



BOS

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: BOS

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Esta questão apresenta um caso clássico de abdome agudo perfurativo. A análise deve focar nos sinais clínicos patognomônicos descritos para chegar ao diagnóstico correto.

O quadro clínico de uma paciente com dor abdominal de início súbito, muito intensa, que rapidamente se torna difusa, associada a um abdome rígido (em tábua) e sinal de descompressão brusca positivo, indica uma peritonite generalizada. O detalhe crucial é o sinal de Jobert, que consiste no desaparecimento da macicez hepática à percussão, sendo substituída por timpanismo. Esse sinal é indicativo de pneumoperitônio (ar livre na cavidade abdominal), sugerindo fortemente a perfuração de uma víscera oca, sendo a úlcera péptica perfurada a causa mais comum com esse início súbito em epigástrico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A peritonite primária (ou espontânea) geralmente ocorre em pacientes com ascite prévia (como cirróticos). O início costuma ser mais insidioso, não apresenta sinal de Jobert (pneumoperitônio) e o tratamento é predominantemente medicamentoso com antibióticos, não cirúrgico imediato.

b) Incorreta. A trombose mesentérica (abdome agudo isquêmico) manifesta-se tipicamente com uma dor desproporcional ao exame físico inicial (dor intensa com abdome ainda compressível). Embora possa evoluir para perfuração em estágios tardios, o sinal de Jobert e a rigidez em tábua precoce direcionam o raciocínio para a perfuração primária. Além disso, diante de peritonite franca, a conduta é cirúrgica, e não apenas diagnóstica por imagem.

c) Incorreta. A hemorragia intracavitária (abdome agudo hemorrágico) costuma apresentar sinais de choque hipovolêmico ou instabilidade hemodinâmica, o que não ocorre nesta paciente no momento. Além disso, o sangue livre na cavidade causa irritação peritoneal, mas não gera pneumoperitônio (sinal de Jobert).

d) Incorreta. O abscesso hepático manifesta-se habitualmente com febre, dor no hipocôndrio direito e sintomas constitucionais ao longo de dias, e não com um quadro súbito de abdome em tábua e pneumoperitônio.

e) Correta. A tríade de dor súbita, abdome em tábua e sinal de Jobert presente é a descrição típica da perfuração de víscera oca. O ar que escapa da víscera perfurada se aloja entre o fígado e o diafragma, causando o timpanismo à percussão (Jobert). A

conduta para o abdome agudo perfurativo com peritonite generalizada é a abordagem cirúrgica de emergência para correção da lesão e lavagem da cavidade, seja por laparotomia ou laparoscopia.

Questão 2

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA COLEDOCOLITÍASE (ASGE)

A questão aborda as diretrizes da American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) para o manejo da coledocolitíase em pacientes com colelitíase. O objetivo é estratificar o risco do paciente para decidir entre a colecistectomia direta, exames de imagem adicionais ou intervenção por CPRE.

Alternativa A (CORRETA): As recomendações da ASGE utilizam um algoritmo de estratificação baseado em três pilares: dados clínicos (como a presença de colangite), exames laboratoriais (bilirrubinas e enzimas hepáticas) e achados de imagem inicial (geralmente a ultrassonografia transabdominal). Fatores como idade acima de 55 anos, dilatação do ducto biliar comum e elevação de testes bioquímicos hepáticos são fundamentais para definir se o risco é baixo, intermediário ou alto.

Alternativa B (INCORRETA): Pacientes com preditores muito fortes (como cálculo visível na ultrassonografia, colangite ascendente ou bilirrubina total > 4 mg/dL associada a ducto dilatado) são classificados como de alto risco. Para esses pacientes, a conduta indicada é a realização direta da CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), e não apenas o acompanhamento ou classificação de risco médio.

Alternativa C (INCORRETA): Quando o paciente é classificado como risco moderado (ou intermediário), a conduta recomendada é a investigação adicional com exames de maior acurácia, especificamente a Colangiorressonância (CPRM) ou a Ultrassonografia Endoscópica (Ecoendoscopia). A ultrassonografia convencional tem baixa sensibilidade para cálculos no colédoco distal e não é o exame de escolha para essa fase. Se confirmada a colelitíase sintomática, a colecistectomia continua indicada.

Alternativa D (INCORRETA): Caso o paciente seja classificado como risco baixo (ausência de preditores), a probabilidade de coledocolitíase é muito pequena. A conduta correta para pacientes com colelitíase sintomática é proceder diretamente para a colecistectomia, sem necessidade de exames adicionais da via biliar ou observação prolongada com novos exames de imagem em 6 meses.

Alternativa E (INCORRETA): A presença de cálculos no ducto biliar comum

(coledocolitíase), mesmo em pacientes assintomáticos, exige tratamento para a remoção dos cálculos. Isso se deve ao alto risco de complicações graves a curto e médio prazo, como colangite aguda e pancreatite biliar, que possuem morbimortalidade significativa. Se o paciente tem condições clínicas, o cálculo deve ser removido.

Questão 3

Alternativa a) Incorreta. O preparo intestinal anterógrado (por via oral) é contraindicado em quadros de obstrução intestinal completa ou suboclusão grave. O uso de laxantes e grandes volumes de líquidos pode levar a uma distensão maciça do cólon a montante da obstrução, aumentando significativamente o risco de perfuração diastática (especialmente no ceco). Quando necessário, realiza-se apenas uma limpeza retrógrada com enemas.

Alternativa b) Correta. As próteses metálicas autoexpansíveis têm duas indicações clássicas: como ponte para a cirurgia (*bridge to surgery*), permitindo que o paciente seja estabilizado e operado de forma eletiva, e como tratamento paliativo definitivo. Em pacientes com tumores irressecáveis, metástases extensas ou condições clínicas que impeçam uma grande cirurgia, o stent restabelece o trânsito intestinal e evita a necessidade de uma colostomia definitiva, melhorando a qualidade de vida.

Alternativa c) Incorreta. O abdome agudo obstrutivo não é uma contraindicação, mas sim a indicação primordial para o uso desses dispositivos. As contraindicações formais incluem a presença de perfuração intestinal, peritonite difusa, isquemia colônica ou tumores localizados muito próximos à linha pectínea (reto baixo), onde o stent causaria dor intensa e tenesmo insuportável.

Alternativa d) Incorreta. Na vigência de perfuração intestinal e choque séptico, o tratamento deve ser cirúrgico de emergência (laparotomia) para controle da fonte de contaminação e lavagem da cavidade abdominal. O stent não trata a perfuração e sua inserção em um paciente instável e com peritonite é tecnicamente perigosa e contraindicada.

Alternativa e) Incorreta. O procedimento de colocação de próteses colônicas é realizado essencialmente por via endoscópica, frequentemente associado ao auxílio da radioscopia (fluoroscopia) para guiar o posicionamento correto. Embora cirurgiões com formação em endoscopia possam realizar o procedimento, ele é uma técnica endoscópica e não requer uma intervenção cirúrgica aberta ou laparoscópica para sua inserção.

Questão 4

A escolha do material e da técnica de sutura depende, fundamentalmente, da localização anatômica, do grau de tensão da ferida e da profundidade da lesão. No caso descrito, temos um ferimento na região de uma articulação (joelho), que é uma área de grande mobilidade e, conseqüentemente, de alta tensão mecânica.

Análise das alternativas:

a) nylon 3-0 e ponto Donati.

