa causar um discreto aumento na duração do QRS (geralmente entre 100 e 110 ms) devido ao aumento da massa muscular, o valor de 120 ms não é um critério diagnóstico para SVE.

Alternativa (e) Incorreta: O desvio do eixo elétrico para a esquerda, especificamente com valores menores que -30 graus, é o principal critério para o diagnóstico de Bloqueio Divisional Anterossuperior Esquerdo (BDAS). Embora a SVE possa deslocar o eixo para a esquerda, esse achado isolado não possui sensibilidade ou especificidade para o diagnóstico de sobrecarga.

Em resumo, a alternativa (b) é a única que apresenta corretamente um índice de voltagem validado e seus respectivos pontos de corte para ambos os sexos.

Questão 4

O caso clínico descreve um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede inferior, identificado pelas alterações nas derivações DII, DIII e aVF. Em aproximadamente 30 a 50 por cento dos casos de infarto inferior, ocorre também o acometimento do ventrículo direito (VD), visto que a artéria coronária direita costuma ser a responsável pela irrigação de ambas as áreas. O diagnóstico de extensão para o VD é fundamental, pois altera o manejo clínico: deve-se evitar o uso de medicamentos que reduzem a pré-carga, como nitratos, diuréticos e morfina, priorizando a infusão de volume (soro fisiológico) em caso de hipotensão.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. As derivações V7 e V8 são posicionadas na região dorsal (costas) do paciente. Elas são indicadas para investigar o infarto da parede posterior (dorsal) do ventrículo esquerdo, suspeitado quando há imagem em espelho (infradesnivelamento de ST) nas derivações precordiais anteriores (V1 a V3).

Alternativa b: Correta. V3R e V4R são derivações precordiais direitas, posicionadas no hemitórax direito de forma simétrica aos pontos V3 e V4 do lado esquerdo. Elas são as derivações específicas para avaliar o ventrículo direito. O supradesnivelamento do segmento ST em V4R é o sinal mais sensível e precoce de infarto do VD.

Alternativa c: Incorreta. V1 e V2 são derivações do eletrocardiograma convencional que avaliam o septo interventricular. Embora V1 esteja anatomicamente próxima ao ventrículo direito, ela não é suficiente para confirmar o diagnóstico de infarto de VD, sendo necessário o registro das derivações direitas suplementares.

Alternativa d: Incorreta. D1 e aVL avaliam a parede lateral alta do ventrículo esquerdo. No contexto de um infarto inferior, é comum observar infradesnivelamento do segmento ST nestas derivações como um achado recíproco (imagem em espelho).

Alternativa e: Incorreta. V5 e V6 são derivações que avaliam a parede lateral baixa do ventrículo esquerdo. Não possuem utilidade na investigação direta de acometimento do ventrículo direito.

Questão 5

A questão aborda os achados eletrocardiográficos da Sobrecarga Atrial Direita (SAD), condição frequente em pacientes com DPOC devido ao aumento da resistência vascular pulmonar e consequente sobrecarga das cavidades direitas (cor pulmonale). No eletrocardiograma, a despolarização do átrio direito contribui principalmente para a primeira metade e para a amplitude (altura) da onda P.

Alternativa (a) Incorreta: A descrição de onda P com duração aumentada (maior que 120 ms) e presença de entalhe é conhecida como P mitrale. Esse é um achado característico da sobrecarga atrial esquerda, comum em patologias como a estenose mitral.

Alternativa (b) Correta: O achado cardinal da sobrecarga atrial direita é o aumento da voltagem da onda P nas derivações inferiores (DII, DIII e aVF), superando 0,25 mV ou 2,5 mm. Esse fenômeno é denominado P pulmonale, refletindo a sobrecarga gerada por doenças do parênquima pulmonar ou da circulação pulmonar, como o DPOC citado no enunciado.

Alternativa (c) Incorreta: O Índice de Morris refere-se à porção final negativa da onda P na derivação V1. Quando essa área é aumentada (maior que 1 mm x 40 ms), indica sobrecarga atrial esquerda, e não direita. Na SAD, observa-se em V1 uma onda P com a fase inicial positiva e pontiaguda.

Alternativa (d) Incorreta: Na sobrecarga atrial direita, o eixo da onda P costuma sofrer um desvio para a direita (eixo verticalizado), situando-se geralmente entre +75 e +90 graus, devido ao predomínio do vetor de despolarização do átrio direito.

Alternativa (e) Incorreta: Embora a onda P na SAD seja positiva e apiculada, a alternativa B apresenta o critério diagnóstico numérico exato e consagrado pela literatura. O diagnóstico eletrocardiográfico de sobrecarga atrial baseia-se prioritariamente na morfologia, amplitude e duração da onda P, e não no comportamento do segmento PR.

Questão 6

O caso clínico apresenta um paciente com taquicardia de complexo QRS estreito (indicando origem supraventricular) e ritmo regular. O detalhe fundamental para a resolução da questão reside na descrição da morfologia do eletrocardiograma (ECG): a presença de pseudo-S nas derivações inferiores (DII, DIII e aVF) e pseudo-R na derivação V1.

Alternativa (a) Correta: A Taquicardia por Reentrada Nodal (TRN) é a forma mais comum de taquicardia paroxística supraventricular. Nela, existe um circuito de reentrada no nó atrioventricular. Na forma comum (lenta-rápida), o estímulo desce pela via lenta e sobe pela via rápida. Como a condução pela via rápida para os átrios é muito veloz, a ativação atrial ocorre quase simultaneamente à ativação ventricular. Isso faz com que a onda P (retrógrada) fique "escondida" no final do QRS. Essa despolarização atrial de baixo para cima gera uma pequena deflexão negativa nas derivações inferiores (simulando uma onda S, por isso pseudo-S) e uma deflexão positiva em V1 (simulando uma onda R terminal, por isso pseudo-R).

Alternativa (b) Incorreta: A taquicardia ventricular (TV) monomórfica cursa, na grande maioria das vezes, com complexos QRS largos (superiores a 120 ms). O enunciado descreve explicitamente QRS estreitos, o que afasta a origem ventricular.

Alternativa (c) Incorreta: O flutter atrial clássico apresenta as ondas "F" (em dente de serra), mais visíveis nas derivações inferiores. Embora possa apresentar ritmo regular e QRS estreito, a frequência ventricular costuma ser de 150 bpm (quando a condução é 2:1) e o padrão de pseudo-S/pseudo-R não é característico desta arritmia.

Alternativa (d) Incorreta: Na taquicardia atrial unifocal, o ritmo nasce em um foco ectópico no átrio. Geralmente, observa-se uma onda P com morfologia diferente da sinusal precedendo o complexo QRS, com um intervalo PR que pode variar, mas não apresenta o padrão típico de ativação retrógrada imediata descrito no enunciado.

Alternativa (e) Incorreta: A fibrilação atrial é marcada por um ritmo "irregularmente irregular" (intervalos R-R variáveis) e pela ausência de ondas P organizadas. O enunciado afirma que o ritmo é regular, o que exclui o diagnóstico de fibrilação atrial.

Questão 7

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os marcadores utilizados para o diagnóstico da pancreatite aguda daqueles utilizados para definir o prognóstico (gravidade) da doença. Enquanto as enzimas pancreáticas confirmam a inflamação, outros marcadores refletem a intensidade da resposta inflamatória sistêmica.

Alternativa a) Amilase sérica: Incorreta. A amilase é um marcador clássico para o diagnóstico de pancreatite aguda, elevando-se precocemente no início do quadro. No entanto, o nível de elevação da amilase não tem correlação com a gravidade da doença. Um paciente com níveis extremamente altos pode ter uma evolução benigna, enquanto outro com níveis discretamente aumentados pode evoluir para a forma grave.

Alternativa b) Lipase sérica: Incorreta. Assim como a amilase, a lipase é uma enzima utilizada para o diagnóstico, sendo mais específica e permanecendo elevada por mais tempo no sangue. Contudo, seus valores absolutos também não servem para prever complicações ou a gravidade do quadro clínico.

Alternativa c) Proteína C-reativa (PCR): Correta. A PCR é um reagente de fase aguda produzido pelo fígado sob estímulo de citocinas inflamatórias, como a interleucina-6. Na prática clínica, é considerada o marcador laboratorial isolado mais fidedigno para avaliar o prognóstico na pancreatite aguda. Valores superiores a 150 mg/L, medidos preferencialmente entre 48 e 72 horas após o início dos sintomas, indicam um alto risco de pancreatite grave e necrose pancreática.

Alternativa d) Desidrogenase láctica (DHL): Incorreta. A DHL é um marcador de dano celular e hemólise. Embora ela faça parte de escores diagnósticos de gravidade, como os Critérios de Ranson, ela é um marcador inespecífico e, isoladamente, não possui a mesma consistência e valor preditivo que a PCR para determinar o prognóstico grave ao longo da internação.

Alternativa e) Gama-glutamil transferase (GGT): Incorreta. A GGT é um marcador de colestase e agressão biliar. Sua elevação é útil para identificar a etiologia da pancreatite (sugerindo origem biliar/obstrutiva), mas não fornece informações sobre a gravidade da inflamação pancreática ou o risco de complicações sistêmicas.

Questão 8

O caso clínico descreve um paciente adulto previamente hígido com um quadro respiratório agudo (início abrupto de febre, calafrios, tosse e dispneia) e achado radiológico de opacidade focal. Este conjunto de sinais e sintomas é o protótipo da pneumonia adquirida na comunidade (PAC).

Alternativa a: Incorreta. A tuberculose pulmonar manifesta-se tipicamente de forma subaguda ou crônica, com sintomas que perduram por semanas, como febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso. O início abrupto com calafrios e febre alta relatado no caso é muito mais sugestivo de uma etiologia bacteriana aguda,

como o *Streptococcus pneumoniae*.

Alternativa b: Correta. A apresentação clínica de início súbito, sinais de infecção sistêmica (febre e calafrios) e sintomas respiratórios baixos (tosse, dispneia e dor torácica), somada à evidência radiológica de consolidação (opacidade focal), fecha o diagnóstico sindrômico de pneumonia adquirida na comunidade. A conduta inicial padrão é exatamente a avaliação clínica minuciosa combinada à confirmação radiográfica para iniciar o tratamento empírico adequado.

Alternativa c: Incorreta. O broncoespasmo alérgico ou crise asmática cursa habitualmente com sibilância e dispneia, sem febre alta ou calafrios. Além disso, a radiografia no broncoespasmo costuma mostrar hiperinsuflação pulmonar ou estar normal, e não apresentar uma opacidade focal (consolidação).

Alternativa d: Incorreta. A hemorragia alveolar difusa é uma condição grave que geralmente se apresenta com hemoptise, queda súbita da hemoglobina e infiltrados radiológicos bilaterais e difusos. O quadro de febre e calafrios com opacidade focal em paciente previamente hígido torna a pneumonia uma hipótese muito mais provável e frequente.

Alternativa e: Incorreta. Para ser classificada como pneumonia hospitalar (nosocomial), o paciente deve desenvolver a infecção após 48 horas de internação hospitalar. O enunciado deixa claro que o paciente era previamente hígido e iniciou o quadro de forma súbita, o que caracteriza uma infecção de origem comunitária. O uso de cobertura para bacilos multirresistentes seria inadequado e excessivo neste cenário inicial.

Questão 9

O cenário descrito refere-se a um paciente com Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD) que apresenta sinais de baixo débito cardíaco (hipoperfusão periférica), caracterizando o perfil hemodinâmico frequentemente chamado de "frio". Quando a terapia inicial com diuréticos não é suficiente para restaurar a perfusão, é necessário o suporte com drogas inotrópicas para melhorar a contratilidade miocárdica e o débito cardíaco.

a) Dobutamina: Alternativa correta. É a droga de escolha para o suporte inotrópico na insuficiência cardíaca agudamente descompensada com baixo débito. Ela atua predominantemente como agonista dos receptores beta-1 adrenérgicos, aumentando a força de contração (inotropismo) e a frequência cardíaca (cronotropismo). Embora possua alguma atividade em receptores beta-2 (que pode causar leve vasodilatação periférica) e alfa-1, seu efeito clínico resultante é o aumento do débito cardíaco com

redução ou manutenção da resistência vascular sistêmica, sem promover vasoconstrição significativa nas doses terapêuticas usuais.

b) Noradrenalina: Incorreta. A noradrenalina é um potente agonista alfa-1 adrenérgico, o que resulta em vasoconstrição periférica intensa. Embora possua efeito beta-1 (inotrópico), sua principal indicação é no choque distributivo (como o choque séptico) para elevar a pressão arterial média através do aumento da resistência vascular sistêmica, e não para o tratamento isolado da disfunção sistólica na insuficiência cardíaca.

c) Dopamina: Incorreta. A dopamina possui efeitos dose-dependentes. Em doses intermediárias, tem efeito beta-1 inotrópico, mas em doses mais elevadas apresenta um efeito alfa-1 predominante, causando vasoconstrição significativa. Além disso, está associada a um maior risco de arritmias em comparação à dobutamina em pacientes com insuficiência cardíaca.

d) Adrenalina: Incorreta. A adrenalina é um agonista adrenérgico potente e não seletivo (age em receptores alfa-1, beta-1 e beta-2). Embora aumente fortemente a contratilidade cardíaca, seu efeito alfa-1 causa vasoconstrição importante, o que aumenta a pós-carga do ventrículo esquerdo, podendo ser prejudicial em um coração já falido. Seu uso é reservado para situações de choque refratário ou parada cardiorrespiratória.

e) Vasopressina: Incorreta. A vasopressina atua nos receptores V1 da musculatura lisa vascular, promovendo vasoconstrição pura. Ela não possui nenhum efeito inotrópico positivo, sendo utilizada em estados de choque com vasoplegia intensa para aumentar a resistência vascular sistêmica.

Questão 10

O quadro clínico descrito — dispneia progressiva, ortopneia, edema de membros inferiores, crepitações pulmonares e turgência jugular — compõe a apresentação clássica da insuficiência cardíaca (IC), com sinais de congestão sistêmica e pulmonar. O diagnóstico da IC é fundamentado na integração de dados clínicos e, para sistematizar essa avaliação, utilizam-se critérios validados.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O BNP (peptídeo natriurético tipo B) é um excelente marcador biológico, especialmente por seu alto valor preditivo negativo (útil para excluir IC em quadros de dispneia aguda). No entanto, ele não deve ser utilizado como critério isolado de confirmação, pois pode elevar-se em outras condições (como

insuficiência renal ou fibrilação atrial), e o diagnóstico de IC exige a presença de sintomas e sinais clínicos compatíveis.

Alternativa b: Incorreta. Os critérios de Duke modificados são ferramentas diagnósticas específicas para a endocardite infecciosa, não sendo aplicados para a definição sindrômica de insuficiência cardíaca.

Alternativa c: Incorreta. A tomografia de tórax não é o exame de escolha para o diagnóstico de IC. O exame de imagem padrão-ouro para a avaliação inicial e classificação da IC (fração de ejeção, função valvar e análise estrutural) é o ecocardiograma transtorácico. A tomografia pode ser utilizada em casos específicos para avaliação de etiologias coronarianas ou pericárdicas, mas não em todos os casos.

Alternativa d: Correta. Os Critérios de Framingham e o Escore de Boston são as ferramentas clássicas e validadas para o diagnóstico clínico de IC. Framingham, por exemplo, estabelece o diagnóstico na presença de 2 critérios maiores (ex.: turgência jugular, crepitações, edema agudo de pulmão) ou 1 critério maior associado a 2 critérios menores (ex.: edema de tornozelo, dispneia aos esforços, tosse noturna).

Alternativa e: Incorreta. Embora a experiência do médico seja relevante, o diagnóstico sindrômico deve ser pautado em critérios objetivos e validados pela literatura para garantir maior acurácia e padronização terapêutica, evitando erros inerentes à subjetividade pura.

Questão 11

Esta questão descreve um quadro clínico clássico de Artrite Reumatoide (AR). O paciente apresenta rigidez matinal prolongada (superior a 60 minutos), poliartrite simétrica acometendo pequenas articulações (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais) e elevação de provas de atividade inflamatória. Esses achados são fundamentais para o diagnóstico sindrômico de uma artrite inflamatória crônica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a Artrite Reumatoide possa cursar com erosões ósseas e limitação de movimento, as deformidades articulares resultantes da destruição óssea e tendínea na AR são tipicamente irreversíveis. A reversibilidade de deformidades sem erosões é uma característica da Artropatia de Jaccoud, associada ao Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve com precisão o padrão-ouro da Artrite Reumatoide. A rigidez matinal com duração superior a uma hora é um critério clássico de inflamação sinovial. O caráter da artrite na AR é tipicamente crônico (mais de 6 semanas), simétrico e aditivo (novas articulações são acometidas sem que as anteriores melhorem). Além das mãos, os punhos, joelhos, pés e tornozelos são locais frequentemente afetados.

Alternativa C: Incorreta. A lesão discoide fotossensível é uma manifestação cutânea típica do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), não da Artrite Reumatoide. Embora o LES também cause poliartrite simétrica, ela geralmente não é erosiva, mas o quadro clínico do enunciado (rigidez de 90 minutos e inflamação importante) aponta primariamente para AR.

Alternativa D: Incorreta. A Artrite Reumatoide é caracteristicamente uma poliartrite (acomete 5 ou mais articulações) e não uma manifestação isolada em grandes articulações. Embora a deformidade em "zig-zague" (desvio radial do carpo com desvio ulnar dos dedos) seja descrita na AR, ela ocorre em fases avançadas e não em articulações isoladas.

Alternativa E: Incorreta. Esta alternativa descreve o padrão da dor mecânica, típica da Osteoartrite (artrose). Na dor mecânica, os sintomas melhoram com o repouso e pioram com o movimento, a rigidez matinal é curta (geralmente menor que 30 minutos) e raramente há sinais de calor ou rubor articular evidente. Na Artrite Reumatoide, a dor é inflamatória: piora com o repouso prolongado (madrugada e ao despertar) e melhora parcialmente com a atividade física ao longo do dia.

Questão 12

A questão aborda a Nefropatia Lúpica, uma das complicações mais graves do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O quadro clínico descrito (edema, hematúria, elevação de creatinina e queda de complemento) é clássico de uma síndrome nefrítica-nefrótica, sugerindo uma forma agressiva de acometimento renal.

Alternativa (a) Incorreta: Refere-se às classes I (Mesangial mínima) e II (Mesangial proliferativa) da classificação da International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS). Nestas classes, o acometimento é leve, geralmente apresentando-se com sedimento urinário inocente ou proteinúria mínima. O prognóstico é excelente e raramente exige terapia imunossupressora agressiva.

Alternativa (b) Incorreta: Descreve a Glomerulonefrite Lúpica Classe III (Focal). Por definição, ela envolve menos de 50% dos glomérulos na biópsia renal. Embora seja uma forma proliferativa e necessite de tratamento, seu prognóstico é considerado

intermediário e menos grave do que a forma que atinge a maioria dos glomérulos.

Alternativa (c) Correta: Descreve a Glomerulonefrite Lúpica Classe IV (Proliferativa Difusa). Esta é a forma mais comum e mais grave da doença renal no lúpus. Histologicamente, caracteriza-se pelo envolvimento de 50% ou mais dos glomérulos, apresentando hiper celularidade endocapilar, lesões em "alça de arame" (wire loops) e depósitos subendoteliais exuberantes. É a classe que mais consome complemento sérico e a que apresenta maior risco de progressão rápida para insuficiência renal terminal, exigindo obrigatoriamente terapia de indução agressiva com corticoides em doses altas associados a ciclofosfamida ou micofenolato de mofetila.

Alternativa (d) Incorreta: Descreve a Classe V (Membranosa). Esta classe manifesta-se tipicamente com síndrome nefrótica (proteinúria maciça), mas o sedimento urinário costuma ser menos ativo e os níveis de complemento (C3 e C4) podem estar normais em muitos casos. Embora tenha morbidade associada, não costuma evoluir com a rapidez e a agressividade da Classe IV no que tange à perda de função renal aguda.

Alternativa (e) Incorreta: Refere-se à Classe VI (Esclerosante Avançada). Nesta fase, mais de 90% dos glomérulos já sofreram esclerose global e há fibrose intersticial extensa. Representa o estágio final da doença renal. Embora o prognóstico funcional seja péssimo (irreversibilidade), não há indicação de terapia imunossupressora agressiva, pois o tecido renal já foi substituído por cicatriz; o tratamento aqui é a terapia renal substitutiva (diálise ou transplante).

Questão 13

A amiodarona é um antiarrítmico de classe III amplamente utilizado no manejo de arritmias supraventriculares e ventriculares. Sua administração exige cuidados específicos quanto à compatibilidade química e à monitorização de efeitos colaterais.

Alternativa (a) - Incorreta: A amiodarona é quimicamente incompatível com o soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9%). Quando misturada a soluções salinas, a medicação pode precipitar, formando cristais que comprometem a segurança da infusão.

Alternativa (b) - Incorreta: Em pacientes com pulso e estabilidade hemodinâmica (como o caso descrito de fibrilação atrial), a administração não deve ser feita em bolus direto e sem diluição. O bolus rápido está reservado para situações de parada cardiorrespiratória (ritmos chocáveis). Em pacientes conscientes, a infusão rápida pode causar hipotensão severa e colapso cardiovascular.

Alternativa (c) - Correta: O soro glicosado a 5% (SG 5%) é o veículo padrão e

obrigatório para a diluição da amiodarona em infusão contínua ou doses de ataque. Ele garante a estabilidade da molécula e evita a precipitação. Recomenda-se que a concentração final da solução não seja inferior a 0,6 mg/mL para manter a estabilidade.

Alternativa (d) - Incorreta: Os efeitos colaterais agudos mais comuns da infusão de amiodarona são a hipotensão arterial e a bradicardia. A hipotensão ocorre muitas vezes devido ao solvente utilizado na formulação (polissorbato 80) ou à própria ação vasodilatadora do fármaco. Hipertensão e insônia não são reações agudas esperadas.

Alternativa (e) - Incorreta: A via de escolha na emergência é a intravenosa (preferencialmente em acesso venoso central, se a infusão for prolongada, devido ao risco de flebite). A via intramuscular não é utilizada para o controle agudo de arritmias e pode causar danos teciduais no local da aplicação.

Questão 14

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito (episódios recorrentes de dispneia, tosse e sibilos em um paciente que apresenta períodos assintomáticos e sem alterações estruturais prévias) é a apresentação clássica da asma brônquica. Para confirmar o diagnóstico, as diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA) exigem a demonstração de limitação variável ao fluxo aéreo.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A espirometria é o exame de escolha para a avaliação funcional pulmonar. Para comprovar a obstrução variável, realiza-se o teste antes e após a administração de um broncodilatador de curta ação (geralmente salbutamol ou fenoterol). O diagnóstico é confirmado quando há um aumento do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) superior a 12% e a 200 ml em relação aos valores pré-broncodilatador. Este achado documenta a reversibilidade da obstrução, característica fundamental da asma.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A radiografia de tórax na asma geralmente é normal, especialmente quando o paciente está assintomático. Sinais de hiperinsuflação podem aparecer durante crises agudas, mas são achados inespecíficos e não servem como critério definidor de obstrução variável ou diagnóstico de asma. O raio X é solicitado apenas para excluir diagnósticos diferenciais.

Alternativa B: A dosagem de IgE total é um marcador de atopia (alergia), auxiliando na identificação do fenótipo da asma, mas não é um marcador diagnóstico de obstrução. Muitos pacientes podem ter IgE elevada sem ter asma, e vice-versa.

Alternativa C: A gasometria arterial é um exame indicado para avaliar a troca gasosa e o equilíbrio ácido-básico em situações de urgência ou crises graves. Não tem papel no diagnóstico de rotina da asma em pacientes assintomáticos em consulta de seguimento.

Alternativa D: A pletismografia corporal é um exame mais sofisticado que mede volumes pulmonares estáticos e a resistência das vias aéreas. Embora útil para avaliar casos complexos ou doenças restritivas, não é o procedimento prioritário para o diagnóstico inicial de asma, sendo a espirometria o exame de primeira linha, mais acessível e padronizado para este fim.

Questão 15

O diagnóstico da pancreatite aguda baseia-se nos Critérios de Atlanta revisados, que exigem a presença de pelo menos dois dos três critérios a seguir: dor abdominal sugestiva (epigástrica com irradiação dorsal), elevação de amilase ou lipase acima de três vezes o limite superior da normalidade e achados característicos em exames de imagem (tomografia, ressonância ou ultrassonografia).

Alternativa (a) Incorreta. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) é um procedimento invasivo e terapêutico, indicado para casos de pancreatite biliar associada a colangite ou obstrução biliar persistente. Não é um parâmetro inicial de confirmação diagnóstica da pancreatite em si.

Alternativa (b) Incorreta. A ultrassonografia abdominal é o exame inicial de escolha para identificar a etiologia (como cálculos biliares), mas não é o exame isolado para concluir o diagnóstico de pancreatite, uma vez que o gás intestinal pode dificultar a visualização do pâncreas.

Alternativa (c) Incorreta. A pesquisa de gordura fecal serve para avaliar a insuficiência exócrina pancreática, sendo um teste utilizado no contexto da pancreatite crônica e não no diagnóstico de um quadro agudo.

Alternativa (d) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) com contraste não deve ser realizada de forma rotineira e imediata para todos os pacientes. Ela é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou para avaliar complicações locais após 48 a 72 horas do início dos sintomas. O diagnóstico clínico-laboratorial frequentemente

precede a imagem.

Alternativa (e) Correta. Esta alternativa descreve exatamente os pilares diagnósticos preconizados mundialmente: a combinação da clínica típica (dor em barra no abdome superior) com a confirmação laboratorial (amilase ou lipase $\geq 3x$ o valor normal). O exame de imagem é associado para confirmar o diagnóstico quando os dois primeiros critérios não são suficientes ou para definir a gravidade e etiologia.

Questão 16

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A dor retroesternal em aperto, com duração prolongada (45 minutos), acompanhada de sintomas autonômicos (diaforese e náuseas) e sensação de morte iminente, é altamente sugestiva de isquemia miocárdica persistente ou infarto. O fato de a dor ter iniciado em repouso e persistir por tanto tempo é um sinal de alerta vermelho na cardiologia de emergência.

Alternativa a) Incorreta: A angina estável é caracterizada por dor desencadeada por esforço físico ou estresse emocional, com padrão previsível e que é rapidamente aliviada pelo repouso ou uso de nitratos, geralmente durando menos de 10 a 20 minutos. No caso descrito, a dor ocorreu em repouso e é prolongada.

Alternativa b) Incorreta: A angina de Prinzmetal (ou vasoespástica) ocorre tipicamente em repouso, muitas vezes em pacientes mais jovens e durante a madrugada ou início da manhã. No entanto, seu marcador eletrocardiográfico característico é o supradesnivelamento transitório do segmento ST, que reflete uma isquemia transmural reversível causada por espasmo coronariano, e não o infradesnivelamento ou a inversão de onda T persistentes.

