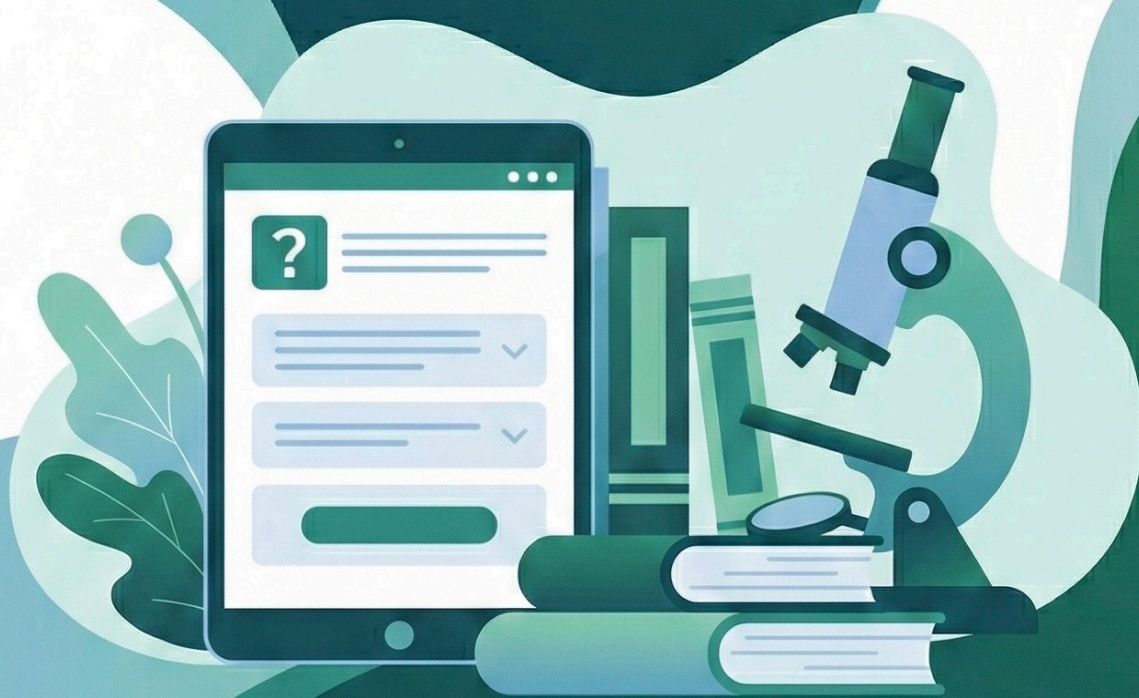


IPSEMG

GABARITO | 2026 | MG | 100 Questões



Gabarito: IPSEMG

2026 | MG

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A: INCORRETA. O glutaraldeído a 2% é frequentemente utilizado para a desinfecção de alto nível, processo que ocorre em um tempo médio de 20 a 30 minutos. No entanto, a questão exige a esterilização (eliminação de esporos). Para que o glutaraldeído atue como esterilizante, o material deve permanecer imerso por um período muito longo, geralmente de 8 a 10 horas, o que torna a alternativa errada ao mencionar apenas 20 minutos.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. Existem dois erros principais aqui. Primeiro, o mecanismo de ação do óxido de etileno é a alquilação, e não a oxidação direta. Segundo, o óxido de etileno é um processo demorado: além do tempo de exposição ao gás, os materiais exigem um longo período de aeração (que pode durar de 12 a 48 horas) para a remoção de resíduos tóxicos, não sendo um método rápido para urgências.

ALTERNATIVA C: CORRETA. O plasma de peróxido de hidrogênio é um método moderno de esterilização a baixa temperatura, ideal para materiais termosensíveis (que não suportam o calor). Ele atua criando uma nuvem de plasma que gera radicais livres, os quais atacam membranas e enzimas microbianas. É um método seguro para a equipe e para o meio ambiente, pois seus subprodutos finais são água e oxigênio. Suas limitações práticas são justamente a incompatibilidade com materiais de celulose (que absorvem o peróxido) e a dificuldade de difusão do plasma em lumens (canais internos) muito longos e estreitos.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A autoclave (calor úmido sob pressão) é o método padrão-ouro para esterilização devido à sua eficácia e baixo custo, porém ela opera em altas temperaturas (121 °C a 134 °C). Materiais termosensíveis, como endoscópios flexíveis e certos componentes ópticos, seriam danificados ou destruídos por esse nível de calor e umidade, tornando a autoclave contraindicada para esses casos específicos.

GABARITO: LETRA C.

Questão 2

O quadro clínico descreve uma coagulopatia dilucional, comum em cirurgias de grande porte com transfusão maciça. O ponto central da questão é a identificação de um nível crítico de fibrinogênio (menor que 100 mg/dL) associado a sangramento microvascular (nappe). O objetivo é identificar o hemocomponente que repõe fibrinogênio de forma concentrada e eficaz.

Alternativa A: Incorreta. O Plasma Fresco Congelado (PFC) realmente contém todos os fatores de coagulação, incluindo o fibrinogênio. No entanto, a concentração de fibrinogênio no PFC é relativamente baixa. Para elevar o fibrinogênio de um paciente a níveis seguros apenas com PFC, seriam necessários volumes muito grandes, o que aumenta consideravelmente o risco de sobrecarga volêmica (TACO) e não resolve a deficiência de forma específica e rápida.

Alternativa B: Incorreta. Embora a trombocitopenia (queda das plaquetas) ocorra na transfusão maciça e contribua para o sangramento, o enunciado destaca especificamente a queda do fibrinogênio para menos de 100 mg/dL. O concentrado de plaquetas não é fonte de fibrinogênio e, portanto, não corrigiria o parâmetro laboratorial e a causa principal do sangramento descrita neste caso.

Alternativa C: Correta. O Crioprecipitado é o hemocomponente de escolha para a reposição de fibrinogênio. Ele é obtido a partir do descongelamento do PFC a 4 graus Celsius, resultando em um precipitado rico em fibrinogênio (Fator I), Fator VIII, Fator de von Willebrand, Fator XIII e fibronectina. Sua grande vantagem é fornecer uma alta concentração de fibrinogênio em um volume muito reduzido (cerca de 10 a 20 ml por unidade), sendo o tratamento mais específico para o quadro apresentado.

Alternativa D: Incorreta. O Concentrado de Complexo Protrombínico (CCP) é indicado para a reversão urgente de anticoagulantes orais (antagonistas da vitamina K) ou deficiências específicas dos fatores II, VII, IX e X. O CCP não contém fibrinogênio em sua composição, sendo ineficaz para tratar a hipofibrinogenemia decorrente de diluição ou consumo.

Questão 3

A alternativa (d) é a correta. Abaixo, a análise detalhada de cada opção com base na Norma Regulamentadora 32 (NR-32):

Alternativa (a) Incorreta: A NR-32 estabelece que a vacinação contra hepatite B, além de tétano e difteria, deve ser fornecida gratuitamente pelo empregador a todos os trabalhadores do serviço de saúde. A norma determina que o empregador deve assegurar a eficácia da vacinação, o que implica o controle sorológico quando

recomendado. Não existe na norma a previsão de dispensa de comprovação de imunidade para cirurgiões mediante termo de responsabilidade; pelo contrário, o registro das vacinas deve estar sempre disponível e atualizado.

Alternativa (b) Incorreta: Não existe na NR-32 qualquer proibição ao uso de dupla luva. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) deve ser adequado ao risco. Em procedimentos cirúrgicos de alto risco de perfuração, o uso de dupla luva é, inclusive, uma recomendação de diversas sociedades de infectologia e cirurgia para aumentar a barreira de proteção, e a norma não interfere nessa escolha técnica baseada na perda de sensibilidade.

Alternativa (c) Incorreta: A NR-32 é taxativa em seu item 32.2.4.15: é vedado o reencape e a desconexão manual de agulhas. A norma não abre exceções para situações de urgência ou para técnicas de "mão única". O objetivo é eliminar o movimento que mais causa acidentes perfurocortantes na prática assistencial.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa sintetiza as principais diretrizes da NR-32 sobre o tema. A norma obriga o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança (item 32.2.4.16), proíbe terminantemente o reencape manual e determina que o descarte deve ser feito em recipientes rígidos, resistentes à perfuração, com tampa e estanques, devendo estar localizados o mais próximo possível do local de geração do resíduo para evitar o transporte do material desprotegido.

Questão 4

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: Está correta. O Poliglecaprone 25, conhecido pelo nome comercial Monocryl, é um fio sintético monofilamentar absorvível. Sua principal característica é a perda rápida da força tênsil, que cai para cerca de 50% a 60% na primeira semana e torna-se mínima entre 14 e 21 dias. Por ser monofilamentar, desliza facilmente pelos tecidos sem causar trauma adicional, sendo a escolha ideal para suturas intradérmicas (subcuticulares) e tecidos que recuperam sua força rapidamente.

Afirmativa II: Está correta. A Polidioxanona (PDS) é um fio monofilamentar sintético de absorção lenta. Diferente de outros fios absorvíveis, ele mantém um suporte tênsil prolongado, retendo cerca de 50% de sua força aos 28-30 dias e mantendo suporte por até 6 semanas. Essa propriedade o torna indispensável para o fechamento de planos de grande tensão, como a aponeurose abdominal, especialmente em pacientes com cicatrização comprometida (oncológicos, desnutridos ou diabéticos), onde o risco de deiscência é maior.

Afirmativa III: Está correta. O algodão e a seda são fios naturais e multifilamentares. Por serem compostos de proteínas ou fibras vegetais, desencadeiam uma reação inflamatória intensa do tipo corpo estranho. Além disso, a configuração multifilamentar (várias fibras trançadas ou torcidas) gera alta capilaridade, o que permite que bactérias se alojem nos interstícios do fio, protegidas das células de defesa. Isso aumenta significativamente o risco de infecção e a formação de granulomas em tecidos contaminados.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A afirmativa III também está correta.

Alternativa b) Incorreta. A afirmativa I também está correta.

Alternativa c) Incorreta. A afirmativa II também está correta.

Alternativa d) Correta. Todas as afirmativas apresentam informações tecnicamente precisas sobre a composição, o comportamento biológico e as indicações clínicas dos fios de sutura mencionados.

Gabarito: Letra D.

Questão 5

Item 1 (Verdadeiro): A incisão de Pfannenstiel é a técnica transversal arqueada realizada cerca de 2 a 3 cm acima da sínfise púbica. Ela é altamente estética, pois fica escondida pelos pelos pubianos ou pela linha do biquíni. Como a aponeurose é aberta transversalmente e os músculos retos são apenas afastados (e não seccionados), a integridade da parede abdominal é preservada, o que resulta em uma incidência significativamente menor de hérnias incisionais e eviscerações em comparação com as incisões verticais (medianas). É o padrão-ouro em cesarianas e cirurgias ginecológicas.

Item 2 (Falso): Embora a incisão de Kocher seja subcostal e utilizada para vias biliares, a afirmação é considerada falsa por um detalhe técnico e clínico importante: as incisões transversais e oblíquas (como a de Kocher) costumam causar MENOS dor pós-operatória e menos complicações respiratórias do que as incisões longitudinais (como a mediana). Além disso, a atrofia muscular não é uma regra ou consequência obrigatória se a técnica respeitar a preservação dos ramos nervosos mais importantes durante a divulsão ou secção muscular controlada.

Item 3 (Verdadeiro): A incisão mediana (laparotomia mediana) é a via de acesso mais utilizada em urgências e trauma. Sua principal vantagem é a rapidez de execução e o fato de ser relativamente avascular, já que atravessa a linha alba (encontro das aponeuroses), o que minimiza o sangramento durante a abertura. Outro ponto

fundamental é a sua versatilidade, permitindo extensão rápida para cima (xifoide) ou para baixo (púbis), oferecendo exposição total da cavidade abdominal.

Item 4 (Falso): A incisão de McBurney é do tipo "muscle-splitting" (divulsão muscular). Isso significa que as fibras dos músculos oblíquo externo, interno e transversos não são cortadas transversalmente, mas sim separadas (afastadas) no sentido de suas fibras. Por não haver secção transversal ampla das fibras musculares, a parede abdominal mantém sua força tênsil e o risco de eventração (hérnia incisional) é muito baixo, ao contrário do que afirma o item.

Análise das alternativas:

A sequência correta é Verdadeiro, Falso, Verdadeiro, Falso (V, F, V, F).

Portanto, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 6

Alternativa a) Incorreta. Na gestante, ocorre o oposto do que afirma a alternativa. Em situações de hipovolemia, o organismo materno prioriza o fluxo sanguíneo para seus próprios órgãos vitais (coração e cérebro), sacrificando a perfusão uteroplacentária por meio de uma intensa vasoconstrição mediada por catecolaminas. Devido à hipervolemia fisiológica da gravidez, a mãe pode perder de 30% a 35% do seu volume sanguíneo antes de manifestar hipotensão sistêmica franca. Portanto, a bradicardia fetal e o sofrimento fetal são sinais precoces de choque materno, e não tardios.

Alternativa b) Incorreta. A presença de sinais de fratura da base do crânio, como o sinal de Battle (equimose retroauricular) ou olhos de guaxinim (equimose periorbital), é uma contra-indicação formal para a intubação nasotraqueal ou passagem de sonda nasogástrica. O risco é que o dispositivo atravesse a lâmina crivosa fraturada e penetre no compartimento intracraniano. Em traumas de face ou da base do crânio com necessidade de controle de via aérea, a escolha é a intubação orotraqueal com estabilização manual da coluna cervical em linha.

Alternativa c) Correta. O ATLS e outros protocolos de trauma modernos reconhecem que hemorragias externas maciças e exsanguinantes devem ser controladas imediatamente, por vezes antes mesmo da abordagem da via aérea (sequência C-ABC ou X-ABCDE), para evitar o choque irreversível. No caso específico da gestante, a fisiopatologia do trauma envolve a sensibilidade fetal à volemia materna. A resposta adrenérgica ao trauma causa vasoconstrição das artérias uterinas para desviar o sangue para a circulação central da mãe. Isso significa que o feto pode entrar em hipóxia grave e óbito mesmo enquanto a mãe ainda apresenta pressão

arterial e frequência cardíaca aparentemente normais.

Alternativa d) Incorreta. Os conceitos apresentados estão invertidos. O choque neurogênico é a entidade hemodinâmica resultante da perda do tônus simpático (geralmente em lesões acima de T6), levando à vasodilatação periférica (hipotensão) e à perda da resposta taquicárdica compensatória (bradicardia). Já o choque medular não é um fenômeno hemodinâmico, mas sim um estado neurológico transitório que ocorre imediatamente após a lesão medular, caracterizado por flacidez, perda de reflexos (arreflexia) e perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão.

Questão 7

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

Alternativa (a) está incorreta. O uso de drenos abertos (como o de Penrose) caiu em desuso em grandes cirurgias abdominais, especialmente naquelas que envolvem secreções ricas em enzimas digestivas. O dreno de Penrose funciona por capilaridade e mantém uma comunicação aberta com o meio externo, o que aumenta significativamente o risco de infecção retrógrada (ascensão de bactérias da pele para a cavidade). Além disso, o dreno aberto não permite a mensuração precisa do volume drenado nem a coleta fidedigna de material para análise bioquímica. O argumento de que a sucção fechada "aspira" a anastomose não se sustenta com o uso de drenos modernos de silicone e baixa pressão.

Alternativa (b) está incorreta. Sistemas de drenagem tubular rígida com selo d'água são indicados para a cavidade pleural (cirurgia torácica) para tratar ou prevenir pneumotórax e permitir a reexpansão pulmonar. Na cirurgia pancreática, o objetivo é a drenagem de coleções líquidas e a detecção precoce de fístulas pancreáticas ou biliares. Embora o pâncreas esteja próximo ao diafragma, a fisiopatologia da drenagem abdominal é distinta da drenagem torácica.

Alternativa (c) está correta. Os sistemas de sucção fechada (ativos), como os drenos de Jackson-Pratt ou Blake, são os preferidos na cirurgia pancreática atual. Suas principais vantagens incluem: 1) Precisão na quantificação do débito diário, essencial para monitorar a evolução do paciente; 2) Proteção da pele, pois o fluido pancreático é rico em enzimas proteolíticas que podem causar dermatites graves e destruição tecidual se ficarem em contato com a epiderme (como ocorreria no dreno de Penrose); 3) Redução do risco de infecção, por ser um sistema hermeticamente fechado.

Alternativa (d) está incorreta. Embora exista uma tendência moderna de retirada

precoce dos drenos para reduzir o risco de infecção do trajeto e diminuir o tempo de internação (conforme protocolos ERAS), essa remoção nunca é "independente da dosagem de amilase". A definição internacional de fístula pancreática pós-operatória (ISGPS) baseia-se justamente na dosagem de amilase no fluido do dreno no 3.º dia pós-operatório. Se o valor da amilase for superior a três vezes o limite superior da normalidade do soro, a fístula é diagnosticada e a conduta em relação ao dreno muda completamente, sendo este mantido para controle da secreção. Portanto, o resultado da amilase é o principal guia para a retirada segura.

Questão 8

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o conceito de Reanimação de Controle de Danos (Damage Control Resuscitation - DCR), um pilar fundamental no atendimento ao trauma grave. O objetivo principal da DCR é evitar ou reverter a tríade letal (acidose metabólica, hipotermia e coagulopatia).

Análise das afirmativas:

Item I. CORRETO. Tradicionalmente, a reposição volêmica no trauma era feita com grandes volumes de cristaloides, o que levava à coagulopatia dilucional. Os protocolos de transfusão maciça atuais, baseados em estudos como o PROPPR, recomendam a reposição equilibrada de hemácias, plasma e plaquetas na proporção de 1:1:1. O objetivo é mimetizar a composição do sangue total perdido e garantir que fatores de coagulação e plaquetas sejam repostos precocemente, combatendo a coagulopatia traumática.

Item II. CORRETO. A hipotensão permissiva consiste em manter a pressão arterial sistólica (PAS) em níveis limítrofes (geralmente entre 80 e 90 mmHg) até que o sangramento seja controlado cirurgicamente. O raciocínio é que pressões mais elevadas podem "deslocar" coágulos recém-formados (fenômeno conhecido como "popping the clot") e aumentar o sangramento. Esta estratégia é indicada principalmente em traumas penetrantes. É fundamental lembrar que ela é contraindicada em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE), em que a pressão de perfusão cerebral deve ser preservada com níveis de pressão arterial mais altos.

Item III. CORRETO. O uso do ácido tranexâmico (antifibrinolítico) é uma recomendação padrão baseada no estudo CRASH-2. O protocolo consiste na administração de 1 g de ataque (em 10 minutos) seguido de 1 g em infusão contínua por 8 horas. Para que haja benefício na redução da mortalidade por sangramento, a

primeira dose deve ser administrada o mais precocemente possível, obrigatoriamente dentro das primeiras 3 horas após o trauma. O uso após 3 horas está associado a piores desfechos.

Conclusão: Como todas as afirmativas estão tecnicamente corretas e seguem os protocolos internacionais de trauma (como o ATLS 10ª edição e diretrizes europeias), a alternativa correta é a C.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 9

A insuflação do pneumoperitônio com dióxido de carbono (CO₂) durante a cirurgia laparoscópica gera repercussões importantes, especialmente em pacientes com reserva respiratória limitada, como os portadores de DPOC grave.

Mecânica Respiratória: O aumento da pressão intra-abdominal desloca o diafragma superiormente (em direção cefálica). Isso resulta na redução da complacência pulmonar e na diminuição da Capacidade Residual Funcional (CRF), favorecendo a formação de atelectasias e alterando a relação ventilação-perfusão.

Trocas Gasosas: O CO₂ é um gás altamente difusível. Quando insuflado no abdome, ele é absorvido pela membrana peritoneal e entra na circulação sistêmica. Em indivíduos saudáveis, o aumento do CO₂ (hipercapnia) é compensado pelo aumento da ventilação-minuto pelo anestesiológico. No entanto, no paciente com DPOC, a dificuldade em eliminar esse excesso de gás, somada às alterações mecânicas descritas, leva ao acúmulo de CO₂ e à consequente acidose respiratória.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a resistência vascular sistêmica geralmente aumenta durante o pneumoperitônio, devido à compressão mecânica de vasos e à liberação de mediadores neuroendócrinos (como catecolaminas e vasopressina). Além disso, a alteração gasométrica primária é a hipercapnia (acidose respiratória), e não uma acidose metabólica láctica por baixo débito.

A alternativa (b) está incorreta porque, embora a embolia gasosa seja uma complicação possível, o CO₂ é um gás extremamente solúvel no sangue. Essa alta solubilidade permite que ele seja rapidamente dissolvido e eliminado pelos pulmões, tornando-o muito mais seguro que o ar ambiente em casos de entrada acidental na circulação.

A alternativa (c) está incorreta porque o quadro esperado é de acidose respiratória devido ao aumento da pressão parcial de CO₂ (PaCO₂). A alcalose respiratória exigiria uma redução da PaCO₂, o que é o oposto do que ocorre com a absorção sistêmica do gás do pneumoperitônio.

A alternativa (d) está correta, pois descreve com precisão os efeitos mecânicos (elevação diafragmática e redução da CRF) e os efeitos químicos (absorção de CO₂) que levam à hipercapnia e acidose respiratória, sendo este o principal mecanismo de descompensação no paciente idoso e com DPOC.

Questão 10

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta uma combinação de sinais clínicos muito específica: hipotensão arterial (70/40 mmHg), bradicardia (50 bpm), pele quente e seca, além de déficit motor em membros inferiores após trauma. No cenário do trauma, a principal causa de choque é a hipovolemia (hemorragia), que tipicamente cursa com taquicardia e pele fria. No entanto, quando encontramos hipotensão associada a bradicardia e pele quente, o diagnóstico principal é o choque neurogênico.

Este estado ocorre devido à lesão da medula espinhal (geralmente acima do nível T6), que interrompe as fibras do sistema nervoso simpático. Sem o estímulo simpático, ocorre uma vasodilatação arterial e venosa maciça (causando a pele quente e queda da resistência vascular) e a perda da resposta de aceleração do coração, permitindo o predomínio do tônus vagal (causando a bradicardia).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O choque séptico é um tipo de choque distributivo, mas não se desenvolve de forma instantânea imediatamente após um acidente automobilístico por translocação bacteriana. A sepse requer tempo para o desenvolvimento da resposta inflamatória sistêmica e do foco infeccioso. Além disso, o choque séptico inicial costuma apresentar taquicardia, e não bradicardia.

Alternativa b) Correta. O quadro clínico de hipotensão acompanhado de bradicardia, extremidades quentes e déficit neurológico motor após trauma é a descrição clássica do choque neurogênico. Como há uma perda do tônus vascular, a conduta inicial é a reposição volêmica para preencher o leito vascular dilatado. Se a pressão arterial não for restaurada com volume, o uso de drogas vasoativas com efeito alfa-adrenérgico, como a noradrenalina, é necessário para restaurar a resistência vascular sistêmica.

Alternativa c) Incorreta. O tamponamento cardíaco é um choque obstrutivo caracterizado pela Tríade de Beck (hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas). Nesse caso, o paciente apresentaria taquicardia compensatória e a pele estaria fria e pegajosa, devido à vasoconstrição periférica reflexa para tentar manter a perfusão dos órgãos nobres.

Alternativa d) Incorreta. No choque hipovolêmico grau IV (perda >40% do volume), o padrão esperado é taquicardia severa, palidez e pele fria. Embora o reflexo de Bezold-Jarisch possa causar bradicardia paradoxal em estados de exaustão volêmica extrema, ele não explica a pele quente e seca, nem a ausência de resposta motora nos membros inferiores, que aponta diretamente para uma lesão medular.

GABARITO: Alternativa (b).

Questão 11

ITEM 1: VERDADEIRO. O bisturi harmônico (ou ultrassônico) funciona convertendo energia elétrica em vibração mecânica de alta frequência, geralmente 55.500 Hz. Essa vibração rompe as ligações de hidrogênio das proteínas, criando um coágulo proteico que sela os vasos. Uma vantagem crucial é que ele opera em temperaturas mais baixas (entre 50 graus e 100 graus Celsius) em comparação ao eletrocautério, que pode ultrapassar 150 graus Celsius. Isso resulta em um dano térmico lateral significativamente menor nos tecidos adjacentes.

ITEM 2: VERDADEIRO. No modo monopolar, o circuito elétrico é composto pelo gerador, o eletrodo ativo (caneta), o corpo do paciente e a placa de retorno (dispersiva). A segurança da placa depende da sua grande área de superfície, o que mantém a densidade de corrente baixa e evita o aquecimento da pele. Se a placa descolar parcialmente, a corrente se concentra em uma área menor, aumentando a densidade de energia e causando queimaduras graves no local do contato remanescente.

ITEM 3: FALSO. O acoplamento capacitivo é um risco associado ao eletrocautério monopolar, e não ao bisturi bipolar ou harmônico. Ele ocorre quando a corrente elétrica do eletrodo ativo induz uma corrente em um condutor próximo (como um trocarte metálico ou outro instrumento) através de um material isolante íntegro, criando um capacitor. Se esse condutor induzido tocar um órgão (como o intestino) fora do campo de visão do cirurgião, pode causar uma lesão inadvertida. O bisturi harmônico não apresenta esse risco por não transferir corrente elétrica para o tecido.

ITEM 4: VERDADEIRO. O bisturi harmônico é seguro para pacientes com marca-passos ou desfibriladores implantáveis porque sua energia é mecânica

(ultrassônica) e não flui corrente elétrica pelo corpo do paciente. Já o eletrocautério monopolar gera interferência eletromagnética que pode desregular ou danificar esses dispositivos. Em pacientes com marca-passo, quando o uso de eletroenergia é necessário, recomenda-se o uso do modo bipolar (onde a corrente flui apenas entre as pontas da pinça) ou cuidados rigorosos com a posição da placa e trajetos da corrente longe do coração.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A sequência correta das afirmativas é Verdadeiro, Verdadeiro, Falso, Verdadeiro (V, V, F, V). Portanto, a alternativa correta é a letra D.

Questão 12

Esta questão aborda o manejo do hemotórax maciço no trauma torácico, um tema recorrente em provas de residência e fundamental na prática de emergência. O diagnóstico é clínico e radiológico, mas a confirmação da gravidade ocorre durante a drenagem torácica.

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um ferimento penetrante em zona de transição toracoabdominal (5º espaço intercostal) com drenagem imediata de 1.600 mL de sangue e repercussão hemodinâmica. De acordo com o ATLS (Advanced Trauma Life Support), o hemotórax maciço é definido pela presença de mais de 1.500 mL de sangue no espaço pleural ou pela drenagem inicial superior a esse valor.