Esta é a alternativa correta. O nylon é um fio sintético, não absorvível e monofilamentar, ideal para suturas de pele por apresentar baixa reação tecidual e boa resistência. O calibre 3-0 é adequado para áreas de pele mais espessa e que sofrem tração, como o joelho. O ponto de Donati (também conhecido como vertical mattress ou "longe-longe, perto-perto") é a técnica de escolha para áreas de alta tensão, pois permite uma excelente eversão das bordas da ferida e maior resistência mecânica, minimizando o risco de deiscência durante a movimentação da articulação.

b) polipropileno 4-0 e ponto em U.

O polipropileno também é um fio não absorvível adequado para a pele, porém o calibre 4-0 é mais fino e pode não oferecer a resistência necessária para a região do joelho. O ponto em U (horizontal mattress) é útil para a hemostasia ou para evitar que o fio corte tecidos frágeis, mas não promove a eversão de bordas de forma tão eficaz quanto o Donati em áreas de dobra.

c) catagute simples e ponto em X.

O catagute simples é um fio absorvível de origem animal (orgânico) que gera grande reação inflamatória e perde a força tênsil rapidamente. Fios absorvíveis não devem ser utilizados na sutura externa da pele, pois aumentam o risco de infecção e de cicatrizes inestéticas. O ponto em X é geralmente utilizado para hemostasia ou síntese de aponeuroses.

d) catagute cromado e ponto simples.

O catagute cromado, embora tenha uma absorção mais lenta que o simples, continua sendo um fio absorvível orgânico inadequado para a síntese cutânea externa. O ponto simples, apesar de ser o mais comum na prática médica, pode não ser suficiente para resistir à tensão constante de uma articulação como o joelho, apresentando maior risco de inversão das bordas e deiscência.

e) ácido poliglicólico e ponto simples invertido.

O ácido poliglicólico é um fio sintético absorvível, indicado para suturas em tecidos internos ou plano subcutâneo, mas não para a superfície da pele. O ponto simples

invertido é uma técnica utilizada justamente no plano profundo (subcutâneo) para aproximar os tecidos e reduzir o espaço morto, permitindo que a sutura cutânea externa seja feita com menos tensão, mas não é a técnica definitiva para o fechamento da epiderme.

Questão 5

O Escore de Glasgow-Blatchford (GBS) é uma ferramenta de triagem amplamente utilizada na abordagem inicial de pacientes com suspeita de Hemorragia Digestiva Alta (HDA). Diferente de outros sistemas, o GBS tem a vantagem de ser aplicado antes da realização da endoscopia, pois utiliza apenas dados clínicos e exames laboratoriais básicos para identificar quais pacientes são de baixo risco e podem ser tratados com segurança fora do ambiente hospitalar.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. O escore foi desenhado especificamente para a Hemorragia Digestiva Alta (HDA) e não para o "abdome agudo hemorrágico". O termo abdome agudo hemorrágico refere-se geralmente a sangramentos intra-abdominais (como ruptura de aneurisma de aorta ou gravidez ectópica rota), que possuem manejo e fisiopatologia distintos do sangramento intraluminal do trato digestivo.

Alternativa b: Incorreta. A pontuação do GBS é mais extensa, podendo chegar a 23 pontos. Outro erro importante é a citação da idade como parâmetro; a idade faz parte do Escore de Rockall, mas não é contabilizada no Glasgow-Blatchford. Os critérios do GBS são: nível de ureia, hemoglobina, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, presença de melena, ocorrência de síncope, presença de doença hepática crônica e insuficiência cardíaca.

Alternativa c: Incorreta. O escore tem como objetivo a estratificação de risco clínico agudo (necessidade de transfusão, intervenção endoscópica, cirúrgica ou risco de morte). Não existe qualquer correlação entre a pontuação de Glasgow-Blatchford e o risco de transformação maligna ou desenvolvimento de câncer gástrico.

Alternativa d: Correta. Esta é a recomendação das principais diretrizes internacionais. Um escore de Glasgow-Blatchford de 0 ou 1 indica um risco extremamente baixo de necessidade de intervenção ou óbito, permitindo que o paciente receba alta com segurança para seguimento ambulatorial. Qualquer pontuação maior ou igual a 2 indica a necessidade de internação hospitalar para realização de endoscopia e manejo clínico, devido ao maior risco de desfechos adversos.

Alternativa e: Incorreta. Conforme mencionado, o GBS é um escore puramente

pré-endoscópico. Ele se baseia em variáveis clínicas e laboratoriais. Escores que misturam achados clínicos com achados endoscópicos são chamados de escores mistos, como o Escore de Rockall Completo.

Questão 6

A lesão traumática da aorta é uma condição de extrema gravidade, frequentemente associada a mecanismos de desaceleração brusca, como colisões automobilísticas frontais ou quedas de grandes alturas. A zona mais vulnerável é o istmo aórtico, localizado logo após a emergência da artéria subclávia esquerda, onde a aorta móvel se encontra com a aorta torácica fixa pelo ligamento arterioso.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O e-FAST com janela pericárdica positiva indica a presença de líquido (hemopericárdio) no saco pericárdico, o que sugere tamponamento cardíaco, geralmente por trauma cardíaco direto ou lesão de grandes vasos da base (aorta ascendente). No entanto, o sinal clássico de triagem para a lesão da aorta por desaceleração (istmo) é radiológico mediastinal, e não o e-FAST.

Alternativa (b) Incorreta: O achado radiológico típico é o rebaixamento (depressão) do brônquio-fonte ESQUERDO abaixo de um ângulo de 40 a 50 graus em relação à traqueia. Isso ocorre porque o hematoma originado no istmo aórtico exerce pressão sobre a estrutura brônquica esquerda. O brônquio-fonte direito não costuma ser afetado dessa forma.

Alternativa (c) Correta: O alargamento do mediastino (superior a 8 cm na altura do botão aórtico ou ocupando mais de 25% do diâmetro do tórax) é o sinal inicial mais importante na radiografia de tórax. Embora tenha baixa especificidade (pode ocorrer por sangramentos venosos ou fraturas vertebrais), possui alta sensibilidade, sendo o principal critério para indicar a realização de uma angiotomografia de tórax, que é o padrão-ouro atual para diagnóstico.

Alternativa (d) Incorreta: Em alguns casos de trauma da aorta, pode ocorrer a chamada síndrome da pseudocoarctação, caracterizada por hipertensão arterial nos membros superiores e diminuição da pressão arterial ou dos pulsos nos membros inferiores. A alternativa descreve o inverso (pressão menor nos membros superiores), o que está incorreto.

Alternativa (e) Incorreta: O desvio das estruturas da linha média, como a traqueia, o esôfago e a sonda nasogástrica, ocorre classicamente para a DIREITA. O hematoma periaórtico se expande para o espaço pleural esquerdo e para a região paravertebral

esquerda, empurrando as estruturas mediastinais para o lado oposto.

Questão 7

A questão aborda o manejo inicial do choque hipovolêmico no trauma, especificamente o choque Classe IV, seguindo as diretrizes da 10ª edição do ATLS (Advanced Trauma Life Support).

O choque Classe IV representa uma perda volêmica superior a 40 por cento do volume sanguíneo total. É um estado crítico com hipotensão acentuada, taquicardia severa, alteração do nível de consciência (letargia ou coma) e débito urinário quase nulo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A 10ª edição do ATLS reduziu o volume inicial de cristaloides para 1000 mL (1 litro) em adultos, visando evitar a coagulopatia dilucional e a hipotermia. O valor de 2000 mL era preconizado em edições anteriores (como a 8ª e a 9ª).