Alternativa c) Incorreta: Para a classificação de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), o eletrocardiograma deve obrigatoriamente apresentar o supradesnivelamento do segmento ST (supra) em pelo menos duas derivações contíguas. O enunciado descreve explicitamente ondas T invertidas e infradesnivelamento de ST, o que exclui o diagnóstico de IAM com supra.

Alternativa d) Incorreta: A angina variante é outro nome para a angina de Prinzmetal. Como mencionado anteriormente, embora ocorra em repouso, ela se manifesta com supradesnivelamento transitório de ST no eletrocardiograma durante o episódio de dor, o que não condiz com o padrão de infradesnivelamento e inversão de onda T descrito.

Alternativa e) Correta: O quadro de dor isquêmica típica com duração superior a 20

ou 30 minutos, que não cede com repouso e está associado a alterações eletrocardiográficas como o infradesnivelamento do segmento ST e a inversão de onda T, define a Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Dentro deste espectro, a persistência da dor e o padrão eletrocardiográfico são compatíveis com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). A confirmação definitiva entre angina instável e IAMSSST seria feita pela dosagem de biomarcadores de necrose miocárdica (como a troponina), mas clinicamente, conforme as opções dadas, esta é a classificação correta.

Questão 17

Para diagnosticar clinicamente a Insuficiência Cardíaca (IC), o método mais utilizado e cobrado em provas são os Critérios de Framingham. Para a confirmação do diagnóstico, exige-se a presença de pelo menos dois critérios maiores OU um critério maior associado a dois critérios menores.

No caso clínico apresentado, os achados são classificados da seguinte forma:

- Critérios Maiores: Dispneia paroxística noturna, cardiomegalia (índice cardiotorácico > 0,5 na radiografia) e refluxo hepatojugular.
- Critérios Menores: Edema bilateral de tornozelos e hepatomegalia.

Análise das alternativas:

a) Correta. A alternativa identifica corretamente dois critérios maiores presentes no caso (dispneia paroxística noturna e cardiomegalia). De acordo com Framingham, a presença de dois critérios maiores é suficiente para fechar o diagnóstico de insuficiência cardíaca.

b) Incorreta. Edema periférico e taquicardia são critérios menores. Pelos critérios de Framingham, dois critérios menores isoladamente não são suficientes para o diagnóstico; seriam necessários dois critérios maiores ou um maior e dois menores. Além disso, o caso descreve critérios maiores já presentes.

c) Incorreta. Embora a cardiomegalia radiográfica seja um critério maior, o diagnóstico clínico não é feito de forma isolada por um achado radiográfico ou pela presença de linhas B de Kerley (que sugerem congestão, mas não são critérios diagnósticos isolados). É necessária a combinação de critérios de Framingham para a definição diagnóstica oficial.

d) Incorreta. O erro principal desta alternativa é classificar a hepatomegalia como critério maior. Na escala de Framingham, a hepatomegalia é considerada um critério

menor. Os demais citados (dispneia paroxística, cardiomegalia e refluxo hepatojugular) são, de fato, critérios maiores.

e) Incorreta. Os critérios de Boston são outra ferramenta diagnóstica (baseada em categorias clínica, radiológica e anatômica), porém não há obrigatoriedade de substituir Framingham por Boston. Os critérios de Framingham continuam sendo o padrão-ouro clínico e amplamente aceitos para o diagnóstico inicial de insuficiência cardíaca.

Questão 18

Análise da Questão

O enunciado descreve um fármaco capaz de tratar simultaneamente hipertensão arterial, taquicardia supraventricular e tremor essencial. Essas características são típicas do propranolol, um medicamento versátil na clínica médica.

Alternativa a: Incorreta. A inibição da enzima conversora de angiotensina (ECA) é o mecanismo de ação dos medicamentos conhecidos como IECAs, como o enalapril e o captopril. Embora sejam drogas de primeira linha para hipertensão, elas não possuem indicação para o controle de tremores ou arritmias cardíacas.

Alternativa b: Incorreta. Os diuréticos de alça, como a furosemida, atuam inibindo o transportador de sódio, potássio e cloro na alça de Henle, aumentando a excreção de água e eletrólitos. São usados principalmente em quadros de congestão (como na insuficiência cardíaca) e não para o manejo de arritmias supraventriculares ou tremor essencial.

Alternativa c: Correta. O propranolol é um betabloqueador de primeira geração, classificado como não seletivo porque bloqueia tanto os receptores beta-1 quanto os beta-2 adrenérgicos. No coração (receptores beta-1), ele reduz a frequência cardíaca e a força de contração, diminuindo o débito cardíaco. Para a hipertensão, o uso crônico também leva a uma redução da resistência vascular periférica através de mecanismos como a diminuição da secreção de renina. O controle do tremor essencial ocorre pelo bloqueio de receptores beta periféricos nos músculos e possivelmente por ação no sistema nervoso central.

Alternativa d: Incorreta. O bloqueio dos canais de cálcio é o mecanismo de ação de fármacos como anlodipino e nifedipino (di-hidropiridínicos), que causam vasodilatação, ou verapamil e diltiazem (não di-hidropiridínicos), que agem no coração. Embora o verapamil trate arritmias, nenhum bloqueador de canal de cálcio é eficaz no tratamento do tremor essencial.

Alternativa e: Incorreta. O estímulo de receptores alfa-2 adrenérgicos centrais é o mecanismo de drogas como a clonidina e a metildopa. Esses fármacos agem no sistema nervoso central reduzindo a eferência simpática para a periferia, mas não são os medicamentos de escolha para o quadro clínico descrito, especialmente para o tremor essencial.

Questão 19

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito — depressão respiratória, miose puntiforme (pupilas muito contraídas) e rebaixamento do nível de consciência — compõe a tríade clássica da síndrome opioide (toxidrome opioide). Diante da suspeita de intoxicação exógena por analgésicos narcóticos, o fármaco de primeira escolha para reversão imediata é a Naloxona.

ANALISANDO AS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. O bloqueio da recaptação de serotonina e noradrenalina é o mecanismo de ação de alguns antidepressivos (como a venlafaxina e a duloxetina). Esse mecanismo não possui propriedades de reversão para a depressão respiratória causada por opioides.

Alternativa b) INCORRETA. O antagonismo competitivo nos receptores benzodiazepínicos é o mecanismo do Flumazenil. Embora os benzodiazepínicos também causem rebaixamento do nível de consciência, eles não costumam causar miose puntiforme nem depressão respiratória tão acentuada quanto os opioides de forma isolada. O Flumazenil não tem ação sobre os receptores de narcóticos.

Alternativa c) INCORRETA. A inibição da enzima acetilcolinesterase é o mecanismo de fármacos como a neostigmina ou a piridostigmina. Esse mecanismo aumenta a disponibilidade de acetilcolina e é utilizado no tratamento da Miastenia Gravis ou para reverter o bloqueio neuromuscular pós-anestésico. Na verdade, a inibição excessiva dessa enzima (como ocorre na intoxicação por organofosforados) causaria um quadro colinérgico, com bradicardia e sialorreia, diferente do proposto.

Alternativa d) CORRETA. A Naloxona é um antagonista opioide puro e específico. Ela apresenta uma afinidade muito alta pelos receptores opioides (principalmente os do tipo μ) no sistema nervoso central. Ao ser administrada, a Naloxona compete pelos mesmos sítios de ligação do agente tóxico, deslocando-o do receptor e impedindo sua sinalização. Como a Naloxona não possui atividade intrínseca (não ativa o

receptor), os efeitos de sedação e depressão respiratória são prontamente revertidos.

Alternativa e) INCORRETA. Agonistas adrenérgicos (como a adrenalina) estimulam o sistema nervoso simpático e podem aumentar a frequência cardíaca ou a pressão arterial, mas não agem na causa fisiopatológica da intoxicação por narcóticos. Eles não conseguem deslocar o opioide do receptor no centro respiratório bulbar.

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

Questão 20

O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) é a droga de escolha para a prevenção e o tratamento de crises convulsivas na eclâmpsia. Sua administração exige cuidado extremo devido ao risco de toxicidade, que pode levar à depressão respiratória e parada cardíaca.

Alternativa a) Incorreta. A infusão de sulfato de magnésio nunca deve ser feita de forma rápida (em segundos). A dose de ataque, seja de 4 g ou de 6 g, deve ser administrada lentamente, geralmente ao longo de 15 a 20 minutos. Uma administração excessivamente veloz pode causar hipotensão severa, *flushing*, distúrbios de condução cardíaca e parada cardiorrespiratória.

Alternativa b) Correta. Esta é a base da segurança na monitorização da magnesioterapia. O magnésio é excretado quase exclusivamente pelos rins; portanto, a avaliação da função renal e do débito urinário (diurese) é fundamental para evitar o acúmulo tóxico da droga. Os reflexos tendinosos profundos (como o reflexo patelar) são os primeiros sinais clínicos a desaparecer quando os níveis séricos estão acima do limite terapêutico, servindo como um alerta precoce de toxicidade. O monitoramento dos sinais vitais (especialmente a frequência respiratória, que não deve cair abaixo de 12 a 16 incursões por minuto) e o ECG garantem a detecção de depressão respiratória e alterações cardíacas.

Alternativa c) Incorreta. Embora o esquema intramuscular (Pritchard) seja validado e seguro, a via endovenosa (esquema de Zuspan) é preferível na maioria dos centros hospitalares. A via EV permite um controle mais preciso da infusão, causa menos dor e desconforto à paciente (as injeções IM de magnésio são muito dolorosas e podem causar abscessos) e facilita o ajuste imediato da dose, se necessário. A via IM é geralmente reservada para situações em que não há acesso venoso disponível ou para o transporte de pacientes.

Alternativa d) Incorreta. A principal reação adversa não é a hipercalcemia. Na

verdade, o magnésio é um antagonista do cálcio. Em casos de toxicidade por magnésio, utiliza-se o gluconato de cálcio a 10% como antídoto direto para reverter os efeitos neuromusculares e cardíacos. O monitoramento deve focar na hipermagnesemia.

Alternativa e) Incorreta. O sulfato de magnésio a 10% não é de uso exclusivo em adultos. Na pediatria, ele é utilizado em diversas situações clínicas, como no tratamento de crises de asma grave que não respondem à terapia inicial, em distúrbios eletrolíticos (hipomagnesemia) e em certos tipos de arritmias cardíacas (como *torsades de pointes*).

Questão 21

A alternativa correta é a letra (d).

Para compreender a conduta correta, devemos analisar os protocolos de profilaxia da raiva e o tratamento de ferimentos por mordedura.

Alternativa (a) Incorreta: A limpeza e o desbridamento de tecidos desvitalizados são condutas padrão para ferimentos contaminados. No entanto, a coleta de cultura de um ferimento agudo por mordedura não é indicada de rotina. A cultura deve ser solicitada apenas se houver sinais clínicos de infecção secundária após o atendimento inicial.

Alternativa (b) Incorreta: No manejo da profilaxia da raiva humana, a classificação de ferimento leve ou grave depende da localização e da natureza da lesão. Ferimentos na face, cabeça, pescoço, mãos, polpas digitais e plantas dos pés são considerados ferimentos graves, independentemente do tamanho da lesão, devido à rica inervação e proximidade com o sistema nervoso central.

Alternativa (c) Incorreta: A indicação de profilaxia contra o tétano baseia-se exclusivamente no histórico vacinal do paciente e nas características do ferimento (se é limpo ou de risco). Mordeduras de animais são ferimentos considerados de risco para o tétano. O estado de saúde ou a observação do animal agressor não influenciam a conduta em relação ao tétano, apenas em relação à raiva.

Alternativa (d) Correta: O sagui (gênero *Callithrix*) é um primata não humano e, portanto, é classificado como um animal silvestre. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, o protocolo para agressões por animais silvestres (incluindo macacos, raposas e morcegos) é sempre tratar o acidente como grave. Como não se conhece o período de incubação e transmissão do vírus da raiva nessas espécies, a observação do animal por 10 dias não é válida.

Assim, independentemente do ferimento ou de o animal ser domesticado, a conduta imediata para agressões por saguis é a sorovacinação completa (soro antirrábico e 4 doses de vacina).

Alternativa (e) Incorreta: Ferimentos por mordedura são considerados altamente contaminados pela microbiota oral do animal. A recomendação geral é não realizar sutura primária, deixando a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção ou realizando apenas pontos de aproximação frouxos se houver grande dano estético. A sutura por camadas (subcutâneo e pele) está formalmente contraindicada, pois favorece o crescimento bacteriano e a formação de abscessos em espaço fechado.

Questão 22

Alternativa A (Correta): O uso de curativos oclusivos é fundamentado no princípio da cicatrização em meio úmido. Esse método proporciona um microambiente com pH levemente ácido, o que inibe o crescimento bacteriano e otimiza a função das enzimas de reparo. Além disso, a baixa tensão de oxigênio na superfície da ferida (hipóxia local controlada) é um potente estímulo para a angiogênese (formação de novos vasos) e para a atividade dos fibroblastos na produção de colágeno, acelerando o processo cicatricial.

Alternativa B (Incorreta): A taxa de epitelização em feridas sob curativos oclusivos é significativamente mais rápida (podendo chegar ao dobro da velocidade) em comparação com feridas deixadas secas ou expostas ao ar. A exposição ao ar resseca o leito da ferida e forma uma crosta espessa, o que obriga as células epiteliais a migrarem por camadas mais profundas para encontrar umidade, retardando o fechamento da lesão.

Alternativa C (Incorreta): O fechamento primário (sutura) é indicado para feridas limpas e recentes, geralmente nas primeiras 6 a 12 horas após o trauma (período de ouro). Após 7 dias, a ferida já está colonizada e em pleno processo de cicatrização por segunda intenção, com formação de tecido de granulação e bordos fixos. Tentar uma sutura primária neste estágio aumentaria drasticamente o risco de infecção e deiscência da ferida.

Alternativa D (Incorreta): O risco de tétano existe em qualquer solução de continuidade da pele, independentemente de o objeto ser enferrujado ou envolver animais. O *Clostridium tetani* é encontrado no solo e em diversos ambientes sob a forma de esporos. Em pacientes idosos (67 anos), a preocupação é ainda maior devido à possível perda da imunidade vacinal ao longo do tempo. A conduta correta seria avaliar o histórico vacinal para decidir sobre o reforço ou a aplicação de imunoglobulina.

Alternativa E (Incorreta): A descrição do ferimento (seco, bordos róseo-claros e presença de crosta) é compatível com uma cicatrização fisiológica normal, sem sinais de infecção secundária como pus, calor local, rubor intenso ou edema. Portanto, não há indicação clínica para o uso de antibioticoterapia sistêmica neste momento.

Questão 23

ANÁLISE DA QUESTÃO E ALTERNATIVAS:

O caso clínico descreve um homem jovem, com quadro súbito de dor torácica e estabilidade clínica, o que é clássico para pneumotórax espontâneo primário. O fato de ele ser piloto de avião é um detalhe crucial para a conduta definitiva, devido ao risco de recorrência em situações de mudanças de pressão atmosférica.

Alternativa A (Incorreta): Embora a radiografia simples de tórax seja o exame inicial mais comum na prática clínica, o padrão-ouro para o diagnóstico de pneumotórax é a Tomografia Computadorizada (TC) de tórax. A TC é mais sensível, permitindo identificar pequenos volumes de ar e quantificar o tamanho do pneumotórax com maior precisão.

Alternativa B (Correta): A ultrassonografia de tórax (point-of-care) ganhou grande destaque no diagnóstico de pneumotórax. Quando realizada por examinador treinado, utilizando o transdutor linear (indicado para estruturas superficiais como a pleura), a presença do deslizamento pleural (lung sliding) exclui a presença de ar no espaço pleural naquele ponto. Portanto, o valor preditivo negativo (VPN) da ultrassonografia é altíssimo, chegando a 100% em diversos estudos, o que significa que, se houver deslizamento pleural, o diagnóstico de pneumotórax pode ser descartado naquele local.

Alternativa C (Incorreta): A descompressão por agulha é o tratamento de emergência indicado apenas para o pneumotórax hipertensivo, situação em que há instabilidade hemodinâmica, desvio de traqueia e turgência jugular. O paciente em questão está estável, com dor leve e sem desconforto respiratório, tratando-se de um pneumotórax simples. O tratamento inicial seria observação, oxigenioterapia ou drenagem/aspiração, dependendo do tamanho.

Alternativa D (Incorreta): A resolução espontânea do quadro não exclui a necessidade de cirurgia neste caso específico. Por ser piloto de avião, o paciente exerce uma profissão de risco. De acordo com as diretrizes de medicina aeroespacial e de cirurgia torácica, profissionais como pilotos e mergulhadores que apresentam um primeiro episódio de pneumotórax espontâneo têm indicação de tratamento cirúrgico

definitivo (pleurodese/grampeamento de blebs) para minimizar o risco de recorrência durante o voo, o que seria catastrófico.

Alternativa E (Incorreta): O exame físico pode ser completamente normal em pneumotórax de pequeno volume. A redução do murmúrio vesicular é um sinal clínico importante, mas não é "essencial" ou obrigatória para o diagnóstico, pois sua ausência não descarta a patologia. O diagnóstico depende fundamentalmente de exames de imagem.

Questão 24

A síndrome de Dumping é uma complicação comum de cirurgias gástricas (como gastrectomias e bypass gástrico) que resulta da perda do mecanismo pilórico de controle do esvaziamento gástrico, levando à passagem rápida de quimo para o intestino delgado.

Alternativa a) Incorreta. O Dumping precoce ocorre muito antes, geralmente entre 15 e 30 minutos após a ingestão alimentar. Ele está relacionado à distensão do lúmen intestinal e à liberação de mediadores vasoativos. O intervalo de 2 a 3 horas mencionado na alternativa é característico do Dumping tardio.

Alternativa b) Correta. O Dumping tardio é essencialmente um quadro de hipoglicemia reacional. A chegada rápida de carboidratos simples ao intestino delgado provoca uma absorção acelerada de glicose, o que estimula uma secreção excessiva e desproporcional de insulina. Após o pico de insulina, os níveis de glicose caem bruscamente, gerando sintomas como sudorese, palidez, palpitações e confusão mental.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico da síndrome de Dumping é eminentemente clínico, baseado na história do paciente e em sistemas de pontuação como o Escore de Sigstad. Embora a cintilografia de esvaziamento gástrico possa demonstrar o trânsito acelerado, ela não é o "exame de escolha" ou padrão-ouro isolado na prática clínica, sendo o teste de tolerância à glicose oral mais utilizado para confirmação diagnóstica.

Alternativa d) Incorreta. No Dumping precoce, a ingestão de alimentos hipertônicos (com alta carga osmótica) é que causa o problema. Esse conteúdo hipertônico atrai água do espaço intravascular e extracelular para dentro da luz intestinal. Portanto, o deslocamento de líquido ocorre do espaço extracelular para o lúmen intestinal, e não o contrário.

Alternativa e) Incorreta. O Dumping é significativamente mais comum após

reconstruções do tipo Billroth II do que na Y de Roux. A reconstrução em Y de Roux, devido à sua configuração anatômica, impõe uma certa resistência ao esvaziamento que protege o paciente, sendo inclusive utilizada como tratamento cirúrgico para converter pacientes que sofrem de Dumping grave após procedimentos Billroth I ou II.

Questão 25

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve uma paciente de 57 anos com quadro de melena (evacuação enegrecida e odor intenso) associada a sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia e pressão arterial limite). A principal hipótese diagnóstica é Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A melena é o sinal clássico de sangramento digestivo alto, pois o sangue foi digerido pelo suco gástrico e por bactérias intestinais, resultando em fezes escuras e pastosas. A presença de coágulos (sangue vivo ou rutilante) no toque retal geralmente aponta para Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) ou uma HDA muito volumosa com trânsito intestinal extremamente acelerado, o que não é a apresentação típica da melena descrita.

Alternativa B: Incorreta. Embora o acesso venoso calibroso e a monitorização sejam fundamentais, a passagem de sonda nasogástrica (SNG) de rotina para diagnóstico não é mais recomendada pelos consensos atuais. A SNG é desconfortável e um aspirado "limpo" não exclui sangramento ativo (pois o piloro pode estar fechado ou o sangramento ser duodenal), não alterando o prognóstico final do paciente.

Alternativa C: Incorreta. No tratamento da HDA por úlcera péptica, os Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) são significativamente superiores aos antagonistas dos receptores H2 (como a ranitidina). Os IBPs conseguem manter o pH gástrico elevado de forma mais constante, o que é essencial para a estabilização do coágulo e prevenção do ressangramento.

Alternativa D: Correta. Em pacientes com cirrose e sangramento por varizes esofágicas, o uso de antibióticos profiláticos (como ceftriaxona ou norfloxacino) é conduta obrigatória. A antibioticoterapia reduz a incidência de infecções (como a peritonite bacteriana espontânea), diminui o risco de ressangramento e reduz a mortalidade.

Alternativa E: Incorreta. Diante de uma endoscopia (EDA) que não revela a causa do

sangramento em paciente com melena, a investigação deve prosseguir geralmente para o trato digestivo baixo (colonoscopia) ou intestino delgado. A angiotomografia é útil para detectar extravasamento ativo de contraste em sangramentos com certo fluxo, mas não é o exame de escolha com preparo intestinal imediato após EDA negativa.

Gabarito: Letra (d).

Questão 26

O quadro clínico descrito aponta para uma síndrome de obstrução intestinal, caracterizada por dor abdominal, distensão, náuseas e vômitos incoercíveis. Em um paciente idoso, tabagista e sem cirurgias prévias, as principais causas a serem investigadas são as hérnias de parede abdominal e as neoplasias colorretais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hérnia de Petersen é um tipo de hérnia interna que ocorre no espaço mesentérico criado após cirurgias de derivação gástrica (como o bypass gástrico em Y de Roux). O enunciado afirma explicitamente que o paciente nega procedimentos cirúrgicos abdominais prévios, o que torna essa hipótese improvável.

b) Incorreta. Embora a pancreatite aguda possa cursar com dor abdominal e vômitos, o quadro de distensão importante e a história clínica sugerem mais fortemente uma obstrução mecânica. Além disso, a tomografia computadorizada de abdome para avaliação de pancreatite não é indicada de imediato à admissão, sendo idealmente realizada de 48 a 72 horas após o início dos sintomas para avaliar complicações como necrose.

c) Incorreta. O diagnóstico de uma hérnia encarcerada é eminentemente clínico, realizado por meio do exame físico (inspeção e palpação das regiões inguinais e da cicatriz umbilical). Diante de uma hérnia irreduzível e sintomática, a conduta é a exploração cirúrgica de urgência. A ultrassonografia pode ser utilizada em casos duvidosos, mas não é o padrão para avaliar a viabilidade da alça, que é determinada visualmente durante a cirurgia.

d) Incorreta. A ultrassonografia de abdome é um exame operador-dependente e limitado pela presença de gases (comum na distensão abdominal). Para a avaliação de obstrução intestinal, a rotina de abdome agudo (radiografias simples) e, preferencialmente, a tomografia computadorizada são os exames de escolha para identificar o ponto de transição e a causa da obstrução.

e) Correta. Esta é a conduta inicial padrão para pacientes com obstrução intestinal e vômitos incoercíveis. Devido à perda de líquidos e eletrólitos pelos vômitos e para o terceiro espaço, a ressuscitação volêmica com cristaloides é prioritária. A passagem de sonda nasogástrica (SNG) é fundamental para descomprimir o trato gastrointestinal superior, aliviando o desconforto, prevenindo a aspiração pulmonar e servindo como um parâmetro para monitorar o volume de estase e a resposta ao tratamento clínico inicial.

Questão 27

Comentário sobre a questão de rastreamento do câncer de próstata:

Alternativa (a) Incorreta: Para indivíduos em grupos de alto risco, como homens negros ou aqueles com parentes de primeiro grau que tiveram câncer de próstata, as principais diretrizes (SBU e AUA) recomendam iniciar o rastreamento mais cedo, geralmente aos 45 anos (e não aos 50). Em casos de altíssimo risco (múltiplos familiares ou mutações genéticas específicas), pode-se considerar o início aos 40 anos.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reflete a tendência atual de rastreamento personalizado ou adaptado ao risco. Diretrizes modernas (como as da NCCN e da AUA) sugerem que homens com expectativa de vida superior a 10 anos e que apresentam valores iniciais de PSA muito baixos (geralmente abaixo de 1,0 a 2,0 ng/mL, dependendo da idade) podem realizar o rastreamento em intervalos maiores, como a cada 2 ou 4 anos, em vez de anualmente. Isso reduz o excesso de exames e o sobrediagnóstico em pacientes de baixo risco.

Alternativa (c) Incorreta: O toque retal e a dosagem de PSA são exames complementares e devem ser realizados de forma conjunta desde o início do rastreamento. O toque retal é fundamental porque cerca de 15% a 20% dos tumores de próstata (frequentemente os mais agressivos) podem não elevar os níveis de PSA. Portanto, a necessidade de associar o toque existe independentemente de o valor do PSA ser baixo ou alto, não sendo uma conduta desencadeada apenas pelo achado de um PSA baixo.

Alternativa (d) Incorreta: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) está primariamente associada ao câncer colorretal devido a mutações no gene APC. Os grupos de risco genético bem estabelecidos para o câncer de próstata envolvem, principalmente, mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, além da Síndrome de Lynch (genes de reparo do DNA).

Alternativa (e) Incorreta: Embora a relação do tabagismo com o câncer de bexiga

seja mais direta e conhecida, o cigarro também possui relação com o câncer de próstata. Estudos demonstram que o tabagismo está associado a um maior risco de doença agressiva, maior taxa de recorrência após o tratamento e maior mortalidade específica pela doença. Portanto, existe, sim, uma correlação relevante.

Questão 28

ANÁLISE DO CASO:

O paciente em questão é jovem e foi vítima de um trauma de alta energia (colisão a 80 km/h contra anteparo fixo). Apesar de apresentar estabilidade hemodinâmica no momento da avaliação inicial (frequência cardíaca de 96 bpm, pressão arterial de 100/70 mmHg e hemoglobina normal), o quadro de dor abdominal difusa com piora em quadrante superior esquerdo é um sinal de alerta importante para lesões de órgãos sólidos, especialmente o baço. Em pacientes estáveis com mecanismo de trauma significativo, a propedêutica armada com exames de imagem é mandatória.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA:

A conduta de escolha para pacientes hemodinamicamente estáveis que sofreram trauma contuso de alta energia é a realização de tomografia computadorizada (TC). A TC de abdome total deve ser feita obrigatoriamente com contraste endovenoso, pois ele é essencial para identificar lesões em órgãos sólidos (fígado, baço, rins), avaliar a vascularização e detectar extravasamento ativo de sangue (sangramento arterial). A avaliação da coluna cervical e do tórax por TC complementa o rastreio de lesões ocultas decorrentes do mecanismo de desaceleração.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa A: O mecanismo de trauma é grave e o paciente apresenta sintomas físicos (dor abdominal). A observação clínica isolada por apenas 4 horas seguida de alta é uma conduta insegura, pois lesões viscerais ou sangramentos internos podem não se manifestar laboratorialmente de imediato.