Por que a alternativa (a) está correta:

A indicação de toracotomia de urgência (ou emergência, dependendo do contexto) baseia-se em critérios objetivos de volume. A saída imediata de 1.500 mL ou mais de sangue pelo dreno de tórax é a principal indicação cirúrgica absoluta. Isso ocorre porque volumes dessa magnitude sugerem lesão de vasos de grande calibre ou alta pressão (como artérias intercostais, mamária interna ou grandes vasos hilares) que dificilmente cessarão o sangramento de forma espontânea apenas com a expansão pulmonar.

Por que a alternativa (b) está incorreta:

A pleuroscopia (videotoracoscopia) tem indicação em pacientes estáveis hemodinamicamente, geralmente para o tratamento de hemotórax retido ou para avaliação de lesões diafragmáticas. Em um cenário de hemotórax maciço com instabilidade ou quase instabilidade, o tempo é crítico e a necessidade de controle rápido do sangramento exige a visualização direta e ampla proporcionada pela toracotomia.

Por que a alternativa (c) está incorreta:

A conduta de observar e manter apenas o selo d'água é errada neste caso, pois o critério de indicação cirúrgica já foi atingido no momento da drenagem inicial (1.600 mL). A regra de 200 mL/h por 2 a 4 horas é um critério adicional de sangramento persistente, aplicado quando a drenagem inicial foi menor que 1.500 mL, mas o débito continua alto. Aguardar em um paciente que já drenou 1.600 mL aumenta drasticamente o risco de choque irreversível e morte.

Por que a alternativa (d) está incorreta:

Embora a autotransfusão possa ser um recurso útil para reposição volêmica no trauma, ela não substitui a necessidade de cirurgia para controle da fonte do sangramento. Além disso, a arteriografia e embolização não são o padrão-ouro no trauma torácico agudo com hemotórax maciço; esse método consome muito tempo e o paciente necessita de controle mecânico imediato da hemorragia no centro cirúrgico.

Questão 13

Para compreender a cicatrização de feridas, especialmente em anastomoses intestinais, devemos focar na bioquímica do colágeno. O colágeno é a principal proteína responsável pela força tênsil da cicatriz. Durante sua síntese intracelular, as cadeias de polipeptídeos sofrem modificações pós-traducionais essenciais: a hidroxilação dos resíduos de prolina e lisina.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. O ácido ascórbico (vitamina C) atua como um agente redutor, mantendo o ferro da enzima hidroxilase no seu estado ferroso (Fe^{2+}), sendo um cofator obrigatório para as enzimas prolil-hidroxilase e lisil-hidroxilase. Sem a vitamina C, a hidroxilação não ocorre adequadamente, resultando em cadeias de colágeno instáveis que não conseguem formar a tripla hélice de forma eficaz. Isso resulta em fibras de colágeno fracas e de baixa qualidade, elevando significativamente o risco de deiscência de anastomoses e feridas cirúrgicas.

Alternativa (b): Incorreta. A vitamina A desempenha um papel importante na cicatrização por estimular a epitelização, aumentar a síntese de colágeno e, classicamente, por reverter os efeitos inibitórios dos corticosteroides na fase inflamatória. No entanto, ela não atua como cofator nas reações de hidroxilação da prolina e lisina.

Alternativa (c): Incorreta. Embora o oxigênio molecular (O_2) seja um substrato necessário para a reação de hidroxilação, ele não substitui a necessidade de

vitaminas ou outros cofatores. O oxigênio hiperbárico é uma modalidade terapêutica para melhorar a oxigenação tecidual em feridas isquêmicas ou infectadas, mas a bioquímica da enzima exige especificamente o ácido ascórbico para funcionar.

Alternativa (d): Incorreta. O zinco é um mineral essencial que atua como cofator para mais de 300 enzimas, incluindo a DNA-polimerase (importante para a proliferação celular) e as metaloproteinases da matriz (MMPs), que atuam na fase de remodelação da cicatriz. Embora sua deficiência prejudique a cicatrização global, ele não é o cofator da enzima lisil-hidroxilase nem participa diretamente da estruturação inicial das ligações cruzadas do colágeno na forma descrita.

Questão 14

A deiscência da aponeurose abdominal é uma das complicações mais graves no pós-operatório de laparotomias, ocorrendo tipicamente entre o 5º e o 10º dia, quando a resistência da ferida depende fortemente da sutura, pois a produção de colágeno novo ainda é insuficiente.

Alternativa a (Correta): Esta alternativa descreve o clássico sinal sentinela. A saída de secreção serossanguinolenta (líquido rosado, fluido e sem odor fétido), muitas vezes referida como sinal da água de carne ou sinal da limonada rosada, é o indicativo mais fidedigno de que a aponeurose se abriu. Esse líquido é, na verdade, fluido peritoneal que extravasa pela falha na fáscia e alcança o meio externo através da incisão cutânea. A presença desse sinal deve alertar o cirurgião imediatamente para a probabilidade de uma evisceração iminente ou já ocorrida sob a pele.

Alternativa b (Incorreta): Febre alta e calafrios são sinais sistêmicos de infecção ou sepse, geralmente associados a abscessos ou peritonite. Embora a infecção local seja um fator de risco que enfraquece a cicatriz e pode levar à deiscência, esses sintomas não são o sinal clínico mecânico que precede a visualização da falha aponeurótica.

Alternativa c (Incorreta): A distensão abdominal e o íleo paralítico podem ser fatores contribuintes para a deiscência (devido ao aumento da pressão intra-abdominal que tensiona os pontos), ou podem ocorrer após a evisceração já instalada. No entanto, não são considerados o sinal sentinela clássico descrito na literatura cirúrgica para essa condição específica.

Alternativa d (Incorreta): O hematoma subcutâneo é uma coleção de sangue resultante de hemostasia inadequada durante o fechamento da ferida. Embora possa causar abaulamento e desconforto, ele não indica necessariamente a ruptura da camada aponeurótica profunda. O sinal da deiscência fascial envolve tipicamente líquido seroso ou serossanguinolento proveniente da cavidade peritoneal, e não

apenas sangue retido no subcutâneo.

Questão 15

Para resolver essa questão, é fundamental recordar a classificação das zonas do retroperitônio e a conduta recomendada para hematomas encontrados durante uma laparotomia exploradora, diferenciando o trauma contuso do trauma penetrante.

As zonas do retroperitônio são divididas em:

Zona I: Central-medial (aorta, veia cava inferior, pâncreas e duodeno).

Zona II: Flancos ou laterais (rins, glândulas adrenais, ureteres e cólon ascendente/descendente).

Zona III: Pélvica (vasos ilíacos).

No trauma abdominal contuso, que é o cenário descrito na questão, as diretrizes de manejo são:

Zona I: Deve ser sempre explorada devido ao risco de lesões em grandes vasos ou no complexo duodenopancreático.

Zona II: A exploração só é indicada se o hematoma for expansivo, pulsátil ou se houver suspeita de lesão de pedículo renal. Se o hematoma estiver estável e não expansivo, a conduta é conservadora.

Zona III: Geralmente não é explorada, pois a abertura do retroperitônio pélvico pode desfazer o tamponamento natural de fraturas de pelve e causar hemorragia maciça incontrolável.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O clampeamento preventivo do pedículo renal e a abertura da fáscia de Gerota compõem a técnica cirúrgica correta para explorar o rim com segurança. No entanto, a indicação para realizar esse procedimento no trauma contuso exige que o hematoma seja expansivo ou pulsátil. Como o enunciado descreve um hematoma não expansivo, a exploração não deve ser realizada.

Alternativa (b) Incorreta: Esta afirmação é falsa. A exploração obrigatória de todos os hematomas retroperitoneais é uma conduta excessivamente agressiva e perigosa. No trauma contuso, hematomas de Zona II e Zona III que não estão em expansão devem ser preservados para evitar a perda do efeito de tamponamento e o agravamento do sangramento.

Alternativa (c) Incorreta: A primeira parte da alternativa está correta ao sugerir a exploração da Zona I. Contudo, a recomendação de drenagem percutânea intraoperatória para as Zonas II e III não faz parte dos protocolos de trauma. O

manejo dessas zonas é decidido entre observação (conduta conservadora) ou exploração cirúrgica formal, dependendo da estabilidade do hematoma.

Alternativa (d) Correta: No trauma contuso, a integridade da fáscia de Gerota (que envolve o rim) promove um tamponamento natural que estabiliza a maioria das lesões do parênquima renal. Se o cirurgião abrir essa fáscia desnecessariamente em um hematoma estável, o sangramento pode se tornar incontrollável, forçando uma nefrectomia de urgência em um rim que poderia ter sido recuperado com tratamento conservador. Portanto, a recomendação é não explorar hematomas de Zona II não expansivos e não pulsáteis no trauma contuso.

Questão 16

Análise da Questão:

O caso clínico descreve uma hérnia inguinal encarcerada (irredutível) com 6 horas de evolução em um paciente estável, sem sinais de peritonite ou sofrimento vascular evidente (ausência de febre, toxemia ou alterações na pele). O objetivo é diferenciar a urgência da emergência e a conduta adequada.

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): Existe uma distinção técnica entre encarceramento e estrangulamento. O encarceramento refere-se apenas à irredutibilidade do conteúdo herniário, enquanto o estrangulamento ocorre quando há comprometimento do suprimento vascular (isquemia). Nem todo encarceramento equivale funcionalmente ao estrangulamento desde o início. Além disso, uma emergência cirúrgica de "minutos" é reservada para quadros de instabilidade extrema ou catástrofes vasculares. No caso descrito, o tempo de evolução e a ausência de sinais flogísticos permitem uma avaliação criteriosa antes da decisão cirúrgica imediata.

Afirmativa II (Correta): Em pacientes com hérnia encarcerada há pouco tempo (geralmente menos de 6 a 8 horas) e que não apresentam sinais de estrangulamento (como febre, leucocitose, vermelhidão local ou irritação peritoneal), a manobra de redução manual, conhecida como táxis, é indicada. O procedimento deve ser realizado sob analgesia e, se possível, leve sedação para promover o relaxamento da musculatura abdominal. Se a redução for bem-sucedida e o conteúdo retornar à cavidade sem sinais de dor persistente, a cirurgia pode ser programada de forma eletiva ou em regime de urgência diferida, o que melhora as condições do tecido para o reparo (diminuindo o edema local).

Afirmativa III (Correta): Caso a manobra de táxis seja tentada e falhe, ou se o

paciente já apresentar sinais clínicos que sugiram sofrimento de alça (estrangulamento), a conduta deve ser a exploração cirúrgica urgente. O atraso na intervenção nesses casos aumenta o risco de necrose intestinal, necessidade de enterectomia (ressecção de alça) e complicações infecciosas graves. Portanto, o insucesso da redução manual torna a cirurgia mandatória e imediata.

Conclusão das Alternativas:

a) Correta. As afirmativas II e III refletem as diretrizes atuais para o manejo de hérnias inguinais agudas, priorizando a tentativa de redução manual na ausência de complicações e a intervenção cirúrgica imediata diante do insucesso ou suspeita de isquemia.

b) Incorreta. A afirmativa II também está correta, pois a manobra de táxis é uma conduta aceita e recomendada em casos selecionados.

c) Incorreta. A afirmativa I está errada ao confundir os conceitos de encarceramento e estrangulamento e ao exagerar a rapidez necessária para a intervenção em um paciente estável.

d) Incorreta. A afirmativa I está incorreta, o que invalida esta opção, apesar de a afirmativa II estar correta.

Questão 17

Esta questão aborda a mudança de paradigma no preparo pré-operatório, fundamentada pelos protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e, no Brasil, pelo projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória). O objetivo é reduzir a resposta metabólica e endócrina ao estresse cirúrgico.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa reflete fielmente as diretrizes atuais. A abreviação do jejum com líquidos claros (água, chás, sucos sem resíduos) e, especificamente, o uso de carboidratos (geralmente maltodextrina a 12,5%) até 2 horas antes da cirurgia traz benefícios comprovados. Essa prática altera o estado metabólico do paciente de "jejum" para "alimentado", o que reduz a resistência insulínica pós-operatória, preserva a massa magra (diminui o catabolismo proteico) e melhora o bem-estar subjetivo (menos ansiedade e sede). O prazo de 6 a 8 horas para sólidos e leite não humano é mantido por segurança quanto ao esvaziamento gástrico.

Alternativa B (INCORRETA): O tempo de segurança para líquidos claros não é de 4 horas, mas sim de 2 horas. Além disso, a adição de carboidratos não é prejudicial; pelo contrário, é o componente principal da estratégia de abreviação do jejum para modular a resposta metabólica. Estudos demonstram que líquidos claros deixam o estômago rapidamente e não aumentam o risco de pneumonite aspirativa (Síndrome de Mendelson) em pacientes sem fatores de risco para estase gástrica.

Alternativa C (INCORRETA): A obesidade mórbida isoladamente não é mais considerada uma contraindicação formal e absoluta para a abreviação do jejum com líquidos claros até 2 horas antes do procedimento. Embora esses pacientes exijam avaliação criteriosa, as diretrizes modernas permitem a abreviação do jejum em obesos, desde que não haja outros fatores complicadores graves, como refluxo gastroesofágico não controlado ou sinais de gastroparesia.

Alternativa D (INCORRETA): O jejum prolongado de 8 a 12 horas (nada por boca após a meia-noite) é uma prática obsoleta para cirurgias eletivas. Diferente do que afirma a alternativa, o jejum prolongado aumenta a resistência insulínica e a hiperglicemia de estresse, além de promover a depleção de glicogênio hepático e a proteólise. O objetivo moderno é justamente o oposto: entrar na cirurgia em um estado metabólico mais favorável para acelerar a recuperação.

Resumo dos tempos recomendados (Protocolo ACERTO):

- Líquidos claros com carboidratos: até 2 horas antes.
- Leite materno: até 4 horas antes.
- Leite não humano e fórmulas infantis: até 6 horas antes.
- Refeição leve (sólidos): até 6 horas antes.
- Refeição gordurosa ou carne: 8 horas antes.

Questão 18

O prolapso de um estoma e a formação de hérnias paracolostômicas ou paraileostômicas compartilham fatores de risco técnicos fundamentais relacionados à integridade da parede abdominal e à fixação do segmento intestinal.

Alternativa (a): Incorreta. Embora a ileostomia seja habitualmente confeccionada no quadrante inferior direito para respeitar a anatomia do íleo terminal, a localização à esquerda, por si só, não é a causa principal de prolapso ou hérnia. O fator determinante para essas complicações é a mecânica da passagem pela parede, e não o lado do abdome escolhido.

Alternativa (b): Correta. Esta é a principal causa técnica para ambas as complicações. Uma abertura excessiva na aponeurose (maior do que a necessária para a passagem

da alça, geralmente recomendada para permitir a passagem de dois dedos) cria um espaço livre que facilita o deslizamento da alça intestinal (prolapso) e a protrusão de conteúdo intra-abdominal ao redor do estoma (hérnia). Além disso, a fixação do mesentério ou da própria alça à parede abdominal interna (peritônio/aponeurose) é uma manobra que visa estabilizar o estoma, e sua negligência aumenta a mobilidade do segmento, favorecendo o prolapso.

Alternativa (c): Incorreta. Na verdade, a técnica recomendada para prevenir hérnias paracolostômicas é justamente a exteriorização do estoma através do músculo reto abdominal. As fibras musculares do reto abdominal funcionam como um reforço e um suporte adicional. A exteriorização lateral ao músculo (através da musculatura oblíqua) está associada a uma incidência significativamente maior de hérnias e instabilidade do estoma. O termo "efeito pistão" não descreve uma complicação mecânica padrão desta técnica.

Alternativa (d): Incorreta. A isquemia intestinal decorrente de desvascularização excessiva leva a consequências opostas ao prolapso. Quando ocorre isquemia e sofrimento da alça, o processo cicatricial subsequente costuma causar estenose (estreitamento) ou retração do estoma (quando a alça "foge" para dentro do abdome), e não a sua exteriorização excessiva.

Em resumo, a estabilidade de um estoma depende de um orifício aponeurótico justo e de fixações que impeçam a movimentação excessiva da alça intestinal através da parede abdominal.

Questão 19

ANÁLISE DA QUESTÃO

A classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) é uma ferramenta fundamental na avaliação pré-anestésica, servindo para estratificar o estado físico do paciente e auxiliar na previsão do risco cirúrgico. No caso apresentado, o paciente possui duas patologias sistêmicas (Hipertensão e Diabetes Tipo 2), porém ambas estão bem controladas com medicação e o paciente não apresenta limitações funcionais (consegue realizar suas atividades diárias sem restrições).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: O ASA I é reservado exclusivamente para pacientes saudáveis, não fumantes e com consumo nulo ou mínimo de álcool. A presença de qualquer doença crônica, mesmo que controlada, exclui o paciente desta categoria.

Alternativa (b) Incorreta: O ASA III é destinado a pacientes com doença sistêmica grave que gera limitação funcional substantiva (por exemplo, diabetes ou hipertensão mal controlados, obesidade mórbida, DPOC sintomática ou histórico de infarto há mais de 3 meses). Como o paciente do enunciado está bem controlado e sem limitações, ele não se enquadra aqui.

Alternativa (c) Incorreta: O ASA IV descreve um paciente com doença sistêmica grave que representa uma ameaça constante à vida (como infarto agudo do miocárdio recente, disfunção valvar grave ou sepse). O quadro de hipertensão e diabetes controlados é estável e não oferece risco iminente de morte.

Alternativa (d) Correta: O ASA II engloba pacientes com doença sistêmica leve a moderada, sem limitações funcionais. Exemplos clássicos incluem fumantes sociais, gestantes, obesidade leve (IMC entre 30 e 40), além de hipertensão arterial e diabetes mellitus bem controlados, exatamente como o caso descrito. Estatisticamente, pacientes ASA II apresentam taxas de mortalidade perioperatória muito baixas, próximas às de pacientes ASA I, o que valida a alternativa.

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO ASA

ASA I: Saudável.

ASA II: Doença sistêmica leve, sem limitação funcional.

ASA III: Doença sistêmica grave, com limitação funcional.

ASA IV: Doença sistêmica grave com risco constante de morte.

ASA V: Moribundo, expectativa de vida menor que 24 horas com ou sem cirurgia.

ASA VI: Morte cerebral confirmada (doador de órgãos).

Sufixo E: Adicionado para cirurgias de emergência.

Questão 20

Comentário do Especialista:

A atelectasia no pós-operatório de cirurgias abdominais altas é multifatorial. O trauma cirúrgico e a manipulação visceral provocam uma inibição reflexa do nervo frênico, levando à disfunção diafragmática. Somada a isso, a dor intensa na incisão cirúrgica faz com que o paciente adote uma respiração superficial (restrição antálgica) e evite tossir, o que reduz a capacidade residual funcional e favorece o colapso alveolar.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso rotineiro e prolongado de sonda nasogástrica (SNG)

não previne atelectasia. Pelo contrário, as evidências atuais (protocolos ERAS/ACERTO) mostram que a SNG de rotina aumenta o risco de complicações respiratórias, como pneumonia por aspiração e sinusite, além de causar desconforto que limita a mobilização.

Alternativa b) Correta. Esta é a estratégia padrão-ouro. A analgesia peridural torácica é extremamente eficaz em cirurgias abdominais altas, pois bloqueia os estímulos dolorosos e reduz a inibição reflexa do diafragma sem causar a depressão respiratória dos opioides sistêmicos. Com a dor controlada, o paciente consegue realizar inspirações profundas e deambular precocemente, o que reexpande os alvéolos colapsados e melhora a mecânica ventilatória.

Alternativa c) Incorreta. O repouso absoluto no leito é um fator de risco para atelectasia e tromboembolismo venoso. A imobilidade favorece o acúmulo de secreções e a hipoventilação das bases pulmonares. O oxigênio suplementar trata a hipoxemia, mas não corrige a causa mecânica da atelectasia.

Alternativa d) Incorreta. Embora os opioides tratem a dor, doses altas causam sedação, depressão do drive respiratório e supressão do reflexo da tosse. Isso impede a eliminação de secreções brônquicas, o que agrava a obstrução das vias aéreas e piora a atelectasia, em vez de preveni-la.

Questão 21

Análise do Mecanismo Fisiopatológico:

A manutenção da taxa de filtração glomerular (TFG) depende da pressão hidrostática dentro dos capilares glomerulares. Em situações onde o volume circulante efetivo está reduzido (como desidratação, insuficiência cardíaca ou cirrose), o rim depende de mecanismos compensatórios para manter essa pressão e evitar a falência renal. O principal mecanismo de defesa na entrada do glomérulo é a produção de prostaglandinas (PGE2 e PGI2), que promovem a vasodilatação da arteríola aferente, garantindo o fluxo sanguíneo.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) - Correta: Os Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) atuam inibindo as enzimas cicloxigenases (COX-1 e COX-2), que são fundamentais para a produção de prostaglandinas. Ao bloquear a síntese dessas substâncias, os AINEs retiram o estímulo vasodilatador da arteríola aferente. O resultado é uma vasoconstrição predominante nessa via de entrada, o que reduz drasticamente a pressão intraglomerular e, conseqüentemente, causa uma queda abrupta na taxa de filtração

glomerular. Este é o mecanismo clássico de insuficiência renal aguda funcional induzida por AINEs.

Alternativa (b) - Incorreta: A obstrução intratubular por cristais é um mecanismo de lesão renal pós-renal (ou nefropatia por depósito) associado a drogas como aciclovir, metotrexato ou ao ácido úrico na síndrome de lise tumoral. Os AINEs não causam nefrotoxicidade por esse mecanismo de precipitação de cristais de ácido úrico.

Alternativa (c) - Incorreta: Esta alternativa descreve o mecanismo de ação dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e dos Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA). Essas drogas promovem a vasodilatação da arteríola eferente (saída), enquanto os AINEs promovem a vasoconstrição da arteríola aferente (entrada). Ambas podem reduzir a taxa de filtração glomerular, mas por mecanismos e locais de atuação opostos no glomérulo.

Alternativa (d) - Incorreta: Embora o uso severo e prolongado de AINEs possa eventualmente contribuir para uma necrose tubular aguda (NTA) por isquemia prolongada, o mecanismo hemodinâmico agudo descrito no enunciado refere-se à alteração funcional do fluxo sanguíneo e pressão intraglomerular, e não a uma toxicidade celular direta e primária ao epitélio tubular proximal independente do fluxo. Além disso, os AINEs são mais frequentemente associados à nefrite intersticial aguda do que à necrose tubular direta.

Questão 22

Essa questão aborda a fisiologia da oferta (DO_2) e do consumo (VO_2) de oxigênio, um pilar fundamental no manejo do choque circulatório. A Saturação Venosa Central de Oxigênio ($SvcO_2$) reflete a reserva de oxigênio que retorna ao coração após a extração feita pelos tecidos. Quando o equilíbrio entre o que é entregue e o que é consumido é quebrado, a $SvcO_2$ se altera.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A $SvcO_2$ é determinada por quatro variáveis principais: débito cardíaco (DC), hemoglobina (Hb), saturação arterial de oxigênio (SaO_2) e consumo de oxigênio (VO_2). Se a SaO_2 está normalizada (conforme o enunciado), uma $SvcO_2$ baixa ($< 70\%$) indica que a entrega de oxigênio (DO_2) está insuficiente para a demanda metabólica. Isso ocorre ou porque o motor do sistema falhou (baixo débito cardíaco) ou porque o transportador está escasso (anemia/baixo Hb). Como a demanda continua existindo, os tecidos são forçados a extrair uma porcentagem maior do oxigênio disponível, fazendo com que o sangue retorne à veia cava superior com níveis reduzidos de oxigênio.

Alternativa B (Incorreta): O cenário descrito nesta alternativa (shunts arteriovenosos e disfunção mitocondrial) é comum em fases avançadas do choque séptico ou em estados de hiperfluxo, mas ele causa uma SvcO₂ ALTA (geralmente > 80%). Se a mitocôndria não consegue usar o oxigênio ou se o sangue desvia das células através de shunts, o oxigênio não é extraído e o sangue retorna ao coração ainda rico em oxigênio.

Alternativa C (Incorreta): A SvcO₂ baixa não é um sinal de microcirculação intacta, mas sim de estresse hemodinâmico. Ela indica que o organismo está operando no limite de sua reserva funcional, extraindo o máximo possível de oxigênio para tentar compensar uma oferta deficitária. Em fases iniciais de choque, uma SvcO₂ baixa está associada a maior mortalidade se não for corrigida rapidamente, não sendo, portanto, um marcador isolado de bom prognóstico.

Alternativa D (Incorreta): A intoxicação por cianeto bloqueia a cadeia transportadora de elétrons na mitocôndria (citocromo oxidase a₃), impedindo que a célula utilize o oxigênio. Já na intoxicação por monóxido de carbono, embora haja prejuízo na liberação de oxigênio pela hemoglobina, a leitura clínica clássica em intoxicações que impedem o uso celular de oxigênio é de uma SvcO₂ elevada, pois o oxigênio "sobra" no sangue venoso por falta de consumo tecidual.

Questão 23

A hipercalcemia grave (cálcio acima de 14 mg/dL) é uma emergência médica que exige uma abordagem sistemática baseada na fisiopatologia do distúrbio.

Alternativa (a) - Correta: O tratamento inicial fundamenta-se no tripé: hidratação, calciúrese e inibição da reabsorção óssea. A hidratação vigorosa com solução salina isotônica (SF 0,9%) é o passo mais importante, pois pacientes com hipercalcemia severa são invariavelmente desidratados devido à poliúria (por resistência à vasopressina) e náuseas/vômitos. A expansão de volume aumenta o fluxo renal e a oferta de sódio ao túbulo proximal, o que induz diretamente a excreção urinária de cálcio. O diurético de alça (furosemida) deve ser introduzido somente após a restauração da volemia para evitar o agravamento da desidratação e para auxiliar na eliminação do cálcio, prevenindo também uma possível sobrecarga hídrica pela hidratação agressiva. Os bifosfonados intravenosos, como o zoledronato ou pamidronato, são potentes inibidores dos osteoclastos e são fundamentais para o controle prolongado da calcemia, embora seu efeito clínico pleno demore de 2 a 4 dias para ocorrer.

Alternativa (b) - Incorreta: O EDTA (ácido etilenodiaminotetraacético) é um quelante

de cálcio que não é recomendado na rotina clínica devido ao seu alto potencial de nefrotoxicidade e ao risco de causar hipocalcemia aguda e grave de forma imprevisível. Ele caiu em desuso diante de terapias mais seguras e eficazes.