Alternativa b) Incorreta. O uso de solução hipertônica a 7,5 por cento não é a conduta de primeira linha estabelecida pelo protocolo padrão do ATLS para a reposição inicial no choque hemorrágico. Além disso, a quantidade de sangue total citada não segue a padronização inicial.

Alternativa c) Incorreta. Embora o volume de 1000 mL de cristalóide esteja correto como bolus inicial, no choque Classe IV a simples observação é insuficiente e perigosa. O paciente nesta classe de choque necessita obrigatoriamente de hemoderivados de forma imediata, e não apenas cristalóide.

Alternativa d) Correta. De acordo com o ATLS 10ª edição, o manejo inicial do choque hemorrágico grave (Classes III e IV) envolve a administração de um bolus de 1000 mL de solução cristalóide isotônica aquecida (preferencialmente Ringer Lactato) e a ativação precoce do protocolo de transfusão maciça, visando repor sangue e componentes (plasma e plaquetas) na proporção 1:1:1.

Alternativa e) Incorreta. A reposição maciça com 4000 mL de cristalóide é contraindicada, pois contribui para a tríade da morte (acidose, coagulopatia e hipotermia). O uso de vasoconstritores (vasopressores) não é o tratamento inicial do choque hipovolêmico; a prioridade absoluta é a reposição de volume com sangue e o controle da fonte de sangramento.

RESUMO: No choque Classe IV (perda superior a 40 por cento), a conduta atual é infundir 1000 mL de Ringer Lactato e iniciar imediatamente o protocolo de transfusão maciça.

Questão 8

A hipercalcemia, caracterizada pelo aumento dos níveis de cálcio sérico acima dos valores de referência, é um distúrbio metabólico com diversas implicações na prática cirúrgica. A regulação do cálcio depende fundamentalmente do paratormônio (PTH), da vitamina D e da calcitonina.

Alternativa (a) Incorreta: A tireoidectomia total é, na verdade, uma causa frequente de hipocalcemia (cálcio baixo) no pós-operatório. Isso acontece devido à manipulação, desvascularização ou remoção acidental das glândulas paratireoides durante a cirurgia, o que reduz a produção de PTH e, conseqüentemente, os níveis de cálcio.

Alternativa (b) Incorreta: O hipoparatiroidismo primário refere-se à produção insuficiente de paratormônio pelas glândulas paratireoides. Sem PTH suficiente, o organismo não consegue mobilizar cálcio dos ossos nem reabsorvê-lo adequadamente nos rins, resultando em hipocalcemia, e não hipercalcemia.

Alternativa (c) Correta: O hiperparatiroidismo primário é a causa mais comum de hipercalcemia em pacientes não hospitalizados e uma condição cirúrgica clássica. Geralmente é causado por um adenoma solitário em uma das glândulas paratireoides, que passa a secretar PTH de forma autônoma e excessiva. Esse excesso de hormônio aumenta a reabsorção óssea e a absorção renal/intestinal de cálcio, levando à hipercalcemia.

Alternativa (d) Incorreta: Na síndrome compartimental e em casos de rabdomiólise (destruição muscular grave), o cenário mais comum na fase aguda é a hipocalcemia. Isso ocorre porque o cálcio se deposita nos tecidos musculares lesados. Embora uma hipercalcemia de rebote possa ocorrer na fase de recuperação (especialmente se houver insuficiência renal associada), ela não é a apresentação típica ou mais frequente relacionada à condição.

Alternativa (e) Incorreta: A tireotoxicose (excesso de hormônios tireoidianos) pode causar hipercalcemia leve em alguns pacientes devido ao aumento do turnover ósseo (estimulação dos osteoclastos). No entanto, essa não é a causa mais frequente entre as opções apresentadas, sendo o hiperparatiroidismo primário muito mais prevalente e diretamente ligado ao manejo do metabolismo do cálcio em pacientes cirúrgicos.

Questão 9

A obstrução intestinal é uma das principais causas de abdome agudo, e sua epidemiologia varia conforme o segmento intestinal acometido. Atualmente, a principal causa global de obstrução intestinal, considerando todo o trato digestivo, são as aderências (ou bridas) decorrentes de cirurgias prévias.

Alternativa a) Incorreta. A neoplasia intestinal (especialmente o adenocarcinoma colorretal) é a causa número um de obstrução do intestino grosso (cólon). Contudo, como a obstrução do intestino delgado é muito mais frequente que a do grosso, as neoplasias não ocupam o primeiro lugar na estatística geral.

Alternativa b) Incorreta. As hérnias da parede abdominal, como a inguinal e a femoral, já foram a causa principal de obstrução no passado. Com o avanço das técnicas cirúrgicas e o aumento do número de laparotomias, as hérnias passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de obstrução do intestino delgado, perdendo para as aderências.

Alternativa c) Incorreta. A intussuscepção intestinal é uma causa frequente de obstrução na população pediátrica (especialmente entre 3 meses e 3 anos de idade). Em adultos, é uma condição rara e geralmente está associada a um ponto de indução patológico, como um tumor.

Alternativa d) Incorreta. O volvo de sigmoide consiste na torção do intestino sobre seu próprio mesentério. Embora seja uma causa relevante de obstrução intestinal baixa (cólon), principalmente em idosos ou pacientes com megacólon (como no caso da doença de Chagas), sua frequência é muito inferior à das aderências.

Alternativa e) Correta. As aderências pós-operatórias (bridas) são responsáveis por cerca de 60% a 75% de todos os casos de obstrução do intestino delgado. Como o intestino delgado é o local de cerca de 80% das obstruções mecânicas, as bridas consolidam-se como a etiologia mais frequente de obstrução intestinal na prática médica contemporânea.

Em resumo, para provas de residência, deve-se memorizar:

1. Causa mais comum de obstrução do intestino delgado: aderências (bridas).
2. Causa mais comum de obstrução do intestino grosso: câncer colorretal.
3. Causa mais comum de obstrução intestinal global: aderências (bridas).

Questão 10

O ponto central desta questão é o comportamento físico-químico dos agentes anestésicos em relação à sua solubilidade no sangue e à sua capacidade de difusão para espaços gasosos.

A alternativa correta é a (a) óxido nitroso.

O óxido nitroso (N₂O) é um gás inorgânico que apresenta uma característica marcante: ele é cerca de 30 a 34 vezes mais solúvel no sangue do que o nitrogênio (N₂), o principal componente do ar atmosférico. No entanto, em termos absolutos, o N₂O é pouco solúvel no sangue (baixo coeficiente de partição sangue/gás), o que permite que ele se difunda muito rapidamente dos capilares para cavidades que contenham ar.

Quando o óxido nitroso é administrado, ele entra nessas cavidades gasosas em uma velocidade muito superior à velocidade com que o nitrogênio consegue sair delas para o sangue. O resultado é um aumento rápido do volume (em cavidades complacentes, como alças intestinais ou pneumotórax) ou um aumento da pressão (em cavidades rígidas, como o ouvido médio ou o globo ocular com bolhas de gás).