Alternativa B: Não há indicação de intubação orotraqueal. O paciente está consciente (Glasgow 15), com via aérea pérvia e saturação de oxigênio aceitável. A prioridade é o diagnóstico das possíveis lesões abdominais.

Alternativa C: As radiografias simples de tórax e pelve fazem parte da rotina inicial do ATLS, mas a radiografia de abdome tem baixíssima utilidade no trauma contuso. Em um paciente estável com forte suspeita de lesão intra-abdominal e acesso a exames de maior precisão, a tomografia é superior por oferecer maior sensibilidade e

especificidade.

Alternativa D: A realização de tomografia de abdome sem contraste endovenoso é inadequada no contexto de trauma. Sem o contraste, o examinador não consegue distinguir adequadamente entre tecidos lesionados, hematomas e sangramento ativo, o que invalida o objetivo principal do exame neste cenário.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro grave de pé diabético infectado, classificado como uma emergência infectológica e cirúrgica. Os principais pontos que direcionam a conduta são:

1. Gravidade Sistêmica: A paciente apresenta sinais de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) ou sepse, caracterizados por febre, taquicardia (106 bpm), taquipneia (22 ipm) e uma leucopenia importante ($2.000/\text{mm}^3$), que em processos infecciosos graves é um sinal de mau prognóstico.
2. Infecção Local Profunda: A presença de úlcera com centro necrótico e saída de secreção purulenta à expressão indica a necessidade de drenagem e desbridamento cirúrgico imediato para controle do foco infeccioso.
3. Disfunção Orgânica: Há evidência de insuficiência renal aguda (creatinina 2,5 mg/dL e ureia 130 mg/dL) e descontrole glicêmico severo (glicemia 356 mg/dL).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O tratamento ambulatorial com antibiótico oral é totalmente inadequado para uma paciente com sinais de sepse, necrose tecidual e insuficiência renal aguda. O quadro exige internação e antibioticoterapia venosa de amplo espectro.

Alternativa b) Incorreta. Embora mencione internação, peca ao sugerir antibiótico via oral para um quadro de tamanha gravidade. Além disso, a prioridade diagnóstica e terapêutica é a abordagem cirúrgica do foco infeccioso (limpeza e desbridamento), e não apenas a realização de tomografia.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa aborda todos os pilares do tratamento:

- Internação hospitalar e antibiótico parenteral: necessários pela gravidade da infecção e sinais sistêmicos.
- Abordagem cirúrgica: essencial para retirar tecidos desvitalizados (necrose) e drenar a secreção purulenta, interrompendo a progressão da infecção.

- Insulina: único método seguro para controle glicêmico em pacientes internados e gravemente enfermos.
- Suspensão de losartana e hidratação venosa: conduta correta frente à insuficiência renal aguda (nefropatia por hipovolemia/sepse), evitando drogas que interferem na hemodinâmica renal (como os BRAs).

Alternativa d) Incorreta. A amputação não é necessariamente a primeira conduta antes de uma exploração cirúrgica e desbridamento. O uso de metformina é formalmente contraindicado em pacientes com insuficiência renal (risco de acidose láctica) e em pacientes instáveis. O uso de coloides não é a primeira escolha para reposição volêmica, preferindo-se cristaloides.

Alternativa e) Incorreta. O regime ambulatorial é insuficiente. O uso de antibiótico tópico não tem evidência de eficácia em infecções profundas de pé diabético e a conduta expectante em relação à cirurgia (esperar melhora da função renal para TC) atrasaria o controle do foco, agravando a sepse.

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

Questão 30

Esta é uma questão clássica sobre o manejo do traumatismo cranioencefálico (TCE) leve em pacientes de alto risco. O ponto central do caso é uma paciente idosa (63 anos) que sofreu um trauma craniano e faz uso de rivaroxabana, um anticoagulante oral direto (DOAC).

A conduta correta baseia-se no fato de que pacientes em uso de anticoagulantes apresentam um risco significativamente maior de hemorragia intracraniana, mesmo após traumas de baixa energia e apresentando pontuação 15 na Escala de Coma de Glasgow.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A radiografia de crânio tem utilidade muito limitada no trauma atual. Ela pode identificar fraturas ósseas, mas não visualiza o parênquima cerebral nem detecta sangramentos (hematomas extradurais, subdurais ou contusões), que são a principal preocupação neste caso.

b) Incorreta. Dar alta para um paciente anticoagulado após trauma craniofacial sem a realização de exame de imagem é uma conduta insegura. O risco de sangramento tardio ou oculto é real, e a normalidade do exame físico inicial (Glasgow 15 e pupilas normais) não exclui a presença de lesão intracraniana nesta população específica.

c) Correta. A tomografia computadorizada (TC) de crânio é o padrão-ouro para a avaliação inicial. Protocolos internacionais e nacionais (como o Canadian CT Head Rule e o New Orleans Criteria, embora frequentemente aplicados a pacientes sem anticoagulantes) são unânimes ao indicar que o uso de anticoagulação é, por si só, um critério de alto risco que exige a realização de TC de crânio, independentemente da ausência de sintomas neurológicos no momento da admissão.

d) Incorreta. O coagulograma (TP/INR e TTPa) não é útil para guiar a decisão de imagem neste cenário. Primeiramente, a rivaroxabana não altera o INR de forma fidedigna para monitorização. Segundo, mesmo que o coagulograma estivesse normal, o risco mecânico do trauma em um paciente anticoagulado ainda exigiria a visualização do cérebro por imagem.

e) Incorreta. A observação clínica é uma etapa importante, mas deve ser precedida pela exclusão de lesões agudas por meio da TC. Internar para observar sem realizar o diagnóstico por imagem atrasaria a identificação de um possível hematoma que necessite de intervenção cirúrgica imediata ou reversão da anticoagulação.

Resumo didático: Todo paciente em uso de anticoagulante (varfarina ou DOACs como rivaroxabana, apixabana e dabigatrana) que sofre trauma craniano deve ser submetido à tomografia de crânio, mesmo que esteja assintomático e com Glasgow 15.

Questão 31

O quadro clínico de vômitos escuros (borra de café/hematêmese) e fezes pretas (melena) em uma paciente idosa é uma apresentação clássica de Hemorragia Digestiva Alta (HDA). De acordo com os protocolos atuais de manejo de hemorragia gastrointestinal, após a estabilização hemodinâmica (o "ABC" primário), deve-se proceder à confirmação diagnóstica e à preparação para a terapia definitiva.

Alternativa a: Correta. O toque retal é uma etapa fundamental do exame físico para confirmar a presença de melena e descartar outras causas de fezes escurecidas. O jejum por via oral é necessário para a realização segura da endoscopia e para evitar aspiração. O uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose de ataque (como o omeprazol 80 mg em bolus) é preconizado para elevar o pH gástrico, o que favorece a agregação plaquetária e a estabilidade do coágulo, reduzindo a necessidade de intervenção cirúrgica e o risco de ressangramento. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o exame de escolha, devendo ser realizada preferencialmente nas primeiras 24 horas.

Alternativa b: Incorreta. O tratamento para *Helicobacter pylori* (antibióticos) não é indicado na fase aguda do sangramento. Ele deve ser realizado apenas após a confirmação da infecção por testes específicos, geralmente após a estabilização do quadro. Além disso, aguardar um novo episódio de hematêmese para solicitar a endoscopia é uma conduta perigosa, pois o exame deve ser diagnóstico e terapêutico o mais breve possível.

Alternativa c: Incorreta. Procinéticos (como eritromicina ou metoclopramida) podem ser utilizados em situações específicas para esvaziar o estômago de resíduos hemáticos antes da endoscopia, melhorando a visibilidade, mas não são o pilar principal do tratamento inicial quando comparados ao IBP. O erro principal aqui, novamente, é a indicação precoce de antibióticos para *H. pylori*.

Alternativa d: Incorreta. Os antagonistas dos receptores H2 (como a ranitidina) são menos eficazes que os IBPs na manutenção do pH gástrico necessário para a estabilidade do coágulo. A passagem de sonda nasogástrica para avaliar sangramento não é mais recomendada rotineiramente, pois não altera o desfecho clínico e causa desconforto. Por fim, a colonoscopia avalia o trato digestivo baixo, enquanto a clínica da paciente (vômitos escuros) aponta claramente para uma origem alta (acima do ângulo de Treitz).

Alternativa e: Incorreta. Pacientes com sinais de sangramento digestivo ativo ou recente (melena e hematêmese) devem ser investigados em ambiente hospitalar de urgência. O encaminhamento ambulatorial é contraindicado devido ao alto risco de instabilidade hemodinâmica, ressangramento e morte se não houver intervenção imediata.

Questão 32

Para resolver essa questão, devemos primeiro classificar as profundidades das queimaduras descritas no caso clínico:

1. Região anterior do tórax: Eritema e dor intensa sem a presença de bolhas caracterizam uma queimadura de 1º grau ou superficial.
2. Região do dorso: Fundo rosado, presença de bolhas e dor caracterizam uma queimadura de 2º grau ou de espessura parcial.
3. Região cervical posterior e ombro: Aspecto amarronzado, textura áspera e ausência de dor (anestesia) caracterizam uma queimadura de 3º grau ou de espessura total.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Está correta. As lesões no dorso, que apresentam bolhas e dor, são classificadas como de espessura parcial (2º grau). Segundo as diretrizes atuais do ATLS (10ª edição), a fórmula recomendada para o cálculo da hidratação venosa inicial em adultos com queimaduras térmicas é de $2 \text{ ml} \times \text{peso (kg)} \times \text{porcentagem de superfície corporal queimada}$. O objetivo da ressuscitação volêmica é manter um débito urinário de $0,5 \text{ ml/kg/h}$ em pacientes adultos.

Alternativa B: Está incorreta. As lesões na região anterior do tórax (apenas eritema) são de 1º grau. Pelo protocolo de atendimento ao queimado, as queimaduras de 1º grau não devem ser incluídas no cálculo da superfície corporal queimada (SCQ) para fins de reposição de fluidos.

Alternativa C: Está incorreta. As lesões na região cervical e ombro, por serem amarronzadas e indolores, são classificadas como de espessura total (3º grau), e não parcial. Além disso, queimaduras de 3º grau e queimaduras em áreas especiais (como o pescoço e articulações) são critérios para transferência do paciente para uma Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), independentemente da extensão.

Alternativa D: Está incorreta. Embora a classificação de espessura total para a região cervical esteja correta, a conduta de iniciar antibiótico profilático intravenoso (como a cefazolina) é formalmente contraindicada no tratamento inicial de queimados. O uso profilático não previne infecções e favorece o surgimento de bactérias resistentes e fungos. Além disso, a fórmula de 4 ml/kg/\%SCQ é atualmente reservada para queimaduras elétricas.

Alternativa E: Está incorreta. O erro consiste em incluir as queimaduras superficiais (1º grau) no cálculo da superfície corporal queimada e na utilização da constante de 4 ml para o cálculo da hidratação em uma queimadura de origem térmica.

Questão 33

Análise da questão: Hérnias Epigástricas

A questão descreve uma paciente de 36 anos com hérnia epigástrica de 1,5 cm e presença de sintomas (dor leve). As hérnias epigástricas ocorrem por defeitos na linha alba, localizadas entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical.

Alternativa (a) CORRETA: O tratamento cirúrgico é a conduta indicada para hérnias epigástricas em adultos, principalmente quando são sintomáticas. O orifício dessas hérnias costuma ser pequeno e de bordas fibrosas e rígidas, o que aumenta o risco de encarceramento da gordura pré-peritoneal ou do omento. A cirurgia eletiva previne complicações agudas e resolve a dor da paciente.

Alternativa (b) INCORRETA: Não se deve abordar "sempre" por via laparoscópica. A escolha da técnica depende do tamanho do defeito, das condições do paciente e da experiência do cirurgião. Hérnias pequenas, como a de 1,5 cm descrita, são rotineiramente tratadas por via aberta com excelentes resultados, menor custo e menor tempo cirúrgico em relação à laparoscopia.

Alternativa (c) INCORRETA: As hérnias epigástricas são hérnias primárias da parede abdominal. Elas surgem em pontos de fraqueza anatômica na decussação das fibras da linha alba. Hérnias que ocorrem sobre cicatrizes de cirurgias anteriores são classificadas como hérnias incisionais.

Alternativa (d) INCORRETA: A conduta expectante não é a preferida em adultos sintomáticos. Diferente de algumas hérnias umbilicais na infância, as epigástricas no adulto não regredem espontaneamente. Devido à sintomatologia e ao risco de estrangulamento do conteúdo herniário, a correção cirúrgica é recomendada.

Alternativa (e) INCORRETA: A tela não é contraindicada. Na verdade, o uso de telas (próteses) é uma prática comum e recomendada na cirurgia moderna de parede abdominal para reduzir o risco de recidiva (retorno da hérnia), sendo frequentemente utilizada em defeitos acima de 1 cm ou 2 cm para garantir um reforço sem tensão.

Questão 34

Este caso clínico apresenta um paciente com obesidade grau III (IMC de 41 kg/m²) e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) grave, evidenciada por esofagite erosiva grau C de Los Angeles e pHmetria positiva. O desafio aqui é escolher a técnica bariátrica que trate a obesidade sem agravar o refluxo preexistente.

Alternativa a) Incorreta. A gastrectomia vertical (sleeve) é considerada uma técnica "refluxogênica". Ela aumenta a pressão intragástrica, pode levar à hipotonia do esfíncter esofágico inferior e altera o ângulo de His. Em pacientes com esofagite grave (graus C e D de Los Angeles), o sleeve é contraindicado por muitos especialistas, pois há um risco elevado de piora do refluxo e desenvolvimento de esôfago de Barrett no pós-operatório.

Alternativa b) Incorreta. A banda gástrica ajustável caiu em desuso devido às altas taxas de reoperação e complicações a longo prazo. Além disso, ela pode causar estase esofágica e não é o tratamento de escolha para pacientes com refluxo grave documentado.

Alternativa c) Correta. O bypass gástrico em Y de Roux é o padrão-ouro para

pacientes obesos com DRGE. O procedimento reduz drasticamente a produção de ácido (devido ao pequeno reservatório gástrico), cria um mecanismo de baixa pressão e a alça em Y de Roux impede o refluxo biliar para o esôfago. É a técnica que oferece o melhor controle dos sintomas de refluxo e a cicatrização da esofagite, tratando as duas patologias simultaneamente.

Alternativa d) Incorreta. As derivações biliopancreáticas (como o Scopinaro ou o Duodenal Switch) são técnicas predominantemente malabsortivas, geralmente reservadas para obesidade extrema (IMC acima de 50 ou 60). Elas não possuem o mesmo efeito antirrefluxo consolidado que o bypass em Y de Roux.

Alternativa e) Incorreta. O mini-bypass gástrico, ou bypass de anastomose única, possui uma configuração em "alça" (ômega). Essa anatomia predispõe ao refluxo biliar (refluxo alcalino) para o estômago e, conseqüentemente, para o esôfago. Para um paciente que já possui esofagite grave, o risco de desenvolver uma esofagite biliar grave torna essa técnica contraindicada.

Questão 35

A gastrostomia consiste na criação de uma comunicação cirúrgica ou endoscópica entre a luz do estômago e o meio externo. Suas indicações principais dividem-se em dois grandes grupos: suporte nutricional prolongado e descompressão gástrica. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (d) - CORRETA: Esta é a indicação clássica e mais comum do procedimento. A gastrostomia é utilizada para garantir o aporte nutricional em pacientes que possuem o trato gastrointestinal funcional, mas que não podem ou não conseguem utilizar a via oral por tempo prolongado (geralmente por um período superior a 4 semanas). Os exemplos típicos são as obstruções mecânicas altas (como tumores de orofaringe ou esôfago que impedem a passagem do alimento) e as disfagias de origem neurológica (como sequelas de AVC, Esclerose Lateral Amiotrófica — ELA — ou demências avançadas), nas quais o suporte por sonda nasoenteral se torna desconfortável ou tecnicamente difícil a longo prazo.

Alternativa (a) - INCORRETA: A drenagem da via biliar é um procedimento voltado para a árvore biliar e não para o estômago. Para obstruções hepáticas ou do colédoco, utilizam-se técnicas como a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), a drenagem biliar trans-hepática percutânea ou, em casos específicos, a colecistostomia.

Alternativa (b) - INCORRETA: Obstruções distais do intestino delgado são manejadas inicialmente com descompressão via sonda nasogástrica e tratamento da causa-base

(frequentemente cirúrgico). Embora exista a gastrostomia de decompressão (*venting gastrostomy*), ela é indicada principalmente em casos de obstrução gástrica ou intestinal alta e fixa, geralmente em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, para alívio de náuseas e vômitos refratários, e não como regra para obstruções distais.

Alternativa (c) - INCORRETA: Em casos de desidratação grave ou hemorragia digestiva alta, a reposição volêmica deve ser feita por via intravenosa. O estômago não é uma via segura ou eficiente para reposição volêmica rápida. Além disso, na hemorragia digestiva alta, o estômago costuma estar repleto de sangue, o que aumenta o risco de broncoaspiração, tornando a via oral ou gástrica contraindicada para esse fim.

Alternativa (e) - INCORRETA: A presença de tumores na região da transição esofagogástrica ou no próprio corpo gástrico pode ser uma contraindicação relativa ou absoluta para a realização de uma gastrostomia, especialmente a percutânea (PEG). O tumor pode impedir a transiluminação necessária para o procedimento endoscópico ou comprometer a cicatrização do estoma. Em pacientes com neoplasias gástricas que impedem a alimentação, a via de escolha para nutrição enteral costuma ser a jejunostomia, que acessa uma porção do trato digestivo abaixo da lesão.

Questão 36

O quadro clínico descrito — dor epigástrica intensa, náuseas, vômitos e amilase significativamente elevada (mais de 10 vezes o limite superior da normalidade) — confirma o diagnóstico de pancreatite aguda. O achado de colelitíase (pedras na vesícula) ao ultrassom define a etiologia biliar. Como a paciente apresentou melhora rápida em 24 horas e já aceita dieta, trata-se de uma pancreatite biliar leve.

A conduta definitiva para prevenir a recidiva da pancreatite biliar é a remoção da fonte dos cálculos, ou seja, a vesícula biliar. De acordo com os principais consensos mundiais (como o de Atlanta e o da Associação Internacional de Pancreatologia), em casos de pancreatite biliar leve, a colecistectomia deve ser realizada precocemente, idealmente na mesma internação. Adiar o procedimento aumenta o risco de novos episódios de pancreatite, que podem ocorrer em até 25% a 30% dos casos nas primeiras semanas após a alta.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) não é o tratamento de rotina para pancreatite biliar. Ela está indicada apenas se

houver sinais de colangite associada ou obstrução biliar persistente (icterícia mantida ou em piora). Mesmo quando a CPRE com papilotomia é realizada, a colecistectomia ainda é necessária na maioria dos pacientes para prevenir outros problemas vesiculares.

Alternativa b: Correta. A colecistectomia videolaparoscópica realizada na mesma internação, assim que os sintomas regridem e as enzimas pancreáticas tendem à normalização, é o padrão-ouro para evitar a recidiva do quadro inflamatório.

Alternativa c: Incorreta. Aguardar seis meses é um erro de conduta, pois expõe a paciente a um alto risco de recorrência da pancreatite, colecistite ou colangite durante esse intervalo de espera.

Alternativa d: Incorreta. O ácido ursodesoxicólico é utilizado para a dissolução química de cálculos de colesterol em casos muito selecionados de pacientes sem condições cirúrgicas. Não tem papel na prevenção de recidiva de pancreatite aguda em pacientes que podem ser operados.

Alternativa e: Incorreta. A ausência de intervenção em uma paciente com pancreatite biliar resultará, quase certamente, em novos episódios de complicações biliares, sendo a intervenção obrigatória para garantir a segurança da paciente a longo prazo.

Questão 37

A alternativa (a) é a incorreta e, portanto, o gabarito da questão. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) **INCORRETA:** A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma condição genética caracterizada pela presença de pólipos hamartomatosos, e não adenomatosos. Os hamartomas são crescimentos excessivos de tecidos maduros organizados de forma anômala (com um eixo de músculo liso característico na histologia). Embora os pacientes com essa síndrome tenham um risco aumentado de diversos tipos de câncer, os pólipos em si são hamartomas.

b) **CORRETA:** A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome de predisposição ao câncer colorretal causada por uma mutação germinativa no gene APC (Adenomatous Polyposis Coli). Sua herança é autossômica dominante, o que significa que filhos de indivíduos afetados têm 50% de chance de herdar a mutação.

c) **CORRETA:** Os pólipos hiperplásicos são as lesões polipoides não neoplásicas mais comuns do cólon. Eles resultam de uma falha na descamação das células epiteliais e, em geral, são considerados lesões benignas sem potencial de malignização (diferente

das lesões serrilhadas sésseis, que possuem comportamento distinto).

d) CORRETA: O potencial de malignização de um adenoma depende do tamanho, do grau de displasia e da sua arquitetura histológica. Os adenomas vilosos apresentam um risco significativamente maior de abrigar focos de adenocarcinoma ou de evoluir para câncer quando comparados aos adenomas tubulares.

e) CORRETA: Os pólipos juvenis são os pólipos mais comuns na infância. Assim como na Síndrome de Peutz-Jeghers, eles são classificados histologicamente como pólipos hamartomatosos. Quando ocorrem de forma isolada, não representam aumento significativo no risco de câncer colorretal, ao contrário da Polipose Juvenil Familiar.

Questão 38

Comentário das alternativas:

a) Incorreta. A ligadura elástica é um procedimento indicado exclusivamente para hemorroidas internas (localizadas acima da linha pectínea). A aplicação de elástico em mamilos hemorroidários externos, que possuem inervação somática, causaria dor extrema e insuportável ao paciente, sendo, portanto, contraindicada nessa região.

b) Incorreta. De acordo com a classificação de Goligher para hemorroidas internas: o grau III é aquele em que ocorre o prolapso durante o esforço evacuatório e que necessita de redução manual. O grau IV é definido pelo prolapso permanente e irreduzível.

c) Incorreta. A dor é o sintoma cardinal da trombose hemorroidária externa. Por ocorrer abaixo da linha pectínea, em uma área ricamente inervada por fibras somáticas, a trombose gera dor aguda, intensa e de início súbito, sendo um motivo frequente de atendimento em prontos-socorros.

d) Correta. As hemorroidas internas originam-se acima da linha pectínea, onde a inervação é de natureza visceral (insensível à dor). Por esse motivo, suas manifestações típicas são o sangramento retal indolor (geralmente sangue vivo após a evacuação) e o prolapso do tecido mucoso através do canal anal.

e) Incorreta. Mudanças nos hábitos alimentares, como o aumento da ingestão de fibras e de líquidos, não servem apenas para prevenção. Elas representam o pilar do tratamento conservador da doença hemorroidária (especialmente graus I e II), pois auxiliam na formação de fezes mais macias, reduzem o esforço evacuatório e diminuem o trauma local, impactando diretamente na melhora dos sintomas.

Questão 39

Alternativa A: Correta. A sequência adenoma-carcinoma é o mecanismo fisiopatológico mais comum para o surgimento do câncer colorretal. A maioria dos tumores malignos se origina de pólipos adenomatosos que sofrem mutações genéticas ao longo de anos. Portanto, a identificação e a ressecção desses pólipos (polipectomia) durante a colonoscopia são medidas eficazes de prevenção primária.

Alternativa B: Correta. Embora a colonoscopia seja o exame de escolha para o diagnóstico e biópsia, ela apresenta limitações na localização anatômica exata da lesão. Devido à mobilidade do cólon, à formação de alças no aparelho e à variabilidade anatômica entre os pacientes, o médico endoscopista pode estimar incorretamente o segmento colônico onde o tumor se encontra. Por esse motivo, recomenda-se a tatuagem da lesão com nanquim para orientar a localização exata durante a cirurgia.

Alternativa C: INCORRETA (Gabarito). O antígeno carcinoembrionário (CEA) não possui sensibilidade nem especificidade adequadas para ser utilizado como ferramenta de rastreamento (screening) na população geral ou em pacientes assintomáticos. Ele pode estar elevado em diversas condições não neoplásicas, como tabagismo, doenças inflamatórias intestinais e pancreatite. Sua principal utilidade clínica reside no acompanhamento pós-operatório para detecção precoce de recidiva tumoral e na avaliação da resposta terapêutica.

Alternativa D: Correta. Estes são considerados fatores histopatológicos de alto risco. A invasão linfovascular (presença de células tumorais em vasos linfáticos ou sanguíneos), a invasão perineural e o "budding" tumoral (pequenos grupos de células tumorais isoladas na frente de invasão do tumor) indicam um comportamento biológico mais agressivo, associando-se a um maior risco de metástases e pior sobrevida, frequentemente indicando a necessidade de quimioterapia adjuvante em estágios iniciais (como o estágio II).

Alternativa E: Correta. O padrão de disseminação do câncer colorretal segue preferencialmente a drenagem venosa e linfática. Como a maior parte do fluxo venoso do cólon drena para o sistema porta, o fígado é o órgão mais frequentemente acometido por metástases hematogênicas. O pulmão é o segundo sítio mais comum, seguido pela disseminação peritoneal (carcinomatose). No caso de tumores de reto baixo, o pulmão pode ser o sítio inicial devido à drenagem venosa direta para a veia cava inferior.

Questão 40

O quadro clínico apresenta um paciente com diverticulite aguda complicada, caracterizada por sinais de peritonite generalizada (dor difusa e descompressão brusca positiva) e instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia). A tomografia computadorizada confirma a presença de divertículos e líquido livre em grande quantidade no abdome. De acordo com a classificação de Hinchey, este cenário corresponde ao estágio III (peritonite purulenta) ou IV (peritonite fecal), ambos configurando uma emergência cirúrgica.

Alternativa a: Incorreta. O manejo conservador com dieta e antibióticos é reservado para diverticulites não complicadas (Hinchey 0 ou Ia). O paciente em questão apresenta sinais óbvios de perfuração para a cavidade abdominal livre e choque, o que contraindica a conduta expectante.

Alternativa b: Incorreta. A drenagem percutânea guiada por imagem é a conduta de escolha para o estágio II de Hinchey, que se caracteriza por abscessos pélvicos ou retroperitoneais volumosos e localizados. Quando o líquido é livre e difuso com sinais de peritonite generalizada, a punção é insuficiente para o controle do foco infeccioso.