Alternativa (c) - Incorreta: A hemodiálise com dialisato pobre em cálcio é uma medida extremamente eficaz, mas é considerada terapia de exceção. Ela é reservada para pacientes que não toleram a hidratação vigorosa (como aqueles com insuficiência renal oligúrica ou insuficiência cardíaca grave) ou em casos de hipercalemia extrema (geralmente acima de 18 mg/dL) com sintomas neurológicos refratários. Não é a primeira escolha para a população geral de pacientes.

Alternativa (d) - Incorreta: Administrar diuréticos de alça antes da hidratação é um erro conceitual grave. A hipercalemia causa uma diurese osmótica e resistência à ação do ADH, levando à desidratação severa. O uso de diuréticos em um paciente hipovolêmico reduz ainda mais a taxa de filtração glomerular e aumenta a reabsorção de cálcio nos túbulos renais, o que acaba por elevar ainda mais os níveis séricos de cálcio em vez de reduzi-los. Além disso, o diurético sem reposição hídrica aumenta o risco de insuficiência renal aguda pré-renal.

Questão 24

A Encefalopatia de Wernicke é uma síndrome neurológica aguda e grave decorrente da deficiência de tiamina (Vitamina B1). A tiamina é um cofator essencial para enzimas-chave do metabolismo da glicose no sistema nervoso central, como a piruvato desidrogenase e a transcetolase. Em pacientes alcoolistas ou desnutridos, os estoques de tiamina são criticamente baixos. Quando esses pacientes recebem uma carga de glicose sem a reposição prévia de tiamina, o metabolismo oxidativo desse carboidrato consome rapidamente as reservas restantes da vitamina, precipitando uma falência energética neuronal e lesões cerebrais, muitas vezes irreversíveis.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O magnésio é, de fato, um cofator necessário para a ativação das enzimas dependentes de tiamina, e a hipomagnesemia (comum em alcoolistas) pode causar resistência ao tratamento. No entanto, a tiamina não é "tóxica" na ausência de magnésio. O cuidado primordial na administração de glicose refere-se à disponibilidade da tiamina para o metabolismo energético.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão na emergência. Para evitar a precipitação iatrogênica da Encefalopatia de Wernicke, a tiamina deve ser administrada por via parenteral (intravenosa ou intramuscular) antes ou junto com a

glicose. A via parenteral é obrigatória porque a absorção intestinal de tiamina é muito reduzida em indivíduos alcoolistas ou com desnutrição grave.

Alternativa C: Incorreta. A tríade clássica (ataxia, confusão mental e oftalmoplegia/nistagmo) é encontrada em apenas cerca de 16% a 38% dos pacientes. O diagnóstico é clínico e baseado em alto índice de suspeição. Aguardar a manifestação completa de todos os sintomas para iniciar o tratamento coloca o paciente em risco de lesão cerebral permanente ou evolução para a Síndrome de Korsakoff (quadro crônico de amnésia anterógrada).

Alternativa D: Incorreta. Embora a hipoglicemia seja uma emergência vital, em pacientes de risco, a tiamina deve ser administrada imediatamente. Adiar a administração por dias ou optar pela via oral em um quadro agudo é um erro de conduta, pois a via oral não garante níveis terapêuticos rápidos no sistema nervoso central para impedir a progressão da encefalopatia.

Questão 25

Comentário da Questão:

O tratamento da hipercalemia grave ($K^+ > 6,5$ mEq/L ou presença de alterações eletrocardiográficas) segue uma hierarquia de prioridades baseada no risco imediato de arritmias fatais e parada cardiorrespiratória. A estratégia é dividida em três pilares: estabilização da membrana miocárdica, desvio intracelular (shift) do potássio e remoção do potássio do organismo.

Alternativa (a) Incorreta. A solução polarizante (insulina + glicose) é uma medida de desvio (shift), que promove a entrada de potássio para o meio intracelular ao estimular a bomba sódio-potássio-ATPase. Ela não promove a excreção renal e, embora fundamental, não é a primeira medida a ser tomada na presença de alterações no ECG, pois não protege o coração de forma imediata contra o limiar de excitabilidade alterado.

Alternativa (b) Incorreta. Os beta-2-agonistas, como o salbutamol, também atuam promovendo o desvio intracelular do potássio. O erro da alternativa está na definição do objetivo: o salbutamol não estabiliza a membrana cardíaca; sua função é reduzir transitoriamente a concentração sérica de potássio. Além disso, em pacientes cardiopatas, deve ser usado com cautela devido ao risco de taquicardia.

Alternativa (c) Correta. Esta é a medida prioritária em qualquer paciente com hipercalemia que apresente alterações eletrocardiográficas. O cálcio (gluconato ou cloreto) atua aumentando o limiar de potencial de ação das células miocárdicas, o

que antagoniza os efeitos tóxicos do potássio no coração e reduz o risco de arritmias graves (como fibrilação ventricular). É importante ressaltar que o cálcio não reduz os níveis de potássio no sangue; ele apenas "protege" o coração enquanto outras medidas de redução são preparadas. Seu efeito é imediato (1 a 3 minutos), mas de curta duração (30 a 60 minutos).

Alternativa (d) Incorreta. As resinas de troca iônica (como o poliestirenosulfonato de cálcio ou de sódio) atuam no trato gastrointestinal trocando cátions por potássio para posterior eliminação nas fezes. Elas não têm ação imediata; seu início de ação leva horas, o que as torna inadequadas como medida prioritária em uma emergência com instabilidade elétrica no ECG. Além disso, em pacientes anúricos, a eficácia é limitada, sendo a hemodiálise o método de escolha para a remoção definitiva.

Resumo do manejo na emergência:

1. Estabilização de membrana: gluconato de cálcio 10% (se ECG alterado).
2. Medidas de shift (redução temporária): insulina + glicose, beta-2-agonistas, bicarbonato de sódio (se acidose metabólica).
3. Eliminação (tratamento definitivo): furosemida (se o paciente urinar), resinas de troca ou hemodiálise (padrão-ouro em anúricos/renais crônicos).

Questão 26

O manejo farmacológico do choque séptico é pautado nas diretrizes da Surviving Sepsis Campaign (Campanha de Sobrevivência à Sepse). A compreensão dos receptores adrenérgicos e não-adrenérgicos é fundamental para a resolução desta questão.

Alternativa (a) Incorreta: O conceito de "dopamina em dose renal" (baixas doses para proteção renal ou esplâncnica) caiu em desuso há anos. Estudos clínicos demonstraram que a dopamina não previne a insuficiência renal e está associada a um maior índice de arritmias e maior mortalidade em comparação à norepinefrina, sendo atualmente recomendada apenas em pacientes selecionados com baixo risco de arritmias e bradicardia relativa.

Alternativa (b) Incorreta: A epinefrina não substitui a norepinefrina em pacientes com taquicardia. Na verdade, por possuir um potente efeito beta-1-adrenérgico, a epinefrina pode aumentar a frequência cardíaca e causar hiperlactatemia (por estimulação dos receptores beta-2 musculares). Ela é considerada um agente de segunda ou terceira linha, geralmente adicionada à norepinefrina quando não se atinge a Pressão Arterial Média (PAM)-alvo ou quando há necessidade de suporte inotrópico adicional.

Alternativa (c) Incorreta: A fenilefrina é um agonista alfa-1 puro. Embora aumente a resistência vascular periférica sem o efeito cronotrópico (taquicardia), seu uso no choque séptico é muito restrito. Ela pode reduzir o volume sistólico e a perfusão esplâncnica. É reservada para situações de resgate extremo, como arritmias graves induzidas por outras catecolaminas ou em estados de débito cardíaco comprovadamente elevado com PAM muito baixa. Não é o agente de segunda linha preferencial.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa está em total consonância com as diretrizes atuais. A vasopressina atua em receptores V1 musculares, promovendo vasoconstrição por um mecanismo independente dos receptores adrenérgicos (poupador de catecolaminas). A recomendação é associá-la à norepinefrina quando esta atinge doses elevadas (geralmente acima de 0,25 a 0,5 mcg/kg/min) para ajudar a atingir a PAM-alvo e permitir a redução da dose da norepinefrina, mitigando efeitos colaterais beta-adrenérgicos. A dose deve ser fixa (até 0,03 U/min) e não titulada como a norepinefrina, pois doses mais altas estão associadas a isquemia mesentérica e digital.

Questão 27

A Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) típica é a principal causa de insuficiência renal aguda em crianças, geralmente precedida por um quadro de diarreia sanguinolenta (colite hemorrágica). A fisiopatologia central da doença envolve a lesão do endotélio vascular glomerular por toxinas, o que desencadeia a formação de microtrombos, consumo de plaquetas (trombocitopenia) e a fragmentação mecânica das hemácias ao passarem pelos vasos obstruídos (anemia hemolítica microangiopática com presença de esquizócitos).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A *Escherichia coli* enterotoxigênica (ETEC) é a causa clássica da diarreia do viajante. Seu mecanismo de ação baseia-se na produção de enterotoxinas termoestáveis (ST) e termolábeis (LT) que alteram o fluxo de água e eletrólitos no intestino delgado, sem causar invasão tecidual, sangramento ou efeitos sistêmicos como os observados na SHU.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente a etiologia da SHU típica. O sorotipo O157:H7 da *E. coli* entero-hemorrágica (EHEC) é o mais frequentemente isolado. A bactéria produz as Shiga-toxinas (também chamadas de verotoxinas), que causam inicialmente a colite hemorrágica. Após serem absorvidas pela mucosa intestinal, essas toxinas circulam e se ligam a receptores específicos (Gb3) no endotélio dos capilares glomerulares, causando a lesão renal característica

da síndrome.

Alternativa (c) Incorreta: A *E. coli* enteroinvasiva (EIEC) mimetiza a patogenia da *Shigella* ao invadir e destruir as células do epitélio colônico, resultando em disenteria (fezes com muco e sangue). No entanto, a EIEC não produz a toxina Shiga em quantidades relevantes para causar a microangiopatia trombótica sistêmica que define a SHU.

Alternativa (d) Incorreta: A *E. coli* enteropatogênica (EPEC) é uma causa importante de diarreia persistente em lactentes. Ela utiliza um mecanismo de adesão e apagamento (lesão A/E) das microvilosidades intestinais, prejudicando a absorção. Assim como a ETEC, a EPEC não produz toxinas sistêmicas e não está associada ao desenvolvimento de anemia hemolítica ou insuficiência renal.

Questão 28

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diferente dos cálculos de cálcio, os de ácido úrico são radiotransparentes, o que significa que não são visíveis no raio X simples (embora possam ser vistos na tomografia). Eles são altamente dependentes do pH urinário para sua formação e, ao contrário do afirmado, podem ser dissolvidos com tratamento clínico, muitas vezes evitando a necessidade de procedimentos invasivos.

Alternativa b) Incorreta. Embora a radiotransparência esteja correta, o erro está no pH. O ácido úrico precipita e forma cálculos em meio ácido, e não alcalino. O alopurinol é um medicamento que reduz a produção de ácido úrico e pode ser usado em casos de hiperuricosúria, mas a base do tratamento para a dissolução do cálculo já formado é obrigatoriamente a alcalinização urinária.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa define as características clássicas desta patologia. Por não possuírem cálcio em sua composição, esses cálculos não barram os raios X, sendo chamados de radiotransparentes. O principal fator que leva à sua formação é a urina persistentemente ácida (pH abaixo de 5,5), que torna o ácido úrico menos solúvel. O tratamento de escolha para a dissolução (quimiólise) é a alcalinização da urina, geralmente com citrato de potássio ou bicarbonato de sódio, visando um pH-alvo entre 6,5 e 7,0, somado ao aumento da ingestão hídrica.

Alternativa d) Incorreta. Esta descrição refere-se aos cálculos de estruvita (fosfato amônico-magnésiano), também conhecidos como cálculos de infecção ou coraliformes. Eles são radiopacos, associam-se a bactérias produtoras de urease (como *Proteus* e *Klebsiella*) e formam-se em pH urinário alcalino.

Resumo para memorização:

1. Imagem: Ácido úrico é radiotransparente no raio X.
2. pH: Forma-se em urina ácida (pH menor que 5,5).
3. Tratamento: Alcalinização urinária é a chave para a dissolução medicamentosa.

Questão 29

Comentário sobre a Questão: Intoxicação por Organofosforados

A intoxicação por organofosforados ocorre devido à inibição irreversível da enzima acetilcolinesterase, o que leva ao acúmulo de acetilcolina nas fendas sinápticas. Esse excesso de neurotransmissor estimula continuamente tanto os receptores muscarínicos quanto os nicotínicos, gerando a síndrome colinérgica.

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. Os efeitos muscarínicos são decorrentes da estimulação do sistema nervoso parassimpático e das glândulas exócrinas. O quadro clínico é marcado por hipersecreção generalizada, frequentemente resumido pelo mnemônico DUMBELS: Diarreia, Urinação, Miose, Bradicardia (ou Broncorreia/Broncoespasmo), Emese, Lacrimejamento e Salivação. Por isso, a apresentação é classicamente chamada de síndrome úmida.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa está correta. Os receptores nicotínicos estão localizados na placa motora (junção neuromuscular) e nos gânglios autonômicos (tanto simpáticos quanto parassimpáticos). A estimulação nicotínica na musculatura estriada causa fasciculações, câibras e fraqueza, que pode evoluir para paralisia flácida e insuficiência respiratória. Nos gânglios simpáticos, a estimulação pode provocar taquicardia e hipertensão arterial, sinais que podem aparecer inicialmente e confundir o examinador, mascarando os efeitos parassimpáticos (muscarínicos) no coração.

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está incorreta. A atropina é um agente anticolinérgico que atua exclusivamente como antagonista dos receptores muscarínicos. Ela é excelente para reverter a broncorreia, o broncoespasmo e a bradicardia, que são as principais causas de morte por asfixia nesses pacientes. No entanto, a atropina não tem ação nos receptores nicotínicos. Portanto, ela não reverte as fasciculações nem a fraqueza muscular. Para tratar os efeitos nicotínicos e tentar regenerar a enzima acetilcolinesterase, utilizam-se as oximas (como a pralidoxima), que devem ser administradas precocemente.

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

Questão 30

Análise detalhada da questão sobre Colecistite Aguda Alitiásica (CAA):

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente o perfil epidemiológico e o desafio diagnóstico da CAA. Ela ocorre em cerca de 5% a 10% dos casos de colecistite aguda, incidindo majoritariamente em pacientes graves (UTI, grandes queimados, pós-operatórios de grandes cirurgias, trauma e uso de nutrição parenteral total). O mecanismo fisiopatológico envolve estase biliar e isquemia da parede da vesícula. Como esses pacientes costumam estar sedados, intubados ou com delirium, eles não referem a dor clássica no hipocôndrio direito. Assim, a suspeita clínica deve surgir diante de um quadro de febre ou sepse sem foco evidente.

Alternativa B (Incorreta): O perfil de mulheres jovens, obesas, férteis e na faixa dos 40 anos (conhecido como os 4 Fs: Female, Fat, Fertile, Forty) é o fator de risco clássico para a colelitíase (formação de cálculos de colesterol) e, conseqüentemente, para a colecistite calculosa aguda. A icterícia flutuante é um sinal mais sugestivo de coledocolitíase, e não de colecistite alitiásica.

Alternativa C (Incorreta): A colecistite alitiásica é uma condição extremamente agressiva, com alto risco de evolução para gangrena e perfuração vesicular (visto que o paciente já está em um estado de hipoperfusão sistêmica). O tratamento requer intervenção. Embora o risco cirúrgico seja alto, o tratamento de escolha para pacientes que não toleram a cirurgia (colecistectomia) é a colecistostomia percutânea guiada por imagem, e não apenas o tratamento conservador com antibióticos. A doença não é autolimitada e possui alta mortalidade se não tratada precocemente.

Alternativa D (Incorreta): A principal etiologia da colecistite alitiásica está relacionada à estase e isquemia em pacientes críticos, e não à infecção por vírus da hepatite A. Embora algumas infecções virais possam causar edema de parede da vesícula, a CAA discutida em provas de residência refere-se ao quadro de inflamação aguda grave no paciente de UTI. Além disso, a elevação maciça de transaminases é característica de hepatite aguda ou isquêmica, não sendo o achado típico ou definidor da colecistite.

Questão 31

A intoxicação por salicilatos (como a aspirina) é um tema clássico em provas de residência devido ao seu padrão gasométrico peculiar, que envolve dois processos fisiopatológicos independentes e simultâneos, resultando em um distúrbio ácido-base misto.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A acidose respiratória decorre da hipoventilação e retenção de CO₂. Os salicilatos, ao contrário, são estimulantes diretos do centro respiratório bulbar, provocando hiperventilação e conseqüente queda da PaCO₂ (alcalose respiratória). A depressão respiratória só seria observada em estágios terminais de intoxicação gravíssima ou se houver coingestão de outros fármacos depressores do sistema nervoso central.

Alternativa B: Incorreta. Embora a irritação gástrica possa causar vômitos, a alcalose metabólica não é o padrão característico nem o mecanismo principal da toxicidade sistêmica por salicilatos. O efeito metabólico sistêmico predominante é a geração de acidose por interferência no metabolismo celular.

Alternativa C: Incorreta. A acidose metabólica causada pelo salicilato é, obrigatoriamente, do tipo Ânion Gap Elevado. Isso ocorre porque há o acúmulo de ácidos não mensurados: o próprio ácido salicílico, o lactato (devido ao desacoplamento da fosforilação oxidativa) e cetoácidos (devido à alteração no metabolismo dos ácidos graxos). A acidose hiperclorêmica (ânion gap normal) não faz parte deste quadro.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve o padrão clássico e patognomônico da intoxicação moderada a grave no adulto. O salicilato possui um efeito dual:

1. Alcalose Respiratória Primária: Por estimulação direta do centro respiratório no bulbo, levando à taquipneia e hiperventilação.
2. Acidose Metabólica com Ânion Gap Elevado: Pelo desacoplamento da fosforilação oxidativa mitocondrial, que prejudica o ciclo de Krebs e leva ao acúmulo de lactato, piruvato e cetoácidos, além da presença do próprio ácido salicílico.

Observação importante: Em crianças pequenas, a fase de alcalose respiratória pode ser muito breve ou ausente, apresentando-se frequentemente apenas como acidose metabólica. No entanto, no paciente adulto, o distúrbio misto (Alcalose Respiratória + Acidose Metabólica) é a apresentação clínica mais frequente e cobrada em exames.

Questão 32

A hemorragia digestiva baixa (HDB) por doença diverticular é uma das principais causas de internação em idosos. Para acertar essa questão, é fundamental diferenciar o sangramento diverticular da diverticulite e de outras patologias colorretais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sangramento diverticular é, por definição, indolor. A tríade de dor abdominal no quadrante inferior esquerdo, febre e alteração do hábito intestinal é característica da diverticulite aguda. É importante lembrar que a diverticulite e a hemorragia diverticular raramente ocorrem ao mesmo tempo no mesmo paciente, pois a fisiopatologia é diferente (inflamação vs. erosão vascular arterial).

b) Incorreta. Constipação crônica, alteração no calibre das fezes (fezes em fita) e sangue misturado ao bolo fecal são sinais clássicos de neoplasia colorretal. No sangramento diverticular, o sangue costuma ser vivo ou em coágulos, sem necessariamente estar misturado às fezes de forma crônica.

c) Correta. Esta alternativa resume as principais características epidemiológicas e clínicas:

1. Natureza do sangramento: é arterial (proveniente das vasa recta), o que explica o início abrupto e o grande volume (hematoquezia).

2. Ausência de dor: diferente de causas inflamatórias ou isquêmicas, o divertículo sangra sem causar dor abdominal significativa.

3. Localização: embora o lado esquerdo do cólon possua mais divertículos, os divertículos do lado direito (cólon ascendente) são responsáveis por cerca de 50% a 60% dos casos de sangramento, devido à parede colônica mais fina e às vasa recta mais expostas desse lado.

4. Evolução: a maioria dos episódios (70% a 80%) cessa espontaneamente sem intervenção cirúrgica ou endoscópica imediata, embora o risco de ressangramento exista.

d) Incorreta. Episódios recorrentes de pequeno volume ("spotting"), acompanhados de sintomas de irritação retal como tenesmo (vontade constante de evacuar) e urgência, são típicos de proctites (inflamatórias, como a retocolite ulcerativa, ou actínicas, pós-radioterapia). O sangramento diverticular tende a ser episódico e volumoso, não se manifestando como pequenos escapes constantes.

Questão 33

Os Critérios do King's College são ferramentas prognósticas fundamentais para determinar a necessidade de transplante hepático de emergência em pacientes com Insuficiência Hepática Aguda. Esses critérios são divididos em dois grupos distintos, dependendo da etiologia: por intoxicação por paracetamol (acetaminofeno) ou por causas não relacionadas ao paracetamol (como hepatites virais, autoimunes ou reações idiossincráticas a drogas).

Para as causas NÃO associadas ao paracetamol, o transplante é indicado se o

paciente preencher um critério maior isolado ou três critérios menores associados.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A bilirrubina total isolada não é um critério para transplante imediato. Nos critérios de King's College para causas não-paracetamol, a bilirrubina entra como um dos critérios menores (combinados), e o valor de corte utilizado é superior a 17,6 mg/dL (ou 300 micromol/L), e não 10 mg/dL.

Alternativa (b) CORRETA: Este é o critério maior para casos não relacionados ao paracetamol. A presença de um Tempo de Protrombina (TP) superior a 100 segundos ou um INR superior a 6,5 é, por si só, uma indicação formal de transplante hepático de urgência, independentemente de qualquer outro fator, inclusive do grau de encefalopatia hepática. Isso ocorre porque uma coagulopatia dessa magnitude reflete uma necrose hepática maciça e uma perda crítica da função sintética do órgão.

Alternativa (c) INCORRETA: A encefalopatia hepática é essencial para o diagnóstico de insuficiência hepática aguda (hepatite fulminante), mas sua presença ou grau não são critérios isolados para transplante no grupo não-paracetamol. No sistema de pontuação combinada (onde são necessários 3 de 5 critérios), o que se considera é o intervalo de tempo superior a 7 dias entre o início da icterícia e o aparecimento da encefalopatia, o que sugere um curso subagudo com pior prognóstico.

Alternativa (d) INCORRETA: O nível de lactato arterial é um critério prognóstico validado e utilizado especificamente para a insuficiência hepática causada por paracetamol. Para causas não-paracetamol, o lactato não faz parte dos critérios clássicos do King's College para indicação de transplante. Nos casos de paracetamol, valores de lactato maiores que 3,0 mmol/L na admissão ou maiores que 3,5 mmol/L após a reposição volêmica são gatilhos para o transplante.

Questão 34

O conceito de medical clearance (liberação médica) no pronto-socorro é o processo de descartar condições orgânicas agudas que coloquem a vida do paciente em risco imediato ou que exijam intervenções clínicas intensivas que não podem ser realizadas em uma unidade psiquiátrica.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa apresenta um quadro clássico de toxíndrome opioide, caracterizada pela tríade de depressão do nível de consciência (sonolência), miose puntiforme e, principalmente, depressão respiratória importante (8 incursões respiratórias por minuto). Um paciente com frequência respiratória tão baixa corre risco iminente de parada respiratória e morte. Ele necessita de estabilização imediata

com suporte ventilatório e uso de antídotos (naloxona). Unidades psiquiátricas não possuem suporte para monitorar ou tratar insuficiência respiratória aguda, tornando a estabilização clínica a prioridade absoluta antes de qualquer encaminhamento.

Alternativa B (Incorreta): Embora tenha havido ingestão de benzodiazepínico (diazepam), a quantidade relatada é baixa e, mais importante, o paciente está clinicamente estável, alerta e orientado após uma hora da ingestão. Apesar de necessitar de um período de observação clínica para garantir que não haverá progressão dos sintomas, ele não apresenta instabilidade hemodinâmica ou respiratória que impeça o início da avaliação psiquiátrica ou que exija medidas de suporte avançado no momento.

Alternativa C (Incorreta): Este é o cenário típico de um paciente com sofrimento psíquico agudo, mas sem qualquer comprometimento orgânico. Sinais vitais estáveis e exame físico normal indicam que o problema é primariamente de ordem mental/emocional. Este paciente é o candidato ideal para a transferência imediata ou avaliação pela equipe de psiquiatria, pois não há "causa médica" a ser tratada primeiro.

Alternativa D (Incorreta): Lesões por autolesão, como cortes superficiais, são comuns em tentativas de suicídio ou comportamentos de busca de alívio emocional. Como os cortes são superficiais, não há sangramento ativo e já foram suturados, o problema cirúrgico/traumático está resolvido. O paciente está clinicamente estável e apto para a avaliação psiquiátrica, uma vez que a ferida física não demanda cuidados de alta complexidade ou monitorização intensiva.

Questão 35

Gabarito: Alternativa (a).

Explicação detalhada:

A Nefropatia Induzida por Contraste (NIC) caracteriza-se por uma queda súbita da função renal após a administração de contraste iodado, sendo o terceiro principal motivo de insuficiência renal aguda em pacientes hospitalizados. A fisiopatologia envolve vasoconstrição renal, levando à hipóxia medular e à toxicidade citotóxica direta nas células tubulares.

Alternativa A (Correta): A expansão volêmica intravenosa é considerada a intervenção mais eficaz e com maior nível de evidência para a prevenção da NIC em pacientes de risco. A hidratação adequada promove a expansão do volume extracelular, o que reduz a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, dilui

a concentração do contraste na luz tubular e aumenta o fluxo urinário, acelerando a eliminação da substância e diminuindo seu tempo de contato com as células renais. O uso de solução salina isotônica (0,9%) ou bicarbonato de sódio 1,26% é a recomendação universal das diretrizes (como as da KDIGO).

Alternativa B (Incorreta): A N-acetilcisteína (NAC) já foi amplamente utilizada devido às suas propriedades antioxidantes e vasodilatadoras. No entanto, grandes ensaios clínicos randomizados, como o estudo PRESERVE, demonstraram que a NAC não reduz a incidência de lesão renal aguda, mortalidade ou necessidade de diálise quando comparada ao placebo ou à hidratação isolada. Portanto, ela não possui evidência robusta nem é superior à hidratação.

Alternativa C (Incorreta): Não há recomendação universal para a suspensão de estatinas; pelo contrário, alguns estudos sugerem que o uso de estatinas em altas doses antes do procedimento pode ter um efeito protetor (pleiotrópico) contra a lesão renal. Quanto aos inibidores da ECA (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), sua suspensão é controversa. Embora alguns médicos optem por suspendê-los para evitar quedas na filtração glomerular durante o exame, eles não aumentam diretamente a toxicidade do contraste, e essa medida não supera a importância da hidratação.