Por esse motivo, o óxido nitroso é contraindicado ou deve ser usado com extrema cautela nas seguintes situações:

- Pneumotórax: Pode dobrar ou triplicar o volume do pneumotórax em poucos minutos.
- Obstrução intestinal: Piora a distensão das alças, dificultando a cirurgia e a ventilação.
- Cirurgias de ouvido médio: Pode aumentar a pressão timpânica e deslocar enxertos de timpanoplastia.
- Cirurgias oftalmológicas com uso de gases (como SF₆ ou C₃F₈): O aumento da pressão intraocular pode levar à isquemia da retina e à cegueira.
- Embolia gasosa: O N₂O expande a bolha de gás, agravando o quadro clínico.

Análise das demais alternativas:

b) Halotano: Incorreto. É um agente anestésico inalatório volátil (líquido que se vaporiza). Embora seja um anestésico inalatório, ele não possui a propriedade de difusão rápida para espaços aéreos fechados como o óxido nitroso. Seus principais efeitos colaterais são a sensibilização do miocárdio às catecolaminas e o risco de hepatite medicamentosa.

c) Propofol: Incorreto. É um agente anestésico intravenoso. Por ser administrado diretamente na corrente sanguínea e não ser um gás com baixa solubilidade, ele não

interfere no volume ou na pressão de espaços aéreos fechados.

d) Etomidato: Incorreto. É um agente indutor intravenoso, conhecido por sua estabilidade hemodinâmica. Assim como o propofol, não possui propriedades físicas que causem expansão de cavidades gasosas.

e) Tiopental: Incorreto. É um barbitúrico de uso intravenoso utilizado para indução anestésica e proteção cerebral. Também não apresenta qualquer relação com a expansão de espaços aéreos fechados.

Questão 11

A abordagem da hemorragia digestiva baixa (HDB) na pediatria depende fundamentalmente da faixa etária do paciente. Para crianças entre 2 e 5 anos (fase pré-escolar), as etiologias principais mudam em relação aos lactentes.

Alternativa a: Incorreta. Embora os pólipos e as fissuras anais sejam causas comuns, a intussuscepção intestinal (ou invaginação) tem seu pico de incidência em lactentes mais jovens, geralmente entre os 6 e 18 meses de vida, apresentando-se classicamente com dor abdominal aguda e fezes em "geleia de morango".

Alternativa b: Incorreta. Novamente, a intussuscepção é mais comum em bebês menores. Além disso, os hemangiomas gastrointestinais são causas raras de sangramento nesta faixa etária quando comparados aos pólipos e ao divertículo de Meckel.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa agrupa as causas clássicas para a faixa de 2 a 5 anos.

1. Pólipos juvenis: São a causa mais comum de sangramento retal indolor nesta idade. Geralmente são pólipos hamartomatosos solitários localizados no retossigmoide.

2. Divertículo de Meckel: É a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Acomete cerca de 2% da população e costuma manifestar sintomas (sangramento indolor e vultoso) por volta dos 2 anos de idade, devido à presença de mucosa gástrica ectópica que ulcera a mucosa ileal adjacente.

3. Doença Inflamatória Intestinal (DII): Embora o pico de diagnóstico seja em adolescentes e adultos jovens, as formas de início precoce podem se manifestar a partir dos 2 anos com colite, diarreia crônica e sangramento.

Alternativa d: Incorreta. A doença diverticular dos cólons (diverticulose) e as angiodisplasias são causas prevalentes de hemorragia digestiva baixa em adultos idosos, sendo extremamente raras na população pediátrica.

Alternativa e: Incorreta. O divertículo de Zenker é uma alteração esofágica (digestiva alta/faringoesofágica) que ocorre em idosos. A polipose múltipla familiar costuma manifestar sangramento ou sintomas clínicos mais tardiamente, e o abuso sexual, embora deva ser sempre considerado em traumas anorretais, não figura entre as causas mais prevalentes de HDB clínica nesta faixa etária comparado ao grupo da alternativa C.

Questão 12

O ponto fundamental para resolver esta questão é a localização anatômica da massa em relação ao ligamento inguinal.

A alternativa (b) está correta. A hérnia femoral (também chamada de crural) ocorre quando o conteúdo abdominal se protrui através do canal femoral. Sua principal característica clínica é apresentar-se como um abaulamento ou massa logo abaixo do ligamento inguinal, na raiz da coxa, medialmente aos vasos femorais. É uma condição muito mais comum em mulheres idosas, como no caso da paciente de 76 anos, devido à anatomia da pelve feminina, que é mais larga. Além disso, as hérnias femorais possuem um alto risco de encarceramento e estrangulamento, o que justifica a queixa de dor relatada.

As demais alternativas estão incorretas pelos seguintes motivos:

a) Inguinal direta: Ocorre devido a uma fraqueza na parede posterior do canal inguinal (triângulo de Hesselbach). Clinicamente, o abaulamento surge acima do ligamento inguinal.

c) Inguinal indireta: É o tipo mais comum de hérnia e decorre da persistência do conduto peritoneovaginal. Assim como a direta, ela se manifesta acima do ligamento inguinal, entrando pelo anel inguinal interno.

d) Obturadora: É uma hérnia rara que ocorre através do canal obturador. Geralmente não é visível ou palpável externamente de forma clara, manifestando-se frequentemente como obstrução intestinal ou dor na face interna da coxa (sinal de Howship-Romberg) por compressão do nervo obturador.

e) De Spiegel: Ocorre através da linha semilunar, na borda lateral do músculo reto abdominal, geralmente na altura da linha arqueada de Douglas. Sua localização é na parede abdominal anterior, bem acima da região inguinal ou da coxa.

Em resumo: Massa ABAIXO do ligamento inguinal em mulher idosa é o quadro

clássico de Hérnia Femoral.

Questão 13

O caso clínico apresenta um paciente idoso com um achado incidental de pólipos de vesícula biliar de grande dimensão (2,3 cm) e colelitíase (pedras na vesícula) associada. O manejo dos pólipos de vesícula biliar é fundamentado no risco de transformação maligna (adenocarcinoma de vesícula).

As principais indicações para colecistectomia em pacientes com pólipos de vesícula biliar são:

1. Pólipos maiores que 10 mm (1 cm).
2. Pólipos de qualquer tamanho associados a sintomas (cólica biliar).
3. Pólipos associados a cálculos biliares (colelitíase).
4. Pacientes com idade superior a 50-60 anos.
5. Pólipos com crescimento documentado em exames de imagem seriados.
6. Pacientes com colangite esclerosante primária.

No caso descrito, o paciente apresenta três critérios importantes: o tamanho do pólipo (23 mm, o que é significativamente maior que o limite de 10 mm), a presença de cálculos associados e a idade avançada. Pólipos maiores que 1,8 cm a 2,0 cm apresentam um risco muito elevado de já conterem focos de carcinoma invasor.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O acompanhamento com ultrassonografia seriada é reservado para pólipos pequenos (geralmente entre 5 mm e 9 mm) que não possuem outros fatores de risco associados. Um pólipo de 2,3 cm tem indicação cirúrgica imediata pelo alto risco de malignidade.

Alternativa B: Incorreta. A endoscopia digestiva alta avalia o esôfago, estômago e duodeno. Ela não tem utilidade no diagnóstico diferencial ou no tratamento de pólipos localizados no interior da vesícula biliar.

Alternativa C: Incorreta. O acompanhamento ambulatorial sem cirurgia seria negligenciar um potencial câncer de vesícula biliar. O tamanho do pólipo (2,3 cm) ultrapassa largamente o limite de segurança para conduta conservadora.

Alternativa D: Incorreta. A colangiografia endoscópica (CPRE) é um procedimento utilizado para abordar doenças das vias biliares (como cálculos no colédoco ou estenoses tumorais dos ductos biliares) e não para o tratamento de pólipos ou cálculos dentro da vesícula biliar.