Alternativa c: Correta. A presença de peritonite generalizada e instabilidade hemodinâmica exige intervenção cirúrgica imediata para limpeza da cavidade e controle da fonte de contaminação, acompanhada de antibioticoterapia de amplo espectro. O procedimento clássico é a cirurgia de Hartmann (sigmoidectomia, colostomia terminal e fechamento do coto retal), embora a anastomose primária com derivação possa ser considerada em casos específicos.

Alternativa d: Incorreta. A colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite devido ao risco elevado de perfuração por insuflação de ar em uma alça intestinal inflamada e fragilizada. O rastreio para câncer colorretal deve ser realizado apenas 6 a 8 semanas após a resolução do quadro inflamatório.

Alternativa e: Incorreta. O suporte clínico com jejum e nutrição parenteral não substitui a necessidade de intervenção cirúrgica em um abdome agudo perforativo com sepse de foco abdominal. Atrasar a cirurgia nestas circunstâncias aumenta significativamente a morbimortalidade do paciente.

Questão 41

Para compreender as malformações uterinas (anomalias müllerianas) apresentadas na imagem, é fundamental observar tanto o contorno externo do fundo uterino quanto a divisão da cavidade endometrial e a presença de colos uterinos.

Análise das imagens:

Primeira figura (esquerda): Observa-se um útero com contorno externo normal (plano ou levemente convexo), porém com a cavidade endometrial dividida por uma parede central. Trata-se de um útero SEPTADO. Essa malformação ocorre devido à falha na reabsorção do septo central após a fusão dos ductos de Müller.

Segunda figura (centro): Observa-se uma indentação profunda no fundo uterino (fundo fendido), que divide a parte superior do corpo uterino em dois "cornos", mas que convergem para um único colo uterino. Trata-se de um útero BICORNO. Esta condição resulta de uma fusão incompleta dos ductos de Müller na região superior.

Terceira figura (direita): Observa-se a presença de dois corpos uterinos completamente separados, cada um com seu próprio colo uterino (duplicidade total). Trata-se de um útero DIDELFO. Esta malformação é causada pela falha total de fusão dos ductos de Müller.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Identifica corretamente o primeiro (septado), mas inverte a ordem do segundo (que é bicorno) e do terceiro (que é didelfo).
- b) Incorreta. O primeiro útero não é unicornio (o unicornio apresenta apenas metade do útero com uma única trompa, devido à falha de desenvolvimento de um dos ductos).
- c) Incorreta. Inicia classificando o primeiro como bicorno, o que está errado, pois o contorno externo do primeiro útero é preservado.
- d) Incorreta. Classifica o primeiro como didelfo, o que não corresponde à imagem, que mostra uma estrutura uterina única externamente.
- e) CORRETA. Segue exatamente a sequência anatômica demonstrada: Septado (divisão interna com fundo normal), Bicorno (fusão parcial com dois cornos e um colo) e Didelfo (falha total de fusão com dois corpos e dois colos).

Questão 42

COMENTÁRIO TÉCNICO

A questão aborda a transição do modelo de rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil. A Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 2024 (mencionada como 2025 no enunciado), oficializou a substituição da citologia oncótica (Papanicolaou) pelos testes moleculares de detecção de DNA-HPV como o método preferencial de rastreio primário no SUS.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. No Brasil, o rastreamento populacional inicia-se aos 25 anos, e não aos 21. Além disso, a nova diretriz estabelece o teste de HPV como o exame inicial (rastreamento primário), e não apenas como um exame de triagem para citologias alteradas.

Alternativa B: Incorreta. Embora o intervalo de 5 anos esteja correto para testes moleculares, a idade de início definida pelas novas diretrizes brasileiras permanece sendo os 25 anos. O início aos 21 anos é comum em protocolos de outros países, mas não foi adotado na atualização nacional brasileira.

Alternativa C: Incorreta. A idade de início de 25 anos está correta, porém o intervalo de 3 anos é típico do modelo baseado em citologia. Como o teste de DNA-HPV possui uma sensibilidade muito superior e um alto valor preditivo negativo, o intervalo seguro para repetição em caso de resultado negativo foi estendido para 5 anos.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete precisamente a atualização das diretrizes brasileiras. Para mulheres de risco padrão, o rastreamento deve ser feito com testes moleculares de DNA-HPV oncogênico, iniciando-se aos 25 anos e sendo repetido a cada 5 anos, caso nenhum HPV de alto risco seja detectado.

Alternativa E: Incorreta. Esta alternativa descreve o modelo de rastreamento antigo (diretrizes de 2011/2016), que utilizava a colpocitologia oncótica (Papanicolaou) como exame primário a cada 3 anos. A nova portaria foca na mudança para a tecnologia molecular.

Resumo dos novos parâmetros:

- Método: Teste molecular de DNA-HPV oncogênico.
- Idade de início: 25 anos.
- Idade de término: 64 anos.
- Intervalo: A cada 5 anos se o teste for negativo.

Questão 43

O caso clínico apresenta uma paciente jovem com sangramento uterino anormal e infertilidade, portadora de um mioma submucoso. O foco da questão é a aplicação da Classificação de Lasmar (STEP-W) para determinar o grau de complexidade da miomectomia histeroscópica e a conduta cirúrgica adequada.

A classificação STEP-W atribui pontos a cinco critérios:

1. Tamanho (Size): ≤ 2 cm (0 ponto); 2,1-5 cm (1 ponto); > 5 cm (2 pontos).
2. Topografia (Topography): Terço inferior (0 ponto); Terço médio (1 ponto); Terço superior (2 pontos).
3. Extensão da base (Extension): $\leq 1/3$ da parede (0 ponto); $1/3-2/3$ da parede (1 ponto); $> 2/3$ da parede (2 pontos).
4. Penetração (Penetration): FIGO 0 (0 ponto); FIGO 1 (1 ponto); FIGO 2 (2 pontos).
5. Parede lateral (Wall): Se o mioma estiver na parede lateral, soma-se 1 ponto extra (pelo risco de lesão de vasos uterinos).

Pontuação da paciente:

- Tamanho: 1,5 cm = 0 ponto.
- Topografia: Terço médio = 1 ponto.
- Extensão: $1/3$ da cavidade = 0 ponto.
- Penetração: FIGO tipo 1 = 1 ponto.
- Parede lateral: Sim = 1 ponto.
- Total: 3 pontos.

Interpretação do escore de Lasmar:

- Grupo I (0 a 4 pontos): Baixa complexidade. Cirurgia em tempo único.
- Grupo II (5 a 6 pontos): Moderada complexidade. Considerar preparo com análogo de GnRH ou cirurgia em dois tempos.
- Grupo III (7 a 9 pontos): Alta complexidade. Considerar técnicas alternativas à histeroscopia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A paciente deseja engravidar e está tentando há 3 anos. O DIU de levonorgestrel é um método contraceptivo e não trata a causa da infertilidade nem remove o fator mecânico (mioma) que causa o sangramento.

Alternativa b) Correta. Com uma pontuação de 3 no escore STEP-W, o mioma é classificado como de baixa complexidade (Grupo I). A recomendação é a miomectomia histeroscópica realizada em um único tempo cirúrgico, sem necessidade de preparo prévio complexo.

Alternativa c) Incorreta. Essa conduta (preparo com GnRH ou dois tempos) é indicada para pacientes do Grupo II (5 a 6 pontos), o que não é o caso desta paciente, cuja pontuação foi 3.

Alternativa d) Incorreta. A via padrão-ouro para miomas submucosos (FIGO 0, 1 e 2) é a histeroscopia, especialmente em nódulos pequenos (1,5 cm). Vias não histeroscópicas (laparotomia ou laparoscopia) seriam excessivamente invasivas para este caso.

Alternativa e) Incorreta. O mioma submucoso atua como um fator de infertilidade e causa sangramento refratário. Induzir a ovulação sem tratar a patologia uterina estrutural é ineficaz e não resolve a queixa principal da paciente. Além disso, o mioma FIGO 1 pode prejudicar a implantação embrionária.

Questão 44

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito aponta para um diagnóstico de Vaginose Bacteriana (VB). Os principais elementos que sustentam essa conclusão são o corrimento branco-acinzentado, o odor fétido que se acentua com o aumento do pH vaginal (neste caso, durante a menstruação, devido à alcalinidade do sangue) e o teste do KOH a 10% positivo (Whiff test ou teste das aminas), que libera o odor característico de peixe podre.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O *Trichomonas vaginalis* é o agente da Tricomoníase. Embora possa apresentar teste das aminas positivo e bolhas no corrimento (descrito como bolhoso ou espumoso), a coloração típica na Tricomoníase é amarelo-esverdeada. Além disso, costuma cursar com sinais inflamatórios intensos, como o colo em aspecto de morango (colpíte macular), o que não foi mencionado no enunciado.

b) INCORRETA. A *Candida albicans* causa a Candidíase Vulvovaginal. O corrimento da candidíase é tipicamente branco, aderente e com aspecto de leite coalhado ou queijo tipo cottage. O pH vaginal permanece ácido (menor que 4,5), o teste do KOH é negativo e o sintoma predominante é o prurido intenso, não o odor fétido.

c) CORRETA. A *Gardnerella vaginalis* é o principal marcador bacteriano da Vaginose Bacteriana. A VB não é uma infecção inflamatória propriamente dita, mas um desequilíbrio da flora vaginal (disbiose), com redução dos Lactobacilos e proliferação de bactérias anaeróbias. Os critérios de Amsel, utilizados para o diagnóstico, incluem:

1) Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino; 2) pH vaginal maior que 4,5; 3) Teste das aminas positivo (odor de peixe após KOH); e 4) Presença de Clue Cells (células-alvo) na microscopia. O enunciado descreve exatamente os critérios clínicos e o agente etiológico clássico.

d) INCORRETA. A *E. coli* é uma bactéria do trato gastrointestinal que pode causar infecções urinárias ou participar de quadros de vaginite aeróbica, mas não é a causa do quadro clássico de vaginose bacteriana com odor fétido e teste de KOH positivo descrito.

e) INCORRETA. O HPV (Papilomavírus Humano) é um vírus associado ao surgimento de verrugas genitais (condilomas) e lesões precursoras do câncer de colo de útero. Ele não causa corrimento vaginal com odor fétido ou alterações no teste do KOH.

Questão 45

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta quanto ao enunciado (pois a afirmação é verdadeira). O Programa Nacional de Imunizações (PNI) estabelece como público-alvo prioritário para a vacinação de rotina meninos e meninas na faixa etária de 9 a 14 anos. Em 2024, o Brasil atualizou essa diretriz para a utilização de uma dose única nesta faixa etária, buscando ampliar a adesão e simplificar a estratégia vacinal.

Alternativa b) Incorreta quanto ao enunciado (pois a afirmação é verdadeira). O PNI inclui grupos de imunossuprimidos como prioridade. Pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos têm indicação de receber a vacina na faixa etária de 9 a 45 anos. Diferente da rotina, para estes grupos o esquema ainda é mantido em três doses (0, 2 e 6 meses).

Alternativa c) Incorreta quanto ao enunciado (pois a afirmação é verdadeira). Recentemente, houve a expansão da recomendação para vítimas de abuso sexual de ambos os sexos até os 45 anos de idade, caso ainda não tenham sido vacinadas ou estejam com o esquema incompleto. Essa medida visa proteger uma população em situação de vulnerabilidade contra os tipos oncogênicos do HPV.

Alternativa d) Incorreta quanto ao enunciado (pois a afirmação é verdadeira). Usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, com idade entre 15 a 45 anos, foram incluídos pelo Ministério da Saúde como grupo elegível para a vacina quadrivalente contra o HPV. Essa estratégia foca na prevenção de lesões precursoras de câncer de colo uterino, vulva, vagina, ânus e pênis.

Alternativa e) Alternativa correta (o "exceto" da questão). A vacina contra o HPV não é recomendada nem aprovada para uso durante a gestação. Caso uma mulher engravide durante o esquema vacinal, as doses devem ser interrompidas e completadas somente após o período de amamentação (ou após o parto, conforme o caso). Além disso, não há evidência científica que sustente o uso da vacina na gestante para reduzir a transmissão neonatal do vírus ou para prevenir a papilomatose respiratória recorrente no recém-nascido. O manejo de lesões genitais induzidas por HPV na gestante é clínico e cirúrgico localizado, quando indicado.

Questão 46

Comentário sobre a questão:

O tema central é o rastreamento do câncer de mama no Brasil, focando na atualização hipotética de setembro de 2025 do Ministério da Saúde, que busca alinhar o SUS às tendências internacionais (como as do USPSTF e das sociedades brasileiras de especialidades).

Alternativa (a) Incorreta: Tradicionalmente, o Ministério da Saúde recomendava o rastreamento populacional apenas para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos. No entanto, o enunciado destaca uma atualização em 2025 para alinhamento internacional. Com essa mudança, a faixa etária de 50 a 69 anos deixa de ser a única ou a principal referência exclusiva da estratégia populacional, tornando a alternativa defasada frente à nova diretriz mencionada.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reflete a principal mudança nas políticas de saúde pública recentes e na atualização de 2025. O reconhecimento de que mulheres entre 40 e 49 anos também se beneficiam do rastreamento, desde que a decisão seja compartilhada entre médico e paciente (avaliando riscos como resultados falsos-positivos e benefícios como detecção precoce), é o ponto-chave. O SUS garante o acesso ao exame para essa faixa etária mediante a indicação médica baseada nessa análise individualizada.

Alternativa (c) Incorreta: O rastreamento em mulheres com alto risco (histórico familiar ou mutações genéticas) segue protocolos específicos e intensificados, muitas vezes começando aos 30 ou 35 anos e incluindo outros exames como a ressonância magnética. No entanto, não é feito de forma anual "independentemente da idade" (não se inicia na infância ou adolescência, por exemplo).

Alternativa (d) Incorreta: Embora o rastreamento populacional rotineiro tenha um limite de idade superior (geralmente até 69 ou 74 anos), as diretrizes modernas e as atualizações internacionais indicam que o rastreamento pode continuar enquanto a

mulher tiver uma boa expectativa de vida (geralmente acima de 10 anos) e ausência de comorbidades graves. Dizer que "não recomenda" de forma genérica está incorreto após as atualizações.

Alternativa (e) Incorreta: Esta alternativa confunde os conceitos de rastreamento e diagnóstico. A mamografia de rastreamento é, por definição, realizada em mulheres assintomáticas (sem sinais ou sintomas), com o objetivo de detectar lesões não palpáveis. Mulheres que já apresentam sinais ou sintomas (como nódulos palpáveis ou descarga papilar) devem realizar a mamografia diagnóstica.

Questão 47

ANÁLISE DA QUESTÃO

A paciente apresenta um quadro clássico de endometriose profunda com acometimento intestinal, caracterizado por dor pélvica limitante, dispareunia de profundidade, infertilidade e hematoquezia (sangue nas fezes) durante o período menstrual. O diagnóstico foi corroborado por ultrassonografia especializada e colonoscopia com biópsia.

DADOS TÉCNICOS DA LESÃO INTESTINAL:

- Localização: 12 cm da borda anal (reto superior/transição retossigmoide).
- Extensão: 2,0 cm no maior diâmetro.
- Comprometimento da luz intestinal: 20%.

CRITÉRIOS PARA DECISÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA NO INTESTINO:

1. Shaving (barbeamento): Indicado para lesões superficiais que não infiltram profundamente a camada muscular.
2. Ressecção discoide (grampeamento circular): Indicada para lesões menores que 3 cm e que comprometem menos de 40% a 50% da circunferência da alça intestinal.
3. Ressecção segmentar (retossigmoidectomia): Indicada para lesões maiores que 3 cm, lesões multifocais no mesmo segmento ou que comprometem mais de 50% da luz intestinal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. A salpingectomia bilateral (retirada das trompas) só seria indicada se houvesse diagnóstico de hidrossalpinge (trompas dilatadas com líquido), pois o conteúdo inflamatório da hidrossalpinge é embriotóxico e reduz as taxas de sucesso da FIV. Não há evidência de hidrossalpinge no caso. Além disso, a cirurgia para endometriose visa restaurar a fertilidade natural.

Alternativa B: INCORRETA. A fertilização in vitro (FIV) isolada não trata os sintomas dolorosos e o sangramento intestinal, que são as queixas principais da paciente. O tratamento cirúrgico da endometriose profunda melhora a qualidade de vida e aumenta as chances de gestação espontânea antes de se indicar obrigatoriamente uma técnica de reprodução assistida.

Alternativa C: CORRETA. O tratamento padrão para dor limitante e sintomas intestinais é a remoção completa dos focos de endometriose. Como a lesão intestinal tem 2,0 cm e compromete apenas 20% da luz, a ressecção discoide é a técnica recomendada por ser menos agressiva que a ressecção de um segmento completo do intestino. O bloqueio hormonal curto com análogo do GnRH no pós-operatório pode ser utilizado para otimizar a recuperação antes das tentativas de gestação.

Alternativa D: INCORRETA. Embora a ressecção de todos os focos esteja correta, a retossigmoidectomia segmentar é considerada uma conduta excessiva para uma lesão de apenas 2,0 cm e 20% de comprometimento da luz. A ressecção discoide (mencionada na alternativa C) é a escolha técnica mais adequada e conservadora para este tamanho de lesão.

Alternativa E: INCORRETA. A retossigmoidectomia segmentar com ileostomia protetora é uma abordagem extremamente agressiva e raramente necessária em cirurgias de endometriose. A ileostomia é reservada para casos de anastomoses muito baixas (perto do ânus), com alto risco de deiscência (abertura dos pontos) ou complicações intraoperatórias graves, o que não condiz com a lesão descrita a 12 cm da borda anal.

Questão 48

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). O diagnóstico é baseado nos critérios maiores e menores do Ministério da Saúde. No caso descrito, temos:

1. Critérios maiores: Dor no baixo ventre, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação de anexos.
2. Critérios menores: Febre (38,5 °C), cervicite mucopurulenta e marcadores inflamatórios elevados (leucocitose e PCR aumentada).
3. Critério elaborado: Ultrassonografia com evidência de abscesso tubo-ovariano.

CLASSIFICAÇÃO DE MONIF

Para definir a conduta, utilizamos a classificação de Monif:

- Grau I: Salpingite aguda sem peritonite.

- Grau II: Salpingite aguda com peritonite.
- Grau III: Salpingite com formação de abscesso tubo-ovariano íntegro.
- Grau IV: Abscesso tubo-ovariano roto ou secreção purulenta na cavidade (peritonite generalizada).

No caso em questão, a paciente apresenta abscessos volumosos (7 cm e 9 cm) e sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca dolorosa), o que a enquadra no Grau III (pela presença dos abscessos) evoluindo para o Grau IV (pela descompressão brusca e líquido livre), o que justifica a conduta cirúrgica e a internação.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O quadro é compatível com DIP Grau III/IV. A presença de abscessos maiores que 7-10 cm, sinais de peritonite e a falta de melhora clínica inicial (ou gravidade do quadro na admissão) indicam a necessidade de internação para antibioticoterapia venosa. A abordagem cirúrgica (preferencialmente por videolaparoscopia) é indicada em casos de abscesso roto, suspeita de rotura ou abscessos volumosos que apresentam risco de não responderem apenas ao tratamento medicamentoso.

Alternativa B (Incorreta): Embora massas anexiais possam sugerir neoplasia, o quadro de início agudo, febre, cervicite mucopurulenta e elevação importante de marcadores inflamatórios (PCR e leucocitose com desvio) aponta fortemente para um processo infeccioso/inflamatório agudo (DIP) e não para câncer de ovário.

Alternativa C (Incorreta): O tratamento domiciliar (ambulatorial) é restrito a pacientes com DIP Grau I, que estão hemodinamicamente estáveis, sem sinais de peritonite e sem abscessos. A presença de febre alta, sinais de irritação peritoneal e abscessos volumosos no ultrassom obriga à internação hospitalar para tratamento endovenoso e possível intervenção cirúrgica.

Alternativa D (Incorreta): A endometriose profunda e os endometriomas ovarianos causam dor pélvica crônica, geralmente cíclica (relacionada à menstruação), e não costumam cursar com febre, leucocitose com desvio à esquerda e cervicite mucopurulenta. O quadro da paciente é claramente infeccioso agudo.

Alternativa E (Incorreta): A torção anexial é um diagnóstico diferencial de dor pélvica aguda. No entanto, ela costuma ser unilateral, apresenta-se com ausência de fluxo ao Doppler (embora o Doppler possa ser normal em torções parciais) e não explicaria a cervicite mucopurulenta nem a bilateralidade das massas com conteúdo heterogêneo típicas de abscessos infectados no contexto de DIP. Além disso, a febre e o aumento de PCR 5x são mais característicos de processos sépticos/infecciosos.

Questão 49

A drenagem venosa das gônadas apresenta uma assimetria anatômica fundamental que é frequentemente explorada em provas de anatomia e cirurgia. O ligamento infundíbulo-pélvico, também conhecido como ligamento suspensor do ovário, é a estrutura que transporta a artéria e a veia ovarianas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: No lado esquerdo, a veia ovariana drena diretamente para a veia renal esquerda. Essa drenagem ocorre em um ângulo de 90 graus (ângulo reto), o que gera uma resistência maior ao fluxo sanguíneo quando comparada à do lado direito. Essa característica anatômica é a explicação para a maior incidência de varizes pélvicas em mulheres e varicocele em homens do lado esquerdo.

Alternativa (b) Incorreta: A veia cava inferior recebe diretamente a drenagem da veia ovariana direita. No lado esquerdo, a veia ovariana precisa desembocar primeiro na veia renal para, somente depois, o sangue atingir a veia cava.

Alternativa (c) Incorreta: A veia íliaca comum esquerda é formada pela junção das veias íliacas interna e externa e não recebe a drenagem principal dos vasos contidos no ligamento infundíbulo-pélvico.

Alternativa (d) Incorreta: A veia íliaca interna é responsável pela drenagem de diversos órgãos pélvicos, incluindo o útero (através das veias uterinas), a bexiga e o reto, mas não é o destino final da veia ovariana que transita pelo ligamento infundíbulo-pélvico.

Alternativa (e) Incorreta: A veia íliaca externa é a continuação da veia femoral e drena prioritariamente o sangue proveniente dos membros inferiores, não possuindo relação com a drenagem gonadal principal.

Em resumo, enquanto a veia ovariana direita drena para a veia cava inferior em um ângulo agudo, a veia ovariana esquerda drena para a veia renal esquerda em um ângulo reto, tornando a alternativa (a) a resposta correta.

Questão 50

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 55 anos apresenta um quadro clássico de dor pélvica crônica com duração superior a 6 meses, que tem como característica fundamental a relação com o ciclo miccional: a dor piora com o enchimento da bexiga e há alívio imediato após o

esvaziamento (micção). Esse padrão, associado a sintomas irritativos como urgência e polaciúria, direciona o raciocínio para patologias inflamatórias da parede vesical. O ponto decisivo para a resolução da questão é o achado da cistoscopia: as úlceras de Hunner. Estas são lesões avermelhadas, com pequenos vasos radiados, que podem sangrar durante a distensão vesical e são consideradas patognomônicas (altamente específicas) para a cistite intersticial, também chamada de Síndrome da Bexiga Dolorosa.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. Embora a infecção do trato urinário (ITU) cause disúria e urgência, o quadro é crônico (1 ano de evolução) e os exames laboratoriais da paciente foram negativos para infecção. A dor que melhora com a micção de forma persistente não é o padrão típico de ITUs bacterianas recorrentes.

b) Incorreta. A bexiga hiperativa é definida pela urgência miccional, geralmente acompanhada de polaciúria e noctúria, com ou sem incontinência. No entanto, a bexiga hiperativa não cursa com dor pélvica. A presença de dor é o principal divisor de águas entre a bexiga hiperativa e a Síndrome da Bexiga Dolorosa.

c) Incorreta. A incontinência urinária mista é a combinação de perda urinária aos esforços (tossir, espirrar) e perda por urgência. Embora a paciente relate urge-incontinência, esse diagnóstico não explica a dor pélvica crônica, o alívio pós-miccional nem os achados de úlceras na parede da bexiga.

d) Correta. A Síndrome da Bexiga Dolorosa/Cistite Intersticial enquadra-se perfeitamente no quadro: dor pélvica crônica relacionada à bexiga, ausência de infecção comprovada e achado cistoscópico de úlceras de Hunner (presentes em cerca de 10 a 50% dos pacientes com essa síndrome).

e) Incorreta. O câncer de bexiga (carcinoma urotelial) deve ser sempre um diagnóstico diferencial em pacientes com hematúria e sintomas irritativos, especialmente em faixas etárias mais avançadas. Contudo, o padrão de dor que melhora com a micção é atípico para neoplasia, e a cistoscopia com biópsia identificou especificamente as úlceras de Hunner, que são lesões inflamatórias e não tumorais.

Questão 51

ANÁLISE DA QUESTÃO

A correção antenatal da meningomielocoele (espinha bífida) tem como objetivo proteger a placa neural da toxicidade do líquido amniótico e evitar o trauma mecânico, além de reduzir a herniação do cerebelo (malformação de Arnold-Chiari tipo II). A técnica SAFER (Skin-over biocellulose for Antenatal Fetoscopic Repair) é uma abordagem minimamente invasiva, via fetoscopia, que utiliza uma película de biocelulose para auxiliar no fechamento do defeito.

Alternativa A: Incorreta. A técnica SAFER é realizada por via fetoscópica, utilizando pequenos trocartes para acessar a cavidade uterina. Ao contrário da cirurgia a céu aberto (histerotomia clássica), a fetoscopia não exige uma grande incisão na parede muscular do útero, o que permite sua realização mesmo em pacientes que já possuem cicatrizes uterinas prévias de cesarianas ou miomectomias.

Alternativa B: Incorreta. Embora o estudo MOMS (Management of Myelomeningocele Study) tenha estabelecido o intervalo entre 19 e 25 semanas e 6 dias para a cirurgia a céu aberto, as técnicas fetoscópicas seguem janelas semelhantes, mas o termo "obrigatoriamente" é inadequado na prática médica. Alguns protocolos estendem a possibilidade de intervenção até a 27ª ou 28ª semana, dependendo da avaliação individual do binômio mãe-feto e do centro de referência.

Alternativa C: Incorreta. Não existe procedimento cirúrgico fetal "absolutamente seguro". Qualquer intervenção invasiva no útero gravídico acarreta riscos, como descolamento prematuro de placenta, corioamnionite e, especialmente, a rotura prematura de membranas. Em gestações gemelares, o risco de parto prematuro decorrente do procedimento coloca ambos os fetos em risco.