Alternativa D (Incorreta): O uso de diuréticos de alça, como a furosemida, é contraindicado para a prevenção da NIC. Em vez de proteger os rins, os diuréticos podem causar desidratação e depleção de volume, o que agrava a vasoconstrição renal e aumenta a toxicidade do contraste nos túbulos. O seu uso só deve ser considerado se o paciente apresentar sinais de sobrecarga de volume (edema agudo de pulmão) que impeçam a hidratação venosa necessária.

Questão 36

A fisiopatologia do delirium envolve um desequilíbrio entre diversos sistemas de neurotransmissores, sendo a deficiência de acetilcolina e o excesso de dopamina os mecanismos mais estudados e aceitos. A acetilcolina desempenha um papel fundamental na regulação da atenção, do aprendizado e da memória, além de atuar no sistema ativador reticular ascendente, que mantém o estado de vigília.

Alternativa a: Incorreta. As estatinas são medicamentos seguros para a maioria dos idosos e não possuem ação direta sobre os neurotransmissores envolvidos na atenção ou cognição de forma a causar delirium agudo. A lesão muscular citada (miopatia ou rabdomiólise) é um efeito colateral conhecido, mas não é um gatilho clássico para delirium por via neurotransmissora.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve a "hipótese colinérgica" do delirium. Diversos medicamentos de uso comum possuem atividade anticolinérgica, como os anti-histamínicos de primeira geração (difenidramina), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e antiespasmódicos urinários (oxibutinina). Ao bloquearem os receptores muscarínicos no sistema nervoso central, essas substâncias reduzem a atividade colinérgica, levando ao prejuízo da consciência e da atenção. Por esse motivo, constam em listas de critérios de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (Critérios de Beers).

Alternativa c: Incorreta. Os inibidores da bomba de prótons (IBP) atuam na secreção ácida do estômago. Embora o uso crônico possa levar a deficiências de magnésio ou vitamina B12 (que indiretamente podem afetar a cognição a longo prazo), eles não apresentam potencial delirio-gênico agudo por ação direta em neurotransmissores cerebrais.

Alternativa d: Incorreta. Embora alguns betabloqueadores lipofílicos (como o propranolol) possam atravessar a barreira hematoencefálica e causar efeitos colaterais como insônia ou sonhos vívidos, eles não são a classe farmacológica principal associada ao risco de delirium. O mecanismo sugerido de redução do débito cardíaco cerebral não é a via fisiopatológica central pela qual medicamentos induzem o estado confusional agudo.

Gabarito: Letra (b).

Questão 37

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

As indicações cirúrgicas na fase ativa da Endocardite Infecciosa (EI) visam prevenir a deterioração hemodinâmica irreversível, controlar focos de infecção não responsivos a antibióticos e evitar fenômenos embólicos graves. As diretrizes dividem as indicações em três grandes grupos: Insuficiência Cardíaca, Infecção Não Controlada e Prevenção de Embolia.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

A presença de uma vegetação isolada de 5 mm não é critério para intervenção cirúrgica. As diretrizes internacionais consideram o tamanho da vegetação como fator de risco embólico relevante quando superior a 10 mm. A indicação de cirurgia para prevenção de embolia geralmente exige que a vegetação seja maior que 10 mm e esteja associada a outros fatores (como embolia prévia, insuficiência valvar ou infecção persistente), ou que seja uma vegetação isolada muito grande (maior que 15 mm a 30 mm, dependendo da diretriz e da valva acometida).

ALTERNATIVA B - CORRETA

Esta é a indicação mais clássica e frequente para cirurgia de urgência na EI (Classe I). A insuficiência cardíaca decorrente de disfunção valvar aguda (insuficiência valvar grave por destruição de folheto ou perfuração) ou obstrução do fluxo pela vegetação é o principal preditor de mortalidade. Nesses casos, o tratamento medicamentoso isolado não consegue compensar o dano estrutural, sendo necessária a correção cirúrgica precoce para estabilização hemodinâmica do paciente.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

A persistência da febre por apenas 48 horas é um tempo muito curto para definir falha terapêutica ou infecção não controlada. Para considerar a persistência de febre ou de hemoculturas positivas como critério cirúrgico, as diretrizes normalmente exigem que o paciente tenha recebido de 5 a 7 dias de antibioticoterapia adequada e ajustada para o microrganismo isolado, além da exclusão de outros focos de infecção (como cateteres ou abscessos à distância).

ALTERNATIVA D - INCORRETA

O *Streptococcus viridans* é um agente tipicamente sensível à penicilina e costuma responder muito bem ao tratamento clínico isolado. A indicação cirúrgica baseada na microbiologia ocorre quando o agente infeccioso é de difícil controle farmacológico, como fungos (ex: *Candida* spp.), microrganismos multirresistentes (ex: MRSA, VRE) ou bactérias Gram-negativas não pertencentes ao grupo HACEK.

Questão 38

GABARITO: A alternativa correta é a (b).

COMENTÁRIO:

A encefalopatia hepática (EH) é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa decorrente da insuficiência hepática e/ou de shunts portossistêmicos, resultando no acúmulo de neurotoxinas, sendo a amônia a principal delas. Embora o enunciado mencione os critérios de King's College (utilizados para avaliar o prognóstico e a necessidade de transplante na insuficiência hepática aguda), a pergunta foca especificamente no mecanismo de ação da lactulose.

Alternativa (b): Correta. A lactulose é um dissacarídeo sintético não absorvível. Ao atingir o cólon, ela é metabolizada por bactérias da flora intestinal em ácidos orgânicos de cadeia curta, principalmente ácido lático e ácido acético. Esse processo causa a acidificação do conteúdo intestinal (redução do pH). Em um meio ácido, a amônia (NH₃), que é gasosa e atravessa livremente as membranas para ser absorvida, é convertida em íon amônio (NH₄⁺). O NH₄⁺ é uma molécula carregada,

não absorvível, que fica "aprisionada" no lúmen intestinal (fenômeno de trapping iônico) e é eliminada através das fezes. Além disso, a lactulose promove um efeito osmótico que acelera o trânsito intestinal, reduzindo o tempo disponível para a produção e a absorção de amônia.

Alternativa (a): Incorreta. A lactulose não é um antibiótico e não esteriliza a flora. Pelo contrário, ela serve como substrato para certas bactérias (efeito prebiótico). O mecanismo de redução da flora proteolítica via antibióticos é atribuído a fármacos como a rifaximina ou a neomicina, que podem ser usados em associação com a lactulose.

Alternativa (c): Incorreta. A lactulose exerce sua ação exclusivamente no lúmen intestinal. Ela não entra na circulação sistêmica de forma significativa e não possui a capacidade de estimular o ciclo da ureia (ciclo da ornitina) nos hepatócitos. Em pacientes com cirrose avançada, a capacidade de síntese de ureia pelo fígado já se encontra severamente prejudicada.

Alternativa (d): Incorreta. O mecanismo descrito refere-se à teoria GABAérgica da encefalopatia hepática, que sugere que o aumento do tônus inibitório cerebral contribui para os sintomas. Embora substâncias como o flumazenil possam atuar em receptores GABA-benzodiazepínicos, a lactulose não possui ação direta no sistema nervoso central; seu efeito é periférico (intestinal).

Questão 39

A diferenciação entre Pericardite Constrictiva (PC) e Miocardiopatia Restritiva (MR) é um dos temas mais clássicos e desafiadores da cardiologia. Ambas apresentam um quadro clínico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, mas a lógica fisiopatológica é oposta: na PC, o problema é externo (o pericárdio rígido limita o enchimento), enquanto na MR, o problema é interno (o músculo é rígido e pouco complacente).

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa descreve o fenômeno da interdependência ventricular acentuada, que é a marca registrada da Pericardite Constrictiva. Como o pericárdio está rígido e calcificado, o volume total do coração é fixo. Durante a inspiração, o aumento do retorno venoso para o ventrículo direito (VD) obriga o septo interventricular a se deslocar para a esquerda para acomodar esse volume, já que a parede livre do VD não consegue se expandir para fora. Esse movimento súbito é chamado de "septal bounce" ou rechaço septal. Consequentemente, o enchimento do ventrículo esquerdo diminui drasticamente, gerando a variação respiratória

acentuada no Doppler dos fluxos mitral e tricúspide. Na Miocardiopatia Restritiva, essa variação é mínima ou ausente.

Alternativa B (INCORRETA): Pressões sistólicas da artéria pulmonar elevadas (geralmente acima de 50 mmHg) são muito mais comuns na Miocardiopatia Restritiva. Na Pericardite Constrictiva, as pressões pulmonares costumam ser normais ou apenas levemente elevadas, pois a função do miocárdio ventricular costuma estar preservada e não há o mesmo grau de hipertensão venocapilar retrógrada crônica que vemos na restrição miocárdica severa.

Alternativa C (INCORRETA): O BNP (Peptídeo Natriurético Cerebral) é liberado em resposta ao estiramento das fibras miocárdicas. Na Miocardiopatia Restritiva, o miocárdio sofre grande tensão e estiramento, elevando muito os níveis de BNP. Já na Pericardite Constrictiva, o pericárdio rígido atua como uma "couraça" que impede o estiramento do miocárdio. Por isso, na PC, os níveis de BNP costumam ser normais ou apenas discretamente elevados, servindo como um excelente marcador de diferenciação.

Alternativa D (INCORRETA): O achado de aumento da espessura das paredes ventriculares associado ao aspecto de "brilho granular" (granular sparkling) é patognomônico da Amiloidose Cardíaca. A amiloidose é a causa mais comum de Miocardiopatia Restritiva. Na Pericardite Constrictiva, a espessura das paredes do ventrículo esquerdo é geralmente normal, sendo o espessamento observado apenas no saco pericárdico.

Questão 40

O escore BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) é um instrumento de predição de mortalidade hospitalar em pacientes com pancreatite aguda, sendo calculado com dados obtidos nas primeiras 24 horas da admissão. O nome do escore é um mnemônico para os cinco critérios avaliados, onde cada item presente soma 1 ponto. Uma pontuação de 3 ou mais indica um risco aumentado de mortalidade e gravidade.

Análise dos itens:

Ureia sérica (BUN) > 25 mg/dL: Verdadeiro. A letra B do mnemônico refere-se a Blood Urea Nitrogen. Níveis elevados de ureia (acima de 25 mg/dL, que equivale a aproximadamente 53 mg/dL de ureia total) estão associados a pior prognóstico e desidratação.

Alteração do estado mental (Glasgow < 15): Verdadeiro. A letra I refere-se a Impaired

mental status. Qualquer alteração no nível de consciência, definida por uma Escala de Coma de Glasgow menor que 15, pontua no escore.

Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS): Verdadeiro. A letra S refere-se a SIRS. O critério é preenchido se o paciente apresentar dois ou mais dos seguintes sinais: frequência cardíaca > 90 bpm, frequência respiratória > 20 /min (ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg), temperatura $< 36^\circ\text{C}$ ou $> 38^\circ\text{C}$, e contagem de leucócitos < 4.000 ou $> 12.000/\text{mm}^3$ (ou > 10 por cento de bastões).

Idade > 60 anos: Verdadeiro. A letra A refere-se a Age (idade). Pacientes com idade superior a 60 anos possuem maior risco de complicações e morte na pancreatite aguda.

Derrame pleural evidenciado em exame de imagem: Verdadeiro. A letra P refere-se a Pleural effusion. A presença de derrame pleural em exames de imagem (como radiografia de tórax ou tomografia) nas primeiras 24 horas é um marcador clássico de gravidade na pancreatite.

Como todos os itens apresentados fazem parte dos critérios oficiais do escore BISAP, a sequência correta de preenchimento é V, V, V, V, V. Portanto, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 41

Para compreender o manejo do derrame papilar, é fundamental diferenciar as características do derrame fisiológico (ou funcional) daquelas que sugerem patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A presença de secreção láctea bilateral e multidual fora do período puerperal é denominada galactorreia. Essa condição geralmente está ligada a causas sistêmicas, como o uso de determinados medicamentos (antipsicóticos, anti-hipertensivos), distúrbios endócrinos (hiperprolactinemia por prolactinomas) ou estímulo reflexo. Não é um sinal de carcinoma mamário secretor, que é um tipo raro de câncer, e a investigação inicial é hormonal (dosagem de prolactina e avaliação da função tireoidiana), não por ressonância magnética das mamas.

Alternativa (b) Incorreta. O derrame que é provocado (surge apenas à expressão), bilateral, multidual e apresenta coloração esverdeada, amarelada ou acastanhada é classificado como derrame papilar funcional. Essas características são típicas de condições benignas, como a ectasia ductal ou alterações funcionais benignas da mama, e não possuem suspeição de malignidade que justifique ductografia ou

exérese de ductos de rotina.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o derrame papilar patológico. Os sinais de alerta que exigem investigação diagnóstica profunda (citologia, imagem e, frequentemente, biópsia ou exérese cirúrgica do ducto) são: descarga espontânea (suja o sutiã ou a roupa de dormir sem que a paciente aperte a mama), unilateral, uniductal (sai por um único poro) e de aspecto hemático (sangue) ou serossanguíneo/seroso (hialino ou "água de rocha"). Apesar da suspeição de câncer de mama (especialmente o carcinoma ductal in situ), a etiologia benigna mais encontrada nesses casos é o papiloma intraductal.

Alternativa (d) Incorreta. Embora o derrame seroso e unilateral seja considerado suspeito, a ectasia ductal não é uma condição pré-maligna. Ela é um processo inflamatório/degenerativo dos ductos e o seu tratamento, quando necessário por incômodo da paciente, envolve a ressecção dos ductos terminais, e nunca uma mastectomia profilática, que é uma cirurgia radical e desproporcional para patologias benignas.

Questão 42

Para a resolução desta questão, devemos analisar o quadro de amenorreia primária sob a ótica do desenvolvimento sexual e do cariótipo da paciente. O caso descreve uma paciente com fenótipo feminino, desenvolvimento mamário adequado (M4), mas com escassez de pelos (P1/P2), ausência de útero e cariótipo 46,XY.

Alternativa A: Incorreta. A Agenesia de Müller (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser) é a principal causa de ausência congênita de útero e vagina em pacientes com cariótipo 46,XX. Nessas pacientes, os ovários são normais e funcionantes, o que garante o desenvolvimento das mamas e a presença de pelos pubianos normais (adrenarca normal e receptores de androgênios íntegros). O cariótipo 46,XY e a presença de testículos no canal inguinal invalidam este diagnóstico.

Alternativa B: Incorreta. A Síndrome de Turner é caracterizada pelo cariótipo 45,X. A fisiopatologia envolve a disgenesia gonadal (gônadas em fita), o que leva à ausência de produção de estrogênio. Conseqüentemente, essas pacientes apresentam infantilismo sexual (ausência de desenvolvimento mamário) e baixa estatura, o que não condiz com a paciente descrita, que possui mamas estágio M4.

Alternativa C: Incorreta. Na deficiência de 5-alfa-redutase, o indivíduo 46,XY possui testículos e produz testosterona, mas não consegue convertê-la em di-hidrotestosterona (DHT), responsável pela virilização da genitália externa fetal.

Embora possam nascer com fenótipo feminino ou ambíguo, na puberdade a elevação dos níveis de testosterona age em receptores normais, causando virilização significativa (crescimento do clitóris, voz grave e pelos), o que difere do quadro de fenótipo feminino delicado e sem pelos da questão.

Alternativa D: Correta. A Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios (SIA) completa, ou Síndrome de Morris, é o diagnóstico correto. A paciente possui cariótipo 46,XY e testículos que produzem Hormônio Antimülleriano (AMH) e testosterona. O AMH causa a regressão dos ductos de Müller, explicando a ausência de útero e tubas. Devido a uma mutação no receptor androgênico, o corpo não responde à testosterona, resultando em genitália externa feminina e ausência de pelos pubianos/axilares. O desenvolvimento mamário ocorre porque a testosterona produzida é convertida em estrogênio pela enzima aromatase no tecido adiposo (aromatização periférica).

Associação clínica: Em provas, a tríade "presença de mamas + ausência de pelos + ausência de útero" em paciente 46,XY é o marcador clássico da Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios.

Questão 43

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. O padrão brasileiro definido pelo Ministério da Saúde e pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer) estabelece o início do rastreamento aos 25 anos, e não aos 21. A recomendação de iniciar aos 21 anos é comum em diretrizes internacionais, como as norte-americanas, mas não é adotada na saúde pública do Brasil.

Alternativa B: INCORRETA. O rastreamento não deve ser iniciado imediatamente após a primeira relação sexual (coitarca) se a paciente for menor de 25 anos. A infecção pelo HPV é extremamente comum logo após o início da vida sexual, mas na grande maioria das jovens o sistema imune elimina o vírus e as lesões de baixo grau regridem espontaneamente. O rastreamento precoce nessas pacientes levaria a procedimentos invasivos desnecessários.

Alternativa C: CORRETA. Esta alternativa reflete as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. O rastreamento é indicado para mulheres (ou homens trans e pessoas com útero) de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual. A justificativa para o início aos 25 anos baseia-se na evidência de que, antes dessa idade, o câncer cervical é raro e a prevalência de infecções transitórias por HPV é alta, o que causaria sobrediagnóstico e sobretratamento de lesões que não

progrediriam para câncer.

Alternativa D: INCORRETA. Embora o teste de DNA-HPV seja uma tendência tecnológica e esteja em processo de incorporação em algumas regiões, a diretriz nacional de rastreamento populacional ainda é baseada na citologia oncótica (Papanicolaou) a partir dos 25 anos. Além disso, a vacinação contra o HPV não substitui o rastreamento, pois as vacinas disponíveis não conferem proteção contra todos os tipos oncogênicos do vírus.

RESUMO DAS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- População-alvo: Mulheres entre 25 e 64 anos que já iniciaram atividade sexual.
- Periodicidade: O exame deve ser realizado anualmente. Após dois exames consecutivos negativos (normais) com intervalo de um ano, o próximo exame deve ser feito a cada três anos.
- Gestantes: Devem seguir as mesmas recomendações de idade e periodicidade, sendo a coleta segura em qualquer período da gestação (preferencialmente com espátula de Ayre e sem escova endocervical, embora o uso da escova não seja contraindicação absoluta).
- Mulheres sem atividade sexual: Não há indicação de rastreamento.

Questão 44

A conduta frente à gestante com sífilis e história de alergia grave à penicilina é um tema recorrente e fundamental em provas de residência. O ponto central para acertar essa questão é entender que, para fins de tratamento da sífilis congênita, a penicilina é o único medicamento eficaz.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, a penicilina benzatina é a única opção terapêutica capaz de atravessar a barreira placentária e tratar o feto. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação é considerado inadequado para o bebê. Em casos de alergia comprovada (especialmente reações IgE-mediadas, como a anafilaxia), a recomendação é realizar a dessensibilização em ambiente hospitalar (com suporte de terapia intensiva) para que a paciente possa, em seguida, receber o tratamento padrão com penicilina.

Alternativa B (Incorreta): Embora a ceftriaxona seja uma opção de tratamento para a sífilis em pacientes não gestantes, ela não é considerada um tratamento adequado para a prevenção da sífilis congênita. Além disso, em pacientes com histórico de

anafilaxia grave à penicilina, existe um risco de reação cruzada com cefalosporinas que deve ser levado em conta, embora a dessensibilização para penicilina continue sendo a prioridade absoluta na gestação.

Alternativa C (Incorreta): A doxiciclina e outras tetraciclina são terminantemente contraindicadas durante a gestação. Esses medicamentos podem causar toxicidade fetal, afetando o desenvolvimento ósseo e provocando o escurecimento permanente do esmalte dentário do bebê. Além disso, não são eficazes para o tratamento do feto em casos de sífilis.

Alternativa D (Incorreta): A eritromicina e a azitromicina (macrolídeos) podem até tratar a infecção materna, mas apresentam altas taxas de falha no tratamento fetal porque não atravessam a placenta em concentrações terapêuticas. O uso de macrolídeos na gestante com sífilis resulta, obrigatoriamente, em um recém-nascido que deverá ser investigado e tratado para sífilis congênita ao nascer, pois o tratamento materno é considerado ineficaz para o feto.

Resumo do conceito: Para o Ministério da Saúde, o tratamento da gestante só é considerado adequado se: 1) for feito com penicilina benzatina; 2) for iniciado pelo menos 30 dias antes do parto; 3) o esquema terapêutico for adequado ao estágio da sífilis; 4) houver registro de queda dos títulos de VDRL. Portanto, a dessensibilização para o uso da penicilina é o único caminho seguro e eficaz para evitar a sífilis congênita.

Questão 45

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A alternativa (a) está correta. Atualmente, os principais consensos internacionais (como o da ESHRE) e nacionais (FEBRASGO) recomendam o início do tratamento clínico empírico em pacientes com forte suspeita clínica de endometriose (baseada em sintomas como dismenorreia, dispareunia de profundidade e dor pélvica crônica), sem a obrigatoriedade de confirmação por videolaparoscopia ou biópsia. O objetivo é reduzir o impacto da doença na qualidade de vida, utilizando medicamentos que bloqueiam o estímulo estrogênico, promovendo a decidualização e a atrofia do tecido endometrial ectópico, além de reduzir o estado inflamatório peritoneal.

A alternativa (b) está incorreta. Os inibidores da aromatase (como o letrozol e o anastrozol) não são fármacos de primeira linha. Eles são reservados para casos refratários aos tratamentos convencionais, geralmente em protocolos de exceção. Ao contrário do afirmado, seu uso pode causar efeitos colaterais significativos relacionados ao hipoestrogenismo, incluindo a redução da densidade mineral óssea e

sintomas vasomotores, necessitando muitas vezes de terapia de reposição (add-back therapy).

A alternativa (c) está incorreta. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) agem apenas no controle sintomático da dor, por meio da inibição da síntese de prostaglandinas. Eles não possuem o poder de promover a regressão das lesões endometrióticas, especialmente as formas profundas, e não interferem na progressão da doença ou no controle hormonal, sendo inferiores à terapia hormonal no manejo a longo prazo.

A alternativa (d) está incorreta. A tendência atual da ginecologia é evitar a cirurgia desnecessária apenas para diagnóstico. A confirmação histopatológica por videolaparoscopia não é mandatória para o início do tratamento. O atraso no tratamento à espera de uma cirurgia pode permitir a progressão da doença e o agravamento dos sintomas de dor. Além disso, progestogênios são frequentemente usados em diversas outras patologias ginecológicas e não costumam agravar quadros de dor pélvica de outras etiologias.

Questão 46

O sistema PALM-COEIN foi criado pela FIGO para padronizar a nomenclatura das causas de Sangramento Uterino Anormal (SUA), dividindo-as em causas estruturais, que podem ser visualizadas por exames de imagem ou histopatologia (PALM: Pólipo, Adenomiose, Leiomioma, Malignidade/Hiperplasia), e causas não estruturais (COEIN: Coagulopatia, Disfunção Ovulatória, Endometrial, Iatrogênica, Não Classificada).

Análise das afirmativas:

(V) A primeira afirmativa está correta. A Coagulopatia (letra C do acrônimo COEIN) é uma causa não estrutural. Entre as coagulopatias hereditárias, a Doença de von Willebrand é a mais comum e deve ser sempre suspeitada em adolescentes que apresentam sangramento menstrual intenso desde a menarca, uma vez que o sistema de coagulação é exigido logo nos primeiros ciclos.

(V) A segunda afirmativa está correta. A Adenomiose (letra A do acrônimo PALM) é uma alteração estrutural definida pela invasão do miométrio por tecido endometrial (glândulas e estroma). O diagnóstico definitivo é histopatológico (após a retirada do útero), mas exames de imagem como a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética possuem critérios bem estabelecidos que sugerem fortemente a doença.

(F) A terceira afirmativa está incorreta. Os Pólipos (letra P do acrônimo PALM) são classificados como causas estruturais. Ao contrário do que diz a alternativa, eles

representam projeções exofíticas que alteram, sim, a anatomia da cavidade uterina, podendo ser visualizados por ultrassonografia, histerossonografia ou histeroscopia.

(F) A quarta afirmativa está incorreta. Embora o Leiomioma (letra L do PALM) seja subdividido pela FIGO em submucoso (Lsm) e outros (Lo), os leiomiomas subserosos são os que menos causam sangramento uterino anormal, pois se localizam na face externa do útero e não têm contato direto com o endométrio. Os principais responsáveis pelo sangramento são os leiomiomas submucosos, que distorcem a cavidade endometrial e aumentam a superfície de sangramento.

Portanto, a sequência correta é V - V - F - F, o que corresponde à alternativa (a).

Questão 47

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central é a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), uma endocrinopatia complexa e heterogênea. O diagnóstico atual é regido pelos Critérios de Rotterdam (2003), que exigem a presença de pelo menos dois de três pilares, após a exclusão de outras doenças que mimetizam o quadro.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. Embora a resistência insulínica e a hiperinsulinemia compensatória desempenhem um papel central na fisiopatologia da SOP (estimulando a produção de androgênios pelas células da teca), elas não fazem parte dos critérios diagnósticos de Rotterdam. O diagnóstico é clínico, laboratorial e ultrassonográfico, não sendo obrigatória a comprovação de resistência insulínica para fechar o quadro.

Alternativa B: INCORRETA. O uso de agonistas de GnRH de forma contínua promove um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico (bloqueio do eixo), o que impediria a ovulação em vez de restaurá-la. Para o tratamento da infertilidade por anovulação na SOP, as opções de primeira linha são os indutores de ovulação, como o letrozol ou o citrato de clomifeno. Para regular o ciclo em mulheres que não desejam gestar, utilizam-se anticoncepcionais orais combinados.

Alternativa C: INCORRETA. De acordo com os Critérios de Rotterdam, a morfologia ovariana policística à ultrassonografia é apenas um dos três critérios possíveis. Se a paciente apresentar hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial) e oligo/anovulação, o diagnóstico de SOP pode ser firmado mesmo que a ultrassonografia seja normal. Portanto, o aspecto micropolicístico não é indispensável (*sine qua non*) para todos os

fenótipos.

Alternativa D: CORRETA. Esta alternativa define perfeitamente os Critérios de Rotterdam. O diagnóstico de SOP exige a presença de dois dos seguintes três critérios: 1) Oligo-ovulação ou anovulação; 2) Sinais clínicos (hirsutismo, acne, alopecia) ou laboratoriais (aumento de testosterona) de hiperandrogenismo; 3) Morfologia de ovários policísticos à ultrassonografia (12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm e/ou volume ovariano maior que 10 cm³ em pelo menos um dos ovários — critérios que foram atualizados para 20 folículos em aparelhos de alta resolução). Fundamentalmente, o diagnóstico de SOP é de exclusão, sendo mandatória a investigação de hiperplasia adrenal congênita não clássica (dosagem de 17-OH-progesterona), tumores virilizantes e síndrome de Cushing.