Alternativa E: Correta. A colecistectomia (retirada da vesícula biliar) é o tratamento de escolha. Embora o paciente seja idoso e assintomático, o risco de neoplasia maligna da vesícula biliar em um pólipó de 2,3 cm associado à colelitíase justifica a intervenção cirúrgica, que pode ser realizada por via laparoscópica ou convencional, dependendo da avaliação de risco cirúrgico e suspeita de invasão local.

Questão 14

A Úlcera de Marjolin refere-se à transformação maligna que ocorre em cicatrizes crônicas ou feridas que não cicatrizam por longos períodos. Embora possa surgir em diversas lesões, como fístulas de osteomielite e úlceras por pressão, a associação clássica e mais comum é com as cicatrizes de queimaduras de espessura total.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A incidência de degeneração maligna em cicatrizes e feridas crônicas é considerada baixa, estimada em aproximadamente 1% a 2%, e não em valores elevados, como 40% a 70%.

b) Incorreta. O período de latência para a transformação maligna é geralmente longo, levando, em média, de 25 a 30 anos após a lesão inicial. Além disso, o tipo histológico mais comum não é o carcinoma basocelular, mas sim o carcinoma de células escamosas.

c) Incorreta. A prevalência é maior em homens do que em mulheres (proporção aproximada de 2:1 ou 3:1) e ocorre predominantemente em adultos de meia-idade ou idosos, devido ao longo tempo de latência. A afirmação de que não apresenta evolução maligna contradiz o próprio conceito da patologia, que é uma neoplasia.

d) Correta. Esta alternativa define com precisão a patologia. A Úlcera de Marjolin é classicamente descrita como a malignização de uma cicatriz de queimadura antiga, e o carcinoma de células escamosas (também chamado de carcinoma espinocelular ou CEC) é o tipo de câncer identificado em cerca de 75% a 90% dos casos.

e) Incorreta. O melanoma maligno é um tipo raro de câncer associado à Úlcera de Marjolin. O tumor mais frequente é o carcinoma de células escamosas. Além disso, a evolução não é rápida, mas sim um processo lento decorrente da instabilidade crônica do tecido cicatricial.

Questão 15

Análise do caso: O quadro clínico descrito (homem idoso, disfagia, regurgitação, halitose e tosse) associado ao achado radiológico de uma bolsa preenchida por contraste na região da transição faringoesofágica é patognomônico do divertículo de Zenker. Trata-se de um divertículo de pulsão que ocorre no Triângulo de Killian, uma zona de fragilidade anatômica entre as fibras do músculo cricofaríngeo e o músculo constritor inferior da faringe. O tamanho de 2,5 cm e a presença de sintomas clássicos indicam a necessidade de intervenção.

Alternativa (a) Incorreta. A endoscopia digestiva alta deve ser evitada como exame de primeira linha quando há suspeita de divertículo de Zenker. Como o divertículo é uma bolsa cega e sua parede é composta apenas por mucosa e submucosa (sem camada muscular), o risco de perfuração iatrogênica pelo endoscopista é muito elevado, já que o aparelho tende a entrar naturalmente no divertículo em vez de seguir pelo lúmen esofágico.

Alternativa (b) Correta. O tratamento definitivo para pacientes sintomáticos com divertículo de Zenker é a intervenção cirúrgica ou endoscópica. O procedimento consiste na realização da miotomia do músculo cricofaríngeo (tratando a causa da pressão aumentada) associada à remoção do divertículo (diverticulectomia), à sua fixação na fáscia pré-vertebral (diverticulopexia) ou, em casos passíveis de abordagem endoscópica, à secção do septo entre o esôfago e o divertículo (técnica de Dohlman ou grampeamento).

Alternativa (c) Incorreta. A manometria esofágica não é o exame padrão para o diagnóstico do divertículo de Zenker. O diagnóstico é clínico e confirmado pelo esofagograma contrastado (estudo baritado), que demonstra a localização e o tamanho da bolsa. Além disso, a passagem da sonda de manometria apresenta o mesmo risco de perfuração que a endoscopia.

Alternativa (d) Incorreta. O acompanhamento ambulatorial conservador é reservado apenas para divertículos muito pequenos (menores que 1 cm) e pacientes assintomáticos ou com risco cirúrgico proibitivo. No caso descrito, o paciente apresenta sintomas significativos e risco de complicações, como a pneumonia por aspiração, o que impõe o tratamento ativo.

Alternativa (e) Incorreta. A esofagectomia subtotal é uma cirurgia de altíssima complexidade e morbidade, indicada para doenças malignas ou estágios terminais de acalásia (megaesôfago grau IV). Para o divertículo de Zenker, que é uma alteração localizada no esfíncter esofágico superior, tal procedimento é totalmente inadequado e desproporcional.

Questão 16

Para a correta interpretação deste caso, devemos unir os dados clínicos ao exame de imagem (tomografia computadorizada de crânio). O paciente apresenta uma Escala de Coma de Glasgow de 8 (abertura ocular 1, resposta verbal 2, resposta motora 5), o que caracteriza um traumatismo cranioencefálico grave.

Análise da Tomografia:

Na imagem, observamos no hemisfério esquerdo (lado direito da imagem) uma coleção hiperdensa (branca) em formato de crescente (côncavo-convexa) que se estende por quase toda a convexidade cerebral, cruzando as suturas cranianas. Esse achado é patognomônico de Hematoma Subdural Agudo. Além disso, nota-se uma área focal hiperdensa dentro do parênquima cerebral na região temporal esquerda, caracterizando uma hemorragia parenquimatosa (ou contusão hemorrágica). Há também um importante desvio das estruturas da linha média para a direita, indicando efeito de massa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Lesão Axonal Difusa (LAD) geralmente apresenta uma tomografia com achados discretos (pequenos pontos hemorrágicos na transição entre substância branca e cinzenta ou no corpo caloso), o que diverge da grande coleção e lesão focal vistas aqui. Não há evidência de hematoma ventricular (sangue dentro dos ventrículos) neste corte.

Alternativa b) Incorreta. O Hematoma Epidural Agudo apresenta-se classicamente com formato biconvexo (em forma de lente ou limão) e geralmente não cruza as suturas cranianas, o que não corresponde à imagem em crescente visualizada.

Alternativa c) Correta. A imagem confirma a presença de um Hematoma Subdural Agudo (coleção em crescente na periferia) associado a uma Hemorragia Parenquimatosa (lesão hiperdensa focal no lobo temporal), ambos compatíveis com o mecanismo de trauma rotacional e o quadro clínico de rebaixamento do nível de consciência.

Alternativa d) Incorreta. A concussão cerebral é um diagnóstico clínico onde a tomografia costuma ser normal ou apresentar alterações mínimas, o que não é o caso deste paciente, que possui lesões estruturais graves e evidentes.

Alternativa e) Incorreta. Conforme explicado na alternativa B, a imagem não possui as características de um hematoma epidural (biconvexo), mas sim de um hematoma subdural (crescente). Embora traumas graves possam ter LAD associada, o achado principal e visível que define o diagnóstico radiológico é a hemorragia

parenquimatosa e o hematoma subdural.