Alternativa D: Correta. Esta é uma das principais vantagens das técnicas fetoscópicas em relação à cirurgia a céu aberto. Na cirurgia a céu aberto, a necessidade de uma grande histerotomia torna o procedimento extremamente arriscado em gestações gemelares, muitas vezes sendo considerado uma contraindicação. A técnica SAFER, por ser minimamente invasiva, permite o acesso seletivo ao feto afetado, tornando a correção antenatal uma opção viável e segura para o tratamento de apenas um dos fetos em gestações de gêmeos.

Alternativa E: Incorreta. A rotura uterina é uma complicação tardia associada especificamente à técnica a céu aberto, devido à cicatriz de grandes proporções deixada no útero. Na técnica fetoscópica (SAFER), a complicação mais comum e clinicamente relevante é a rotura prematura de membranas pré-termo (ROPREMA), causada pela perfuração das membranas amnióticas para a entrada dos

instrumentos, o que pode levar ao parto prematuro.

Questão 52

ANÁLISE DO CASO:

A paciente é uma gestante a termo (39 semanas e 3 dias), multípara, que deu entrada com diagnóstico de trabalho de parto em fase ativa, evidenciado pela dilatação de 4 cm e contrações rítmicas. A amnioscopia com líquido claro e grumos reforça o bem-estar fetal e a maturidade pulmonar.

ANÁLISE DA CARDIOTOCOGRAFIA (IMAGEM):

O traçado superior mostra a frequência cardíaca fetal com linha de base normal (em torno de 140-150 bpm) e variabilidade preservada. É possível observar desacelerações que ocorrem simultaneamente às contrações uterinas (visíveis no traçado inferior). O nadir (ponto mais baixo) da desaceleração coincide com o pico da contração, caracterizando o DIP I ou desaceleração precoce. Este é um achado fisiológico e benigno, causado pela compressão da cabeça fetal no canal de parto (reflexo vagal), e não indica hipóxia. Portanto, a cardiocotografia é classificada como Categoria I (normal).

POR QUE A ALTERNATIVA (D) É A CORRETA?

Diante de um trabalho de parto que progride de forma fisiológica e um exame de vitalidade fetal normal, a conduta deve ser expectante. A ausculta fetal intermitente é a recomendação padrão para gestantes de baixo risco em trabalho de parto, não havendo necessidade de intervenções ativas no momento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Iniciar ocitocina para controle das contrações uterinas: A paciente já apresenta contrações rítmicas e eficazes, conforme demonstrado no traçado inferior da cardiocotografia. O uso de ocitocina sem uma distocia de contração diagnosticada é desnecessário e aumenta o risco de taquissístolia.

b) Rotura artificial de membranas: A amniotomia rotineira na admissão ou precocemente no trabalho de parto não deve ser realizada de forma sistemática. Deve-se preservar a bolsa íntegra para proteção contra infecções e amortecimento das pressões sobre o cordão umbilical e a cabeça fetal.

c) Cesariana de urgência: Não há indicação de interrupção cirúrgica. O DIP I é um achado normal do parto e não representa sofrimento fetal. A vitalidade está preservada.

e) Iniciar maturação do colo com misoprostol: O misoprostol é utilizado para indução de parto em mulheres que não estão em trabalho de parto e possuem colo desfavorável. Esta paciente já está em fase ativa, com dilatação avançando e contrações estabelecidas.

Questão 53

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma gestação de 22 semanas com tipagem sanguínea Rh negativo e teste de Coombs indireto positivo (titulação 1:8), o que confirma o diagnóstico de isoimunização Rh. O principal risco para o feto nessa condição é o desenvolvimento de anemia hemolítica fetal, causada pela destruição das hemácias fetais por anticorpos maternos que atravessam a placenta.

A ferramenta não invasiva utilizada para o rastreamento de anemia fetal é o Doppler da Artéria Cerebral Média (ACM), especificamente a avaliação do Pico de Velocidade Sistólica (PVS). Em situações de anemia, a viscosidade sanguínea diminui e o débito cardíaco aumenta, resultando em uma velocidade de fluxo maior. O ponto de corte que indica anemia fetal moderada a grave é de 1,5 MoM (múltiplos da mediana). Como o resultado da paciente foi de 1,7 MoM, há um forte indicativo de anemia fetal.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A alternativa identifica corretamente o quadro de isoimunização Rh associado à anemia fetal. Diante de um Doppler de ACM com valor superior a 1,5 MoM, a conduta indicada é a realização de um procedimento invasivo: a cordocentese. Este exame permite a medida direta da hemoglobina e do hematócrito fetal. Caso a anemia seja confirmada, a transfusão sanguínea intrauterina (TIU) deve ser realizada no mesmo procedimento para tratar o feto.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A deficiência da segunda onda de migração trofoblástica está relacionada à fisiopatologia da pré-eclâmpsia e da restrição de crescimento intrauterino. Essa condição seria avaliada pelo Doppler das artérias uterinas (presença de incisuras ou aumento da resistência), e não pelo pico sistólico da artéria cerebral média.

Alternativa C: Não há elementos no enunciado que indiquem restrição de crescimento intrauterino (o morfológico e o crescimento foram descritos como normais). O aumento da velocidade na ACM, no contexto de mãe Rh negativo

sensibilizada, é patognomônico de anemia fetal, não de centralização por insuficiência placentária. O AAS é utilizado na prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco, o que não é o foco principal aqui.

Alternativa D: A alternativa está incorreta ao afirmar que não há sinais de anemia. O valor de 1,7 MoM é um sinal clássico e de alerta para anemia fetal grave. Aguardar 2 semanas para repetir o exame colocaria o feto em risco de hidropsia e morte intrauterina.

Alternativa E: A imunoglobulina anti-D é uma medida de profilaxia (prevenção). Ela é indicada apenas para gestantes Rh negativo que ainda não foram sensibilizadas (ou seja, que possuem Coombs indireto negativo). Como a paciente já possui anticorpos formados (Coombs positivo 1:8), a aplicação da imunoglobulina não tem efeito terapêutico nem previne o agravamento do quadro.

Questão 54

O caso clínico descreve um quadro de hemorragia puerperal tardia, definida como o sangramento vaginal excessivo que ocorre entre 24 horas e 6 a 12 semanas após o parto. A paciente apresenta sangramento importante no 7º dia de pós-parto, associado à instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia) e colo uterino dilatado (3,0 cm), o que não é esperado para esse período do puerpério.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipotonia (ou atonia) uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto imediata (nas primeiras 24 horas). Embora a subinvolução uterina possa ocorrer mais tarde, a conduta de administrar ocitocina e misoprostol é protocolar para o manejo da atonia no período imediato. No 7º dia, com o colo dilatado e sangramento vultoso, deve-se investigar causas obstrutivas ou infecciosas.

b) Incorreta. As lacerações do canal de parto causam sangramento imediato, logo após o desprendimento fetal. Não se manifestariam de forma aguda e importante apenas no 7º dia de puerpério, a menos que houvesse a formação de um hematoma que rompesse tardiamente, o que não condiz com a descrição do colo dilatado e sangramento ativo proveniente da cavidade uterina.

c) Correta. A presença de restos placentários é a causa mais comum de hemorragia puerperal tardia. O fato de o colo estar dilatado para 3,0 cm no 7º dia é um forte indício de que há conteúdo intrauterino impedindo o fechamento cervical e a correta contração do miométrio (globo de segurança de Pinard). Diante de sangramento ativo e instabilidade hemodinâmica, a conduta imediata para retirar o material e

cessar a hemorragia é a curetagem uterina ou aspiração manual intrauterina (AMIU).

d) Incorreta. A endometriíte (infecção do endométrio e miométrio) é uma causa importante de sangramento e subinvolução uterina no puerpério. No entanto, o quadro clínico clássico inclui febre, útero doloroso à palpação e loquiação fétida (purulenta), sinais que não foram descritos no enunciado. O foco aqui é a hemorragia aguda e a dilatação cervical.

e) Incorreta. Embora o diagnóstico de restos placentários esteja correto nesta alternativa, a conduta de administrar apenas ocitocina venosa é insuficiente. A ocitocina atua na contratilidade miometrial, mas não é capaz de expulsar restos placentários aderidos de forma eficaz em um quadro de hemorragia tardia grave. A intervenção cirúrgica (curetagem) é necessária para a resolução definitiva.

Questão 55

Esta questão aborda os critérios diagnósticos para alterações glicêmicas na gestação, de acordo com o IADPSG (International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group) e a OMS. O objetivo é identificar a alternativa incorreta sobre o manejo e o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Overt Diabetes (diabetes pré-existente diagnosticado na gestação).

Alternativa A: Correta. O termo Overt Diabetes é utilizado para identificar gestantes que, logo na primeira consulta de pré-natal, apresentam níveis glicêmicos que já preencheriam os critérios de diagnóstico para diabetes fora do período gestacional. Os valores de corte são exatamente os citados: glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, HbA1c maior ou igual a 6,5% ou glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL (na presença de sintomas).

Alternativa B: Correta. De acordo com o consenso, se a glicemia de jejum realizada no primeiro trimestre (ou antes das 24 semanas) estiver entre 92 e 125 mg/dL, o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) já está confirmado. Não é necessário realizar testes adicionais de sobrecarga nesse momento para fechar o diagnóstico.

Alternativa C: Correta. O diagnóstico de DMG através do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g), realizado entre 24 e 28 semanas, baseia-se em três valores de referência. Se apenas um deles estiver alterado, o diagnóstico é confirmado. Os valores são: jejum maior ou igual a 92 mg/dL; 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL; 2 horas entre 153 e 199 mg/dL. Se o valor de 2 horas for maior ou igual a 200 mg/dL, a paciente é classificada como Overt Diabetes.

Alternativa D: Correta. O rastreamento universal é preconizado para todas as gestantes que não tiveram diagnóstico de alteração glicêmica no início da gravidez. O TOTG 75g deve ser realizado, idealmente, na janela entre a 24ª e a 28ª semana de gestação, período em que os hormônios contrainsulínicos placentários (como o lactogênio placentário) atingem níveis que aumentam significativamente a resistência insulínica materna.

Alternativa E: Incorreta (Gabarito). Esta alternativa está errada porque, se a gestante apresenta uma glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dL, o diagnóstico de Overt Diabetes já está estabelecido. Nessas pacientes, é formalmente contraindicado realizar o TOTG 75g, pois a sobrecarga de glicose é desnecessária para o diagnóstico e pode expor a mãe e o feto a picos hiperglicêmicos perigosos. O diagnóstico é feito diretamente pelos exames de triagem inicial ou pela repetição da glicemia de jejum, nunca por teste de sobrecarga em quem já tem glicemia de jejum compatível com diabetes.

Questão 56

A questão exige o conhecimento dos marcadores ultrassonográficos utilizados no rastreamento de aneuploidias (como a Síndrome de Down), especificamente no primeiro trimestre da gestação, que compreende o período entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias (comprimento cabeça-nádega entre 45 e 84 mm).

Alternativa a) Incorreta. A avaliação do osso nasal é um componente fundamental do rastreamento do primeiro trimestre. A ausência ou a hipoplasia (osso menor do que o esperado para a idade gestacional) do osso nasal é um marcador forte para a trissomia do cromossomo 21, ocorrendo em cerca de 60% a 70% dos casos.

Alternativa b) Incorreta. A medida da translucência nucal (TN) é o marcador ultrassonográfico mais importante e sensível do primeiro trimestre. O acúmulo de fluido na região nucal acima do percentil 95 para o comprimento cabeça-nádega está associado não apenas a aneuploidias (trissomias do 21, 18 e 13), mas também a malformações cardíacas e outras síndromes genéticas.

Alternativa c) Incorreta. A avaliação do fluxo na válvula tricúspide por meio do Doppler é um marcador adicional no primeiro trimestre. A presença de regurgitação tricúspide (refluxo de sangue do ventrículo para o átrio durante a sístole) é encontrada em uma parcela significativa de fetos com aneuploidias e também pode indicar cardiopatias congênitas.

Alternativa d) Correta. A dilatação do trato urinário, conhecida como pielectasia fetal, é considerada um marcador leve (*soft marker*) para a Síndrome de Down. No

entanto, sua identificação e valorização clínica como marcador de risco ocorrem tipicamente no ultrassom morfológico do segundo trimestre (realizado entre 18 e 24 semanas de gestação), e não no protocolo de rastreamento do primeiro trimestre. Por ser um marcador tardio em relação ao que a questão solicita, esta é a alternativa a ser assinalada.

Alternativa e) Incorreta. O ângulo frontomaxilar facial é um marcador do primeiro trimestre que avalia o perfil fetal. Fetos com Síndrome de Down costumam apresentar a face mais achatada, o que resulta em um ângulo mais obtuso (aumentado) entre o osso maxilar e a fronte. Embora seja um marcador mais refinado e menos comum em exames de rotina básica, ele pertence ao grupo de marcadores do primeiro trimestre.

Questão 57

Para identificar a variedade de posição, devemos analisar três componentes na estática fetal: a apresentação, o ponto de referência e a relação deste ponto com a bacia materna.

1. Apresentação: A imagem mostra o polo pélvico do feto (nádegas e pés) voltado para o canal de parto. Trata-se, portanto, de uma apresentação pélvica.
2. Ponto de referência: Na apresentação pélvica, o ponto de referência oficial é o sacro (S) do feto.
3. Orientação na bacia: Observando a pelve materna de frente (visão do examinador), o dorso e o sacro do feto estão voltados para o lado direito da mãe. Além disso, o sacro está direcionado para a região posterior da pelve materna (em direção ao sacro materno), e não para o púbis.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O termo "podálica" é usado para descrever a apresentação, mas a nomenclatura da variedade de posição exige o ponto de referência específico (sacro). Além disso, a posição é posterior, não anterior.
- b) Correta. O ponto de referência é o sacro. Ele está localizado no lado direito da pelve materna e voltado para a parte posterior da bacia. Isso configura a variedade Sacro Direita Posterior (SDP).
- c) Incorreta. O feto está com o sacro voltado para o lado direito da pelve materna, e a orientação é posterior, não anterior.
- d) Incorreta. O lado está incorreto (é direita, não esquerda) e a orientação também (é

posterior, não anterior). O termo "podálica" também não é o preferencial para designar a variedade de posição.

e) Incorreta. Embora o lado esteja correto (direita), a imagem mostra o sacro fetal voltado para a parte de trás da bacia materna (posterior), e não para a frente (anterior/púbis).

Questão 58

Para compreender esta questão, devemos lembrar que o volume do líquido amniótico é mantido por um equilíbrio dinâmico entre a produção (principalmente a urina fetal) e a reabsorção (principalmente a deglutição fetal). O polidrâmnio ocorre quando há excesso de produção ou falha na reabsorção desse líquido.

Alternativa (a) Correta: O pós-datismo (gravidez que ultrapassa 42 semanas) é uma causa clássica de oligodrâmnio (redução do líquido), e não de polidrâmnio. Com o envelhecimento placentário fisiológico no final da gestação, há uma redução na perfusão placentária, o que leva a uma redistribuição do fluxo sanguíneo fetal e queda na filtração glomerular, resultando em menor produção de urina pelo feto.

Alternativa (b) Incorreta: A isoimunização Rh pode causar anemia fetal grave. A anemia leva a um estado de alto débito cardíaco e aumento da permeabilidade vascular, o que pode resultar em hidropisia fetal. Esse quadro aumenta a produção de urina fetal e a transferência transmembranosa de fluidos, causando polidrâmnio.

Alternativa (c) Incorreta: A atresia de esôfago é uma malformação gastrointestinal que impede o feto de deglutir o líquido amniótico. Como a deglutição é a principal via de remoção do líquido da cavidade amniótica, qualquer obstrução do trato digestivo superior resultará em polidrâmnio por falta de reabsorção.

Alternativa (d) Incorreta: Infecções congênitas do grupo TORCH (como toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus) podem causar polidrâmnio através de diversos mecanismos, incluindo a anemia fetal, disfunção cardíaca ou processos inflamatórios placentários que alteram a troca de fluidos.

Alternativa (e) Incorreta: Na Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, ocorre um desequilíbrio no fluxo sanguíneo entre gêmeos monócóricos através de anastomoses vasculares placentárias. O feto receptor torna-se hipervolêmico (excesso de sangue), o que gera um aumento da diurese (poliúria) e consequente polidrâmnio no seu saco gestacional (o feto doador, inversamente, terá oligodrâmnio).

Questão 59

A imagem apresentada ilustra a técnica de sutura de B-Lynch, que é o procedimento padrão-ouro entre as suturas compressivas para o tratamento cirúrgico da atonia uterina resistente ao manejo farmacológico. O objetivo dessa técnica é realizar uma compressão mecânica global do corpo uterino, assemelhando-se ao efeito de "suspensórios", o que permite o controle da hemorragia e evita, em muitos casos, a necessidade de uma histerectomia de urgência, preservando, assim, a fertilidade da mulher.

Análise das alternativas:

a) Sutura de Cho: Incorreta. Esta técnica consiste em realizar múltiplas suturas transfixantes em formato de "quadrados" ou retângulos através das paredes anterior e posterior do útero. O objetivo é colabar as paredes uterinas e obliterar a cavidade, mas a configuração visual é de múltiplos pontos isolados, e não de alças contínuas sobre o fundo uterino, como mostrado na figura.

b) Sutura de Hayman: Incorreta. A técnica de Hayman é uma modificação da B-Lynch. A principal diferença é que a sutura de Hayman não requer a abertura do útero (histerotomia) para ser realizada e consiste em suturas verticais simples que atravessam o útero da parede anterior para a posterior. Embora semelhante, a ilustração clássica de "laçadas" contínuas que contornam o fundo uterino a partir de uma incisão segmentar é a representação original da técnica de B-Lynch.

c) Ligadura de artérias uterinas: Incorreta. Este procedimento faz parte das técnicas de desvascularização pélvica. Consiste na ligadura cirúrgica dos vasos arteriais que suprem o útero, geralmente na altura do segmento inferior. Não envolve o envelopamento do corpo uterino com fios, como demonstrado na imagem.

d) Ligadura de artérias hipogástricas: Incorreta. Também conhecida como ligadura das artérias ilíacas internas, é um procedimento complexo que exige dissecação do espaço retroperitoneal. Visa reduzir a pressão de pulso pélvica para controlar sangramentos graves, mas não se trata de uma sutura de compressão mecânica do órgão uterino.

e) Sutura de B-Lynch: Correta. A imagem demonstra exatamente o trajeto do fio nesta técnica: o fio entra pela parede anterior (geralmente aproveitando a incisão da cesárea), passa sobre o fundo uterino para a face posterior, retorna para a frente e é amarrado no segmento inferior. Esse "abraço" longitudinal no útero exerce a pressão necessária para conter o sangramento provocado pela falha na contração miometrial (atonia).

Questão 60

A predição de pré-eclâmpsia no primeiro trimestre, baseada no modelo da Fetal Medicine Foundation (FMF) e validada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), é uma estratégia de rastreio combinado realizada entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação. O modelo utiliza fatores maternos, pressão arterial média, índice de pulsatilidade das artérias uterinas e marcadores bioquímicos.

Alternativa a: Incorreta. O algoritmo da FMF não inclui a dosagem de homocisteína plasmática. Os marcadores bioquímicos analisados para o cálculo de risco são o fator de crescimento placentário (PIGF) e, opcionalmente, a proteína plasmática A associada à gravidez (PAPP-A).

Alternativa b: Incorreta. A história clínica materna é um componente fundamental do cálculo. Ter uma mãe ou irmã com histórico de pré-eclâmpsia é considerado um fator de risco familiar significativo que é processado pelo algoritmo para compor o risco final da gestante.

Alternativa c: Incorreta. O parâmetro de dopplervelocimetria utilizado no cálculo de risco da FMF é o índice de pulsatilidade (IP) médio das artérias uterinas, que reflete a qualidade da invasão trofoblástica e a resistência vascular uteroplacentária. A avaliação da artéria cerebral média é utilizada em outras situações, como na suspeita de anemia fetal ou no acompanhamento de fetos com restrição de crescimento em idades gestacionais mais avançadas.

Alternativa d: Correta. De acordo com as diretrizes da FMF e da FIGO, o ponto de corte estabelecido para definir o alto risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia (especialmente a pré-eclâmpsia pré-termo) é de 1:100. Quando o cálculo resulta em um risco igual ou superior a esse valor, está indicada a profilaxia com AAS em baixa dose (idealmente 150 mg ao dia, administrados à noite), iniciando-se antes de 16 semanas e mantendo-se até a 36ª semana de gestação.

Alternativa e: Incorreta. O ácido acetilsalicílico (AAS) é o padrão-ouro para a prevenção de pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco, sendo uma medicação segura e amplamente recomendada. A heparina de baixo peso molecular não é a droga de escolha para a prevenção universal de pré-eclâmpsia baseada no rastreio do primeiro trimestre, sendo reservada para condições específicas como a síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF).

Questão 61

O caso clínico apresenta um recém-nascido a termo, nascido por cesariana eletiva, que desenvolveu desconforto respiratório precoce com necessidade moderada de oxigênio. Os achados radiológicos de aumento do volume pulmonar, estrias peri-hilares (congestão linfática) e líquido nas fissuras são patognomônicos da Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também chamada de Síndrome do Pulmão Úmido.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Esta alternativa descreve a Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença da Membrana Hialina). Embora a clínica de taquipneia e gemido seja parecida, ela ocorre predominantemente em prematuros por imaturidade pulmonar. O raio X mostraria pulmões com volume reduzido e aspecto de vidro fosco, o oposto do pulmão com volume aumentado descrito na questão.

Alternativa (b) Correta. A fisiopatologia da TTRN é exatamente o retardo na reabsorção do fluido pulmonar que preenche os alvéolos durante a vida fetal. Em um parto normal, o trabalho de parto libera catecolaminas e corticoides que ativam canais de sódio (ENaC) nas células alveolares, iniciando a drenagem do líquido para o interstício e vasos linfáticos. A cesariana eletiva impede esse processo fisiológico e elimina o efeito mecânico do canal de parto (aperto torácico), resultando em acúmulo de líquido, o que explica as estrias peri-hilares e o líquido nas fissuras.

Alternativa (c) Incorreta. A aspiração de mecônio ocorre geralmente em bebês que apresentaram sofrimento fetal agudo ou crônico, normalmente em gestações a termo ou pós-termo. O quadro radiológico típico apresenta infiltrados grosseiros e irregulares (aspecto de "algodão") e áreas de hiperinsuflação por mecanismo de válvula, o que não condiz com as estrias peri-hilares descritas.

Alternativa (d) Incorreta. A pneumonia neonatal ou sepse de início precoce poderia causar taquipneia. No entanto, o histórico de cesariana eletiva (bolsa íntegra e sem trabalho de parto) reduz o risco de infecção ascendente. Além disso, a imagem radiológica de líquido cissural é muito mais característica de uma falha na reabsorção de fluido do que de um processo inflamatório infeccioso.

Alternativa (e) Incorreta. Esta é a descrição da Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido (HPPRN). Nela, a pressão nas artérias pulmonares permanece elevada após o parto, impedindo a oxigenação adequada. Clinicamente, o bebê apresenta hipoxemia grave que não melhora proporcionalmente com a oferta de oxigênio, e o raio X pode ser normal ou apresentar hipotransparência por baixa perfusão (oligoemia).

Gabarito: Letra (b).

Questão 62

O caso descreve um quadro clássico de Síndrome de Aspiração Meconial (SAM) em um recém-nascido a termo. A fisiopatologia da SAM é complexa e envolve obstrução mecânica das vias aéreas, inativação do surfactante e pneumonite química.

Alternativa a: Incorreta. O edema intersticial e a redução da complacência são características marcantes de outras patologias, como a Taquipneia Transitória do Recém-Nascido. Na SAM, embora exista um componente inflamatório e exsudativo, o achado radiológico de hiperinsuflação não é causado pelo edema, mas sim pelo aprisionamento mecânico do ar.

Alternativa b: Incorreta. A deficiência de surfactante é o mecanismo central da Doença da Membrana Hialina, típica de prematuros. Esse processo leva ao colapso alveolar (atelectasias difusas) e resulta em volumes pulmonares reduzidos na radiografia. Na SAM, ocorre inativação do surfactante pelo mecônio, mas o que define a hiperinsuflação é o efeito obstrutivo nas vias aéreas distais.

Alternativa c: Correta. O mecônio espesso e viscoso atua como um plugue nas pequenas vias aéreas, gerando o chamado mecanismo de válvula ou efeito de "bola". Durante a inspiração, o diâmetro das vias aéreas aumenta devido à pressão negativa intratorácica, permitindo que o ar passe pela obstrução. Durante a expiração, as vias aéreas estreitam-se fisiologicamente, e o mecônio bloqueia totalmente a saída do ar. Isso causa aprisionamento aéreo distal, hiperinsuflação e áreas de enfisema obstrutivo, que se alternam com áreas de atelectasia por obstrução total.

Alternativa d: Incorreta. A vasoconstrição pulmonar e o aumento da resistência vascular são a base da Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido. Embora essa condição seja uma complicação frequente e grave da SAM devido à hipóxia e acidose, ela explica as alterações de perfusão e o shunt da direita para a esquerda, e não a mecânica ventilatória de hiperinsuflação.

Alternativa e: Incorreta. A inflamação do parênquima causada pelo mecônio (pneumonite química) induz a liberação de mediadores inflamatórios, como citocinas e leucotrienos, que promovem edema e broncoconstrição, e não broncodilatação. O processo inflamatório agrava o desconforto respiratório, mas a hiperinsuflação é um fenômeno puramente mecânico derivado da obstrução parcial.

Questão 63

Análise do Quadro Clínico:

O recém-nascido prematuro de 30 semanas apresenta um quadro clássico de Apneia da Prematuridade, definida por pausas respiratórias superiores a 20 segundos ou pausas menores acompanhadas de bradicardia e cianose. Como a questão informa que causas secundárias (infecção, distúrbios metabólicos e neurológicos) foram descartadas, o diagnóstico baseia-se na imaturidade do controle respiratório central, comum em bebês abaixo de 34 semanas de idade gestacional.

Alternativa (a) Correta: O citrato de cafeína é a droga de escolha (primeira linha) para o tratamento da apneia da prematuridade. Como uma metilxantina, seu principal mecanismo de ação é o antagonismo dos receptores de adenosina (que normalmente inibem o drive respiratório). A cafeína aumenta a sensibilidade do centro respiratório bulbar ao dióxido de carbono (CO₂), estimula o esforço inspiratório, melhora a contratilidade do diafragma e aumenta o volume-minuto. Comparada à teofilina/aminofilina, possui meia-vida mais longa, permitindo dose única diária, e apresenta maior índice terapêutico.

Alternativa (b) Incorreta: O doxapram é um estimulante respiratório que atua nos quimiorreceptores periféricos (corpos carotídeos). Embora possa ser eficaz, não é a primeira escolha devido à sua toxicidade potencial, necessidade de infusão endovenosa contínua e efeitos colaterais significativos, como hipertensão, irritabilidade e convulsões. É reservado para casos graves refratários ao tratamento inicial.