Questão 48

O câncer de ovário epitelial é conhecido por sua disseminação silenciosa, ocorrendo principalmente por via transcelômica (pelo peritônio), linfática e hematogênica. Por isso, o estadiamento é fundamentalmente cirúrgico, visando identificar focos de doença não visíveis macroscopicamente.

Alternativa (a) Incorreta: A idade da paciente (acima de 70 anos) não é, por si só, uma contraindicação para o estadiamento completo ou para a linfadenectomia, devendo-se avaliar o risco cirúrgico individual (performance status). Quanto ao subtipo mucinoso, embora a disseminação linfática seja menos frequente em casos puramente expansivos, a linfadenectomia ainda compõe o protocolo de estadiamento completo do câncer epitelial. O erro principal é generalizar a omissão baseada apenas na idade e no tipo histológico em um protocolo de estadiamento padrão.

Alternativa (b) Incorreta: A biópsia de congelação serve justamente para guiar a extensão da cirurgia no momento em que a paciente já está em mesa cirúrgica. Se confirmada a malignidade, o cirurgião deve proceder com o estadiamento completo imediato. Realizar apenas a anexectomia para reoperar a paciente posteriormente (restaging) expõe a mulher a novos riscos anestésicos e cirúrgicos desnecessários, além de poder atrasar o início do tratamento adjuvante.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve o padrão-ouro para o estadiamento cirúrgico do câncer de ovário, conforme preconizado pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia). O procedimento deve ser minucioso para detectar doença oculta:

1. Lavado peritoneal ou coleta de ascite para citologia (avalia disseminação microscópica).
2. Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral (tratamento do tumor

primário e órgãos de risco).

3. Omentectomia infracólica (local frequente de metástases).

4. Biópsias múltiplas de peritônio, incluindo cúpulas diafragmáticas e goteiras paracólicas.

5. Linfadenectomia pélvica e para-aórtica sistemática (até o nível das veias renais), pois o ovário drena diretamente para a região para-aórtica alta.

Alternativa (d) Incorreta: O estadiamento do câncer de ovário é cirúrgico-patológico. Os exames de imagem, como a tomografia computadorizada, possuem baixa sensibilidade para detectar micrometástases, implantes peritoneais milimétricos ou linfonodos de tamanho normal que contenham células neoplásicas. Portanto, uma tomografia normal não autoriza a simplificação da cirurgia; o inventário da cavidade e as biópsias são obrigatórios independentemente dos achados radiológicos pré-operatórios.

Questão 49

Alternativa correta: (c)

Explicação detalhada:

A dinâmica do ciclo menstrual é regida por um sistema de retroalimentação (feedback) entre os ovários e o eixo hipotálamo-hipófise. Para entender por que a alternativa (c) está correta, devemos focar na transição entre o fim de um ciclo (fase lútea) e o início do próximo (fase folicular).

Por que a alternativa (c) está correta:

No final da fase lútea, se não ocorre a fecundação, o corpo lúteo sofre regressão (luteólise). Como o corpo lúteo é o responsável pela produção de estradiol, progesterona e inibina A, sua involução causa uma queda abrupta desses hormônios no sangue. Essa queda retira o feedback negativo que esses esteroides e a inibina exerciam sobre a hipófise. Sem esse "freio", a hipófise volta a secretar maiores quantidades de hormônio folículo-estimulante (FSH). Esse aumento do FSH, que ocorre ainda no final do ciclo anterior e início da menstruação, é o evento fundamental para o recrutamento folicular, pois ele "resgata" um grupo de folículos antrais que, de outra forma, entrariam em morte celular programada (atresia).

Por que a alternativa (a) está incorreta:

Durante a fase menstrual, os níveis de estradiol estão baixos, e não elevados. Se os níveis de estradiol estivessem elevados, eles continuariam inibindo o FSH, o que impediria o recrutamento de novos folículos. A seleção do folículo dominante (aquele que terá mais receptores de FSH e passará a responder ao LH) ocorre somente após

o recrutamento inicial, e não é a manutenção de estradiol alto que garante esse início.

Por que a alternativa (b) está incorreta:

Os folículos em desenvolvimento na fase folicular inicial produzem principalmente estradiol, e não progesterona. O pico de progesterona só ocorre na fase lútea, após a ovulação, sendo esta produzida pelo corpo lúteo. Além disso, a progesterona exerce um feedback negativo, diminuindo a frequência dos pulsos de GnRH, o que é o oposto do que sugere a alternativa.

Por que a alternativa (d) está incorreta:

O recrutamento folicular inicial é dependente de FSH, não de LH. O LH atua principalmente nas células da teca para produzir androgênios (que serão convertidos em estrogênios pela granulosa) e é o responsável pelo pico pré-ovulatório. Quem estimula as células da granulosa a produzirem inibina B é o FSH. Além disso, o processo de recrutamento não é independente do FSH; ele é o motor principal desse evento.

Questão 50

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda os fundamentos da avaliação urodinâmica, um exame essencial para o estudo funcional do trato urinário inferior. Para resolvê-la, é necessário correlacionar os achados laboratoriais (o que vemos no gráfico) com as condições clínicas apresentadas pelos pacientes.

Alternativa A: Incorreta. A descrição de fluxo urinário contínuo com baixa pressão do detrusor e elevado resíduo pós-miccional é sugestiva de hipocontratilidade detrusora (detrusor hipoativo), e não de incontinência urinária de esforço (IUE). Na IUE por hiper mobilidade uretral, o problema ocorre na fase de enchimento, na qual a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral devido a um suporte anatômico deficiente durante o esforço, sem relação direta com falha na contratilidade do detrusor durante a micção.

Alternativa B: Incorreta. A Pressão de Perda ao Esforço (PPE ou VLPP) é utilizada para graduar a gravidade da incontinência de esforço. Valores de VLPP superiores a 90 cmH₂O sugerem hiper mobilidade uretral. A Deficiência Esfincteriana Intrínseca (DEI), que é a forma mais grave, é diagnosticada quando a perda de urina ocorre com baixas pressões de esforço, geralmente com valores de VLPP inferiores a 60 cmH₂O. Portanto, o valor de 90 cmH₂O mencionado não indica gravidade esfincteriana, mas sim uma provável hiper mobilidade.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa traz a definição clássica da Sociedade Internacional de Continência (ICS). A hiperatividade detrusora é um diagnóstico urodinâmico caracterizado por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento (cistometria), que podem ser espontâneas ou provocadas. Quando o paciente apresenta sintomas clínicos de urgência, polaciúria e noctúria decorrentes desse fenômeno, diagnosticamos a Síndrome da Bexiga Hiperativa.

Alternativa D: Incorreta. O exame urodinâmico é um exame complementar e pode apresentar falsos-negativos. A ausência de perda urinária durante o exame, que é realizado em ambiente laboratorial e muitas vezes com o paciente em posições desconfortáveis, não exclui o diagnóstico clínico de incontinência se a história e o exame físico forem compatíveis. O diagnóstico de incontinência urinária é, primariamente, clínico. Além disso, um fluxo em forma de sino indica apenas uma micção urodinamicamente normal naquele momento, não descartando patologias da fase de enchimento.

Gabarito: Letra (c).

Questão 51

EXPLICAÇÃO:

A questão aborda um dos pilares da endocrinologia ginecológica moderna: a Janela de Oportunidade para a Terapia Hormonal (TH). Esse conceito define que os riscos e benefícios da TH são influenciados diretamente pela idade da paciente e pelo tempo de hipoestrogenismo.

Alternativa a: Incorreta. O impacto da TH combinada na doença arterial coronariana é idade-dependente. Em mulheres jovens e próximas ao início da menopausa, não se observa aumento do risco coronariano. A afirmação de que o risco aumenta independentemente da idade contraria as evidências atuais obtidas em reanálises de grandes estudos como o WHI (Women's Health Initiative), que sustentam a janela de oportunidade.

Alternativa b: Incorreta. O início tardio da TH (após os 65 anos ou mais de 10 a 20 anos após a menopausa) está associado a um maior risco de eventos cardiovasculares e acidente vascular cerebral. Em artérias já comprometidas por placas ateroscleróticas calcificadas e maduras, o estrogênio pode induzir a instabilidade e ruptura dessas placas através da ativação de metaloproteinases, em vez de oferecer proteção vascular.

Alternativa c: Incorreta. A via transdérmica é a via de escolha para pacientes com risco cardiovascular moderado ou aumentado. A via oral, devido ao efeito de primeira passagem hepática, estimula a síntese de fatores pró-coagulantes e aumenta a proteína C reativa, o que eleva o risco de fenômenos tromboembólicos. A via transdérmica não passa pelo fígado inicialmente, sendo metabolicamente neutra em relação aos fatores de coagulação.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa sintetiza o consenso das principais sociedades de menopausa. Mulheres com menos de 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa apresentam um perfil de segurança favorável. Nessa fase, os vasos sanguíneos geralmente ainda são saudáveis e responsivos ao estrogênio, o que resulta em proteção contra a progressão da aterosclerose, redução da incidência de doença coronariana e diminuição da mortalidade global.

Conclusão: A alternativa D reflete o entendimento atual de que a Terapia Hormonal, quando iniciada precocemente, traz benefícios cardiovasculares significativos, ao passo que o início tardio deve ser evitado devido ao aumento de riscos.

Questão 52

Para solucionar esta questão, é fundamental aplicar os Critérios de Elegibilidade Médica da Organização Mundial da Saúde (OMS). A paciente apresenta Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), mas o fator determinante para a escolha do método é a presença de anticorpos antifosfolípidos positivos e o histórico de trombose venosa profunda (TVP). Em pacientes com anticorpos antifosfolípidos (com ou sem diagnóstico de Síndrome Antifosfolípide), o risco de novos eventos trombóticos é muito elevado.

Alternativa A: Incorreta. Contraceptivos orais combinados são classificados como Categoria 4 (risco inaceitável) para pacientes com anticorpos antifosfolípidos positivos ou história de trombose. O estrogênio, mesmo em baixa dose, possui efeito pró-coagulante, aumentando significativamente o risco de fenômenos tromboembólicos, o que é proibitivo neste cenário.

Alternativa B: Incorreta. O DIU liberador de levonorgestrel (LNG) é classificado como Categoria 3 pela OMS para pacientes com anticorpos antifosfolípidos positivos. Embora sua ação seja majoritariamente local, a classificação reflete a cautela devido ao potencial risco vascular sistêmico e à falta de dados de segurança robustos que permitam classificá-lo como Categoria 1 ou 2 para este perfil específico.

Alternativa C: Correta. O DIU de cobre é um método não hormonal. Ele não interfere na cascata de coagulação, não aumenta o risco de trombose e não altera a atividade

da doença lúpica. Para pacientes com anticorpos antifosfolípidos positivos (com ou sem lúpus), o DIU de cobre é classificado como Categoria 1 (sem restrição ao uso), sendo a opção mais adequada e segura entre as listadas.

Alternativa D: Incorreta. O injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito) é classificado como Categoria 3 para portadoras de anticorpos antifosfolípidos. Doses elevadas de progesterona sistêmica podem ter efeitos metabólicos e vasculares menos favoráveis que outros métodos de progesterona isolada. Além disso, há preocupação com a redução da densidade mineral óssea, especialmente em pacientes com lúpus que podem necessitar de corticoterapia no futuro.

Questão 53

Alternativa a: Incorreta. A aspiração guiada por ultrassom não é o tratamento indicado para teratomas. O conteúdo desses cistos é predominantemente sebáceo, gorduroso e pode conter pelos; se esse material extravasar para a cavidade peritoneal durante uma aspiração, pode causar uma peritonite química grave e de difícil tratamento. O tratamento de escolha é a cistectomia ovariana (remoção apenas do cisto), preferencialmente por via laparoscópica, visando preservar o tecido ovariano saudável e a reserva folicular.

Alternativa b: Incorreta. A presença de dentes, ossos ou calcificações grosseiras é, na verdade, um sinal de maturidade dos tecidos, sendo característica clássica do teratoma maduro (benigno). O que define um teratoma como imaturo (maligno) é a presença de tecido neuroectodérmico imaturo (embrionário) na análise histopatológica, e não os achados de calcificação na imagem.

Alternativa c: Incorreta. A transformação maligna do teratoma cístico maduro é uma complicação rara, ocorrendo em apenas 1% a 2% dos casos, e é muito mais comum em mulheres após a menopausa, não na menacme. Além disso, o tipo histológico mais comum nessa transformação maligna é o carcinoma de células escamosas (derivado do componente de pele), e não o coriocarcinoma.

Alternativa d: Correta. O teratoma cístico maduro é composto por tecidos bem diferenciados que derivam de pelo menos dois, e frequentemente dos três, folhetos embrionários (ectoderme, mesoderme e endoderme). Devido ao seu conteúdo heterogêneo e denso (gordura e dentes), o tumor torna-se pesado e propenso a girar sobre o próprio pedículo. Por isso, a torção anexial é a complicação aguda mais frequente, superando significativamente o risco de ruptura ou de degeneração maligna.

Questão 54

Análise da Questão: Vulvovaginites na infância.

Alternativa a) Incorreta. A vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis* é típica do período reprodutivo, pois a bactéria depende de um ambiente vaginal com descamação celular rica em glicogênio, processo induzido pelo estrogênio. Na infância, o hipoestrogenismo fisiológico torna essa etiologia rara. Além disso, a transmissão por fômites não é a explicação epidemiológica principal para essa patologia.

Alternativa b) Incorreta. O corpo estranho intravaginal é uma causa importante a ser lembrada em casos de corrimento crônico, purulento, de odor muito fétido ou acompanhado de sangramento (spotting). No entanto, ele não é a primeira hipótese para todos os casos de corrimento. A vaginoscopia é um procedimento invasivo, geralmente realizado sob sedação, e deve ser reservada para casos de falha terapêutica, suspeita de abuso sexual ou forte suspeita de corpo estranho, não sendo a conduta inicial de rotina.

Alternativa c) Incorreta. A infecção por *Candida albicans* é pouco frequente em crianças pré-púberes, pois o fungo necessita de um ambiente rico em glicogênio e com pH mais ácido para se proliferar. Ela costuma ocorrer em situações específicas, como em lactentes (associada à dermatite de fraldas), crianças que fizeram uso recente de antibióticos, diabéticas ou imunossuprimidas. Não é, portanto, a causa principal na faixa etária de 5 anos.

Alternativa d) Correta. A vulvovaginite inespecífica é a etiologia mais comum na infância, representando cerca de 75% dos casos. Ela ocorre devido a fatores anatômicos (proximidade do ânus com o vestíbulo, ausência de pelos e gordura nos grandes lábios) e fisiológicos (mucosa vaginal fina e atrófica pelo hipoestrogenismo, pH neutro ou alcalino). A higiene inadequada, como a limpeza perineal de trás para frente, facilita a contaminação por bactérias da flora fecal. O tratamento inicial é focado em medidas comportamentais e de higiene, como banhos de assento, uso de calcinhas de algodão e orientação para limpeza correta após as evacuações, sem necessidade de uso imediato de antibióticos sistêmicos.

Questão 55

A paciente apresenta um diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical grau 3 (NIC 3), que é uma lesão precursora do câncer de colo uterino. O manejo deve equilibrar a eficácia no tratamento da lesão e a preservação da fertilidade, dado o perfil da paciente (26 anos, nuligesta).

Alternativa a) Incorreta. Terapias destrutivas, como crioterapia ou cauterização a laser, não são recomendadas para o tratamento da NIC 3. O principal problema dessas técnicas é que elas destroem o tecido, impedindo a análise histopatológica de toda a zona de transformação. Isso impossibilita a avaliação das margens cirúrgicas e, crucialmente, impede a exclusão de um possível carcinoma invasor oculto que a biópsia inicial por pinça pode não ter detectado.

Alternativa b) Correta. O tratamento de escolha para a NIC 3 é o procedimento excisional, preferencialmente a Exérese da Zona de Transformação (Ezt), também chamada de CAF (Cirurgia de Alta Frequência) ou LLETZ. Esse método retira a lesão inteira e permite que o patologista examine a peça para confirmar se a neoplasia foi totalmente removida (margens livres) e se não há sinais de microinvasão estromal. É um procedimento conservador que preserva o útero e a capacidade reprodutiva da paciente.

Alternativa c) Incorreta. O seguimento citocolposcópico (conduta expectante) é aceitável apenas em casos selecionados da NIC 2 em pacientes jovens (geralmente menores de 25 anos), devido à possibilidade de regressão espontânea. No entanto, a NIC 3 é considerada uma lesão precursora imediata do câncer, com baixas taxas de regressão e alto potencial de progressão. Portanto, o tratamento ativo é mandatório logo após o diagnóstico histológico.

Alternativa d) Incorreta. A histerectomia é um tratamento excessivo (overtreatment) para uma paciente de 26 anos com desejo reprodutivo. A NIC 3, embora seja um carcinoma in situ, está restrita ao epitélio e não apresenta invasão do estroma ou risco de metástase linfática nesse estágio. A Cirurgia de Alta Frequência (CAF) ou a conização são suficientes para a cura na grande maioria dos casos, devendo-se reservar a histerectomia para situações muito específicas, como recidivas persistentes ou quando há outras patologias uterinas associadas que justifiquem a remoção do órgão.

Questão 56

O câncer de mama é classificado em subtipos moleculares que orientam o prognóstico e a terapia. O subtipo Luminal A representa o grupo de melhor prognóstico, com alta sensibilidade à manipulação hormonal e menor taxa de divisão celular.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A descrição refere-se ao subtipo Triplo-negativo, que não expressa receptores de estrogênio (RE), receptores de progesterona (RP) nem a

proteína HER2. Nesses casos, a quimioterapia é a principal ferramenta sistêmica, pois não há alvos para hormonioterapia ou terapias anti-HER2.

Alternativa b) Correta. O perfil imuno-histoquímico do Luminal A é marcado pela positividade dos receptores hormonais (RE e/ou RP), negatividade para o HER2 e, crucialmente, um baixo índice de proliferação celular, medido pelo Ki-67 (geralmente inferior a 14% ou 20%, dependendo do consenso utilizado). Por ser um tumor de crescimento lento e muito dependente de estímulo hormonal, a hormonioterapia (como tamoxifeno ou inibidores da aromatase) é a base do tratamento, e a quimioterapia é frequentemente dispensada devido ao baixo benefício adicional nesse cenário.

Alternativa c) Incorreta. Um tumor com Ki-67 elevado e perda de receptores de progesterona é mais característico do subtipo Luminal B. O Luminal B tem comportamento biológico mais agressivo que o Luminal A e, na maioria das vezes, requer a associação de quimioterapia à hormonioterapia. A imunoterapia é reservada principalmente para casos específicos de tumores triplo-negativos com expressão de PD-L1.

Alternativa d) Incorreta. A positividade simultânea para receptores hormonais e HER2 define o subtipo Luminal B HER2-positivo (também chamado de triplo-positivo). O tratamento para esse grupo deve obrigatoriamente incluir terapia anti-HER2 (como o trastuzumabe) associada à quimioterapia e, posteriormente, hormonioterapia. O subtipo Luminal A é, por definição, HER2-negativo.

Questão 57

A alternativa (d) é a correta. A inserção do DIU no pós-parto imediato é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde para reduzir as necessidades não atendidas de anticoncepção e evitar gestações em intervalos curtos. Define-se como inserção pós-placentária aquela realizada nos primeiros 10 minutos após a saída da placenta, e como inserção no pós-parto imediato aquela que ocorre em até 48 horas. Embora o risco de expulsão seja estatisticamente maior (cerca de 10 a 15%) quando comparado à inserção de intervalo (após 6 semanas), as taxas de continuidade do método são excelentes, pois a paciente já sai da maternidade protegida.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): Incorreta. Não é necessário aguardar o retorno da menstruação ou o período de 6 semanas para a inserção. A inserção entre 48 horas e 6 semanas pós-parto é que deve ser evitada (Critério de Elegibilidade 3 da OMS para DIU de

cobre e LNG) devido ao risco aumentado de infecção e perfuração durante essa fase intermediária da involução uterina. No entanto, antes de 48 horas, o procedimento é seguro.

Alternativa (b): Incorreta. Os métodos de progestagênio isolado, como o DIU de levonorgestrel, são classificados como Categoria 2 da OMS (os benefícios superam os riscos) para mulheres que amamentam no pós-parto imediato. Não há evidências de que a pequena quantidade de hormônio que passa para o leite prejudique o crescimento ou o desenvolvimento do recém-nascido.

Alternativa (c): Incorreta. A inserção pós-placentária pode ser realizada tanto em partos cesáreos quanto em partos vaginais. No parto vaginal, a inserção é feita manualmente ou com o auxílio de uma pinça de Kelly longa, levando o dispositivo até o fundo uterino. O risco de infecção não é significativamente maior quando a técnica asséptica é seguida corretamente.

Questão 58

Análise da Questão: O tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) deve ser iniciado empiricamente assim que o diagnóstico clínico for estabelecido, visando à cobertura de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e uma ampla gama de bactérias anaeróbias e aeróbias.

Alternativa (a) - INCORRETA. O uso de quinolonas (como o ciprofloxacino) em monoterapia é contraindicado devido às elevadas taxas de resistência da *Neisseria gonorrhoeae* a essa classe de antibióticos. Além disso, a monoterapia não cobriria adequadamente a natureza polimicrobiana da infecção.

Alternativa (b) - INCORRETA. A penicilina benzatina é o tratamento padrão para a sífilis, mas não possui espectro de ação adequado para os principais agentes da DIP. A azitromicina em dose única pode ser usada para cervicites não complicadas, mas na DIP, que envolve o trato genital superior, é necessário um esquema terapêutico mais prolongado e abrangente.

Alternativa (c) - INCORRETA. O tratamento da DIP exige uma duração de 14 dias para garantir a erradicação dos patógenos e prevenir sequelas, e não apenas 7 dias. Além disso, as diretrizes mais recentes do CDC e do Ministério da Saúde recomendam a inclusão rotineira do metronidazol para cobertura de anaeróbios, devido à sua frequente associação com a vaginose bacteriana e a formação de abscessos. O uso de levofloxacino também esbarra na questão da resistência do gonococo.

Alternativa (d) - CORRETA. Este é o esquema de escolha para o tratamento

ambulatorial (DIP leve a moderada, classificada como Monif I). O ceftriaxone (500 mg IM) oferece cobertura eficaz contra o gonococo, inclusive as cepas resistentes a outros antibióticos. A doxiciclina (100 mg VO, 12/12h por 14 dias) é o padrão-ouro para o tratamento da *Chlamydia trachomatis*. O metronidazol (500 mg VO, 12/12h por 14 dias) é adicionado para garantir a cobertura contra anaeróbios, reduzindo o risco de falha terapêutica e complicações a longo prazo.

Resumo do Tratamento Ambulatorial (Diretrizes Brasileiras e CDC):

- Ceftriaxone 500 mg, IM, dose única.
- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias.
- Metronidazol 500 mg, VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias.

Questão 59

O diagnóstico diferencial da puberdade precoce exige a identificação de qual nível do eixo hormonal está ativo. Na Puberdade Precoce Central (PPC), ocorre a ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, enquanto na Puberdade Precoce Periférica (PPP), a produção de hormônios sexuais ocorre de forma autônoma, sem o comando central.

Alternativa A: Incorreta. Esta alternativa descreve o padrão encontrado na Puberdade Precoce Periférica. Nela, a produção excessiva de esteroides sexuais (estradiol) por fontes externas ao eixo (como tumores ovarianos ou cistos) exerce um feedback negativo na hipófise. Conseqüentemente, a resposta ao teste de GnRH é suprimida, pois a hipófise está inibida pelos altos níveis de hormônios periféricos.

Alternativa B: Correta. Para confirmar a Puberdade Precoce Central, o teste de estímulo com GnRH deve demonstrar que a hipófise já está responsiva e operando em padrão puberal. O critério laboratorial clássico é a obtenção de um pico de LH superior a 5 a 8 UI/L (dependendo do ensaio laboratorial utilizado) após a administração do GnRH, o que indica que o eixo central foi ativado.

Alternativa C: Incorreta. No período pré-puberal e em variantes da normalidade, como a telarca precoce isolada, a resposta da hipófise ao GnRH é caracterizada por uma secreção predominante de FSH em relação ao LH. A inversão dessa relação (LH passando a ser maior que o FSH) é um marcador de que a criança entrou na puberdade verdadeira.

Alternativa D: Incorreta. A ausência de resposta de ambas as gonadotrofinas (LH e FSH) associada a baixos níveis de estradiol é o achado fisiológico esperado em crianças pré-púberes. Isso confirma que não há ativação do eixo e não há produção periférica de hormônios, descartando o diagnóstico de puberdade precoce central ou

periférica.

Questão 60

Item I: Afirmativa Correta. A notificação compulsória é um instrumento de vigilância epidemiológica fundamental para o dimensionamento das políticas públicas de saúde. De acordo com a Lei nº 10.778/2003 e a Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde, a notificação de casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde é obrigatória para fins estatísticos e epidemiológicos. É importante distinguir a notificação compulsória (autoridade sanitária) da denúncia policial (autoridade policial). A notificação sanitária deve ser feita de forma sigilosa em todos os atendimentos, independentemente de a vítima desejar ou não realizar o registro do Boletim de Ocorrência (BO).

Item II: Afirmativa Incorreta. O protocolo do Ministério da Saúde para vítimas de violência sexual estabelece como conduta padrão a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não virais logo no primeiro atendimento. O risco de transmissão de patógenos como *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorreia) e *Chlamydia trachomatis* (clamídia) é elevado nessas situações. O esquema terapêutico recomendado geralmente inclui a administração de Penicilina Benzatina (2,4 milhões UI, IM), Ceftriaxona (500 mg, IM) e Azitromicina (1 g, VO) para garantir cobertura adequada, exceto em casos em que a exposição de risco possa ser descartada com absoluta certeza.

Item III: Afirmativa Correta. A contracepção de emergência (CE) deve ser oferecida a todas as mulheres em idade fértil que sofreram violência sexual com risco de gravidez. O Levonorgestrel 1,5 mg é o padrão-ouro, devendo ser administrado o mais rápido possível após a agressão. Embora sua eficácia seja máxima nas primeiras 72 horas, o protocolo brasileiro autoriza o uso em até 120 horas (5 dias) após o coito desprotegido. O mecanismo de ação baseia-se na inibição ou no atraso da ovulação e na alteração do muco cervical. O Levonorgestrel não possui efeito após a implantação do blastocisto (nidação), portanto, não é um método abortivo e não prejudica uma gestação preexistente.