Questão 17

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente com trauma cervical direto (estrangulamento) apresentando a tríade clássica de trauma de laringe: rouquidão, estridor laríngeo e enfisema subcutâneo. A presença de uma fratura palpável na região anterior do pescoço (provavelmente da cartilagem tireoide ou cricoide) confirma o dano estrutural à via aérea superior. A saturação de 88% e o estridor indicam uma obstrução iminente ou em curso, o que exige intervenção imediata para proteção da via aérea.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A suspeita diagnóstica de trauma de laringe é fundamentada nos sinais de obstrução de via aérea superior (estridor), lesão de cordas vocais ou laringe (rouquidão) e escape de ar para os tecidos moles (enfisema subcutâneo). Diante de insuficiência respiratória (SatO₂ 88%) e instabilidade da via aérea por trauma anatômico, a conduta imediata e prioritária no protocolo ATLS é o estabelecimento de uma via aérea definitiva. Em casos de fratura de laringe, a intubação orotraqueal pode ser difícil ou contraindicada se houver distorção anatômica grave, sendo muitas vezes necessária a via aérea cirúrgica (cricotireoidostomia ou traqueostomia), mas o termo genérico "via aérea definitiva" engloba a solução correta para o cenário de emergência.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

b) O pneumotórax simples poderia causar dispneia e enfisema subcutâneo, mas não explicaria a rouquidão, o estridor laríngeo (que é um ruído de via aérea superior) nem a fratura palpável no pescoço. Além disso, o foco do trauma foi o estrangulamento (cervical).

c) O pneumotórax hipertensivo é uma emergência extrema caracterizada por instabilidade hemodinâmica (choque obstrutivo), o que não é o caso da paciente (PA 125/75 mmHg). Além disso, os sinais laríngeos descritos não fazem parte do quadro clínico de pneumotórax.

d) Embora a lesão esofágica possa causar enfisema subcutâneo cervical, ela não justifica o estridor respiratório, a fratura de cartilagem anterior ou a queda aguda da saturação por obstrução mecânica. A endoscopia digestiva alta não é a conduta

prioritária para uma paciente em insuficiência respiratória aguda.

e) O trauma brônquico geralmente está associado a traumas torácicos de grande energia, cursando com grande escape de ar pelo dreno de tórax e atelectasias. Não explica os achados físicos localizados na laringe, como a fratura palpável no pescoço e a rouquidão imediata. A broncoscopia é um exame diagnóstico, e não a conduta de estabilização imediata na sala de emergência para quem tem 88% de saturação e obstrução alta.

Questão 18

A Doença de Ménétrier é uma gastropatia hipertrófica rara, caracterizada pelo crescimento excessivo das dobras gástricas (hiperplasia foveolar), resultando em perda proteica e hipocloridria. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A Doença de Ménétrier é considerada uma condição pré-maligna. Pacientes com essa patologia apresentam um risco aumentado de desenvolver adenocarcinoma gástrico (estimado entre 2% e 15%), o que exige acompanhamento endoscópico periódico.

Alternativa b) Incorreta. O achado histopatológico clássico é a hiperplasia das células foveolares (produtoras de muco), mas com uma marcante redução ou atrofia das células parietais (que produzem ácido clorídrico) e das células principais. Portanto, as células parietais não são abundantes, mas sim escassas.

Alternativa c) Incorreta. Embora o tratamento inicial seja clínico (incluindo reposição proteica, erradicação de *H. pylori* e, em casos selecionados, o uso de anticorpos monoclonais como o cetuximabe), a gastrectomia (total ou parcial) está indicada em casos de perda proteica grave e refratária ao tratamento medicamentoso, hemorragias digestivas ou suspeita de malignização.

Alternativa d) Correta. A etiologia exata ainda é discutida, mas a doença está fortemente associada ao aumento da expressão do fator de crescimento transformador alfa (TGF-alfa). Clinicamente, observa-se uma associação importante com a infecção pelo citomegalovírus (CMV) em crianças (na qual a doença costuma ser aguda e autolimitada) e com o *Helicobacter pylori* em adultos, cuja erradicação pode levar à regressão da doença em alguns casos.

Alternativa e) Incorreta. Como ocorre atrofia das células parietais, responsáveis pela produção de ácido, a análise do suco gástrico ou a pH-metria demonstrará hipocloridria ou acloridria (ausência de ácido), e não hipercloridria.

Questão 19

ANÁLISE DO ENUNCIADO

A questão descreve as propriedades clássicas de um dos fios mais utilizados na técnica cirúrgica. Os pontos-chave para identificação são:

1. Natureza: Sintético.
2. Composição: Polímero do ácido glicólico (Ácido Poliglicólico).
3. Mecanismo de absorção: Hidrólise (processo químico previsível, comum aos sintéticos absorvíveis).
4. Tempo de absorção: 60 a 90 dias.
5. Estrutura: Multifilamentado (trançado), o que confere boa maleabilidade, mas permite o alojamento de bactérias (capilaridade).
6. Reação tecidual: Baixa, comparada aos fios naturais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Nylon: Incorreta. O Nylon (poliamida) é um fio sintético, porém classificado como não absorvível. Embora sofra uma degradação química muito lenta ao longo de anos, ele não desaparece do organismo em 90 dias. Além disso, na prática cirúrgica, é mais comumente encontrado na forma monofilamentada para suturas de pele.

b) Ethibond: Incorreta. O Ethibond é o nome comercial de uma sutura de poliéster. É um fio sintético multifilamentado (trançado), mas é não absorvível. É utilizado em situações que exigem resistência permanente, como em próteses valvulares cardíacas ou fixações ortopédicas.

c) Maxon: Incorreta. O Maxon (poligliconato) é um fio sintético absorvível por hidrólise. No entanto, sua principal característica é ser monofilamentado. O enunciado especifica que o fio em questão é multifilamentado e pode albergar bactérias, o que exclui os fios de estrutura simples (monofilamento).

d) Dexon: Correta. O Dexon é o nome comercial do Ácido Poliglicólico. Foi o primeiro fio sintético absorvível disponível no mercado. Ele preenche todos os critérios: é multifilamentado, absorvido por hidrólise em um período médio de 60 a 90 dias, possui baixa reação inflamatória e é amplamente indicado para tecidos internos que exigem força tênsil temporária, como fâscias e músculos.

e) Categute: Incorreta. O Categute é um fio de origem natural (animal), derivado do colágeno do intestino de ovinos ou bovinos. Sua absorção ocorre por proteólise (digestão enzimática), o que provoca uma reação inflamatória tecidual intensa e imprevisível, ao contrário da hidrólise mencionada no texto.

GABARITO: Letra (d).

Questão 20

Alternativa A: Incorreta. O tratamento inicial dos abscessos amebianos hepáticos é clínico, baseado no uso de amebicidas teciduais, como o metronidazol, que apresenta excelente taxa de cura. A drenagem (geralmente percutânea e não endoscópica) é reservada apenas para casos específicos, como abscessos volumosos com risco iminente de ruptura, ausência de resposta ao tratamento medicamentoso após 48 a 72 horas ou abscessos localizados no lobo esquerdo devido ao risco de ruptura para a cavidade pericárdica.

Alternativa B: Incorreta. Os exames de imagem são extremamente sensíveis para o diagnóstico de abscesso hepático. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada apresentam sensibilidade superior a 90%. O dado de 30-45% pode se referir a achados inespecíficos em radiografias simples de tórax (como derrame pleural ou elevação da cúpula diafragmática), mas não reflete a realidade das alterações radiológicas diagnósticas modernas.