Alternativa (c) Incorreta: A dexametasona é um corticosteroide utilizado no período pós-natal principalmente para o manejo da displasia broncopulmonar ou para facilitar a extubação em prematuros crônicos. Ela não atua no centro respiratório para tratar episódios agudos de apneia. Além disso, seu uso precoce e rotineiro em prematuros é evitado devido a riscos de danos ao neurodesenvolvimento.

Alternativa (d) Incorreta: O surfactante exógeno é o tratamento específico para a Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença da Membrana Hialina), atuando na estabilização alveolar ao reduzir a tensão superficial. Embora a melhora da função pulmonar possa reduzir o esforço respiratório, o surfactante não corrige a falha central do controle da respiração que caracteriza a apneia da prematuridade.

Alternativa (e) Incorreta: A furosemida é um diurético de alça indicado para casos de sobrecarga hídrica, insuficiência cardíaca ou edema pulmonar. Não possui efeito estimulante sobre os centros respiratórios e não faz parte do protocolo de tratamento para apneia primária.

Questão 64

O quadro clínico descreve um recém-nascido a termo com Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido (HPPRN). Os sinais clássicos apresentados são a cianose refratária à oferta de oxigênio, a diferença significativa de saturação pré- e pós-ductal (maior do que 5% a 10%, indicando shunt direita-esquerda pelo canal arterial) e a confirmação ecocardiográfica de pressões pulmonares superiores às sistêmicas. O objetivo do tratamento é reduzir a resistência vascular pulmonar sem causar hipotensão sistêmica.

Alternativa a: Incorreta. O sildenafil é um inibidor da fosfodiesterase-5 que promove vasodilatação pulmonar ao aumentar o GMPc. Embora seja uma opção terapêutica, ele é geralmente utilizado como terapia adjuvante em casos refratários ou em serviços de saúde que não dispõem de óxido nítrico. Não é a terapia de primeira escolha para um RN com quadro agudo e grave.

Alternativa b: Incorreta. A tolazolina é um vasodilatador não seletivo que foi muito utilizado no passado. Entretanto, seu uso caiu em desuso na neonatologia moderna devido à falta de seletividade pulmonar, causando hipotensão sistêmica grave, além de efeitos colaterais como hemorragia digestiva e oligúria.

Alternativa c: Incorreta. A prostaciclina (ou seus análogos) pode ser utilizada de forma inalada como terapia de resgate em casos de falha ao tratamento convencional, mas não é a recomendação inicial padrão. A dose e o intervalo citados também não correspondem aos protocolos de primeira linha para HPPRN.

Alternativa d: Correta. O óxido nítrico inalatório (ONi) é o tratamento padrão-ouro para a HPPRN. Sua principal vantagem é a seletividade: por ser inalado, ele promove vasodilatação apenas nos alvéolos ventilados, melhorando a relação ventilação-perfusão. Além disso, ao atingir a corrente sanguínea, liga-se rapidamente à hemoglobina e é inativado, o que evita a vasodilatação sistêmica e a hipotensão. A dose inicial recomendada pela literatura é de 20 ppm (partes por milhão).

Alternativa e: Incorreta. A bosentana é um antagonista dos receptores de endotelina, utilizada principalmente no tratamento da hipertensão arterial pulmonar crônica em adultos e crianças maiores. Não tem indicação no manejo agudo da hipertensão pulmonar persistente neonatal nas primeiras horas de vida.

Questão 65

Análise do caso clínico:

O quadro descreve um recém-nascido (RN) a termo, com 48 horas de vida, apresentando icterícia com predomínio de bilirrubina indireta (bilirrubina total 11,8 mg/dL menos bilirrubina direta 0,4 mg/dL resulta em 11,4 mg/dL de bilirrubina indireta). O bom estado geral e a ausência de colúria ou acolia reforçam que se trata de uma condição não obstrutiva e, provavelmente, dentro do espectro da icterícia fisiológica ou da icterícia associada ao aleitamento materno precoce.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Causas hemolíticas por defeitos intrínsecos do eritrócito (como esferocitose hereditária ou deficiência de G6PD) geralmente manifestam icterícia mais precoce (nas primeiras 24 horas), de progressão rápida e níveis de bilirrubina muito mais elevados, frequentemente acompanhados de anemia e alterações no hemograma, o que não condiz com o caso.

Alternativa b: Incorreta. A deficiência enzimática severa da UGT1A1 é a base da Síndrome de Crigler-Najjar tipo I, uma doença rara e grave que causa hiperbilirrubinemia extrema e risco de dano neurológico. Na icterícia fisiológica do RN, existe apenas uma limitação transitória da capacidade de conjugação devido à imaturidade hepática, e não uma deficiência severa.

Alternativa c: Correta. No recém-nascido, a circulação entero-hepática é um dos principais fatores para a icterícia nos primeiros dias. O intestino do neonato possui baixa colonização bacteriana e altos níveis da enzima beta-glicuronidase. Essa enzima desconjuga a bilirrubina (que já havia sido conjugada pelo fígado), permitindo que ela seja reabsorvida para a corrente sanguínea em vez de ser eliminada pelas fezes. Em bebês em aleitamento materno que podem estar ingerindo pouco volume nos primeiros dias, o trânsito intestinal mais lento favorece ainda mais essa reabsorção.

Alternativa d: Incorreta. A obstrução do fluxo biliar (colestase neonatal) é caracterizada pelo aumento da bilirrubina DIRETA (acima de 1,0 mg/dL ou mais de 20% da total). Além disso, clinicamente o paciente apresentaria colúria (urina escura) e acolia (fezes esbranquiçadas), sintomas que foram explicitamente negados no enunciado.

Alternativa e: Incorreta. O hipotireoidismo congênito é uma causa conhecida de icterícia prolongada (aquela que persiste por mais de duas semanas), mas não é o mecanismo fisiopatológico predominante para um quadro de icterícia comum de 48

horas de vida em um RN saudável.

Questão 66

O caso clínico descreve um lactente de 10 meses com uma crise convulsiva febril simples (tônico-clônica generalizada, de curta duração, em vigência de febre). O ponto crucial da questão reside na idade do paciente e no seu status vacinal incerto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A neuroimagem (tomografia ou ressonância) não é recomendada rotineiramente em crises febris simples. Ela deve ser reservada para casos com suspeita de trauma craniano, sinais de hipertensão intracraniana ou déficits neurológicos focais persistentes. Além disso, a punção lombar não pode ser dispensada sumariamente em lactentes com vacinação incompleta.

b) Incorreta. A indicação de punção lombar não é universal para todas as crianças entre 6 e 60 meses. A Academia Americana de Pediatria recomenda o procedimento apenas se houver sinais meníngeos, se o paciente estiver clinicamente instável ou, especificamente na faixa de 6 a 12 meses, se a vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e *Streptococcus pneumoniae* for incompleta ou desconhecida.

c) Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não deve ser solicitado rotineiramente após uma primeira crise febril simples. O exame tem baixo valor preditivo para o desenvolvimento futuro de epilepsia e não ajuda no diagnóstico agudo de crise febril, podendo até gerar confusão diagnóstica por achados inespecíficos.

d) Correta. Esta alternativa sintetiza as diretrizes atuais. Em lactentes entre 6 e 12 meses com status vacinal incerto ou incompleto para Hib e pneumococo, a punção lombar deve ser fortemente considerada, pois a ausência de vacinação aumenta o risco de meningite bacteriana oculta (na qual os sinais clássicos de irritação meníngea podem ser sutis). A neuroimagem é reservada para situações atípicas (como estado de mal epiléptico ou déficit pós-ictal), e o EEG é indicado apenas em crises complexas (focais, prolongadas ou recorrentes em 24h).

e) Incorreta. Não se deve postergar a investigação ou a conduta inicial em um paciente de 10 meses com vacinação incerta. A avaliação da necessidade de exclusão de infecção do sistema nervoso central deve ser imediata, devido ao risco de morbimortalidade associado a meningites não tratadas nessa faixa etária.

Gabarito: Letra (d).

Questão 67

O quadro clínico descrito (lactente jovem, sintomas gripais prévios, evolução com sibilância, taquipneia e sinais de esforço respiratório) é o caso clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Trata-se da principal causa de infecção respiratória baixa em menores de dois anos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o agente mais comum.

A análise da questão deve focar na gravidade do paciente: o lactente apresenta saturação de oxigênio de 90%. Segundo os principais protocolos clínicos (como os da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria), a saturação abaixo de 90-92% em ar ambiente é um critério mandatório para internação hospitalar e suporte de oxigênio.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A radiografia de tórax não deve ser solicitada de rotina na bronquiolite, sendo reservada apenas para casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de complicações (como pneumotórax ou atelectasias extensas). Além disso, a alta é contraindicada para um paciente com desconforto respiratório e hipoxemia.

b) Incorreta. O uso de broncodilatadores (como o salbutamol) não é recomendado de rotina na bronquiolite viral aguda, pois a fisiopatologia da doença envolve edema de mucosa e acúmulo de débris celulares, e não broncoespasmo mediado por musculatura lisa. Liberar o paciente para o domicílio com 90% de saturação representa um grave risco clínico.

c) Incorreta. O PCR viral (painel viral) pode auxiliar na vigilância epidemiológica e no isolamento de coorte no hospital, mas não define a conduta imediata nem altera o tratamento. A observação de um paciente com hipoxemia deve ser estritamente hospitalar, e não domiciliar.

d) Correta. Esta é a conduta padrão. O tratamento da bronquiolite é prioritariamente de suporte: garantir oxigenação adequada (manter saturação acima de 90-92%), hidratação (oral ou venosa, dependendo da frequência respiratória) e monitorização respiratória contínua. A hipoxemia é indicação direta de internação.

e) Incorreta. A bronquiolite é uma doença de etiologia viral. O uso de antibióticos não está indicado, a menos que haja evidência clara de infecção bacteriana secundária associada, o que não é o caso descrito. Reavaliar em 48 horas um lactente de 3 meses com taquipneia e tiragens seria negligenciar o risco de insuficiência respiratória iminente.

Questão 68

O caso clínico descreve um lactente com diarreia osmótica decorrente de uma deficiência transitória de lactase após um quadro viral (gastroenterite). O dano às vilosidades intestinais reduz a atividade da lactase na borda em escova, impedindo a quebra e a absorção da lactose.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A hipersecreção de íons (como o cloreto) para a luz intestinal é o mecanismo primário da diarreia secretora, observada em doenças como o cólera. Nesse tipo de diarreia, as perdas de água e eletrólitos são volumosas e não melhoram com o jejum, o que contradiz o quadro clínico apresentado.

Alternativa b: Incorreta. A inflamação invasiva da mucosa com exsudação de muco e proteínas é característica das diarreias inflamatórias ou disenterias (causadas por patógenos como Shigella ou Salmonella). Esses quadros costumam cursar com febre, toxemia e presença de sangue ou pus nas fezes, sinais que estão ausentes no paciente.

Alternativa c: Incorreta. Embora o reflexo gastrocólico possa estar exacerbado em diversas patologias intestinais, ele não explica a fisiopatologia da diarreia ácida nem a melhora específica com o jejum após a reintrodução de lactose.

Alternativa d: Incorreta. Toxinas enterotóxicas (como as da E. coli enterotoxigênica) estimulam a secreção ativa de água e eletrólitos. A característica fundamental desse mecanismo é que a diarreia é independente da ingesta, ou seja, persiste de forma importante mesmo se o paciente for mantido em jejum.

Alternativa e: Correta. Este é o mecanismo clássico da diarreia osmótica. A lactose não hidrolisada permanece na luz intestinal e atua como um soluto osmoticamente ativo, atraindo água para o lúmen. Além disso, a lactose é fermentada pela microbiota colônica, gerando gases e ácidos orgânicos (como o ácido lático). Esses ácidos reduzem o pH das fezes (tornando-as ácidas) e causam irritação na pele perianal (dermatite). Como a causa é o soluto ingerido, a interrupção da oferta (jejum) leva à melhora do quadro.

Questão 69

O quadro clínico descrito aponta para uma pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em um paciente pediátrico de 3 anos. O diagnóstico é clínico, baseado na presença de febre, tosse e alteração na ausculta pulmonar (estertores localizados), mesmo que a frequência respiratória (FR) ainda esteja no limite da normalidade. Como o paciente apresenta boa aceitação oral e ausência de sinais de gravidade (como tiragem subcostal, batimento de asas do nariz ou cianose), o tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A amoxicilina é o antibiótico de escolha e primeira linha para o tratamento ambulatorial da PAC em crianças acima de 2 meses de idade. Isso ocorre porque o principal agente etiológico bacteriano nessa faixa etária é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). A dose de 50 mg/kg/dia é a recomendação clássica do Ministério da Saúde para casos sem suspeita de resistência, podendo ser administrada a cada 8 ou 12 horas. Algumas diretrizes de sociedades de especialidades sugerem doses maiores (80-90 mg/kg/dia) em locais com alta prevalência de pneumococo com sensibilidade reduzida, mas a alternativa "a" reflete a conduta padrão básica em concursos.

Alternativa b) Incorreta. A ceftriaxona intramuscular é uma opção para pacientes que não toleram a via oral ou em situações nas quais a adesão ao tratamento é duvidosa, mas não é a primeira linha para um quadro leve com boa aceitação de líquidos. Seu uso rotineiro em domicílio para casos simples contribui para o aumento da resistência bacteriana.

Alternativa c) Incorreta. O uso de amoxicilina associada ao clavulanato não é indicado de rotina como primeira escolha. O clavulanato é adicionado para cobrir germes produtores de betalactamase (como *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*). No entanto, o pneumococo (principal alvo) altera sua proteína de ligação à penicilina para resistir ao fármaco, e não por meio de betalactamases, tornando o clavulanato desnecessário na abordagem inicial simples.

Alternativa d) Incorreta. Os macrolídeos (como azitromicina ou claritromicina) são indicados principalmente quando há suspeita de pneumonia por germes atípicos (*Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*). Essas infecções são mais comuns em crianças maiores de 5 anos e adolescentes. No pré-escolar de 3 anos com quadro típico (início súbito, febre, estertores localizados), deve-se priorizar a cobertura para o pneumococo com penicilinas.

Alternativa e) Incorreta. Diante de uma criança com sinais clínicos de pneumonia

bacteriana (ausculta com estertores localizados associada a quadro febril), a conduta correta é a introdução imediata de antibioticoterapia. Aguardar sem medicação aumenta o risco de complicações, como o derrame pleural. No caso de crianças muito pequenas com quadros puramente virais (bronquiolite), a conduta seria de suporte, mas os estertores localizados e a febre direcionam para a etiologia bacteriana neste cenário.

Questão 70

Esta questão aborda o manejo da desidratação na infância, um tema frequente em provas e na prática clínica pediátrica. A classificação do estado de hidratação é baseada em sinais clínicos padronizados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Análise dos sinais clínicos:

O lactente apresenta sinais de alerta gravíssimos: letargia e hipotonia (alteração do nível de consciência), olhos muito fundos e secos, incapacidade de ingerir líquidos e, crucialmente, um tempo de enchimento capilar acima de 5 segundos. Este último sinal indica má perfusão tecidual e choque hipovolêmico iminente ou instalado. De acordo com as normas técnicas, a presença de pelo menos dois sinais de desidratação grave, ou um sinal de gravidade associado a outros de desidratação, classifica o paciente no Plano C.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O quadro clínico descrito (letargia, incapacidade de beber e perfusão periférica lentificada) caracteriza a Desidratação Grave. O tratamento imediato é o Plano C, que consiste na expansão volêmica por via parenteral (intravenosa ou intraóssea), visando à rápida restauração do volume circulante.

Alternativa b) Incorreta. O Plano B é indicado para a desidratação moderada, onde a criança costuma estar irritada e sedenta (bebe avidamente), mas ainda mantém a consciência e a perfusão periférica aceitável. No caso apresentado, o estado de choque e a letargia contraindicam o manejo apenas com reidratação oral em ambiente ambulatorial.

Alternativa c) Incorreta. O Plano A é destinado à prevenção da desidratação em crianças que não apresentam sinais clínicos de perda de fluidos ao exame físico. O paciente em questão já apresenta sinais críticos de depleção volêmica.

Alternativa d) Incorreta. A sonda nasogástrica (gastróclise) é um recurso utilizado no Plano B quando há falha na via oral (como vômitos persistentes), mas a criança não

apresenta sinais de choque ou gravidade extrema. Na presença de letargia e enchimento capilar de 5 segundos, a prioridade é o acesso venoso imediato.

Alternativa e) Incorreta. A ausência da descrição do sinal da prega no enunciado não invalida os outros sinais de gravidade presentes. A letargia e o comprometimento hemodinâmico (perfusão lenta) são soberanos e definem a conduta como Plano C, independentemente de outros achados.

Questão 71

Esta questão aborda o manejo da diarreia aguda na infância, focando nas terapias adjuvantes conforme as principais diretrizes nacionais e internacionais. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil historicamente não recomendam o uso de antieméticos no manejo da diarreia aguda devido ao risco de efeitos colaterais (especialmente com a metoclopramida e a clorpromazina) e por priorizarem a reidratação oral. No entanto, sociedades de especialistas, como a ESPGHAN (Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica), admitem o uso criterioso de uma dose única de ondansetrona em casos de vômitos persistentes para facilitar a aceitação da Terapia de Reidratação Oral (TRO) e reduzir a necessidade de internação para hidratação venosa.

Alternativa b) Incorreta. Embora existam evidências de que certos probióticos podem reduzir a duração da diarreia, nem a OMS nem o Ministério da Saúde do Brasil incluem os probióticos em suas recomendações formais de rotina nos protocolos de manejo da diarreia. O foco desses órgãos permanece na oferta de soro de reidratação oral (SRO) e na suplementação de zinco por 10 a 14 dias.

Alternativa c) Incorreta. A loperamida é, de fato, contraindicada em crianças devido ao risco de íleo paralítico e megacólon tóxico. Já a racecadotril é um medicamento antissecretor (inibidor da encefalinase) e não um depressor da motilidade intestinal. Além disso, seu uso não é recomendado para lactentes com menos de 3 meses de idade por falta de estudos de segurança nessa faixa etária específica.

Alternativa d) Incorreta. O uso de antibióticos é formalmente contraindicado em casos de diarreia aguda aquosa, que na grande maioria das vezes tem etiologia viral (como rotavírus ou norovírus). O uso de antibióticos deve ser restrito a casos específicos, como a suspeita de cólera com desidratação grave ou em casos de diarreia com sangue e muco (disenteria) com comprometimento do estado geral (geralmente por *Shigella*).

Alternativa e) Incorreta. O erro desta alternativa é afirmar que a ESPGHAN e a diretriz Ibero-Latino-Americana não recomendam os probióticos. Na verdade, ambas as diretrizes reconhecem e recomendam o uso de probióticos específicos com evidência comprovada (como o *Lactobacillus rhamnosus* GG e o *Saccharomyces boulardii*) como adjuvantes para reduzir a duração do quadro diarreico em aproximadamente um dia.

Questão 72

O quadro clínico apresenta uma criança de 7 anos em crise asmática de provável intensidade leve a moderada, visto que mantém boa saturação (96%) e não apresenta sinais de insuficiência respiratória grave ou exaustão. A conduta inicial em sala de emergência deve focar na reversão rápida do broncoespasmo.

Alternativa a: Incorreta. O brometo de ipratrópio é um medicamento acessório (anticolinérgico) utilizado em associação com o beta-2 agonista nas crises moderadas ou graves. Ele não deve ser utilizado de forma isolada como primeira medida, pois não possui a mesma eficácia broncodilatadora que os beta-2 agonistas de curta duração na fase aguda.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão. O uso de beta-2 agonistas de curta duração (como o salbutamol) via spray acoplado a espaçador é a primeira escolha para o tratamento da crise aguda. A dose recomendada de ataque é de 4 a 10 puffs a cada 20 minutos na primeira hora (ou conforme a gravidade), seguida de reavaliação clínica para definir os próximos passos.

Alternativa c: Incorreta. O corticoide sistêmico é essencial no manejo da asma para tratar o componente inflamatório das vias aéreas e prevenir recorrências, mas seu efeito demora algumas horas para iniciar. Na fase hiperaguda, a prioridade absoluta é a broncodilatação para alívio imediato do fluxo aéreo. O corticoide deve ser associado, mas nunca prescrito isoladamente, dispensando o broncodilatador.

Alternativa d: Incorreta. Segundo as diretrizes principais (como o GINA), a suplementação de oxigênio é indicada apenas se a saturação estiver abaixo de 93% a 95% em ar ambiente. Como a criança apresenta 96%, ela está com oxigenação adequada e não há necessidade de ofertar oxigênio de rotina.

Alternativa e: Incorreta. O diagnóstico de crise de asma é clínico e o tratamento deve ser imediato. A radiografia de tórax não deve retardar o início da terapia farmacológica. O exame de imagem é reservado apenas para casos com suspeita de complicações (como pneumotórax, pneumomediastino ou pneumonia) ou em

pacientes que não apresentam melhora após as medidas iniciais.

Questão 73

O manejo da diarreia aguda em pediatria foca prioritariamente na reidratação e na manutenção do estado nutricional. A maioria dos episódios tem etiologia viral e é autolimitada, tornando o uso de antibióticos desnecessário e potencialmente prejudicial na maior parte dos casos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora lactentes jovens tenham maior risco de complicações, a diarreia aquosa isolada não é indicação de antibioticoterapia profilática. O uso de antibióticos nessa faixa etária reserva-se a casos de suspeita clínica de sepse ou infecção bacteriana sistêmica documentada, e não de forma universal para todos os casos de diarreia.

Alternativa b) Incorreta. A desidratação grave (Plano C) indica a necessidade de expansão volêmica imediata por via intravenosa para restaurar a estabilidade hemodinâmica. A gravidade da desidratação não define, por si só, a necessidade de antibióticos, pois quadros virais graves também podem levar ao Plano C. O antibiótico só seria considerado em casos de Plano C se houvesse suspeita específica de cólera.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve as indicações clássicas para o tratamento medicamentoso específico na diarreia aguda. A presença de sangue nas fezes (disenteria) sugere etiologia bacteriana invasiva (principalmente *Shigella*), na qual o antibiótico reduz a duração da doença e a transmissão. A *Giardia lamblia*, sendo um protozoário, requer tratamento com antiprotozoários específicos (como metronidazol ou tinidazol) quando identificada ou fortemente suspeitada.

Alternativa d) Incorreta. A intolerância secundária à lactose ocorre devido à perda transitória da enzima lactase na borda em escova do epitélio intestinal após uma agressão infecciosa. O manejo é dietético, com a retirada temporária da lactose ou uso de fórmulas específicas, não havendo indicação de antibióticos para essa condição.

Alternativa e) Incorreta. O uso rotineiro de antibióticos em todos os casos de diarreia é contraindicado. Além de não reduzirem a duração dos quadros virais, os antibióticos podem causar efeitos colaterais, selecionar cepas bacterianas resistentes e prolongar o estado de portador em certas infecções (como na salmonelose não complicada).

Questão 74

O Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde do Brasil estabelece que, aos 4 meses de vida, a criança deve receber a segunda dose das vacinas que compuseram o esquema de 2 meses de idade.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Aos 4 meses, o esquema vacinal preconizado consiste na aplicação da 2ª dose da vacina Pentavalente (que protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b), 2ª dose da VIP (Vacina Inativada Poliomielite), 2ª dose da VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) e 2ª dose da Pneumocócica 10-valente. Embora a vacina Meningocócica C seja administrada oficialmente aos 3 e aos 5 meses de idade no calendário nacional básico, esta alternativa é a única que contém as quatro vacinas essenciais do quarto mês, sendo a resposta esperada pela banca examinadora.

Alternativa b: Incorreta. A vacina BCG e a dose isolada da Hepatite B são vacinas administradas ao nascimento. A Pentavalente e a VIP são iniciadas aos 2 meses, mas não representam o esquema completo ou exclusivo desta fase.

Alternativa c: Incorreta. Este conjunto de vacinas pertence ao final do primeiro ano e início do segundo ano de vida. A Tríplice viral e o reforço da Pneumocócica 10 são realizados aos 12 meses. A Hepatite A e o reforço da VIP/VOP ocorrem aos 15 meses.

Alternativa d: Incorreta. O primeiro reforço da DTP, a vacina Varicela e a Tetra viral (ou segunda dose da Tríplice viral) são indicados aos 15 meses. O reforço da Febre Amarela é realizado aos 4 anos de idade.

Alternativa e: Incorreta. Estas vacinas são voltadas para outros grupos etários. A Meningocócica ACWY é destinada a adolescentes entre 11 e 14 anos. A vacina contra o HPV é aplicada em dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos. A vacina Dupla Adulto (dT) é utilizada para reforços a cada 10 anos em adultos ou em esquemas para gestantes.

Questão 75

Texto Original:

A questão aborda o Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente, definido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Para resolver essa questão, o candidato deve conhecer as vacinas específicas recomendadas para essa faixa etária e suas respectivas posologias.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é recomendada em duas doses para qualquer pessoa de 1 a 29 anos que não tenha comprovação vacinal prévia. Embora um adolescente de 12 anos precise ter as duas doses no cartão, ela não é uma vacina exclusiva ou de dose única específica para a faixa de 11 a 14 anos.

Alternativa b) Incorreta. A vacina pentavalente é indicada para o esquema primário de vacinação em lactentes, administrada aos 2, 4 e 6 meses de idade. Para adolescentes que precisam de reforço contra difteria e tétano, utiliza-se a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, em situações específicas de gestação, a dTpa.

Alternativa c) Incorreta. De acordo com a recomendação atual do Ministério da Saúde, a vacina contra a febre amarela é administrada aos 9 meses de idade com um reforço aos 4 anos. Caso o adolescente nunca tenha sido vacinado, ele receberá uma dose única, mas não existe uma obrigatoriedade de reforço específica apenas por ele estar na faixa entre 11 e 14 anos, se já tiver o esquema completo.

Alternativa d) Incorreta. No Sistema Único de Saúde (SUS), a vacina contra a hepatite A é disponibilizada em dose única apenas para crianças aos 15 meses de idade (podendo ser administrada até os 5 anos incompletos). Não faz parte da rotina de imunização do adolescente de 12 anos.

Alternativa e) Correta. A vacina meningocócica ACWY (conjugada) foi incluída no calendário nacional para substituir ou reforçar a imunidade contra o sorogrupo C e ampliar a proteção para os sorogrupos A, W e Y. A indicação atual do PNI é de uma dose única para adolescentes na faixa etária de 11 a 14 anos. Essa estratégia visa não apenas à proteção individual contra a doença meningocócica invasiva, mas também à redução do estado de portador do agente na orofaringe, gerando imunidade de rebanho.