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I e III. A afirmativa II está errada ao sugerir que a profilaxia antibiótica é desnecessária. Por isso, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 61

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), também conhecido mundialmente pela sigla DOTS, é o pilar central da estratégia de controle da tuberculose. Seu objetivo principal é fortalecer a adesão do paciente ao esquema terapêutico, reduzindo o risco de abandono e o desenvolvimento de resistência bacteriana, além de garantir maiores taxas de cura.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o TDO seja fundamental para populações em situação de vulnerabilidade social (como pessoas em situação de rua, privadas de liberdade ou com histórico de abandono), a recomendação do Ministério da Saúde é que ele seja oferecido a todos os pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea, independentemente de sua condição socioeconômica ou suporte familiar. A estratégia visa ao sucesso do tratamento em nível coletivo.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve a essência do TDO. A observação da ingestão dos medicamentos deve ser feita por um profissional de saúde ou pessoa capacitada (como o Agente Comunitário de Saúde - ACS), que atesta o ato de engolir os comprimidos. O protocolo do Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, 3 observações semanais na fase de ataque (fase intensiva) e 2 na fase de manutenção. No entanto, a flexibilização conforme a realidade local e a necessidade do paciente é prevista, tornando a alternativa correta ao mencionar a supervisão e o objetivo de prevenir resistência.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento da tuberculose é, por regra, ambulatorial, realizado preferencialmente na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência do paciente. A internação hospitalar é reservada para casos graves, complicações clínicas severas, intolerância medicamentosa intratável em nível ambulatorial ou situações sociais extremas que impossibilitem o tratamento. O isolamento respiratório é necessário apenas nos primeiros dias de tratamento efetivo e pode ser realizado no domicílio.

Alternativa (d) Incorreta: A simples entrega mensal da medicação na farmácia com contagem de comprimidos na consulta de retorno caracteriza o tratamento autoadministrado, e não o Tratamento Diretamente Observado. No TDO, a supervisão é presencial e frequente, não se limitando ao controle burocrático do estoque de comprimidos pelo paciente.

Questão 62

A alternativa correta é a letra (c).

A questão aborda os níveis de prevenção propostos na saúde pública e medicina de família, focando especificamente na proteção do paciente contra o excesso de intervenção médica.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A prevenção primária ocorre no período pré-patogênico e visa diminuir a incidência de uma doença através do controle de causas e fatores de risco. Exemplos comuns são a imunização (vacinas) e o incentivo a hábitos saudáveis. Embora o médico use a educação em saúde, o foco da conduta descrita não é evitar o surgimento de uma doença específica, mas sim evitar o dano causado pelo excesso de exames.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças que já estão presentes, mas em fase assintomática (rastreamento ou screening). O objetivo é melhorar o prognóstico. No caso relatado, o médico está justamente contraindicando um rastreamento (PSA e teste ergométrico) por entender que, para aquele perfil de paciente, os exames trariam mais riscos do que benefícios.

ALTERNATIVA C - CORRETA: A prevenção quaternária é o conjunto de medidas que visam identificar o paciente em risco de supermedicalização, protegê-lo de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. O foco é o princípio da não maleficência (*primum non nocere*). Ao recusar exames que possuem alta taxa de falsos positivos em pacientes de baixo risco, o médico evita uma cascata diagnóstica que poderia levar a biópsias desnecessárias, ansiedade e outros danos iatrogênicos.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A prevenção primordial visa evitar o surgimento e o estabelecimento de padrões de vida sociais, econômicos e culturais que sabidamente contribuem para elevar o risco de doenças em uma população. Um exemplo seria a criação de leis antitabaco ou políticas de segurança alimentar. A conduta do médico no consultório é uma decisão clínica individualizada, não se enquadrando em políticas estruturais de prevenção primordial.

Questão 63

A Carta de Ottawa, elaborada em 1986, definiu cinco campos de ação estratégicos para a promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A questão exige o conhecimento específico sobre o que compõe a criação de ambientes favoráveis.

Alternativa (a) Incorreta. A reorientação dos serviços de saúde proposta pela Carta busca justamente o oposto do que afirma a alternativa. O objetivo é que o sistema de saúde supere o modelo puramente biomédico, curativo e centrado na alta complexidade tecnológica, focando mais na prevenção e na promoção da saúde de forma integral e humanizada.

Alternativa (b) Incorreta. O reforço da ação comunitária visa ao empoderamento (empowerment) e à autonomia da população para que ela seja protagonista nas decisões de saúde. A distribuição passiva de recursos financeiros e o foco em bens de consumo são conceitos alheios à promoção da saúde, que foca na participação social ativa e no controle social.

Alternativa (c) Correta. A criação de ambientes favoráveis à saúde fundamenta-se na abordagem socioecológica. Isso significa reconhecer que a saúde não depende apenas de escolhas individuais, mas de onde as pessoas vivem, trabalham e se divertem. O texto da Carta destaca que a proteção dos ambientes naturais e construídos, bem como a garantia de condições dignas de trabalho e moradia, é essencial. A mediação entre os diferentes setores da sociedade é necessária para garantir que o progresso não ocorra à custa da degradação ambiental ou social.

Alternativa (d) Incorreta. O desenvolvimento de habilidades pessoais é, de fato, um dos campos de ação da Carta, mas ele não se limita à mudança de comportamento individual nem deve ser o foco exclusivo. A promoção da saúde moderna entende que a educação em saúde deve capacitar o indivíduo para a vida, mas reconhece que mudanças individuais são difíceis se o meio social e econômico for desfavorável. Além disso, a alternativa descreve um campo diferente do solicitado no enunciado (ambientes favoráveis).

Gabarito: Letra (c).

Questão 64

A alternativa (c) é a correta. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da equidade fundamenta-se na premissa de que o sistema deve reconhecer as desigualdades sociais e biológicas para agir de forma a compensá-las. Diferentemente da igualdade aritmética, que daria a todos exatamente a mesma coisa, a equidade busca oferecer "mais para quem mais precisa". Isso é o que chamamos de discriminação positiva: priorizar recursos e atendimentos para grupos em situação de maior vulnerabilidade social ou clínica, visando reduzir as disparidades em saúde e promover uma justiça social efetiva.

A alternativa (a) está incorreta porque descreve a lógica do utilitarismo puro. Embora a gestão pública considere o custo-efetividade, o SUS é regido pelos princípios da integralidade e universalidade. Abandonar minorias ou pacientes com doenças raras em prol da maioria fere os direitos fundamentais garantidos pela Constituição Brasileira e a ética do cuidado integral.

A alternativa (b) está incorreta porque define a igualdade formal ou aritmética. Se o Estado oferecer exatamente o mesmo valor per capita e os mesmos serviços para uma população rica e uma população extremamente pobre, ele estará aprofundando as desigualdades, pois os mais vulneráveis possuem demandas que o pacote básico padrão não supriria. A equidade exige a diferenciação para atingir a justiça.

A alternativa (d) está incorreta porque apresenta uma perspectiva liberal e de mercado, que é oposta à lógica do SUS. No sistema público brasileiro, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O acesso deve ser universal e baseado na necessidade de saúde, e nunca na capacidade financeira ou no poder de compra do cidadão.

Questão 65

Gabarito: Alternativa (a)

A longitudinalidade é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e se baseia no acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional de saúde. Diferente da simples continuidade do cuidado, que pode ser apenas uma sequência de consultas ou repasse de informações, a longitudinalidade pressupõe a existência de um vínculo interpessoal e de uma relação de confiança que se mantém independentemente da presença de doenças específicas.

Alternativa (a): Correta. Esta alternativa descreve com precisão o conceito de longitudinalidade. O foco está na relação entre a equipe de saúde e a pessoa, e não apenas no tratamento de uma patologia. A equipe assume a responsabilidade pelo

cuidado do indivíduo ao longo dos anos e em diferentes fases da vida, tornando-se a referência principal para suas necessidades de saúde.

Alternativa (b): Incorreta. O atendimento por um especialista focal para tratar uma doença específica refere-se à continuidade do cuidado clínico especializado. A longitudinalidade da APS é exercida por uma equipe generalista (eSF) que cuida do paciente de forma integral, e não apenas de um sistema orgânico ou doença isolada.

Alternativa (c): Incorreta. O atendimento de demanda espontânea e o acesso facilitado no mesmo dia caracterizam o atributo do Acesso ou Primeiro Contato. Embora o acesso seja necessário para que a longitudinalidade ocorra, eles não são sinônimos. O acesso garante a entrada no sistema, enquanto a longitudinalidade garante a permanência e o vínculo.

Alternativa (d): Incorreta. O uso de prontuário eletrônico compartilhado entre diferentes pontos da rede, como a UPA e a UBS, é uma ferramenta que auxilia na Coordenação do Cuidado e na continuidade informacional. A longitudinalidade exige o contato humano e o vínculo temporal entre o paciente e sua equipe de referência na Unidade Básica de Saúde, o que não ocorre em um atendimento pontual de urgência.

Questão 66

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um pilar fundamental da gestão do SUS, focada na transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica sobre o cotidiano. Para resolver essa questão, é preciso diferenciar a EPS da Educação Continuada.

Alternativa (a): Incorreta. A realização de cursos de especialização fora do ambiente de trabalho para fins de progressão na carreira caracteriza a educação formal ou o aperfeiçoamento individual. Embora importante, isso não constitui EPS, pois a EPS ocorre prioritariamente no ambiente de trabalho e foca no coletivo, não apenas na certificação individual.

Alternativa (b): Incorreta. A lógica da EPS não é punitiva nem baseada em testes de conhecimento estanques. A proposta é pedagógica e colaborativa, visando a identificar lacunas no processo de trabalho para resolvê-las em equipe, e não selecionar ou punir profissionais por meio de provas periódicas.

Alternativa (c): Incorreta. Esta alternativa descreve o modelo clássico de Educação Continuada. Nela, o ensino é vertical (do especialista para o aluno), fragmentado, geralmente realizado em ambientes de sala de aula e focado apenas na atualização

técnica, sem necessariamente considerar o contexto específico de cada serviço de saúde.

Alternativa (d): Correta. Esta é a definição exata de Educação Permanente em Saúde. A EPS utiliza a aprendizagem significativa, que é aquela que faz sentido para o trabalhador porque se conecta com seus problemas reais. O objeto de estudo é o próprio trabalho, permitindo que a equipe analise suas dificuldades e invente novas formas de produzir cuidado, gerando transformação institucional e profissional.

Questão 67

Para compreender esta questão, é fundamental dominar o modelo de Leavell e Clark sobre a História Natural da Doença. Esse modelo divide o processo saúde-doença em dois grandes períodos: o Pré-patogênico e o Patogênico. O período pré-patogênico ocorre antes do adoecimento, quando há apenas a interação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. Nesse estágio, aplica-se a Prevenção Primária, subdividida em Promoção da Saúde (medidas gerais) e Proteção Específica (medidas direcionadas).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O rastreamento (screening) por mamografia e o citopatológico visam detectar a doença em sua fase inicial ou assintomática. De acordo com o modelo de Leavell e Clark, isso faz parte da Prevenção Secundária (Diagnóstico Precoce), que já pertence ao período Patogênico, pois a doença já está instalada, embora ainda não tenha manifestado sintomas clínicos evidentes.

b) Incorreta. A reabilitação de pacientes que já sofreram eventos (como um infarto ou AVC) é classificada como Prevenção Terciária. Essas ações ocorrem no período Patogênico tardio e têm como objetivo reduzir sequelas, evitar a incapacidade total e promover a reintegração social do indivíduo.

c) Incorreta. Embora a quimioprofilaxia seja uma forma de Proteção Específica (Prevenção Primária) e ocorra no período pré-patogênico, a alternativa foca em uma abordagem individual e clínica para grupos de alto risco genético. O enunciado da questão enfatiza a Medicina Preventiva e Social, que busca o foco nas coletividades, nos fatores de risco e nos determinantes sociais. Comparada à alternativa (d), esta não abrange a totalidade do conceito de saúde pública e ciências sociais solicitado.

d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente as ações de Promoção da Saúde dentro do período pré-patogênico. Ao atuar sobre determinantes sociais e coletivos (como a regulação da propaganda de ultraprocessados e o incentivo à atividade

física), o sistema de saúde intervém antes que o processo patológico se inicie. Essas medidas são intersetoriais e buscam transformar as condições de vida para evitar o surgimento de fatores de risco para doenças crônicas, alinhando-se aos princípios da Medicina Social descritos no enunciado.

Questão 68

Para identificar o desenho de estudo mais adequado nesta questão, é fundamental analisar duas características principais da doença mencionada: a baixa frequência (doença rara) e o longo período de latência (tempo entre a exposição e o surgimento dos sintomas).

Alternativa (a) Incorreta. O estudo de coorte prospectivo parte da exposição em direção ao desfecho. Embora seja excelente para medir incidência e risco relativo, ele é extremamente ineficiente para doenças raras. Para encontrar casos suficientes de linfoma, os pesquisadores precisariam acompanhar um número imenso de pessoas por décadas, o que tornaria o estudo caríssimo e sujeito a muitas perdas de seguimento ao longo do tempo.

Alternativa (b) Correta. O estudo de caso-controle é o desenho mais eficiente e barato para estudar doenças raras ou com longo período de latência. Nele, os pesquisadores já selecionam pessoas que possuem a doença (casos) e as comparam com pessoas saudáveis (controles), analisando o passado de ambos os grupos em busca da exposição aos agrotóxicos. Como o desfecho já ocorreu, não é necessário esperar anos pela latência da doença, reduzindo o tempo e o custo da pesquisa.

Alternativa (c) Incorreta. O estudo transversal realiza uma coleta de dados em um único ponto no tempo (como uma "fotografia"). Ele é útil para calcular a prevalência de doenças comuns, mas é inadequado para doenças raras, pois a probabilidade de encontrar casos suficientes em uma amostra populacional momentânea é muito baixa. Além disso, o estudo transversal tem dificuldade em estabelecer o que veio primeiro: a exposição ou a doença (viés de causalidade reversa).

Alternativa (d) Incorreta. O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental, não observacional. Além de ser inviável pelo tempo de latência, seria absolutamente antiético alocar seres humanos para serem expostos a substâncias potencialmente tóxicas e cancerígenas. Ensaios clínicos são utilizados para testar intervenções benéficas, como novos tratamentos ou vacinas.

Questão 69

A Curva de Nelson Moraes, também conhecida como Indicador de Mortalidade Proporcional por Idade, é um instrumento clássico da epidemiologia para avaliar o nível de saúde de uma população. Ela divide os óbitos em cinco grupos etários (menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 19 anos, 20 a 49 anos e 50 anos ou mais) e observa a proporção que cada grupo representa no total de mortes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um nível de saúde regular é representado pela curva em formato de U. Nesse cenário, há uma redução da mortalidade infantil em comparação aos níveis mais baixos, mas os óbitos ainda se concentram significativamente nos extremos da vida (infância e idosos), sem a predominância quase absoluta do grupo geriátrico.

Alternativa b) Incorreta. Um nível de saúde muito baixo é representado pela curva em formato de N (ou níveis iniciais, como o formato de L). Nesses casos, a mortalidade infantil é elevadíssima devido à falta de saneamento, desnutrição e doenças infecciosas, enquanto poucos indivíduos atingem a idade avançada.

Alternativa c) Correta. A curva em formato de J (ou jota) é o modelo ideal e indica um nível de saúde elevado. Nela, a mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de adultos jovens é muito baixa, e a grande maioria dos óbitos ocorre na população com 50 anos ou mais. Isso reflete o sucesso das políticas de saúde pública, o controle de doenças infectocontagiosas, a boa assistência ao pré-natal e ao parto, além de uma maior expectativa de vida, características de países desenvolvidos ou regiões com excelentes indicadores socioeconômicos.

Alternativa d) Incorreta. A transição epidemiológica incompleta, com alta mortalidade por causas externas em jovens e doenças crônicas em idosos, poderia sugerir uma curva com elevações em pontos distintos, mas a Curva de Nelson Moraes em J foca especificamente na concentração massiva de óbitos no final da vida, o que define o nível de saúde mais alto da classificação, e não uma transição incompleta.

Em resumo, para a prova, memorize a sequência evolutiva de Nelson Moraes: tipo I (N) é muito baixo; tipo II (L) é baixo; tipo III (U) é regular; e tipo IV (J) é elevado. O formato em J é o objetivo final de qualquer sistema de saúde, onde a morte é postergada para as idades mais avançadas.

Questão 70

Análise do Risco Relativo (RR): O RR de 0,40 indica que o grupo vacinado teve apenas 40% do risco de adoecer comparado ao grupo placebo. Para calcular a redução do risco (eficácia da vacina), subtraímos o RR de 1 ($1 - 0,40 = 0,60$). Portanto, houve uma redução de 60% no risco de adoecer. Sempre que o RR é menor que 1, o fator em estudo é considerado protetor.

Análise do Intervalo de Confiança (IC95%): O intervalo de confiança de 95% indica a precisão do resultado e sua significância estatística. Em medidas de razão (como o RR), o valor de nulidade é 1. Se o intervalo não incluir o número 1, o resultado é estatisticamente significativo (p menor que 0,05). No caso, o intervalo de 0,30 a 0,55 está inteiramente abaixo de 1, confirmando a significância.

Alternativa a) Correta. A vacina protege contra a doença (RR menor que 1), a redução do risco é de 60% (calculada como $1 - \text{RR}$) e o resultado é estatisticamente significativo porque o intervalo de confiança (0,30 a 0,55) não atravessa o valor 1.

Alternativa b) Incorreta. Há diferença estatística evidente, pois o intervalo de confiança não inclui o valor 1. Além disso, uma redução de 60% no adoecimento é clinicamente muito relevante em saúde pública.

Alternativa c) Incorreta. O RR de 0,40 significa que o risco residual é de 40%, o que equivale a uma redução de 60%. O erro também reside em dizer que o resultado pode ser fruto do acaso; como o IC95% não inclui o valor 1, rejeita-se a hipótese nula com confiança.

Alternativa d) Incorreta. A vacina não é fator de risco, mas sim de proteção, já que o RR é menor que 1. Um fator de risco apresentaria RR maior que 1. O resultado é significativo, e um intervalo de confiança estreito indica maior precisão da medida, não falta de significância.

Questão 71

RESPOSTA COMENTADA

O tema central da questão é a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), focando nas especificidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Portaria nº 3.088/2011 define os CAPS como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional e destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave e persistente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Os CAPS são serviços de base territorial e comunitária, situados preferencialmente no território de vida do usuário, e não obrigatoriamente dentro de hospitais gerais. Embora o CAPS III mantenha articulação com a rede hospitalar e outros pontos da RAPS, sua estrutura física é independente para favorecer a reinserção social e a autonomia do paciente, evitando o isolamento.

Alternativa (b) INCORRETA: O atendimento voltado especificamente para usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas é característico do CAPS ad (Álcool e Drogas). O CAPS III (modalidade geral) atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes de diversas etiologias. Vale notar que existe o CAPS ad III, que também funciona 24 horas, mas a questão refere-se ao CAPS III geral em comparação às modalidades I e II.

Alternativa (c) CORRETA: Esta é a característica técnica que define o CAPS III. Enquanto os CAPS I e II funcionam em horário comercial/diurno (5 dias por semana), o CAPS III opera 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana. Sua principal função é oferecer o acolhimento noturno (hospitalidade noturna) com leitos de observação para pacientes em situação de crise, permitindo um manejo clínico intensivo no próprio território e evitando a internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Alternativa (d) INCORRETA: O modelo de atenção psicossocial é, por definição, multiprofissional e transdisciplinar. O foco dos CAPS não é apenas o atendimento ambulatorial individual ou a estabilização medicamentosa. Todos os CAPS devem realizar atividades coletivas, como oficinas terapêuticas, grupos de apoio, atividades comunitárias e suporte à família, visando à reabilitação psicossocial e à inclusão do indivíduo na sociedade.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 72

O Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) é uma estratégia fundamental de saúde pública para o monitoramento das arboviroses no Brasil. O principal indicador analisado é o Índice de Infestação Predial (IIP), que quantifica a relação percentual entre o número de imóveis positivos para larvas de *Aedes aegypti* e o total de imóveis pesquisados. O Ministério da Saúde estabelece três níveis de classificação para esse índice:

1. Satisfatório: IIP abaixo de 1%.
2. Alerta: IIP de 1,0% a 3,9%.
3. Risco de Surto: IIP superior a 3,9%.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O intervalo entre 1% e 3,9% define a situação de Alerta. Nesse cenário, o gestor público deve intensificar as ações de controle, mas o município ainda não atingiu o patamar técnico considerado como risco iminente de surto.

Alternativa (b) CORRETA: Conforme os critérios técnicos do LIRAA, o município entra em situação de Risco de Surto quando o IIP é superior a 3,9%. Matematicamente, se o índice ultrapassa 3,9%, significa que pelo menos 4 em cada 100 imóveis (ou 4%) possuem focos do mosquito, indicando uma alta densidade vetorial que facilita a disseminação rápida dos vírus da Dengue, Zika e Chikungunya.

Alternativa (c) INCORRETA: O valor de 10% não é o parâmetro utilizado para definir risco de surto. A classificação de risco ocorre em níveis muito mais baixos (acima de 3,9%) para permitir que as autoridades de saúde intervenham antes que a densidade vetorial atinja níveis extremos e incontroláveis.

Alternativa (d) INCORRETA: Um IIP inferior a 1% é classificado como Satisfatório. Embora não signifique ausência total de risco (visto que a presença do vetor e o fluxo de pessoas infectadas podem gerar casos isolados), indica que a infestação está sob controle e o risco de uma epidemia generalizada é baixo no momento da medição.

Questão 73

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Afirmativa I: CORRETA. A notificação compulsória imediata é aquela realizada em até 24 horas a partir do conhecimento do caso, seja ele suspeito ou confirmado. Esse prazo exíguo é reservado para doenças com alto potencial de transmissibilidade, risco de surtos ou gravidade clínica que demande intervenção imediata da vigilância. O sarampo e a doença meningocócica são exemplos clássicos que exigem essa rapidez para bloqueio vacinal e quimioprofilaxia de contatos, respectivamente.

Afirmativa II: INCORRETA. O erro reside na afirmação de que a ausência de casos dispensa o envio da notificação. Na verdade, existe o conceito de Notificação Negativa. As unidades de saúde devem informar semanalmente à autoridade sanitária sobre a ausência de casos de doenças constantes na lista de notificação

compulsória. Isso serve como um indicador de que o sistema de vigilância daquela unidade está ativo e sensível, garantindo que não houve "silêncio epidemiológico" por falha de detecção.

Afirmativa III: CORRETA. A notificação é obrigatória para médicos, profissionais de saúde no exercício de suas funções e responsáveis por instituições de saúde e de ensino. Entretanto, a legislação brasileira (Lei nº 6.259/1975) deixa claro que qualquer cidadão pode comunicar a ocorrência de uma doença transmissível à autoridade sanitária local, sendo uma forma de participação da comunidade na vigilância em saúde.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Alternativa CORRETA. Conforme analisado, as proposições I e III guardam total conformidade com as normas da Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.
- b) Alternativa INCORRETA. A assertiva III também está correta, tornando esta alternativa incompleta.
- c) Alternativa INCORRETA. A assertiva II está errada, pois a notificação negativa é obrigatória.
- d) Alternativa INCORRETA. A presença da assertiva II torna a alternativa errada.

GABARITO: Letra A.

Questão 74

Afirmativa 1: Falsa. De acordo com o Art. 2º, inciso I, do Decreto nº 7.508/2011, a Região de Saúde é definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, mas sua delimitação deve ser feita obrigatoriamente a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. A assertiva é considerada incorreta por omitir esses critérios essenciais de delimitação exigidos pela norma.

Afirmativa 2: Verdadeira. Esta descrição corresponde exatamente à definição de Mapa da Saúde encontrada no Art. 2º, inciso IV, do referido decreto. O mapa é uma ferramenta de gestão que integra dados da rede pública e da iniciativa privada para orientar o planejamento, os investimentos e a análise de desempenho do sistema de saúde em determinada área geográfica.

Afirmativa 3: Falsa. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) não se restringe à gestão de hospitais universitários. Conforme os Arts. 33 e 34 do decreto, o COAP é o instrumento de pactuação entre os entes federativos (União, Estados e

Municípios) que formaliza a organização e a integração das ações e serviços de saúde na Região de Saúde, estabelecendo responsabilidades, metas, indicadores e critérios de desempenho para toda a rede.

Afirmativa 4: Verdadeira. O Art. 5º do Decreto nº 7.508/2011 estabelece os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde. Ela deve conter, no mínimo, ações e serviços de: 1) atenção primária; 2) urgência e emergência; 3) atenção psicossocial; 4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e 5) vigilância em saúde. A ausência de qualquer um desses elementos impede a formalização da região.

A sequência correta, de cima para baixo, é F, V, F, V. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 75

O modelo de Dahlgren e Whitehead é uma das representações mais utilizadas para explicar a determinação social da saúde, organizando os fatores em cinco camadas concêntricas que vão do nível individual ao macroestrutural.

Alternativa (a) Correta: A camada mais externa engloba os chamados macrodeterminantes. Estes incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais de uma sociedade. Essa camada é a mais abrangente porque exerce uma influência "guarda-chuva" sobre todas as outras. Por exemplo, a globalização, o modelo econômico de um país e suas políticas de seguridade social definem as condições de trabalho, que por sua vez influenciam o acesso a alimentos e a capacidade do indivíduo de manter hábitos saudáveis.

Alternativa (b) Incorreta: Os estilos de vida individuais situam-se na segunda camada, logo acima do núcleo central. Embora importantes, o modelo enfatiza que os comportamentos (como tabagismo ou sedentarismo) são muitas vezes condicionados pelas camadas superiores. O modelo não os considera a "causa raiz" isolada, mas sim o resultado de um contexto social e econômico.

Alternativa (c) Incorreta: Os fatores hereditários, idade e sexo compõem o centro do modelo (a primeira camada). Eles são considerados determinantes biológicos individuais e, na visão deste modelo, são os únicos fatores não modificáveis sobre os quais as camadas sociais atuam. Portanto, estão no extremo oposto da camada externa.

Alternativa (d) Incorreta: As redes sociais e comunitárias formam a terceira camada. Elas dizem respeito ao capital social, ou seja, às relações de vizinhança, apoio mútuo

e grupos sociais. Embora sejam fundamentais para a resiliência em saúde, situam-se em uma posição intermediária entre o indivíduo e as grandes estruturas econômicas.

Em resumo, o modelo é desenhado para mostrar que a saúde não depende apenas de escolhas individuais ou biologia, mas é fortemente moldada pelo contexto macroestrutural (camada externa) que define as oportunidades e riscos para toda a população.