Alternativa C: Correta. Atualmente, a patologia do trato biliar (colangite calculosa ou neoplásica, colecistite aguda) é a causa mais comum de abscessos hepáticos piogênicos. No passado, a apendicite era a causa principal via pileflebite (tromboflebite séptica do sistema portal), mas o diagnóstico e o tratamento precoce das infecções intra-abdominais reduziram essa incidência, tornando a via biliar a origem predominante.

Alternativa D: Incorreta. O tratamento do abscesso piogênico baseia-se no binômio antibioticoterapia e drenagem. A drenagem não deve ser retardada, pois a persistência da coleção purulenta dificulta a ação dos antibióticos e mantém o foco de sepse. Atualmente, a drenagem percutânea guiada por ultrassonografia ou tomografia é o método de escolha, sendo a drenagem cirúrgica reservada para casos de falha do método percutâneo ou abscessos múltiplos e multiloculados.

Alternativa E: Incorreta. A grande maioria dos abscessos hepáticos (cerca de 75%) localiza-se no lobo direito do fígado. Isso ocorre tanto pelo maior volume de parênquima deste lobo quanto pela anatomia do fluxo sanguíneo portal, que tende a direcionar o sangue proveniente da veia mesentérica superior preferencialmente para o lobo direito.

Questão 21

O nitroprussiato de sódio é um potente vasodilatador de ação direta, agindo tanto no território arterial quanto no venoso. É amplamente utilizado em emergências hipertensivas devido ao seu início de ação imediato e curta duração. A compreensão de seus efeitos colaterais passa obrigatoriamente pela análise hemodinâmica e metabólica da droga.

Alternativa a) Incorreta: Náuseas e vômitos são sintomas que podem ocorrer durante a administração do nitroprussiato, mas geralmente estão associados à redução excessivamente rápida da pressão arterial (hipotensão iatrogênica). Embora frequentes na prática clínica se a infusão não for bem titulada, não são classificados como os efeitos principais em termos de resposta fisiopatológica do sistema cardiovascular.

Alternativa b) Incorreta: Fraqueza e cefaleia são sintomas inespecíficos que podem surgir com qualquer medicação que promova vasodilatação sistêmica ou redução da perfusão cerebral por queda da pressão arterial, não sendo a característica definidora para o nitroprussiato em questões de concurso.

Alternativa c) Incorreta: Tosse é um efeito colateral clássico dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), como o captopril e o enalapril, devido ao acúmulo de bradicinina. A rouquidão não possui associação descrita com o uso de nitroprussiato de sódio.

Alternativa d) Incorreta: O nitroprussiato de sódio é conhecido por poder causar aumento da pressão intracraniana (devido à vasodilatação dos vasos cerebrais), o que exige cautela em pacientes com acidente vascular cerebral ou trauma. No entanto, o aumento da pressão intraocular e o zumbido não fazem parte do seu perfil de toxicidade ou efeitos adversos principais.

Alternativa e) Correta: O uso do nitroprussiato de sódio provoca uma queda rápida da resistência vascular periférica. Como resposta compensatória fisiológica, o organismo ativa os barorreceptores, resultando em taquicardia reflexa para tentar manter o débito cardíaco. Por outro lado, em contextos de redução súbita da pré-carga e do volume sistólico (especialmente em pacientes hipovolêmicos), pode ocorrer a ativação do reflexo de Bezold-Jarisch, que culmina em bradicardia paradoxal e hipotensão profunda. Portanto, as oscilações de frequência cardíaca (taquicardia e, ocasionalmente, bradicardia) são repercussões hemodinâmicas fundamentais e esperadas durante o manejo desta droga. Vale lembrar também que, em casos de toxicidade por cianeto (metabólito da droga), podem ocorrer arritmias e instabilidade cardíaca adicional.

Questão 22

Alternativa (a) Incorreta: A diluição do midazolam não é obrigatória; ele pode ser administrado por via endovenosa em sua forma pura (bolus). Quando a diluição é desejada, a droga é compatível não apenas com o soro fisiológico a 0,9%, mas também com o soro glicosado a 5% e com a solução de Ringer-lactato.

Alternativa (b) Incorreta: O tempo de início de ação (onset) do midazolam após administração endovenosa é bastante rápido, ocorrendo geralmente entre 1 e 2 minutos. O intervalo de 3 a 4 minutos é excessivo para a via IV em condições normais de circulação.

Alternativa (c) Incorreta: O midazolam é um benzodiazepínico de ação curta. Embora sua meia-vida de eliminação varie de 1,5 a 2,5 horas, o tempo de efeito clínico de uma dose única para sedação procedimental costuma ser menor, com o pico de sedação ocorrendo rapidamente e a recuperação iniciando-se antes do intervalo de 60-90 minutos citado.

Alternativa (d) Correta: O midazolam possui alta lipossolubilidade em pH fisiológico. Essa característica permite que a droga atravesse rapidamente a barreira hematoencefálica, mas também faz com que ela se distribua para o tecido adiposo. Quando são administradas doses repetidas ou infusões contínuas, os locais de depósito (gordura) ficam saturados. Ao interromper a droga, ela retorna desses tecidos para o plasma, o que prolonga consideravelmente o tempo de despertar e o efeito sedativo residual, fenômeno relacionado ao aumento da meia-vida sensível ao contexto.

Alternativa (e) Incorreta: O evento adverso mais crítico e frequentemente observado em sedações com midazolam é a depressão respiratória (podendo causar diminuição do volume corrente, da frequência respiratória ou apneia). Embora a hipotensão possa ocorrer por redução da resistência vascular periférica, ela é geralmente leve em pacientes estáveis e menos frequente do que as alterações do drive respiratório. Além disso, a amnésia anterógrada é o efeito farmacológico colateral mais comum da droga.

Questão 23

A Encefalopatia Hepática (EH) é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa decorrente da insuficiência hepática e/ou do desvio de sangue do sistema porta para a circulação sistêmica. A base do seu tratamento é a redução dos níveis de amônia no sangue.

A alternativa (a) está correta. A lactulona (lactulose) é um dissacarídeo não

absorvível considerado o tratamento de primeira linha e o padrão-ouro para a encefalopatia hepática. Ela atua por meio de dois mecanismos principais: acidificação do conteúdo colônico (convertendo a amônia - NH_3 - em amônio - NH_4^+ , que não é absorvido) e efeito laxante osmótico, o que reduz o tempo de contato das bactérias produtoras de amônia com o lúmen intestinal.

A alternativa (b) está incorreta. O flumazenil é um antagonista dos receptores de benzodiazepínicos. Embora possa promover uma melhora transitória do estado de consciência em alguns pacientes com EH, ele não demonstrou impacto na sobrevivência a longo prazo e não é recomendado para uso rotineiro, exceto em casos de suspeita de intoxicação por benzodiazepínicos associada.

A alternativa (c) está incorreta. O uso de benzodiazepínicos deve ser evitado em pacientes com encefalopatia hepática ou cirrose avançada, pois esses medicamentos podem piorar a depressão do sistema nervoso central, precipitar o coma e dificultar a avaliação neurológica. O controle da agitação deve ser feito tratando-se a causa-base da descompensação.

A alternativa (d) está incorreta. A neomicina e o metronidazol são antibióticos que podem ser usados para reduzir a flora bacteriana produtora de amônia, mas não são a primeira escolha para o Grau I de West Haven (quadro leve). Atualmente, a rifaximina é o antibiótico de escolha quando a lactulona sozinha não é suficiente. Além disso, a neomicina e o metronidazol possuem efeitos colaterais significativos (ototoxicidade, nefrotoxicidade e neurotoxicidade) que limitam seu uso.