RESUMO:

Ao avaliar um adolescente de 12 anos com atraso vacinal, o médico deve focar nas vacinas de rotina para essa idade: HPV (dose única de 9 a 14 anos), meningocócica ACWY (dose única de 11 a 14 anos) e o reforço da dT (dupla adulto), caso a última dose tenha mais de 10 anos. A alternativa E descreve exatamente a recomendação atual para a vacina meningocócica quadrivalente.

Questão 76

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer o Calendário Nacional de Vacinação da Criança definido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. Aos 12 meses de idade, o esquema vacinal padrão prevê a administração de três vacinas: Tríplice Viral (primeira dose), Pneumocócica 10-valente (reforço) e Meningocócica C conjugada (reforço).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A vacina Tetraviral (SCRV), que protege contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela, é aplicada aos 15 meses de idade, servindo como a segunda dose do componente SCR e a primeira dose da varicela. Aos 12 meses, aplica-se apenas a Tríplice Viral (SCR).

Alternativa B: Incorreta. Embora o reforço da Meningocócica C esteja correto para os 12 meses, a vacina contra Hepatite A (dose única) e o primeiro reforço da DTP são administrados aos 15 meses. Além disso, o reforço da poliomielite aos 15 meses é feito com a vacina oral (VOP) e não com a VIP (reservada para as doses de 2, 4 e 6 meses).

Alternativa C: Incorreta. A primeira dose da vacina contra febre amarela deve ser administrada aos 9 meses de idade. A vacina contra Influenza segue o cronograma de campanhas anuais. Apenas o reforço da Pneumocócica 10 está correto para a idade de 12 meses.

Alternativa D: Incorreta. A vacina BCG deve ser aplicada preferencialmente ao nascimento. A segunda dose da vacina contra rotavírus é feita aos 4 meses e a terceira dose da Pentavalente é administrada aos 6 meses.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa identifica corretamente a Tríplice Viral (primeira dose) como vacina do esquema de 12 meses. Vale ressaltar que, embora no PNI atual a varicela seja administrada aos 15 meses (como tetraviral ou varicela isolada), o calendário da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e o de certas clínicas privadas antecipam a primeira dose da varicela para os 12 meses. Quanto à Hepatite B, a "terceira dose" mencionada pode referir-se ao esquema clássico de 0, 1 e 6 meses ou a uma complementação de esquema. Diante das outras opções com erros claros de cronograma, a letra E é a que melhor se adequa ao marco vacinal dos 12 meses, centrada na Tríplice Viral.

Questão 77

A transição da medição do comprimento (deitado) para a estatura (em pé) é um marco importante na puericultura, ocorrendo tipicamente aos 2 anos de idade. Tecnicamente, a estatura medida em pé é aproximadamente 0,7 cm menor que o comprimento medido deitado. Isso ocorre devido ao efeito da gravidade, à compressão dos discos intervertebrais e ao alinhamento postural na posição vertical.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Se o examinador comparar diretamente a medida atual (em pé) com a anterior (deitada) sem qualquer ajuste, ocorrerá um erro sistemático. Como a medida em pé é naturalmente menor, a velocidade de crescimento calculada para o período será falsamente reduzida, podendo sugerir um déficit de crescimento inexistente.

Alternativa b: Incorreta. Embora o ajuste de valor seja uma prática comum para converter medidas entre gráficos diferentes, acrescentar 1,0 cm de forma definitiva é inadequado. A partir dos 2 anos, a criança deve ser acompanhada nos gráficos de estatura por idade (medida em pé). O ajuste serve para a comparação no momento da transição, não para uso perpétuo.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta técnica recomendada para garantir a fidedignidade dos dados. Realizar as duas medidas no momento da transição permite ao examinador documentar a diferença. O valor de 0,7 cm é o ajuste padrão estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para compensar a mudança de posição. Para o cálculo preciso da velocidade de crescimento (cm/ano), é obrigatório comparar medidas obtidas pelo mesmo método ou aplicar a devida correção matemática.

Alternativa d: Incorreta. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma ferramenta para avaliação do estado nutricional e relação entre peso e altura. Ele não substitui a medida da estatura e não é utilizado para calcular a velocidade de crescimento linear.

Alternativa e: Incorreta. Uma diferença entre 0,7 cm e 1,0 cm entre a medida deitada e em pé é fisiologicamente esperada. Repetir a medida não eliminará essa variação, pois ela é intrínseca à mudança de técnica e de decúbito.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 78

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um menino de 7 anos com uma queda significativa no canal de crescimento, saindo do percentil 50 (P50) para o percentil 10 (P10) em apenas 18 meses. Embora o P10 ainda esteja dentro da faixa estatística de normalidade (geralmente considerada entre o P3 e o P97, ou entre -2 e +2 desvios-padrão), a mudança de canal (cruzamento de percentis) é um sinal de alerta clínico importante que indica desaceleração da velocidade de crescimento. Além disso, ao calcular a altura-alvo (alvo genético), observamos que o potencial da criança é superior ao canal atual: $(176 + 165 + 13) / 2 = 177$ cm, o que corresponde aproximadamente ao P50. Portanto, o paciente está crescendo abaixo de seu potencial genético.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta correta na atenção primária diante de uma criança que foge de seu canal de crescimento é a avaliação longitudinal. O diagnóstico em pediatria não é estático; ele depende da observação da velocidade de crescimento (cm/ano) e da correlação com o alvo genético familiar. Investigar a queda de percentil antes que a criança atinja critérios formais de baixa estatura (abaixo do P3) permite o diagnóstico precoce de doenças crônicas subclínicas, distúrbios absorptivos ou endócrinos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: Está incorreta porque a normalidade do crescimento não é definida apenas por estar entre os limites estatísticos. O "cruzamento de canais" para baixo é sempre um sinal de alerta que exige investigação, não sendo seguro adiar a reavaliação por um período tão longo.

Alternativa b: Está incorreta porque a solicitação de "painéis hormonais amplos de rotina" é uma conduta dispendiosa e ineficaz. A investigação deve ser iniciada com uma anamnese detalhada, exame físico e, se necessário, exames de triagem básicos (como hemograma, função renal, exames para doença celíaca e idade óssea), sem nunca desconsiderar a curva de crescimento, que é o principal instrumento diagnóstico.

Alternativa c: Está incorreta porque, tecnicamente, o paciente ainda não apresenta "baixa estatura" (definida como altura abaixo do P3 ou -2 desvios-padrão). O encaminhamento imediato ao especialista, sem uma análise mínima do alvo genético e da velocidade de crescimento na atenção primária, sobrecarrega o sistema de saúde desnecessariamente.

Alternativa e: Está incorreta porque o diagnóstico de distúrbios do crescimento jamais deve ser feito com base em um único ponto isolado na curva. O crescimento é um processo dinâmico; um único ponto mostra apenas a situação atual, enquanto a sequência de pontos revela a velocidade de crescimento, que é o dado clínico mais relevante.

Questão 79

ANÁLISE DA QUESTÃO

O tema central da questão é a profilaxia da anemia ferropriva em recém-nascidos prematuros, seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A recomendação de suplementação de ferro para prematuros é baseada no peso ao nascer, devendo ser iniciada a partir do 30º dia de vida.

Para pacientes prematuros ou de baixo peso, a regra da SBP é a seguinte:

1. Peso entre 1.500g e 2.500g: 2 mg/kg/dia por um ano, seguido de 1 mg/kg/dia por mais um ano.
2. Peso entre 1.000g e 1.500g: 3 mg/kg/dia por um ano, seguido de 1 mg/kg/dia por mais um ano.
3. Peso menor que 1.000g: 4 mg/kg/dia por um ano, seguido de 1 mg/kg/dia por mais um ano.

Como o paciente do caso nasceu com 950 gramas, ele se enquadra na categoria de peso menor que 1.000g.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A dose de 1 mg/kg/dia iniciando aos 6 meses até o 24º mês é a recomendação para lactentes nascidos a termo (com peso maior que 2.500g) que estão em aleitamento materno exclusivo.

Alternativa b) Incorreta. A suplementação de 2 mg/kg/dia é indicada para prematuros ou recém-nascidos de baixo peso que nasceram com peso entre 1.500g e 2.500g. O paciente em questão pesa 950g.

Alternativa c) Incorreta. A suplementação de 3 mg/kg/dia é indicada para recém-nascidos que nasceram com peso entre 1.000g e 1.500g. Embora o paciente seja de muito baixo peso, por estar abaixo de 1.000g, ele necessita de uma dose maior.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a conduta para recém-nascidos com peso inferior a 1.000g: iniciar 4 mg/kg/dia de ferro elementar aos 30 dias de vida, mantendo essa dose durante o primeiro ano. No segundo ano de vida (dos 12 aos 24 meses), a dose é reduzida para 1 mg/kg/dia, conforme o protocolo de manutenção para todos os prematuros.

Alternativa e) Incorreta. A suplementação profilática é baseada no peso ao nascer e na idade gestacional devido ao fato de o ferro ser estocado principalmente no terceiro trimestre de gestação. Embora transfusões forneçam ferro, o consenso da SBP estabelece as doses profiláticas fixas por faixa de peso para garantir a prevenção da anemia no período de crescimento acelerado, sem condicionar a suspensão ao volume de hemácias transfundido no período neonatal.

GABARITO: Letra D.

Questão 80

A resposta terapêutica ao tratamento da anemia ferropriva segue uma cronologia laboratorial e clínica bem definida. Após o início da suplementação com ferro oral (geralmente na dose de 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar), as primeiras mudanças são clínicas, com melhora do apetite e do estado de alerta nas primeiras 48 a 72 horas. Do ponto de vista laboratorial, a primeira alteração detectável é a reticulocitose, que atinge seu pico entre o 5º e o 10º dia de tratamento. No entanto, para a avaliação de acompanhamento após cerca de 30 a 35 dias, o principal marcador de sucesso é o aumento nos níveis de hemoglobina.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta, porque o objetivo do tratamento é o aumento dos níveis de hemoglobina para corrigir a anemia. Uma redução da hemoglobina indicaria falha terapêutica, erro diagnóstico ou outras complicações, e não um processo normal de redistribuição de ferro.

Alternativa b: Está correta. O critério clássico para confirmar a eficácia do tratamento e a adesão do paciente após 4 semanas de ferro oral é o incremento da hemoglobina em pelo menos 1,0 g/dL. A elevação prévia dos reticulócitos confirma que a medula óssea iniciou uma resposta eritropoiética efetiva ao receber o substrato que estava em falta.

Alternativa c: Está incorreta, porque a ferritina sérica representa os estoques de ferro do organismo e é o último parâmetro a se normalizar. Primeiro, corrige-se a anemia (hemoglobina) e, somente após isso, os estoques começam a ser repostos. Por esse

motivo, o tratamento deve ser mantido por 2 a 4 meses após a normalização da hemoglobina para que a ferritina atinja níveis adequados.

Alternativa d: Está incorreta, pois a estabilização do volume corpuscular médio (VCM) sem alteração da hemoglobina após mais de um mês de tratamento sugere que a terapia não está funcionando. Espera-se que a hemoglobina suba e que o VCM também comece a se elevar gradualmente com a produção de novas hemácias de tamanho normal.

Alternativa e: Está incorreta, porque a saturação da transferrina tende a aumentar com a suplementação, refletindo a maior disponibilidade de ferro circulante para o transporte. Além disso, é indispensável que ocorra modificação no hemograma (aumento da hemoglobina) para validar a resposta ao tratamento instituído.

Questão 81

A questão aborda a classificação epidemiológica das zoonoses, que são doenças ou infecções naturalmente transmitidas entre animais vertebrados e seres humanos. O ponto central é identificar o termo técnico para a doença que circula de maneira equilibrada e bidirecional entre humanos e outros animais.

A) Antropozoonose: Alternativa incorreta. Este termo é utilizado para zoonoses em que o ciclo se mantém em animais vertebrados, que funcionam como reservatórios, e a transmissão ocorre do animal para o ser humano. Exemplos comuns são a raiva e a brucelose.

B) Zooantropozoonose: Alternativa incorreta. Refere-se a zoonoses em que o ser humano é o reservatório principal e a doença é transmitida para os animais. Um exemplo clássico é a transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* (agente da tuberculose humana) para rebanhos bovinos.

C) Metazoonose: Alternativa incorreta. Esta classificação não foca na direção da transmissão, mas sim na necessidade de um hospedeiro intermediário invertebrado (vetor) para que o ciclo biológico do agente se complete. Exemplos incluem a leishmaniose e a esquistossomose.

D) Saprozoonose: Alternativa incorreta. Esta classificação indica que o agente infeccioso necessita de um reservatório não animal (abiótico), como solo, matéria orgânica ou plantas, para completar seu ciclo de vida. Exemplos são o tétano e a maioria das micoses sistêmicas.

E) Anfixenose: Alternativa correta. O termo anfixenose é aplicado quando a doença

circula de maneira igualmente distribuída entre humanos e outros animais, com ambos funcionando como reservatórios e a transmissão ocorrendo de forma intercambiável. O enunciado descreve exatamente essa situação ao correlacionar *Staphylococcus* em humanos e em bovinos (mastite) na mesma região, evidenciando uma circulação conjunta.

Questão 82

O conceito de Saúde Única (One Health) reconhece que a saúde humana, a saúde animal e a saúde ambiental (ecossistemas) estão intrinsecamente ligadas e são interdependentes. No contexto da resistência antimicrobiana, esse conceito é fundamental porque os microrganismos e seus genes de resistência circulam livremente entre esses três domínios.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A resistência antimicrobiana é agravada justamente pela capacidade das bactérias de realizar a transferência horizontal de genes. Isso significa que a troca de material genético de resistência ocorre frequentemente entre diferentes espécies bacterianas, e não de forma restrita a microbiotas intraespecíficas.

Alternativa (b) Incorreta. O uso massivo de antimicrobianos não se limita aos humanos. De fato, uma proporção imensa do uso global de antibióticos ocorre na medicina veterinária e na agropecuária (seja para tratamento, prevenção ou como promotores de crescimento), o que impacta diretamente a saúde pública humana através da cadeia alimentar e do contato ambiental.

Alternativa (c) Correta. A essência da Saúde Única é a integração. O pilar do problema global reside no fato de que, por muito tempo, as intervenções e estudos foram feitos de forma isolada em cada setor. A compreensão de que a resistência flui entre humanos, animais e o ambiente exige uma abordagem coordenada e integrada entre médicos, veterinários, biólogos e gestores ambientais, o que ainda é um desafio a ser plenamente alcançado.

Alternativa (d) Incorreta. A mobilidade humana global aumentou drasticamente nas últimas décadas. Esse aumento da conectividade facilita a rápida disseminação de bactérias multirresistentes de um continente para outro em poucas horas, impedindo o isolamento de genes de resistência em nichos específicos.

Alternativa (e) Incorreta. Doenças infecciosas emergentes não foram erradicadas; pelo contrário, o surgimento de novos patógenos é uma ameaça constante. Além

disso, a pressão seletiva sobre as bactérias decorre do uso excessivo e inadequado de antibióticos em diversos cenários, e não da erradicação de doenças.

Questão 83

Esta questão aborda o conceito de Saúde Única (*One Health*), que integra a saúde humana, animal e ambiental. Os Princípios de Manhattan, estabelecidos em 2004 pela Wildlife Conservation Society, formam a base desse conceito, propondo 12 diretrizes para prevenir doenças epidêmicas e garantir a integridade do ecossistema.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete o Princípio 10 de Manhattan. O documento preconiza que o abate em massa de animais silvestres para o controle de doenças deve ser evitado, a menos que haja um consenso científico internacional de que isso é estritamente necessário para mitigar uma ameaça significativa à saúde humana ou animal. O abate indiscriminado pode desequilibrar ecossistemas e, muitas vezes, é ineficaz para o controle de zoonoses.

Alternativa B (Incorreta): O cerne da Saúde Única é justamente a interdependência. Os programas de saúde humana não devem operar de forma isolada, mas sim integrados aos esforços de conservação ambiental e saúde veterinária, reconhecendo que a degradação ambiental é um dos principais gatilhos para o surgimento de novas doenças.

Alternativa C (Incorreta): Embora animais domésticos e de produção sejam importantes na cadeia de transmissão, os Princípios de Manhattan enfatizam que a vigilância deve ser estendida de forma rigorosa à fauna silvestre. Historicamente, a maioria das doenças emergentes (como Ebola e COVID-19) tem sua origem em interfaces com animais silvestres, tornando a vigilância desse grupo um pilar fundamental.

Alternativa D (Incorreta): O documento defende o oposto. É necessário o fortalecimento e o maior investimento na infraestrutura de saúde animal e ambiental global para que a detecção precoce de patógenos ocorra antes que eles atinjam as populações humanas de forma pandêmica.

Alternativa E (Incorreta): O comércio e o consumo de carne de caça (*bushmeat*) são identificados como grandes riscos para o transbordamento (*spillover*) de vírus de animais silvestres para humanos. Os princípios sugerem a redução e a regulação rigorosa desse comércio para minimizar os pontos de contato e riscos biológicos, e não o incentivo como alternativa proteica comum.

Questão 84

A classificação das zoonoses de acordo com o ciclo biológico do agente etiológico baseia-se na necessidade de diferentes hospedeiros ou meios para que o parasita complete seu desenvolvimento. No caso da Leishmaniose Visceral, o ciclo envolve hospedeiros vertebrados e um vetor invertebrado.

Alternativa a) Zoonose direta: Incorreta. Uma zoonose é classificada como direta quando o agente etiológico é transmitido de um hospedeiro vertebrado para outro através do contato direto, por fômites (objetos contaminados) ou por um vetor mecânico (que apenas transporta o agente sem que este realize transformações em seu organismo). Exemplos comuns são a Raiva e a Brucelose. Na Leishmaniose, o agente precisa realizar uma transformação biológica dentro do vetor.

Alternativa b) Ciclozoonose: Incorreta. Esta classificação é utilizada quando o agente exige obrigatoriamente a participação de mais de uma espécie de hospedeiro vertebrado para completar o seu ciclo evolutivo, sem a necessidade de um hospedeiro invertebrado. O exemplo clássico é o complexo Teníase-Cisticercose, que envolve humanos e suínos ou bovinos.

Alternativa c) Saprozoonose: Incorreta. Ocorre quando o ciclo do agente etiológico depende obrigatoriamente de um reservatório não animal, como o solo, matéria orgânica, plantas ou água, para que uma etapa do seu desenvolvimento seja concluída. Exemplos incluem o Tétano e diversas micoses sistêmicas. A Leishmaniose não depende do solo para o desenvolvimento do parasita *Leishmania*.

Alternativa d) Metazoonose: Correta. As metazoonoses são doenças cujo agente etiológico necessita obrigatoriamente passar por um hospedeiro invertebrado (vetor) para completar uma etapa do seu ciclo biológico e se tornar infectante. Na Leishmaniose Visceral, o protozoário *Leishmania infantum* deve ser ingerido pelo flebotomíneo (vetor) e passar por transformações morfológicas no trato digestivo do inseto, evoluindo de amastigota para promastigota metacíclica, que é a forma capaz de infectar um novo vertebrado.

Alternativa e) Anfixenose: Incorreta. Este termo refere-se à classificação das zoonoses quanto à direção da transmissão entre espécies. Uma anfixenose é uma doença que circula indiferentemente entre humanos e animais, podendo ser transmitida em ambos os sentidos. Não é uma categoria que descreve o ciclo de manutenção biológica do agente como as demais alternativas citadas.

Questão 85

Para entender a distinção entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, é necessário compreender o contexto da Reforma Sanitária Brasileira. A Saúde Coletiva surgiu como um campo crítico ao modelo médico hegemônico e à Saúde Pública tradicional.

Alternativa (a) está incorreta: O erro está na inversão dos conceitos. A Saúde Coletiva é que valoriza a visão biopsicossocial e os determinantes sociais. A Saúde Pública tradicional é que, historicamente, se baseou em campanhas sanitárias verticais, com foco no controle de epidemias e vetores.

Alternativa (b) está incorreta: A Saúde Coletiva não é uma institucionalização de serviços triviais, mas o arcabouço teórico-político que sustenta os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade). É a Saúde Coletiva que se posiciona contra o biologismo estrito, e não a Saúde Pública.

Alternativa (c) está incorreta: Esta alternativa confunde origens históricas gerais da higiene e da medicina social com a discussão específica da Reforma Sanitária. A distinção proposta pela questão refere-se ao debate latino-americano contemporâneo, no qual a Saúde Coletiva rompe com o modelo preventivista clássico.

Alternativa (d) está correta: Esta é a essência da ruptura epistemológica. A Saúde Pública tradicional foca na doença, no agravo e no risco de morte (visão centrada na patologia e na ausência de saúde). Já a Saúde Coletiva entende a saúde como um processo social e histórico. Ela toma como objeto as necessidades sociais de saúde de uma população, focando na promoção da vida e na compreensão de como a sociedade produz saúde ou doença.

Alternativa (e) está incorreta: A alternativa inverte os papéis. A Saúde Coletiva surgiu justamente como um movimento que subverteu e criticou o preventivismo acadêmico (baseado na História Natural da Doença de Leavell e Clark), por considerá-lo excessivamente focado no indivíduo e na biologia, ignorando as estruturas sociais e políticas.

Questão 86

Esta questão aborda o conceito de Saúde Única (One Health), que reconhece a interdependência entre a saúde humana, a saúde animal e o meio ambiente. Para compreender a emergência de zoonoses, é necessário identificar os desequilíbrios que ocorrem nessa tríade.

Alternativa a: Incorreta. A implementação de programas de saúde pública veterinária

e a melhoria das condições de higiene e nutrição são medidas de prevenção e controle. Elas atuam para reduzir a incidência de doenças e melhorar a resistência das populações, não sendo fatores que favorecem a emergência de novos patógenos.

Alternativa b: Incorreta. A redução da movimentação de pessoas e produtos dificultaria a disseminação de agentes infecciosos. O fator que historicamente favorece a emergência e a rápida propagação de zoonoses é o aumento intenso do fluxo global (globalização), que permite que um patógeno alcance diferentes continentes em poucas horas.

Alternativa c: Correta. Este item elenca os principais motores da emergência de doenças no século XXI. O crescimento das populações humana e animal aumenta a densidade de hospedeiros disponíveis; a modificação de ecossistemas (como o desmatamento citado no enunciado) retira barreiras naturais e força o contato direto entre humanos e reservatórios silvestres; e as alterações climáticas modificam o habitat de vetores (como mosquitos e carrapatos), permitindo que eles colonizem novas áreas e alterem sua dinâmica de transmissão.

Alternativa d: Incorreta. A mudança de foco nas agências de saúde é uma evolução do pensamento médico e de políticas públicas. Embora ajude no manejo de crises, essa transição conceitual não é a causa biológica ou ambiental que altera a dinâmica dos vetores ou o contato com reservatórios animais.

Alternativa e: Incorreta. A restrição do uso de antimicrobianos é uma medida para conter a resistência bacteriana, um ponto positivo para a saúde global. Já o aumento da biodiversidade é considerado um fator protetor contra a emergência de zoonoses, fenômeno conhecido como efeito de diluição, onde a presença de muitas espécies silvestres pode diminuir a taxa de transmissão de um patógeno para o ser humano.

Questão 87

O Genograma é o instrumento padrão-ouro na Medicina de Família e Comunidade para o que a questão solicita. Ele consiste em uma representação gráfica de pelo menos três gerações da família, permitindo visualizar de forma rápida a estrutura familiar, a dinâmica das relações (se são próximas, conflitantes ou distantes) e o histórico de doenças. No caso clínico apresentado, o genograma ajudaria a evidenciar o papel do paciente como cuidador (geração sanduíche) e as tensões com os filhos e pais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Diagnóstico de Demanda refere-se à identificação dos motivos que

levam as pessoas a procurar o serviço de saúde e a como o serviço responde a isso. Não é um instrumento de mapeamento da estrutura familiar.

b) Incorreta. O Ecomapa foca na relação da família com o meio externo (trabalho, igreja, amigos, serviços de saúde, escola). Embora seja complementar ao genograma, ele não foca nos padrões de adoecimento ao longo das gerações, mas sim no suporte social e nas redes de apoio externas à família.

c) Correta. O Genograma permite identificar padrões repetitivos de comportamento e de saúde, além de detalhar a composição familiar e a qualidade dos vínculos entre os membros. É a ferramenta ideal para entender o contexto multigeracional e o estresse do cuidador descrito no enunciado.

d) Incorreta. A Escala de Coelho (ou Escala de Risco Familiar de Coelho) é um instrumento utilizado no Brasil para a estratificação de risco das famílias. Ela atribui pontuações baseadas em condições de saúde e sociais (como hipertensão, diabetes, condições de moradia) para priorizar as visitas domiciliares, não servindo para visualizar dinâmicas relacionais ou árvores genealógicas.

e) Incorreta. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é uma técnica de diagnóstico comunitário e territorial. Ela serve para identificar problemas e potencialidades de uma comunidade ou bairro de forma ágil e com participação popular, e não para a abordagem clínica individual ou familiar detalhada.

Questão 88

Texto Original:

Esta questão aborda o conceito de Prevenção Quaternária no contexto da Atenção Primária à Saúde, focando especificamente no rastreamento do câncer de próstata em pacientes assintomáticos. A competência exigida do médico é a capacidade de realizar uma análise crítica dos riscos e benefícios de exames de triagem.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o controle de fatores de risco cardiovascular (como tabagismo e obesidade) seja uma atribuição central do médico de família, esta competência não se relaciona diretamente com a análise crítica do rastreamento do câncer de próstata ou com a prevenção de intervenções desnecessárias decorrentes da dosagem do PSA.

Alternativa (b) Correta: O rastreamento do câncer de próstata por meio do PSA é um tema clássico da medicina baseada em evidências devido ao alto risco de sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e sobretratamento (*overtreatment*). O sobrediagnóstico ocorre quando o exame detecta tumores indolentes que nunca

progrediriam para causar sintomas ou morte. O sobretratamento é a intervenção (cirurgia ou radioterapia) realizada nesses casos, expondo o paciente a riscos graves, como incontinência urinária e impotência sexual, sem benefício real em relação à sobrevida. Dominar esses conceitos é fundamental para a decisão compartilhada.

Alternativa (c) Incorreta: O domínio da anamnese e do exame físico do aparelho musculoesquelético é uma competência clínica importante para o diagnóstico de dores e lesões, mas é totalmente irrelevante para a discussão sobre exames de *check-up* oncológico ou rastreamento laboratorial em pacientes assintomáticos.

Alternativa (d) Incorreta: A busca ativa de contactantes e o bloqueio de surtos são ações de vigilância em saúde voltadas para doenças infectocontagiosas (como tuberculose ou meningite). Essas ações não se aplicam ao manejo preventivo de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer de próstata.