Questão 76

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os dois tipos principais de incidência: a acumulada e a densidade de incidência. O enunciado descreve uma coorte dinâmica, onde as pessoas entram em tempos diferentes e nem todas completam o período de acompanhamento (perdas de seguimento).

Alternativa (a) - Incorreta. A incidência acumulada (ou risco) pressupõe que todos os indivíduos foram acompanhados pelo mesmo período total de tempo. Ela é calculada dividindo o número de casos novos pelo total de pessoas inicialmente em risco. Em um cenário onde há entradas tardias e perdas de seguimento, essa medida falha por não considerar o tempo real de exposição ao risco de cada participante, sendo mais adequada para coortes fixas e estáveis.

Alternativa (b) - Correta. A densidade de incidência (também chamada de taxa de incidência) é a medida de escolha para populações dinâmicas. Ao utilizar o denominador "pessoas-tempo", ela contabiliza exatamente quanto tempo cada indivíduo contribuiu para o estudo enquanto estava sob risco e sob observação. Se um indivíduo sai do estudo antes do fim ou entra depois do início, ele contribui apenas com o tempo em que esteve efetivamente presente. Isso permite uma estimativa precisa da velocidade com que novos casos surgem, o que define a força de morbidade.

Alternativa (c) - Incorreta. A prevalência pontual mede a proporção da população que tem a doença em um determinado instante, somando casos novos e casos antigos. A prevalência é uma medida de "estoque" ou estado, e não de velocidade de disseminação. Para avaliar a disseminação de uma nova variante (casos novos surgindo ao longo do tempo), obrigatoriamente devemos usar indicadores de incidência.

Alternativa (d) - Incorreta. O risco atribuível é uma medida de associação e impacto. Ele é calculado pela diferença entre a incidência no grupo exposto e a incidência no grupo não exposto, servindo para quantificar o excesso de casos que pode ser atribuído exclusivamente a uma exposição específica. O foco da questão não é

comparar grupos expostos e não expostos, mas sim medir a força de ocorrência da doença em uma população com seguimento irregular.

Questão 77

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus, rompe com a visão tecnocrática do planejamento tradicional ao considerar que o cenário social é dinâmico e composto por diversos atores com interesses distintos. Matus organiza o PES em quatro momentos que não são etapas estanques, mas movimentos contínuos.

Alternativa a) Incorreta. O Momento Normativo foca no "dever ser". Nesta fase, desenha-se o plano ideal, definindo-se as metas técnicas e o projeto do sistema. Embora a imagem-objetivo seja o horizonte aqui, o momento normativo preocupa-se mais com a formulação técnica do que com a articulação política para superar obstáculos.

Alternativa b) Correta. O Momento Estratégico foca no "poder ser". É a etapa em que o planejador analisa a viabilidade do plano projetado anteriormente. Aqui, avalia-se a correlação de forças entre os atores sociais, identificam-se possíveis aliados e oponentes e, fundamentalmente, constroem-se estratégias e manobras políticas para vencer resistências e tornar o plano exequível. É o cálculo de como chegar ao cenário objetivo desejado dentro de uma realidade de conflito de poderes.

Alternativa c) Incorreta. O Momento Tático-Operacional refere-se ao "fazer". É a fase da implementação das ações e da gestão em tempo real. Nele, as decisões são tomadas conforme a prática cotidiana e os resultados são monitorados para que o plano seja ajustado conforme a necessidade, garantindo que o planejamento não se torne um documento estático.

Alternativa d) Incorreta. O Momento Explicativo foca no "que é/foi". É a etapa inicial de diagnóstico, na qual se busca entender a realidade atual. O planejador identifica os problemas, seleciona os "nós críticos" (causas principais) e explica a situação sob a ótica de diferentes atores sociais envolvidos, sem ainda propor soluções ou estratégias de viabilidade.

Questão 78

O caso clínico descreve um paciente com silicose, uma pneumoconiose causada pela inalação de poeira de sílica livre, atividade comum em indústrias de jateamento de areia, mineração e pedreiras. Os achados radiográficos descritos (opacidades nodulares em campos superiores e linfonodos com calcificação em casca de ovo ou eggshell calcification) são clássicos e altamente sugestivos dessa patologia.

Para classificar a relação da doença com o trabalho, utilizamos a Classificação de Schilling, dividida em três grupos principais:

Alternativa a) Incorreta. A classificação original de Schilling contempla apenas três grupos (I, II e III). Não existe um Grupo IV nessa sistematização. A descrição de doenças que dificultam a reinserção profissional refere-se a consequências de incapacidades, mas não faz parte da categorização denexo causal de Schilling.

Alternativa b) Incorreta. O Grupo III de Schilling inclui doenças em que o trabalho atua como um fator provocador de um distúrbio latente ou agravador de uma doença preexistente. O exemplo típico é a asma brônquica ou episódios depressivos. Na silicose, o trabalho não apenas agrava uma condição; ele é o próprio gerador da patologia por meio da exposição ao agente particulado.

Alternativa c) Incorreta. O Grupo II de Schilling refere-se a doenças em que o trabalho é um fator de risco contributivo, mas não é estritamente necessário para que a doença ocorra. São doenças multicausais, como a hipertensão arterial, as doenças coronarianas e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Nesses casos, o indivíduo poderia desenvolver a doença mesmo sem a exposição ocupacional, mas o trabalho antecipa ou facilita o processo.

Alternativa d) Correta. O Grupo I de Schilling engloba doenças em que o trabalho é causa necessária (*conditio sine qua non*). São as chamadas doenças profissionais "stricto sensu". Sem a exposição à sílica no ambiente de trabalho, a silicose simplesmente não existiria para aquele indivíduo. A relação entre o agente etiológico (sílica) e a doença é direta. Além da silicose e outras pneumoconioses, as intoxicações profissionais por metais pesados (como o chumbo no saturnismo) também pertencem a esse grupo.

Questão 79

O Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974, é um dos documentos fundamentais da moderna Saúde Pública. Ele introduziu o conceito de Campo da Saúde, propondo que a saúde não é apenas o resultado da assistência médica, mas sim da interação de quatro componentes principais: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

Alternativa (a) INCORRETA: O foco exclusivo no saneamento e controle de vetores remete à fase do higienismo (século XIX e início do XX), voltada primordialmente para doenças infectocontagiosas. Embora o saneamento seja um determinante ambiental, o Relatório Lalonde expande essa visão para lidar com as doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas, típicas da modernidade.

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a essência do Relatório Lalonde. O documento demonstrou, por meio de análises epidemiológicas, que a maior parte dos gastos em saúde era direcionada à organização dos serviços de assistência médica (hospitais e médicos), enquanto as principais causas de morbimortalidade na época estavam fortemente ligadas ao estilo de vida (como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo) e ao ambiente. O relatório concluiu que intervenções focadas no comportamento individual e no meio ambiente teriam um impacto muito superior na redução da mortalidade precoce do que o investimento isolado no sistema assistencial.

Alternativa (c) INCORRETA: A biologia humana e a genética fazem parte dos quatro componentes do Campo da Saúde. No entanto, o relatório enfatiza que, para as doenças modernas, os fatores comportamentais (estilo de vida) e ambientais são os principais determinantes e os alvos prioritários da prevenção, pois a biologia humana é menos passível de modificação por políticas públicas de saúde em comparação aos hábitos de vida.

Alternativa (d) INCORRETA: Uma das conclusões mais célebres do relatório é justamente o questionamento do modelo biomédico centrado na assistência médica. Lalonde argumentou que a organização dos serviços de saúde contribui com uma parcela relativamente pequena para a melhoria do estado de saúde geral da população quando comparada às mudanças nos hábitos de vida e na qualidade ambiental. Portanto, a tecnificação dos serviços médicos não é a principal responsável pelo aumento da esperança de vida no contexto moderno analisado pelo relatório.

Questão 80

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora o risco relativo seja uma medida de associação válida, o uso de regressão logística para ajustar fatores de confusão crônicos é desnecessário e inadequado no contexto de um surto agudo de gastroenterite por fonte comum. Em investigações de campo rápidas, busca-se a associação direta entre o consumo e o adoecimento. Fatores crônicos raramente são os principais confundidores em surtos alimentares explosivos de curta duração.

Alternativa b) Incorreta. A taxa de letalidade mede a proporção de óbitos entre as pessoas que contraíram a doença, servindo para avaliar a gravidade do agravo e a virulência do agente. No entanto, ela não possui utilidade para identificar o alimento específico que causou o surto ou estabelecer o veículo de transmissão.

Alternativa c) Incorreta. A prevalência de exposição indica apenas a proporção de passageiros que consumiram cada alimento, sem levar em conta quem adoeceu ou não. Para identificar a fonte de infecção, é obrigatório comparar a ocorrência da doença entre expostos e não expostos, o que não é feito pela simples prevalência de consumo.

Alternativa d) Correta. A taxa de ataque é uma medida de incidência utilizada especificamente em surtos agudos envolvendo populações bem definidas (como os passageiros de um navio). Ao calcular a taxa de ataque entre os que consumiram determinado alimento (expostos) e compará-la com a taxa de ataque dos que não consumiram (não expostos), obtém-se o risco relativo ou a razão de taxas de ataque. O alimento que apresentar a maior diferença entre essas taxas é o provável veículo da contaminação. Essa é a ferramenta padrão em epidemiologia de campo para identificar a fonte em surtos de origem alimentar.

Questão 81

A alternativa (a) está correta porque descreve o marco laboratorial clássico da Síndrome de Guillain-Barré (SGB): a dissociação albuminocitológica. Esse fenômeno ocorre devido ao processo inflamatório e de desmielinização das raízes nervosas (radiculite), que resulta no aumento das proteínas no líquido cefalorraquidiano (hiperproteinorraquia) por extravasamento através da barreira sangue-nervo. Por se tratar de uma condição autoimune periférica e não de uma infecção do sistema nervoso central, a celularidade (contagem de leucócitos) permanece normal ou apenas levemente aumentada, geralmente abaixo de 10 células/mm³.

A alternativa (b) está incorreta. A presença de pleocitose linfomonocitária importante

(acima de 50 células/mm³) é um critério de exclusão ou de alerta para diagnósticos diferenciais. Caso esse achado ocorra, deve-se investigar outras etiologias, como infecção pelo HIV, doença de Lyme, citomegalovírus, sarcoidose ou infiltração neoplásica das meninges (leucemia/linfoma).

A alternativa (c) está incorreta. É verdade que o exame de líquido cefalorraquidiano pode ser normal em cerca de 50% dos pacientes nos primeiros dias da doença (primeira semana). No entanto, dizer que ele é "invariavelmente normal" e "inútil" é um erro. O líquido cefalorraquidiano é uma ferramenta diagnóstica fundamental para corroborar a suspeita clínica e excluir outras causas de paralisia aguda. Além disso, a eletroneuromiografia (ENMG) também costuma apresentar alterações típicas, como a redução da velocidade de condução ou bloqueios, com maior sensibilidade após a segunda semana de evolução, e não necessariamente no início do quadro.

A alternativa (d) está incorreta. A presença de bandas oligoclonais de IgG no líquido cefalorraquidiano é um marcador característico de doenças desmielinizantes do Sistema Nervoso Central (SNC), com destaque para a Esclerose Múltipla. A Síndrome de Guillain-Barré é uma patologia que afeta o Sistema Nervoso Periférico (SNP), e seu diagnóstico não depende desse marcador específico.

Questão 82

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para compreender essa questão, devemos dividir as causas do hipotireoidismo congênito (HC) em dois grandes grupos: as disgenesias e as disormonogêneses.

1. Disgenesias tireoidianas: São a causa mais comum (cerca de 80 a 85 por cento dos casos). Ocorrem por uma falha na formação da glândula durante a embriogênese. Incluem a ectopia (tireoide em local errado, como na base da língua), a agenesia (ausência total) e a hipoplasia (glândula muito pequena). Nesses casos, a ultrassonografia NÃO mostra uma glândula típica aumentada; ela mostrará a glândula ausente, pequena ou em local fora do habitual.

2. Disormonogêneses: Correspondem a cerca de 10 a 15 por cento dos casos. Aqui, a glândula se formou no local correto (tópica), mas existe um defeito enzimático em alguma etapa da produção dos hormônios tireoidianos (como na captação do iodo ou na ação da enzima tireoperoxidase — TPO). Como a produção de T4 é baixa, o feedback negativo deixa de existir, e o TSH sobe drasticamente. O TSH elevado estimula intensamente o tecido tireoidiano presente, levando ao crescimento da glândula, o que chamamos de bócio.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. Embora a deficiência grave de iodo possa causar bócio, a afirmação de que o bócio congênito é exclusivo da carência nutricional está errada. Os defeitos genéticos enzimáticos (disormonogênese) são causas clássicas de bócio no recém-nascido.

Alternativa B: Incorreta. O bócio é incompatível com o diagnóstico de disgenesia do tipo hipoplasia (na qual a glândula é pequena) ou ectopia (na qual a glândula não está no local habitual). A presença de uma glândula tópica e aumentada é o marcador clínico da disormonogênese.

Alternativa C: Correta. O achado de bócio em uma glândula localizada na posição normal (tópica) define a disormonogênese. O mecanismo é exatamente o descrito: um defeito genético (geralmente autossômico recessivo) impede a síntese hormonal, o TSH aumenta como tentativa de compensação e acaba hipertrofiando a glândula. A deficiência de tireoperoxidase (TPO) é um dos exemplos mais comuns desse grupo.

Alternativa D: Incorreta. A passagem de anticorpos bloqueadores do receptor de TSH (TRAb bloqueador) da mãe para o feto pode causar hipotireoidismo congênito transitório, mas o bócio não é o achado característico dessa condição, uma vez que o anticorpo bloqueia justamente o receptor que permitiria o crescimento da glândula pelo TSH. Além disso, a disormonogênese é uma causa permanente e mais frequentemente cobrada em provas com esse quadro clínico.

Gabarito: Letra C.

Questão 83

A questão aborda o diagnóstico e as complicações da Esferocitose Hereditária (EH), uma patologia marcada pela deficiência de proteínas da membrana ou do citoesqueleto da hemácia (como anquirina, espectrina ou banda 3). Essa deficiência causa perda de fragmentos da membrana, transformando o disco bicôncavo em uma esfera com menor superfície, o que leva à hemólise no baço.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O RDW (índice que mede a variação de tamanho entre as hemácias) geralmente está elevado na esferocitose, refletindo a coexistência de microesferócitos (pequenos) e reticulócitos (grandes). Além disso, a ruptura esplênica espontânea é uma complicação rara, mais associada a infecções como a mononucleose; na EH, o problema principal do baço é o sequestro e a destruição das

hemácias.

Alternativa B: Incorreta. A elevação da hemoglobina fetal (HbF) é um marcador clássico de hemoglobinopatias, como as betatalassemias, e não da esferocitose. O risco biliar na EH não é o carcinoma de vesícula, mas sim a formação de cálculos devido à hiperbilirrubinemia crônica.

Alternativa C: Incorreta. O Volume Corpuscular Médio (VCM) na esferocitose é tipicamente normal ou discretamente reduzido (devido aos microesferócitos). Embora a reticulocitose intensa possa elevar o VCM, esse não é o marcador principal. A colangite esclerosante primária é uma doença autoimune das vias biliares sem relação com anemias hemolíticas.

Alternativa D: Correta. A Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM) elevada, frequentemente superior a 36 g/dL, é o achado mais sugestivo de esferocitose hereditária no hemograma automatizado. Isso ocorre porque a hemácia perde membrana e sofre desidratação, fazendo com que a hemoglobina fique muito concentrada dentro da célula esférica. Em relação à complicação, a hemólise crônica libera grandes quantidades de bilirrubina indireta, que é conjugada e excretada na bile. O excesso de bilirrubinato de cálcio precipita, formando cálculos biliares (colelitíase), sendo esta a complicação biliar mais comum que pode exigir intervenção cirúrgica (colecistectomia).

Gabarito: Letra D.

Questão 84

A alternativa (a) é a correta. A Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SPEE) é uma condição causada por certas linhagens de *Staphylococcus aureus* (geralmente do grupo fágico II) que produzem toxinas esfoliativas (ETA e ETB). Essas toxinas são serinoproteases que se espalham pela corrente sanguínea a partir de um foco infeccioso e clivam especificamente a desmogleína-1. A desmogleína-1 é uma glicoproteína de adesão dos desmossomos localizada nas camadas superiores da epiderme, especificamente na camada granulosa. Como a toxina atua apenas nesse nível superficial e não há agressão direta aos queratinócitos de toda a epiderme, a bolha é intraepidérmica e não ocorre necrose total do tecido, o que explica a recuperação rápida e sem cicatrizes.

A alternativa (b) está incorreta, pois a fasciíte necrosante é uma infecção profunda e invasiva do tecido subcutâneo e fáscia, geralmente causada por *Streptococcus pyogenes* ou infecções polimicrobianas. Na SPEE, a bactéria muitas vezes nem é isolada da bolha (que é estéril), pois o quadro é mediado pela toxina circulante, e não

por invasão bacteriana direta em toda a extensão da pele.

A alternativa (c) está incorreta. A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são farmacodermias que envolvem a morte celular (apoptose e necrose) de toda a espessura da epiderme devido a uma reação imunológica. O descolamento na SSJ/NET ocorre na junção dermoepidérmica (mais profundo que na SPEE) e quase sempre apresenta acometimento importante de mucosas (oral, ocular, genital), o que não é característico da SPEE.

A alternativa (d) está incorreta. Embora o Pênfigo Foliáceo (Fogo Selvagem) também tenha como alvo a desmogleína-1, ele é uma doença autoimune causada por autoanticorpos (IgG4), com curso clínico crônico. A SPEE é uma doença infectocontagiosa aguda, mediada por toxinas bacterianas, e ocorre predominantemente em recém-nascidos e crianças pequenas devido à imaturidade renal para depurar as toxinas e à falta de anticorpos antitoxina.

Questão 85

A Válvula de Uretra Posterior (VUP) representa uma emergência urológica no período neonatal e é a principal causa de obstrução infravesical em meninos. A fisiopatologia envolve a presença de membranas congênitas na uretra prostática que impedem o fluxo normal da urina, resultando em pressões elevadas que atingem a bexiga, os ureteres e o parênquima renal.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve precisamente a evolução e o manejo da VUP. Quando a obstrução ocorre precocemente durante o desenvolvimento fetal, a pressão retrógrada interfere na formação dos rins, podendo causar displasia renal e perda definitiva de função (insuficiência renal crônica). O manejo inicial exige a decompressão imediata da via urinária, geralmente por meio de sondagem vesical, para estabilizar a função renal e corrigir distúrbios hidroeletrólíticos. O tratamento definitivo é a ablação cirúrgica da válvula, preferencialmente por via endoscópica, logo que as condições clínicas do recém-nascido permitirem.

Alternativa B (Incorreta): A Síndrome de Prune-Belly é um diagnóstico diferencial que também apresenta dilatação do trato urinário, mas caracteriza-se pela tríade de deficiência da musculatura abdominal, criptorquidia bilateral e anomalias urinárias. Embora ambas possam cursar com hidronefrose, são entidades distintas. Na VUP, a cirurgia de ablação da válvula é o padrão-ouro, e a vesicostomia é uma alternativa temporária apenas em casos selecionados (como em prematuros com uretra muito fina), não sendo uma solução permanente única.

Alternativa C (Incorreta): A VUP não é uma condição benigna e jamais se resolve espontaneamente. A obstrução mecânica é grave e progressiva, levando à destruição do parênquima renal, infecções urinárias graves e potenciais complicações pulmonares por oligodramnia no período fetal. A conduta expectante apenas com antibióticos seria fatal ou levaria à falência renal precoce.

Alternativa D (Incorreta): O transplante renal não é o tratamento imediato. O objetivo inicial é sempre a desobstrução das vias urinárias para preservar a função renal remanescente. Embora a VUP seja uma das principais causas de necessidade de transplante renal em crianças a longo prazo, muitos pacientes mantêm função renal adequada por anos após a correção cirúrgica da obstrução. Além disso, o transplante em recém-nascidos é tecnicamente inviável e não substitui a necessidade de descompressão vesical.

Questão 86

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido de 10 dias que evoluiu com choque cardiogênico súbito coincidindo com o período de fechamento do canal arterial. Os sinais patognomônicos aqui são a ausência de pulsos femorais e a saturação de oxigênio diferencial (maior no membro superior direito do que nos membros inferiores). Esses achados indicam uma obstrução grave ao fluxo sanguíneo na aorta, após a emergência da artéria subclávia direita. Quando o canal arterial se fecha, o fluxo para a parte inferior do corpo é interrompido, levando ao choque, acidose e ausência de pulsos em membros inferiores.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Na Transposição das Grandes Artérias (TGA), a principal manifestação é a cianose central refratária nas primeiras horas de vida. Embora a mistura de sangue dependa do forame oval e do canal arterial, a TGA não causa tipicamente a disparidade de pulsos entre membros superiores e inferiores descrita no enunciado. O procedimento de Rashkind é indicado para TGA com hipoxemia grave, mas o quadro clínico aqui é de obstrução sistêmica.

Alternativa b) Incorreta. A Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar é uma cardiopatia de fluxo pulmonar dependente do canal arterial. O fechamento do canal causaria uma crise de hipóxia grave (queda de saturação), mas não provocaria a ausência de pulsos femorais ou choque cardiogênico por falha de perfusão sistêmica.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico é de Coarctação da Aorta crítica. Esta é uma

lesão ducto-dependente de fluxo sistêmico. Enquanto o canal arterial está aberto, o sangue flui da artéria pulmonar para a aorta descendente, garantindo perfusão para a parte inferior do corpo (geralmente com saturação menor, explicando a saturação diferencial). Com o fechamento do canal por volta da primeira ou segunda semana de vida, a obstrução aórtica torna-se total ou quase total, resultando em choque, acidose e desaparecimento dos pulsos femorais. A conduta imediata é salvar a vida com Prostaglandina E1 (Alprostadil) para reabrir o canal, estabilizando o paciente para posterior cirurgia.

Alternativa d) Incorreta. Embora a sepse neonatal seja um importante diagnóstico diferencial de choque no recém-nascido, ela não explica a ausência seletiva de pulsos femorais nem a saturação diferencial. Além disso, a afirmação de que cardiopatias congênitas críticas manifestam-se obrigatoriamente nas primeiras 24 horas está errada; muitas lesões dependentes do canal manifestam-se apenas entre o 7º e o 14º dia de vida, quando ocorre o fechamento anatômico definitivo dessa estrutura.

Questão 87

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os níveis de prevenção da febre reumática (FR) e conhecer o manejo de pacientes que já tiveram a doença.

ALTERNATIVA A (CORRETA):

A profilaxia secundária é o conjunto de medidas destinadas a evitar novos episódios (surto) de febre reumática em indivíduos que já tiveram a doença. O objetivo é impedir que uma nova infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A desencadeie uma resposta imunológica recidivante. O padrão-ouro é a penicilina G benzatina, por via intramuscular, a cada 21 dias. Para pacientes que tiveram cardite, mas que se recuperaram sem deixar sequelas valvares (como o caso em questão), as diretrizes brasileiras recomendam a manutenção até os 21 anos de idade ou por 5 anos após o último surto (prevalecendo o que cobrir o maior tempo). Nota: Algumas diretrizes mais recentes sugerem estender até os 25 anos em casos de cardite leve/curada, porém a alternativa reflete o consenso clássico amplamente cobrado em provas.

ALTERNATIVA B (INCORRETA):

O termo "profilaxia primária contínua" é conceitualmente errado. A profilaxia primária é o tratamento pontual de uma faringoamigdalite aguda para evitar o primeiro surto de FR. Além disso, a azitromicina não é a primeira escolha, sendo reservada apenas para pacientes com alergia grave à penicilina. A penicilina benzatina é, sim, eficaz para erradicar o estreptococo e prevenir a colonização recorrente que levaria ao surto.

ALTERNATIVA C (INCORRETA):

A profilaxia primária (tratar a garganta apenas quando inflamar) é insuficiente para quem já teve febre reumática. Como esses pacientes possuem uma predisposição imunológica aumentada, qualquer nova exposição ao estreptococo (mesmo assintomática) pode desencadear um novo surto de febre reumática e agravar as lesões cardíacas. Por isso, a medicação deve ser contínua (secundária).

ALTERNATIVA D (INCORRETA):

A prevenção terciária foca na redução de incapacidades e reabilitação de sequelas já estabelecidas (como insuficiência cardíaca grave ou cirurgias valvares). O erro crucial da alternativa é afirmar que a prevenção de novos surtos não altera o prognóstico. Pelo contrário, cada novo surto de febre reumática aumenta progressivamente o risco e a gravidade das lesões nas valvas cardíacas; prevenir recidivas é o pilar principal para evitar que um paciente com "cardite curada" evolua para uma valvulopatia crônica grave.

Questão 88

Análise da Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. O gene SHOX (Short Stature Homeobox) localiza-se na região pseudoautosômica dos cromossomos X e Y. Isso significa que, em condições normais, tanto homens quanto mulheres possuem duas cópias funcionais desse gene. A deficiência de uma dessas cópias (haploinsuficiência) é o principal mecanismo para a baixa estatura na Síndrome de Turner (onde há perda de um cromossomo X) e é a causa da Discondrosteose de Leri-Weill, uma displasia óssea caracterizada por baixa estatura e deformidade de Madelung nos punhos.

Análise da Afirmativa II: Esta afirmativa está incorreta. Embora o hipotireoidismo adquirido na infância realmente cause uma desaceleração ou parada no crescimento, o impacto na maturação óssea é oposto ao descrito. O hormônio tireoidiano é essencial para a maturação dos condrócitos; portanto, sua falta leva a um atraso na idade óssea em relação à idade cronológica, e não a um avanço. O avanço da idade óssea é característico de condições com excesso de hormônios sexuais, como a puberdade precoce.

Análise da Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. Na puberdade precoce central, ocorre a ativação antecipada do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, elevando os níveis de esteroides sexuais. Esses hormônios estimulam o crescimento linear imediato (estirão precoce) e a maturação acelerada das cartilagens de crescimento. Esse avanço desproporcional da idade óssea leva ao fechamento prematuro das epífises, o que interrompe o crescimento cedo demais e reduz a estatura final adulta em comparação com o potencial genético da criança.

Conclusão: Apenas as afirmativas I e III estão corretas.

Alternativa correta: Letra A.

Questão 89

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um adolescente de 13 anos, obeso, com quadro de dor referida na coxa e no joelho (muito comum na patologia do quadril em crianças) e claudicação há 3 semanas. O achado físico patognomônico é a limitação da rotação interna e, frequentemente, o sinal de Drehmann (o quadril realiza rotação externa obrigatória durante a flexão passiva). Este cenário é a apresentação clássica da Epifisiólise da Cabeça Femoral (ECF).

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A ECF consiste no deslizamento do colo femoral em relação à epífise, que permanece no acetábulo. Esse deslizamento ocorre especificamente na zona hipertrófica da placa fisária (camada de células volumosas e com menos matriz extracelular), que está fragilizada por influências hormonais do estirão puberal e submetida a estresse mecânico excessivo pela obesidade. A conduta deve ser imediata: suspensão de carga (uso de muletas ou cadeira de rodas) para evitar o agravamento do deslizamento e estabilização cirúrgica, geralmente com fixação in situ (parafuso único), para prevenir complicações graves como a necrose avascular da cabeça femoral e a condrólise.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A Doença de Legg-Calvé-Perthes é a necrose avascular idiopática da cabeça femoral, mas acomete tipicamente crianças mais novas (entre 4 e 8 anos) e não está associada à obesidade. Além disso, o tratamento na adolescência raramente é apenas conservador devido ao pior prognóstico nessa faixa etária.

Alternativa (c): A Doença de Osgood-Schlatter é uma apofisite de tração na tuberosidade anterior da tíbia. Embora ocorra em adolescentes, a dor é localizada estritamente na região anterior do joelho (abaixo da patela), com edema local e dor à palpação da tuberosidade, sem qualquer relação com a limitação da mobilidade do quadril descrita no enunciado.

Alternativa (d): A sinovite transitória do quadril é a causa mais comum de dor no quadril na infância, mas ocorre geralmente após infecções virais das vias aéreas

superiores e em crianças entre 3 e 8 anos. É um quadro agudo e autolimitado. No caso descrito, o perfil epidemiológico (adolescente obeso) e a duração dos sintomas (3 semanas) direcionam fortemente para a epifisiólise, que exige intervenção cirúrgica, e não apenas repouso.

Questão 90

COMENTÁRIO DA QUESTÃO: Doença Granulomatosa Crônica (DGC)

A alternativa correta é a (d).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Esta alternativa descreve a Deficiência de Adesão Leucocitária (LAD). Na LAD, o defeito está em moléculas de superfície (como as integrinas) que permitem que os leucócitos migrem do sangue para os tecidos. Por isso, não há formação de pus (abscessos frios) e a onfalite (infecção do coto umbilical) com queda tardia é um sinal clássico. Na Doença Granulomatosa Crônica (DGC), os leucócitos chegam ao local da infecção normalmente, mas não conseguem eliminar os patógenos, resultando em abscessos purulentos e adenites.

Alternativa (b) Incorreta: A deficiência de mieloperoxidase (MPO) é a imunodeficiência primária dos fagócitos mais comum, mas a maioria dos pacientes é assintomática. Nela, o "burst" oxidativo inicial (produção de superóxido) é normal, portanto o teste de DHR ou NBT não apresentaria os resultados descritos no enunciado. A DGC é uma condição muito mais grave clinicamente.

Alternativa (c) Incorreta: A Síndrome de Chédiak-Higashi é um defeito no tráfego de vesículas intracelulares (gene LYST), caracterizada por grânulos gigantes nos leucócitos e albinismo oculocutâneo. Embora também curse com infecções recorrentes, o mecanismo fisiopatológico é a falha na fusão do fagossomo com o lisossomo, e não um defeito primário na produção de espécies reativas de oxigênio.

Alternativa (d) Correta: A Doença Granulomatosa Crônica (DGC) é causada por mutações em qualquer um dos cinco componentes do complexo enzimático NADPH oxidase. Esse complexo é responsável por converter o oxigênio molecular em ânion superóxido (o "burst" oxidativo), que é o passo inicial para a destruição de microrganismos fagocitados. Patógenos catalase-positivos (como *Staphylococcus aureus*, *Aspergillus*, *Serratia marcescens*, *Burkholderia cepacia* e *Nocardia*) são perigosos porque produzem a enzima catalase, que neutraliza o pouco peróxido de hidrogênio que a própria bactéria produz, deixando o fagócito sem meios de matá-la. O diagnóstico é classicamente feito pelo teste do Nitroblue Tetrazolium (NBT), que

avalia a redução do corante, ou pela citometria de fluxo com di-hidrorodamina (DHR), que mede a oxidação da substância pela produção de radicais livres. No paciente com DGC, ambos os testes estarão alterados devido à ausência de oxidação.

Questão 91

ANÁLISE DA PRIMEIRA AFIRMATIVA (VERDADEIRA):

As características faciais dismórficas são os sinais mais específicos da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Elas resultam da exposição ao álcool durante o desenvolvimento da linha média da face no primeiro trimestre de gestação. A tríade clássica descrita é exatamente a apresentada: fendas palpebrais curtas (medidas do canto interno ao externo do olho), filtro nasal liso ou plano (a depressão entre o nariz e o lábio superior) e lábio superior fino (hipoplasia do vermelhão do lábio).

ANÁLISE DA SEGUNDA AFIRMATIVA (VERDADEIRA):

O retardo de crescimento é um dos pilares diagnósticos da SAF. O critério estabelecido é que o peso e/ou a estatura estejam abaixo do percentil 10 para a idade e sexo, utilizando curvas de crescimento adequadas. Esse déficit pode ser observado logo ao nascimento (pré-natal) ou ser documentado durante o acompanhamento da criança (pós-natal).

ANÁLISE DA TERCEIRA AFIRMATIVA (FALSA):

Embora as alterações do sistema nervoso central (SNC) façam parte do quadro clínico da SAF, esta afirmativa é considerada falsa em avaliações médicas devido ao critério de microcefalia utilizado. Na pediatria clássica e na maioria das diretrizes diagnósticas, a microcefalia é definida por um perímetro cefálico abaixo do percentil 3 (ou menor que 2 desvios-padrão abaixo da média), e não abaixo do percentil 10. O percentil 10 é o ponto de corte para peso e altura, mas para o perímetro cefálico, utiliza-se um critério mais rigoroso para definir microcefalia.

ANÁLISE DA QUARTA AFIRMATIVA (FALSA):

A presença de malformações congênitas, como a comunicação interventricular (CIV), anomalias renais, auditivas ou esqueléticas, pode ocorrer no Espectro de Desordens Fetais Alcoólicas (FASD), sendo classificadas como Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool (ARBD). No entanto, essas malformações NÃO são critérios obrigatórios para o diagnóstico de SAF completa. O diagnóstico de SAF completa exige a tríade de dismorfismo facial, restrição de crescimento e anormalidades do SNC.

CONCLUSÃO:

Considerando que as duas primeiras afirmativas são verdadeiras e as duas últimas são falsas, a sequência correta é V, V, F, F.

Alternativa correta: Letra (a).

Questão 92

Alternativa A: Incorreta. Embora a *Salmonella* spp. seja um agente clássico de osteomielite em crianças, ela está fortemente associada a pacientes com anemia falciforme (doença falciforme). Em pré-escolares saudáveis, o *Staphylococcus aureus* continua sendo o agente mais comum de forma geral, mas o enunciado foca em um agente emergente, fastidioso e com quadro insidioso, perfil que não se encaixa primariamente na *Salmonella*.

Alternativa B: Correta. A *Kingella kingae* é atualmente reconhecida como a principal causa de osteoartrites (osteomielite e artrite séptica) em crianças entre 6 meses e 4 anos de idade. Trata-se de um cocobacilo Gram-negativo fastidioso que faz parte da microbiota da orofaringe. Sua detecção é difícil em meios de cultura sólidos convencionais, sendo necessária a inoculação de material biológico (como aspirado articular ou biópsia óssea) diretamente em frascos de hemocultura automatizada ou o uso de técnicas moleculares como a PCR. Clinicamente, costuma causar quadros menos exuberantes, com febre baixa ou ausente e marcadores inflamatórios pouco elevados.

Alternativa C: Incorreta. O *Staphylococcus aureus* (incluindo o MRSA) é um agente que cresce facilmente em meios de cultura tradicionais, não sendo classificado como germe fastidioso. Além disso, o MRSA geralmente causa quadros clínicos graves e agressivos, com febre alta e grande destruição tecidual, o que contrasta com o quadro insidioso descrito no enunciado. Ele não é o agente exclusivo de culturas negativas.

Alternativa D: Incorreta. Historicamente, o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) era um importante patógeno pediátrico. No entanto, após a introdução da vacina conjugada no calendário vacinal infantil, a incidência de infecções invasivas por Hib, incluindo osteomielite, caiu drasticamente. Atualmente, ele é uma causa rara em populações com cobertura vacinal adequada. Além disso, o quadro clínico do Hib costuma ser agudo e sistêmico, e não insidioso.

Questão 93

A Epilepsia Rolândica, formalmente conhecida como Epilepsia Benigna da Infância com Pontas Centrotemporais (EBI-CT), é a síndrome epiléptica focal mais comum na infância. Ela possui características muito bem definidas que permitem um manejo conservador na maioria dos casos.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O termo "benigna" no nome da síndrome refere-se justamente ao seu caráter autolimitado. As crises e as alterações eletroencefalográficas desaparecem espontaneamente com a maturação cerebral, geralmente até os 15 ou 16 anos de idade. Portanto, não há necessidade de tratamento por toda a vida. Além disso, o risco de morte súbita (SUDEP) nessa síndrome é extremamente baixo, não justificando a manutenção da terapia medicamentosa após a adolescência.

Alternativa b) Incorreta. Embora em epilepsias focais a investigação por imagem seja frequentemente solicitada, na Epilepsia Rolândica típica, com quadro clínico clássico (crises orofaciais noturnas) e eletroencefalograma (EEG) demonstrando pontas em região centrottemporal que se acentuam no sono, a ressonância magnética (RM) de crânio não é obrigatória. O diagnóstico é sintomático e baseado na clínica e no EEG. Se o desenvolvimento da criança é normal e o padrão do EEG é patognomônico, a RM pode ser dispensada.

Alternativa c) Incorreta. A evolução para a Síndrome de Landau-Kleffner (afasia epiléptica adquirida) ou para a Encefalopatia Epiléptica com Pontas-Onda Contínuas durante o Sono (CSWS) é uma complicação raríssima e não representa a história natural da Epilepsia Rolândica. A imensa maioria das crianças mantém o desenvolvimento cognitivo e escolar normal, sem necessidade de tratamentos agressivos como corticoides ou cirurgia.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o prognóstico da doença. A remissão ocorre invariavelmente até o final da adolescência. Como as crises são predominantemente noturnas, breves e muitas vezes raras, o risco de dano físico ou constrangimento social é pequeno. Por isso, a decisão de iniciar fármacos antiepilépticos é discutida com a família, e a conduta de "observar e aguardar" sem medicação é frequentemente adotada quando as crises são pouco frequentes.

Em resumo, o reconhecimento da Epilepsia Rolândica é fundamental para tranquilizar os pais sobre a natureza benigna do quadro, evitando exames de imagem desnecessários e o uso prolongado de medicamentos em uma condição que caminha para a cura espontânea.

Questão 94

Análise do caso:

O paciente apresenta os critérios clássicos para a suspeita de diabetes tipo MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*): início da hiperglicemia antes dos 25 anos, história familiar consistente com herança autossômica dominante (três gerações afetadas), ausência de obesidade ou sinais de resistência insulínica (*acantose nigricans*) e autoanticorpos negativos (afastando etiologia autoimune).

Alternativa a: Incorreta. O diabetes tipo 1 é caracterizado pela destruição autoimune das células beta. A negatividade dos autoanticorpos (anti-GAD e anti-IA2), somada à história familiar de diabetes leve que não requer insulina em múltiplas gerações, torna o diagnóstico de DM1 improvável, mesmo em fase de remissão parcial (lua de mel).

Alternativa b: Incorreta. O MODY 3, causado por mutações no gene HNF1A, é uma forma comum de diabetes monogênico, mas apresenta características diferentes. Nele, a hiperglicemia costuma ser progressiva e mais acentuada, com risco significativo de complicações microvasculares a longo prazo. Embora apresente um baixo limiar renal para glicose (glicosúria), o quadro de hiperglicemia de jejum leve e estável descrito no enunciado é o selo clínico do MODY 2, e não do MODY 3.

Alternativa c: Incorreta. Embora o diabetes tipo 2 esteja aumentando em jovens, ele está fortemente associado ao excesso de peso e a marcadores de resistência à insulina. O paciente em questão não é obeso e não apresenta acantose. A característica de hiperglicemia leve e persistente desde a juventude em uma linhagem familiar clara sugere fortemente uma causa monogênica.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico é de MODY 2, causado por uma mutação no gene da glicoquinase (GCK). A glicoquinase é a enzima responsável por catalisar a primeira etapa da glicólise na célula beta pancreática, atuando como o verdadeiro sensor de glicose do organismo. A mutação eleva o ponto de ajuste (*set point*) para a secreção de insulina; ou seja, o pâncreas só entende que deve liberar insulina quando a glicemia está em níveis mais altos que o normal. Isso resulta em uma hiperglicemia de jejum leve (geralmente entre 100 e 126 mg/dL) e uma HbA1c discretamente elevada, que permanecem estáveis por décadas. Como o risco de complicações microvasculares é comparável ao da população geral, o tratamento farmacológico raramente é necessário, sendo preconizado apenas o manejo dietético.

Questão 95

O processo de transição nutricional no Brasil é caracterizado por mudanças drásticas nos padrões de saúde e alimentação, refletindo a evolução socioeconômica do país. Esse fenômeno envolve a redução das doenças carenciais e o aumento expressivo dos problemas relacionados ao excesso de peso.

Alternativa A: Incorreta. A desnutrição crônica (baixa estatura para a idade), embora tenha apresentado uma queda histórica significativa no Brasil, ainda não foi erradicada. Ela persiste em bolsões de vulnerabilidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste e em populações indígenas. Além disso, a obesidade não é restrita às classes de maior renda; pelo contrário, observa-se um crescimento acelerado da obesidade nas classes sociais mais baixas, devido ao maior consumo de alimentos ultraprocessados, que possuem alta densidade energética e baixo custo.

Alternativa B: Incorreta. A transição nutricional não eliminou a chamada "fome oculta". Apesar do aumento da obesidade, as deficiências de micronutrientes continuam sendo um desafio de saúde pública. A anemia ferropriva e a hipovitaminose A ainda apresentam prevalências relevantes na população pediátrica brasileira, coexistindo muitas vezes com o excesso de peso no mesmo indivíduo ou família (dupla carga de má nutrição).

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o cenário epidemiológico atual. Nas últimas décadas, o Brasil conseguiu reduzir de forma expressiva a desnutrição aguda (baixo peso para a altura) e o baixo peso para a idade por meio de políticas públicas e melhoria do saneamento. Em contrapartida, houve um aumento galopante do sobrepeso e da obesidade em todos os estratos sociais e faixas etárias, o que contribui diretamente para o aumento precoce de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, ainda na infância e adolescência.

Alternativa D: Incorreta. O perfil nutricional brasileiro é extremamente dinâmico, e não estável. As formas graves de desnutrição energético-proteica (marasmo e Kwashiorkor), que eram comuns em décadas passadas, tornaram-se raras no cenário nacional atual. A obesidade deixou de ser um fenômeno de elite e tornou-se onipresente, afetando severamente a população de baixa renda.

Questão 96

A Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) e o manejo do líquido amniótico meconial passaram por mudanças significativas nas diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Heart Association (AHA). O foco atual é a ventilação pulmonar eficaz em detrimento da aspiração traqueal sistemática.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) é indicado apenas para recém-nascidos que apresentam desconforto respiratório, mas que possuem respiração espontânea e frequência cardíaca estável (acima de 100 bpm). No caso descrito, o recém-nascido não é vigoroso (está em apneia e hipotônico), o que exige suporte ventilatório ativo por meio de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara, e não apenas CPAP. Além disso, a aspiração não é contraindicada por bradicardia reflexa, mas sim postergada para priorizar a oxigenação.

Alternativa b) Incorreta. A aspiração das vias aéreas no períneo materno, com a cabeça do bebê ainda no canal de parto antes do desprendimento dos ombros, foi formalmente proscrita nas diretrizes de 2005. Estudos randomizados demonstraram que essa prática não previne a SAM e não traz benefícios clínicos, podendo inclusive causar trauma local ou atrasar o atendimento.

Alternativa c) Correta. De acordo com as diretrizes da SBP 2022, o manejo do recém-nascido não vigoroso com líquido meconial segue a mesma lógica do líquido claro: se o bebê não respira ou está hipotônico, ele deve ser levado à mesa de reanimação para os passos iniciais (aquecer, posicionar a cabeça, aspirar boca e nariz se necessário, e secar). Se após esses passos (que devem durar no máximo 30 segundos) o bebê persistir em apneia, gasping ou frequência cardíaca menor que 100 bpm, deve-se iniciar a VPP com máscara e balão imediatamente. A intubação traqueal para aspiração traqueal rotineira não é mais recomendada, sendo reservada apenas para casos em que a ventilação com máscara não é eficaz devido à obstrução evidente por mecônio espesso.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa descreve a conduta adotada em protocolos antigos (anteriores a 2016). Atualmente, as evidências mostram que a ventilação precoce (no "minuto de ouro") é mais importante do que a tentativa de remover o mecônio da traqueia. A intubação imediata antes de qualquer ventilação retardava o início da reanimação e aumentava o risco de hipóxia e lesão pulmonar, sem reduzir a incidência de SAM.

Resumo do manejo atual: Independentemente do aspecto do líquido amniótico (claro ou meconial), se o recém-nascido não respira ou está hipotônico, a prioridade absoluta é garantir a ventilação pulmonar efetiva dentro do primeiro minuto de vida.

Questão 97

Para compreender esta questão, é fundamental recordar a fisiologia pediátrica no trauma. A criança possui uma excelente reserva fisiológica, conseguindo manter a pressão arterial sistólica dentro da normalidade mesmo após perdas de até 30% do volume sanguíneo total, utilizando mecanismos como taquicardia e vasoconstrição periférica intensa. Por esse motivo, a hipotensão na pediatria é um sinal tardio, indicando que os mecanismos compensatórios falharam e que a perda volêmica é crítica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: No Choque Classe I, a perda volêmica é inferior a 15% e os sinais clínicos são mínimos, como uma leve taquicardia. A afirmação está errada ao dizer que a hipotensão ocorre precocemente em crianças; na verdade, ela é um dos últimos sinais a aparecer, surgindo apenas após perdas vultosas.

Alternativa (b) Incorreta: O Choque Classe II (perda de 15 a 30%) é o choque compensado clássico. Nele, observamos taquicardia, taquipneia e redução da pressão de pulso, mas a pressão arterial sistólica ainda está preservada. O paciente do enunciado já apresenta hipotensão e alteração de consciência (torpor), o que o retira da classificação de choque compensado Classe II.

Alternativa (c) Incorreta: O Choque Classe IV envolve perda superior a 45% do volume sanguíneo. Embora seja uma situação de extrema gravidade com risco iminente de morte, não deve ser classificado como irreversível de imediato, nem justifica cuidados paliativos como conduta inicial. O protocolo padrão exige reanimação agressiva, transfusão maciça e controle cirúrgico do sangramento (esplenectomia ou rafia, se indicado).

Alternativa (d) Correta: O quadro descrito apresenta o tripé do choque descompensado/grave: hipotensão arterial, alteração do nível de consciência (torpor) e sinais de má perfusão periférica acentuada (tempo de enchimento capilar > 4 segundos). Isso correlaciona-se com a Classe III, que envolve perda de 30% a 40% da volemia. O surgimento da hipotensão é o marco da falência compensatória. Em crianças nesse estágio, a reposição volêmica deve ser feita não apenas com cristaloides, mas com a introdução precoce de hemoderivados (sangue) para garantir o transporte de oxigênio.

Nota sobre a nomenclatura: Embora a alternativa utilize o termo "Choque Compensado Classe III", a presença de hipotensão define clinicamente o choque como "Descompensado". No entanto, os valores de perda volêmica (30-40%) e a conduta (transfusão) citados na letra (d) estão em perfeita concordância com os manuais de trauma (ATLS), tornando-a a resposta correta.

Questão 98

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente pediátrico (2 anos) com enterorragia indolor e anemia ferropriva, cujas investigações endoscópicas iniciais (EDA e colonoscopia) foram negativas. Dois pontos no enunciado são cruciais para o diagnóstico: a referência a uma anomalia remanescente do ducto onfalomesentérico e a presença de mucosa gástrica ectópica. Essa é a descrição clássica do Divertículo de Meckel.

O Divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal, resultante da falha no fechamento do ducto vitelino (ou onfalomesentérico). Cerca de 50% desses divertículos contêm tecido heterotópico, sendo a mucosa gástrica a mais frequente. Essa mucosa secreta ácido clorídrico, que causa ulceração da mucosa ileal adjacente, levando ao sangramento digestivo baixo indolor, exatamente como descrito no caso.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: Embora a duplicação intestinal possa causar sangramento e ser um diagnóstico diferencial, ela não é um remanescente do ducto onfalomesentérico. Além disso, o enunciado foca na presença de mucosa gástrica ectópica como chave para o diagnóstico, o que aponta diretamente para o Divertículo de Meckel.

b) INCORRETA: A polipose juvenil costuma causar sangramento, mas os pólipos são mais comumente encontrados no cólon e seriam visualizados na colonoscopia. Além disso, a patogênese da polipose não tem relação com remanescentes do ducto onfalomesentérico.

c) CORRETA: O diagnóstico é de Divertículo de Meckel. Em crianças, o exame padrão-ouro para detecção do divertículo que se manifesta por sangramento é a Cintilografia com Pertecnetato de Tecnécio-99m (conhecida como Meckel Scan). O radiofármaco é captado pelas células parietais da mucosa gástrica ectópica presente dentro do divertículo, permitindo a sua visualização fora da topografia gástrica habitual. É um método altamente sensível e específico na população pediátrica.

d) INCORRETA: A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal. O quadro clínico típico envolve dor abdominal, diarreia, febre e perda de peso, o que diverge da enterorragia indolor apresentada. Além disso, não é uma malformação congênita do ducto onfalomesentérico.

GABARITO: Letra (c).

Questão 99

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica de pequenos e médios vasos que afeta predominantemente artérias coronárias. Em lactentes menores de 6 meses, a doença é particularmente perigosa pois frequentemente se apresenta de forma incompleta ou atípica, não preenchendo os critérios clássicos (febre + 4 dos 5 sinais clínicos: conjuntivite não purulenta, alterações orais, exantema polimorfo, alterações de extremidades e linfonodopatia cervical). O caso descreve um lactente com febre prolongada (7 dias), irritabilidade, descamação periungueal (sinal tardio patognomônico) e plaquetose, o que aponta fortemente para o diagnóstico de DK Incompleta.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A conduta expectante é contraindicada diante da suspeita de Doença de Kawasaki, especialmente em lactentes jovens, devido ao alto risco de sequelas cardíacas precoces. Embora rara nessa faixa etária, a DK pode ocorrer, sim, em menores de 6 meses; a teoria de proteção por anticorpos maternos não exclui o diagnóstico e não deve retardar a investigação. A trombocitose (plaquetose) na segunda semana é um achado característico da doença, e não apenas uma reação viral genérica.

Alternativa B: Incorreta. O diagnóstico de DK não deve ser descartado apenas pela falta dos critérios clássicos. A American Heart Association (AHA) define critérios específicos para a Doença de Kawasaki Incompleta. Em lactentes com febre inexplicada por 7 dias ou mais, a investigação laboratorial e ecocardiográfica é obrigatória, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, devido à alta incidência de aneurismas coronarianos nesse grupo.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento padrão-ouro para a Doença de Kawasaki, seja ela completa ou incompleta, é a administração de Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) associada ao Ácido Acetilsalicílico (AAS). A IGIV é altamente eficaz na redução do

risco de aneurismas coronarianos. Os corticosteroides não são utilizados como monoterapia inicial, sendo reservados para casos refratários à IGIV ou em protocolos específicos para pacientes de altíssimo risco.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete as diretrizes da AHA para o manejo da DK Incompleta. Em lactentes com menos de 6 meses de idade com febre prolongada sem foco (igual ou superior a 7 dias), deve-se realizar uma avaliação laboratorial (hemograma, PCR, VHS, albumina, transaminases) e ecocardiograma. Se houver alterações nas coronárias ao eco ou se os marcadores inflamatórios estiverem elevados e o paciente mantiver febre, o tratamento com IGIV e AAS deve ser iniciado prontamente para proteger o leito vascular coronariano.

Gabarito: Letra D.

Questão 100

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um pré-escolar de 3 anos com sinais clássicos de Aspiração de Corpo Estranho (ACE) que evoluiu para a fase crônica. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são:

1. Sibilância unilateral fixa (monofônica): Diferente da asma, onde o sibilo é geralmente difuso e bilateral, o sibilo localizado indica uma obstrução mecânica fixa em um brônquio específico.
2. Ausência de resposta a broncodilatadores: Reforça que o problema não é broncoespasmo (asma), mas uma barreira física.
3. Pneumonias de repetição no mesmo local: A presença de um corpo estranho causa obstrução da drenagem de secreções, gerando infecções recorrentes ou persistentes naquele lobo pulmonar (pneumonia obstrutiva).

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A broncoscopia rígida é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento da aspiração de corpo estranho em crianças. Diante de uma suspeita clínica elevada, a realização do exame é obrigatória, mesmo que as radiografias de tórax estejam normais. Isso ocorre porque a maioria dos objetos aspirados por crianças (como sementes, alimentos e plásticos) é radiotransparente, ou seja, não aparece no raio X. O exame permite a visualização direta do objeto e sua imediata retirada com pinças especiais, minimizando sequelas como a bronquiectasia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. A asma manifesta-se tipicamente com sibilos difusos e melhora com broncodilatadores. Embora a tomografia possa identificar corpos estranhos, ela não é o exame de escolha inicial e não resolve o problema. O uso de corticoide por 14 dias sem remover a causa da obstrução apenas retardaria o diagnóstico correto, mantendo o risco de dano pulmonar permanente.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a tuberculose possa causar compressão extrínseca de brônquios por linfonodos, a história de sibilo unilateral súbito ou crônico em uma criança previamente hígida deve sempre levantar a suspeita de corpo estranho como prioridade. O tratamento empírico com o esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) sem investigação adequada é uma conduta errada e perigosa.

Alternativa (d): Incorreta. A fisioterapia respiratória e a tapotagem são contraindicadas na suspeita de corpo estranho em vias aéreas inferiores. A manipulação pode deslocar o objeto de um brônquio para a traqueia ou para a região subglótica, transformando uma obstrução parcial em uma obstrução total da via aérea, o que pode levar à asfixia imediata e parada cardiorrespiratória.