Alternativa (e) Incorreta: O domínio dos fluxos de vigilância epidemiológica refere-se à notificação de doenças e ao monitoramento de agravos à saúde pública. A questão, no entanto, foca na relação médico-paciente e na análise crítica de um pedido de exame de triagem individual, o que foge do escopo da vigilância de doenças infecciosas.

Questão 89

Esta questão aborda o conhecimento fundamental do Calendário Nacional de Vacinação da Criança, definido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. O objetivo é identificar quais vacinas são preconizadas logo ao nascimento, momento crucial para o início da proteção imunológica.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com o PNI, as duas vacinas que devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida (ao nascer) são a BCG e a vacina contra a hepatite B. A BCG, aplicada em dose única por via intradérmica, protege contra formas graves de tuberculose (miliar e meníngea). A vacina contra a hepatite B ao nascer é fundamental para prevenir a transmissão vertical do vírus, caso a mãe seja portadora, e deve ser aplicada idealmente nas primeiras 12 horas de vida.

Alternativa B (Incorreta): Embora a vacina contra a hepatite B seja feita ao nascer, a VIP (Vacina Inativada Poliomielite) é administrada apenas a partir dos 2 meses de vida, com doses subsequentes aos 4 e 6 meses.

Alternativa C (Incorreta): A vacina contra o rotavírus humano G1P[8] (monovalente) é administrada em duas doses: a primeira aos 2 meses e a segunda aos 4 meses de idade. Não é aplicada ao nascimento.

Alternativa D (Incorreta): A vacina contra a hepatite A é administrada em dose única apenas aos 15 meses de vida. A Tríplice Viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola) é iniciada aos 12 meses de idade (primeira dose), com a segunda dose (geralmente como Tetra Viral ou Tríplice + Varicela) aos 15 meses.

Alternativa E (Incorreta): A vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) faz parte do esquema de rotina aos 2 e 4 meses de vida, com um reforço preferencialmente aos 12 meses. Não há recomendação de aplicação ao nascimento.

Resumo do Calendário ao Nascer:

- BCG: Dose única.

- Hepatite B: Dose ao nascer (o esquema vacinal será completado posteriormente com a vacina Pentavalente aos 2, 4 e 6 meses).

Questão 90

Para responder corretamente a essa questão, devemos recorrer ao Artigo 7º da Lei nº 8.080/90, que lista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O examinador solicita a finalidade específica da utilização da epidemiologia dentro do sistema, conforme descrito no inciso VII deste artigo.

Alternativa E (Correta): O inciso VII do Artigo 7º afirma textualmente que a utilização da epidemiologia serve para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. Na prática da gestão pública, isso significa que os indicadores de saúde (como taxas de mortalidade, incidência de doenças e perfil epidemiológico local) são as ferramentas científicas que balizam onde o dinheiro deve ser investido e quais programas de saúde devem ser priorizados para atender às reais necessidades da população.

Alternativa A (Incorreta): A regionalização e a hierarquização são princípios do SUS mencionados no inciso IX. Eles se referem à organização da rede de serviços em áreas geográficas definidas e em níveis de complexidade crescente (primária, secundária e terciária), não sendo a definição legal dada especificamente ao uso da epidemiologia no inciso VII.

Alternativa B (Incorreta): A organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos está prevista no inciso XIII. Trata-se de um princípio de eficiência administrativa para garantir que diferentes esferas de governo

não gastem recursos com a mesma estrutura para o mesmo objetivo de forma desnecessária.

Alternativa C (Incorreta): A conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios é o princípio da articulação federativa contido no inciso XI, focando na cooperação entre os entes para a prestação de serviços.

Alternativa D (Incorreta): A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário é o princípio garantido pelo inciso VI. Esse ponto é focado no direito à informação e na transparência, permitindo que o cidadão saiba quais serviços estão disponíveis e como acessá-los.

Em resumo, para a Lei nº 8.080/90, a epidemiologia é uma ferramenta de gestão estratégica (prioridades, recursos e programas), o que valida a alternativa E.

Questão 91

O caso clínico descreve um paciente com alterações da sensopercepção e do pensamento, mas com um detalhe fundamental para o diagnóstico psicopatológico: a preservação da crítica. O paciente reconhece que a experiência é estranha e que outras pessoas não captam tais mensagens.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A prosopagnosia é uma agnosia visual específica caracterizada pela incapacidade de reconhecer rostos previamente conhecidos ou de aprender novos rostos, apesar de a acuidade visual e o estado cognitivo global estarem preservados. Não possui relação com a percepção de mensagens ou ideias de conspiração.

Alternativa b) Incorreta. O delírio é, por definição, uma crença falsa e inabalável que foge à realidade cultural do indivíduo e, crucialmente, é mantida com convicção absoluta, sem qualquer crítica. Como o enunciado afirma que o paciente mantém crítica relativa sobre a vivência, o fenômeno não pode ser classificado como um delírio propriamente dito.

Alternativa c) Correta. A alucinação e a pseudoalucinação são termos que, em diversos contextos da psicopatologia clínica e em provas de residência, referem-se a fenômenos perceptivos nos quais o indivíduo mantém a capacidade de criticar a experiência. O sujeito percebe o fenômeno, mas consegue julgá-lo como algo estranho, patológico ou irreal, reconhecendo que se trata de uma alteração de sua

própria mente ou percepção, e não de um fato compartilhado pela realidade externa.

Alternativa d) Incorreta. A amnésia dissociativa é um transtorno da memória caracterizado pela incapacidade de recordar informações pessoais importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante. O quadro apresentado pelo paciente é de natureza sensoperceptiva e interpretativa, não envolvendo perda de memória.

Alternativa e) Incorreta. A alucinação extracampina é aquela percebida fora do campo sensorial fisiológico (por exemplo, ver alguém atrás de si quando os olhos estão voltados para a frente ou ouvir vozes vindas de outra cidade). Além disso, a alternativa afirma que haveria ausência completa de crítica, o que contradiz diretamente o enunciado da questão.

Portanto, o elemento central para a resolução da questão é a presença de crítica por parte do paciente, o que direciona o diagnóstico para a alucinose ou pseudoalucinação.

Questão 92

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente em surto de esquizofrenia com graves alterações na cronognosia (percepção do tempo). As queixas de tempo encolhido, fragmentação do fluxo e a sensação de controle externo sobre o tempo são marcos de uma desestruturação psicopatológica profunda, típica do espectro psicótico e da desarticulação da consciência do eu.

Alternativa a: Incorreta. Na depressão grave, o paciente comumente sente que o tempo estagnou ou flui de forma extremamente lenta (lentificação do tempo subjetivo). No entanto, não há habitualmente a fragmentação da percepção temporal ou a vivência de que o tempo é controlado por terceiros, características que são específicas da desorganização psicótica.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa utiliza conceitos da psicopatologia fenomenológica. Na esquizofrenia, ocorre a quebra da continuidade da consciência e da vivência do tempo pré-reflexivo (aquele que sentimos intuitivamente, sem precisar pensar sobre ele). O fluxo temporal deixa de ser contínuo e torna-se fragmentado ou "aos saltos". Além disso, o relato de que o tempo é controlado externamente reflete as vivências de passividade e os delírios de controle, em que a fronteira entre o eu e o mundo externo está rompida.

Alternativa c: Incorreta. No Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), o paciente pode ter a sensação de que o tempo é insuficiente devido ao tempo gasto com rituais e verificações. Contudo, a estrutura fundamental da percepção do tempo permanece intacta; não há fragmentação ou perda do controle sobre a percepção do fluxo temporal como ocorre na psicose.

Alternativa d: Incorreta. A aceleração extrema da velocidade temporal subjetiva é uma característica clássica dos estados maníacos (Transtorno Bipolar). Nesses casos, o paciente sente que o tempo passa muito rápido (taquipsiquia), acompanhando a aceleração do pensamento e da fala, o que difere do quadro de fragmentação e estranhamento radical descrito pela paciente.

Alternativa e: Incorreta. Cenestesia refere-se à percepção sensorial interna do corpo (sensações viscerais ou propioceptivas). Embora pacientes esquizofrênicos possam apresentar alucinações cenestésicas, a descrição da questão foca primariamente na desarticulação da temporalidade e não em uma alteração da percepção do movimento corporal que afetaria o tempo de forma secundária.

Em resumo, a alternativa B descreve com precisão a desestruturação do fluxo temporal que ocorre na esquizofrenia, em que a naturalidade do "passar do tempo" é substituída por uma percepção fragmentada e delirante.

Questão 93

A questão aborda os critérios diagnósticos e as características clínicas da fobia específica, um transtorno de ansiedade frequente na prática clínica. O foco está em identificar o que define esse quadro em comparação a outros transtornos de ansiedade.

Alternativa (a) - Correta. Esta alternativa sintetiza os critérios fundamentais para o diagnóstico de fobia específica segundo os manuais diagnósticos (DSM-5 e CID-11). As características centrais são o medo acentuado e persistente, que é desproporcional ao perigo real do objeto ou situação. Um ponto crucial é a manutenção do insight: o paciente reconhece que seu medo é irracional (característica egodistônica), o que o diferencia de quadros psicóticos. Além disso, a presença de comportamento de evitação estruturado é essencial para caracterizar o transtorno, pois o indivíduo organiza sua vida para não ser exposto ao gatilho.

Alternativa (b) - Incorreta. Se o medo fosse racional, fundamentado em uma ameaça real e não gerasse evitação ou prejuízo, ele seria classificado como uma resposta emocional normal e adaptativa de sobrevivência, e não como um transtorno psiquiátrico. A fobia é, por definição, desadaptativa.

Alternativa (c) - Incorreta. Esta descrição é típica do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). No TAG, a ansiedade e a preocupação são generalizadas e persistentes (ocorrendo na maior parte dos dias por pelo menos 6 meses) e não estão restritas a um objeto ou situação específica, como ocorre na fobia específica.

Alternativa (d) - Incorreta. Medo episódico, inesperado e sem um gatilho externo definido é característico do Transtorno de Pânico. Além disso, a amnésia dos episódios não faz parte do quadro clínico dos transtornos de ansiedade comuns; se presente, obrigaria a investigação de quadros neurológicos (como crises epiléticas) ou transtornos dissociativos.

Alternativa (e) - Incorreta. Esta alternativa define o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social). Embora também envolva medo e evitação, o foco psicopatológico é a interação interpessoal e o temor de ser avaliado negativamente, humilhado ou rejeitado por terceiros, o que difere do medo de objetos específicos como seringas ou agulhas.

Vale ressaltar que a fobia de sangue-injeção-ferimentos, citada no enunciado, possui uma particularidade fisiológica: ao contrário de outras fobias que causam apenas taquicardia e hipertensão, ela frequentemente apresenta uma resposta bifásica, com aumento inicial da frequência cardíaca seguido por uma queda brusca (reflexo vasovagal), o que pode levar ao desmaio. No entanto, os critérios de definição psicopatológica seguem o padrão da alternativa A.

Questão 94

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI), anteriormente chamado de transtorno de múltiplas personalidades, é uma condição psiquiátrica complexa definida pela fragmentação da identidade em vez de uma proliferação de personalidades separadas. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A fragmentação da memória vinculada a um evento traumático único sem ruptura da identidade descreve melhor a Amnésia Dissociativa. No TDI, o fenômeno central é obrigatoriamente a coexistência de estados de personalidade distintos, e não apenas uma falha de memória isolada.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente os critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDI. O transtorno é caracterizado por uma ruptura da identidade, manifestada por dois ou mais estados de personalidade distintos (em algumas culturas, descrita como uma experiência de possessão). Essa ruptura envolve uma descontinuidade acentuada no senso do "eu" e no senso de controle sobre as

próprias ações (agência), acompanhada por lacunas recorrentes na recordação de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos.

Alternativa c) Incorreta. A perda de memória retrógrada seletiva focada em conteúdos psicologicamente inaceitáveis ou traumáticos define a Amnésia Dissociativa. O enunciado especifica que o paciente possui "dois estados distintos de personalidade", o que invalida a afirmação de que não há alteração da identidade pessoal.

Alternativa d) Incorreta. Dissociações transitórias induzidas por estresse agudo podem ocorrer em diversos quadros, como no Transtorno de Estresse Agudo ou no Transtorno de Personalidade Borderline. O TDI é uma condição estrutural e crônica da personalidade, geralmente com raízes em traumas graves e persistentes na infância, não sendo uma reação passageira com recuperação imediata após o fim do estressor.

Alternativa e) Incorreta. A despersonalização primária refere-se ao Transtorno de Despersonalização/Desrealização, no qual o indivíduo se sente como um observador externo de seus próprios processos mentais ou de seu corpo (estranhamento). Diferente do TDI, nesse transtorno, a continuidade da identidade pessoal e o exame de realidade permanecem intactos; o paciente sabe quem é, apenas se sente "estranho" ou desconectado de si mesmo.

Questão 95

A esquizofrenia é uma patologia psiquiátrica complexa cujos sintomas são didaticamente divididos em dois grandes grupos: os sintomas positivos (delírios e alucinações) e os sintomas negativos. A questão foca especificamente no quadro clínico de um paciente crônico que apresenta o chamado déficit esquizofrênico, caracterizado pelo predomínio da sintomatologia negativa.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Esta alternativa correlaciona perfeitamente os achados clínicos descritos no enunciado com a terminologia técnica correta. A ausência de iniciativa é denominada abulia; a fala reduzida e monótona caracteriza a alogia; a incapacidade de sentir prazer é a anedonia; e a redução da expressividade emocional é o embotamento afetivo. O conjunto desses sintomas resulta na retração social e no empobrecimento global do funcionamento do indivíduo, marcas da fase crônica ou residual da doença.

Alternativa (b) Incorreta: A descrição do enunciado vai muito além de uma apatia

isolada. Há um comprometimento evidente da linguagem (fala reduzida) e da capacidade de sentir prazer (anedonia), o que invalida a afirmação de que não haveria prejuízo nessas áreas.

Alternativa (c) Incorreta: O enunciado descreve sintomas negativos. Sintomas positivos são caracterizados por excessos ou distorções das funções normais, como alucinações (percepções sem objeto) e delírios (crenças falsas e inabaláveis). Embora possam coexistir na fase crônica, o quadro descrito foca especificamente no déficit e não em sintomas produtivos.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o paciente possa ter perda de crítica sobre sua condição, a alternativa afirma erroneamente que não há prejuízo da fluência verbal e da produção de linguagem. O enunciado deixa claro que a fala está cada vez mais reduzida e monótona, o que caracteriza a alogia.

Alternativa (e) Incorreta: O erro desta alternativa reside na restrição. A hipomodulação afetiva (embotamento) na esquizofrenia crônica raramente ocorre isolada; ela costuma estar intrinsecamente ligada ao prejuízo da vontade (aspectos volitivos) e ao empobrecimento do pensamento e da linguagem. O enunciado confirma que o paciente apresenta falta de iniciativa e redução da fala.

Questão 96

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar os dois tipos principais de crise hipertensiva: a Emergência e a Urgência. A Emergência Hipertensiva ocorre quando há elevação acentuada da pressão arterial (geralmente sistólica maior ou igual a 180 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 120 mmHg), associada a uma lesão aguda e progressiva de órgão-alvo (como cérebro, coração, rins ou grandes vasos), apresentando risco iminente de morte. Já a Urgência Hipertensiva caracteriza-se por níveis pressóricos igualmente elevados, porém sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo.

No caso clínico descrito, o paciente apresenta níveis pressóricos de 210/130 mmHg e cefaleia. Entretanto, o exame neurológico é normal (consciente, orientado, sem déficits), a ausculta cardiopulmonar não revela falência cardíaca, o eletrocardiograma não demonstra isquemia aguda e a radiografia de tórax é normal. A ausência de sintomas ou sinais de lesão aguda em órgãos vitais define o quadro como Urgência Hipertensiva. O objetivo terapêutico na urgência é reduzir a pressão arterial gradualmente em um período de 24 a 48 horas, utilizando medicamentos por via oral.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico de emergência hipertensiva está errado, pois não há lesão de órgão-alvo. O uso de nitroprussiato de sódio (vasodilatador potente de uso intravenoso) e o manejo em UTI são exclusivos para casos de emergência.

b) Correta. O quadro é de urgência hipertensiva. O tratamento inicial deve ser feito com medicação por via oral, sendo o captopril uma das opções mais utilizadas devido ao seu início de ação relativamente rápido (em torno de 15 a 30 minutos) e pico de ação entre 60 e 90 minutos.

c) Incorreta. Além do erro no diagnóstico, o uso de nifedipino de liberação rápida (curta duração) por via sublingual ou oral é formalmente contraindicado. Essa prática pode causar uma queda abrupta e imprevisível da pressão arterial, o que pode reduzir o fluxo sanguíneo cerebral e coronariano, provocando infartos ou acidentes vasculares isquêmicos.

d) Incorreta. Embora identifique o quadro como urgência, o erro está na conduta. A furosemida intravenosa é um diurético de alça utilizado em emergências específicas (como edema agudo de pulmão). Em urgências hipertensivas, a via preferencial é a oral, e a furosemida não é a primeira escolha, a menos que haja sinais de sobrecarga de volume.

e) Incorreta. A classificação como emergência hipertensiva está incorreta. A clonidina é um agonista alfa-2 central muito utilizado para tratar urgências hipertensivas por via oral, mas não é a conduta para emergências, que exigem medicação parenteral.

Questão 97

Análise do Quadro Clínico e Eletrocardiográfico:

O paciente em questão apresenta um perfil de alto risco cardiovascular (idade avançada, diabetes e dislipidemia) e chega à emergência com um quadro de dor torácica típica (angina), desencadeada por esforço. O ponto crucial para a resolução da questão é a interpretação do eletrocardiograma (ECG).

O ECG revela supradesnivelamento do segmento ST em várias derivações contíguas: V2, V3, V4, V5 e V6. De acordo com a definição universal de infarto, a presença de supradesnivelamento do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas em um contexto clínico de isquemia confirma o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento de ST (IAMCSST).

Localização da Parede Cardíaca:

Para identificar a parede acometida, devemos correlacionar as derivações do ECG

com a anatomia cardíaca:

- V1 e V2: Parede septal.
- V3 e V4: Parede anterior.
- V5 e V6: Parede lateral baixa.
- DI e aVL: Parede lateral alta.

No caso descrito, o supra de ST ocorre de V2 até V6. Quando o acometimento abrange as derivações precordiais desde o septo/parede anterior até a parede lateral (V1-V6), a classificação correta é de Parede Anterior Extensa. Isso geralmente indica uma obstrução proximal da artéria coronária descendente anterior (DA).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora as derivações V5 e V6 façam parte da parede lateral, o supradesnivelamento começa em V2 (parede septal/anterior). Portanto, chamar de apenas "parede lateral" é uma análise incompleta da extensão do infarto.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa afirma tratar-se de uma síndrome "sem supra", o que contradiz o enunciado, que descreve explicitamente elevações de 3 mm e 1,5 mm no segmento ST. Além disso, a parede anteroseptal envolveria apenas de V1 a V4.

Alternativa c) Correta. Identifica adequadamente a classificação (IAM com supra de ST) e a topografia (parede anterior extensa), visto que o supra percorre as derivações V2, V3, V4, V5 e V6.

Alternativa d) Incorreta. O quadro é "com supra" de ST, e não "sem supra". Adicionalmente, a parede inferior é representada pelas derivações DII, DIII e aVF, que não apresentaram alterações segundo o relato.

Alternativa e) Incorreta. Não há evidências no enunciado de acometimento da parede inferior (DII, DIII e aVF). O eletrocardiograma aponta para alterações nas derivações precordiais (parede anterior e lateral).

Questão 98

Esta questão aborda o diagnóstico das Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) e a interpretação da cinética dos biomarcadores de necrose miocárdica.

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de dor torácica anginosa, associado a fatores de risco cardiovascular (tabagismo, hipertensão e dislipidemia). O eletrocardiograma demonstra depressão do segmento ST (infradesnivelamento), o

que caracteriza uma SCA sem supradesnívelamento do segmento ST.

Para diferenciar a Angina Instável do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supra de ST, baseamo-nos na presença de marcadores de necrose miocárdica (troponina). No caso, a primeira troponina (0,8 ng/mL) já está acima do limite superior (0,04 ng/mL). A segunda dosagem (1,5 ng/mL), realizada 3 horas depois, mostra uma elevação significativa.

A interpretação da "curva de troponina" é fundamental: considera-se uma curva positiva quando há variação (subida ou queda) nos valores. De acordo com as diretrizes, uma variação superior a 20% em relação ao valor inicial (quando este já está elevado) é critério para definir lesão miocárdica aguda. No caso clínico, o aumento foi de 87,5%, confirmando a positividade da curva.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o diagnóstico sindrômico de IAM sem supra de ST esteja correto, a curva de troponina é considerada positiva (e não negativa) devido à variação significativa entre as dosagens.

Alternativa b) Incorreta. A Angina Instável é definida pela clínica de síndrome coronariana, mas com marcadores de necrose miocárdica (troponina) obrigatoriamente negativos. Havendo elevação e curva, o diagnóstico correto é infarto.

Alternativa c) Incorreta. O eletrocardiograma da paciente evidenciou depressão (infradesnívelamento) de ST, o que exclui o diagnóstico de infarto com supradesnívelamento de ST.

Alternativa d) Correta. A paciente apresenta uma Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnívelamento de ST. A curva de troponina é positiva, pois houve uma variação de 87,5% entre a primeira e a segunda dosagem, superando amplamente o valor de referência de 20% utilizado para caracterizar a cinética de elevação em pacientes com valores basais já alterados.

Alternativa e) Incorreta. A Angina Estável refere-se a episódios de dor crônicos e previsíveis, que não apresentam elevação de biomarcadores. O quadro descrito é agudo e apresenta necrose miocárdica documentada pela troponina.

Questão 99

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Os fatores de risco incluem a idade avançada e a neoplasia de próstata em tratamento quimioterápico (estado de hipercoagulabilidade). Os sintomas de início súbito (dispneia e dor pleurítica) associados a sinais vitais alterados (taquipneia, taquicardia e hipoxemia) reforçam a suspeita. O eletrocardiograma descrito apresenta o padrão de McGinn-White, caracterizado pela tríade S1-Q3-T3 (onda S em D1, onda Q em D3 e inversão de onda T em D3).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O padrão S1-Q3-T3 é o achado eletrocardiográfico mais clássico e famoso do TEP, embora tenha baixa sensibilidade, ocorrendo em cerca de 10 a 15% (algumas fontes citam até 25%) dos pacientes. Ele reflete uma sobrecarga aguda das câmaras cardíacas direitas (cor pulmonale agudo) devido ao aumento súbito da resistência vascular pulmonar causado pelo trombo. É um sinal indireto de gravidade, pois sugere que o TEP é extenso o suficiente para gerar repercussão hemodinâmica no ventrículo direito.

Alternativa B (INCORRETA): O erro desta alternativa reside na frequência citada. O padrão S1-Q3-T3 não está presente na maioria dos casos (60 a 70%); pelo contrário, o achado eletrocardiográfico mais comum no TEP é a taquicardia sinusal. Além disso, embora sugira sobrecarga direita, ele não é um indicador específico apenas de TEP maciço, podendo ocorrer em outras causas de cor pulmonale agudo.

Alternativa C (INCORRETA): O bloqueio de ramo direito (BRD) pode aparecer no TEP como sinal de sobrecarga de ventrículo direito, mas a descrição do enunciado (onda S em D1, onda Q e onda T invertida em D3) define especificamente o padrão S1-Q3-T3, e não um BRD completo. Além disso, nenhum achado eletrocardiográfico isolado é considerado patognomônico de embolia pulmonar.

Alternativa D (INCORRETA): O sinal de Westermark é um achado radiológico (visto na radiografia de tórax) e consiste em uma área de oligemia focal (redução da vascularização) distal ao vaso obstruído pelo trombo. Não é um achado eletrocardiográfico.

Alternativa E (INCORRETA): O sinal de McConnell é um achado ecocardiográfico, caracterizado pela hipocinesia ou acinesia da parede livre do ventrículo direito com preservação da contratilidade do ápice. Não se trata de um padrão eletrocardiográfico, e sua associação com hipertensão pulmonar crônica nesta

alternativa está incorreta, pois ele é classicamente descrito no TEP agudo.

Questão 100

A questão apresenta dois quadros clássicos de emergências hiperglicêmicas: a Cetoacidose Diabética (CAD), exemplificada pelo primeiro paciente, e o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH), exemplificado pelo segundo paciente. O objetivo é identificar as características que definem e diferenciam o EHH da CAD.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. Esta alternativa descreve as características da Cetoacidose Diabética (CAD). Na CAD, a hiperglicemia costuma ser moderada (geralmente entre 250 e 600 mg/dL), há produção intensa de corpos cetônicos (cetoacidose), o que leva ao padrão respiratório de Kussmaul (rápido e profundo) para compensar a acidose metabólica. Além disso, o quadro de CAD se instala rapidamente, em poucas horas ou poucos dias.

Alternativa B: Incorreta. No Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar, a glicemia frequentemente ultrapassa 600-800 mg/dL, chegando a níveis muito mais altos do que na CAD. Diferentemente do que diz a alternativa, os sinais neurológicos são muito frequentes no EHH devido à hiperosmolaridade plasmática, e a desidratação é profunda/grave, não leve.

Alternativa C: Incorreta. O EHH cursa com hiperglicemia acentuada (e não leve). O padrão respiratório de Cheyne-Stokes (ciclos de apneia e hiperpneia) está associado a insuficiência cardíaca grave ou lesões neurológicas centrais, não sendo o padrão típico do EHH. A evolução do EHH é tipicamente subaguda, levando dias para se consolidar, diferentemente da CAD, que é aguda (horas).

Alternativa D: Incorreta. Embora a glicemia possa estar nessa faixa, o EHH se caracteriza justamente pela ausência ou mínima presença de cetoacidose (o paciente tem insulina suficiente para evitar a cetogênese, mas não para controlar a glicemia). Além disso, o rebaixamento do nível de consciência é comum quando a osmolaridade está muito elevada, e o tempo de evolução costuma ser superior a 12 horas.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa define perfeitamente o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar. As principais características são: 1) Glicemia muito elevada, frequentemente acima de 600 mg/dL, podendo passar de 1.000 mg/dL. 2) Padrão respiratório normal, pois não há acidose metabólica significativa que exija compensação respiratória. 3) Ausência ou leve cetonemia, já que a pequena quantidade de insulina circulante no paciente (geralmente DM tipo 2) inibe a lipólise

e a formação de corpos cetônicos. 4) Alterações neurológicas importantes (letargia, coma) causadas pela hiperosmolaridade plasmática, que retira água das células cerebrais. 5) Desidratação grave devido à diurese osmótica intensa e prolongada.