A alternativa (e) está incorreta. A restrição proteica é uma conduta obsoleta e prejudicial. Pacientes com cirrose frequentemente apresentam desnutrição e sarcopenia (perda de massa muscular), o que piora o prognóstico. As diretrizes atuais recomendam uma dieta normoproteica a hiperproteica, com ingestão de 1,2 a 1,5 g/kg/dia de proteína, para evitar o catabolismo muscular e a consequente produção endógena de amônia.

Questão 24

Alternativa A (Correta): A intoxicação alimentar pelo *Staphylococcus aureus* é causada pela ingestão de enterotoxinas pré-formadas no alimento contaminado. Devido ao fato de a toxina já estar pronta, a ação no trato gastrointestinal é imediata, resultando em um período de incubação muito curto, tipicamente entre 1 e 6 horas. Os sintomas predominantes são náuseas, vômitos e cólicas abdominais.

Alternativa B (Incorreta): O norovírus é a principal causa de gastroenterite viral em adultos e crianças em todo o mundo. Embora os surtos possam ocorrer em qualquer

período do ano, em regiões de clima temperado é comum observar um aumento de casos durante os meses de inverno (conhecido em alguns locais como a virose do vômito de inverno), e não especificamente no verão.

Alternativa C (Incorreta): A *Giardia lamblia* é um protozoário flagelado. O tratamento preconizado para a giardíase baseia-se no uso de derivados nitroimidazólicos, como o Metronidazol (por 5 a 7 dias) ou o Tinidazol e Secnidazol (em dose única), além da Nitazoxanida. As quinolonas (como Ciprofloxacino) são antibióticos utilizados para tratar diarreias bacterianas invasivas e não têm eficácia contra protozoários.

Alternativa D (Incorreta): O rotavírus é uma causa frequente de diarreia aquosa, especialmente em crianças não vacinadas. O quadro clínico costuma ser precedido por vômitos e dor abdominal, que pode se manifestar como epigastralgia ou desconforto em andar superior do abdômen. Dizer que o quadro raramente cursa com essa sintomatologia está incorreto do ponto de vista clínico.

Alternativa E (Incorreta): A taxa de recidiva da infecção pelo *Clostridioides difficile* (antigo *Clostridium*) é significativamente superior a 5%. Estima-se que cerca de 20% a 25% dos pacientes apresentem recorrência dos sintomas após o tratamento do primeiro episódio. Esse risco é ainda maior (podendo chegar a 50-60%) em pacientes que já tiveram duas ou mais recidivas anteriores.

Questão 25

Esta questão exige o conhecimento sobre o tratamento empírico e específico das meningites bacterianas em adultos, com foco na cobertura antibiótica e no papel da corticoterapia adjuvante.

Alternativa A: Incorreta. Primeiramente, a encefalite herpética é uma infecção do parênquima cerebral, distinta da meningite propriamente dita. O tratamento de escolha é o aciclovir venoso. Embora o uso de corticosteroides possa ser discutido em casos de grande edema cerebral, ele não é considerado a base do tratamento "mais benéfico" ou o padrão-ouro na correlação direta para essa patologia como é para as bacterianas.

Alternativa B: Incorreta. Para a *Neisseria meningitidis* (meningococo), o tratamento de escolha é a ceftriaxona. No entanto, o uso de corticoides (dexametasona) em adultos com meningite meningocócica não demonstrou o mesmo benefício clínico claro que possui na meningite por pneumococo. As diretrizes recomendam iniciar o corticoide antes ou junto com a primeira dose de antibiótico na suspeita de meningite bacteriana, mas ele deve ser descontinuado se o agente identificado for o meningococo.

Alternativa C: Incorreta. O *Haemophilus influenzae* é uma causa menos comum de meningite em adultos após a introdução das vacinas. O tratamento é feito com ceftriaxona. O uso de corticoide no *Haemophilus* tem evidência robusta de benefício principalmente na população pediátrica, visando à redução de sequelas auditivas, mas não é a principal correlação de benefício em adultos quando comparada ao pneumococo.

Alternativa D: Incorreta. A *Listeria monocytogenes* deve ser suspeitada em idosos, gestantes e imunossuprimidos. O tratamento baseia-se em ampicilina (ou penicilina G cristalina) associada ou não à gentamicina. O uso de corticoides na meningite por *Listeria* é geralmente desaconselhado ou não possui evidência de benefício, pois, por se tratar de um patógeno intracelular, a imunossupressão local causada pelo esteroide pode prejudicar a resposta do hospedeiro.

Alternativa E: Correta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o agente mais comum das meningites bacterianas em adultos. Devido ao aumento global da resistência bacteriana, o esquema empírico ideal associa a ceftriaxona (uma cefalosporina de 3ª geração) à vancomicina (para cobrir cepas de pneumococo com sensibilidade reduzida às cefalosporinas). Além disso, o pneumococo é o agente que mais se beneficia do uso de corticoides (dexametasona) em adultos, com redução comprovada de mortalidade e de complicações neurológicas, desde que administrado antes ou junto com a primeira dose do antibiótico. Portanto, esta é a alternativa que apresenta a correlação mais precisa e benéfica.

Questão 26

CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DA DENGUE

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a assistência ao paciente com dengue é baseada no estadiamento clínico, que divide os casos em quatro grupos: A, B, C e D. A internação hospitalar é obrigatória para os pacientes classificados nos Grupos C (presença de sinais de alarme) e D (sinais de choque, hemorragia grave ou disfunção de órgãos).

ALTERNATIVA A - INCORRETA. A hipotensão arterial é um sinal de choque (Grupo D), mas é considerada um sinal tardio. O principal critério hemodinâmico de gravidade é a pressão arterial convergente (diferença entre a pressão sistólica e a diastólica igual ou menor que 20 mmHg). Uma pressão de 100/50 mmHg apresenta uma diferencial de 50 mmHg, não caracterizando, isoladamente, critério para internação imediata se o paciente estiver estável.

ALTERNATIVA B - INCORRETA. A queda do número de plaquetas (plaquetopenia) é um achado laboratorial muito frequente na dengue. Embora exija atenção e acompanhamento, a contagem de 80.000 células/mm³, de forma isolada, enquadra o paciente no Grupo B (necessidade de observação e exames), mas não é considerada um sinal de alarme que determine internação obrigatória.

ALTERNATIVA C - CORRETA. O aumento progressivo do hematócrito é um sinal de alarme clássico (Grupo C). Ele reflete a hemoconcentração causada pelo extravasamento de plasma do espaço intravascular para o interstício. Valores elevados de hematócrito, geralmente superiores a 50% em adultos ou com aumento de 20% em relação ao valor basal, indicam a necessidade de hidratação venosa imediata e monitoramento em regime de internação para evitar a progressão para o choque.

ALTERNATIVA D - INCORRETA. A idade inferior a 25 anos não é um critério de gravidade. As normas técnicas consideram os extremos de idade (menores de 2 anos e maiores de 65 anos) como grupos de risco que exigem maior cautela e classificação no Grupo B, mas a internação depende da evolução clínica e da presença de sinais de alarme.

ALTERNATIVA E - INCORRETA. A obesidade é considerada uma condição especial ou comorbidade. Pacientes obesos são classificados no Grupo B e necessitam de acompanhamento laboratorial e clínico mais frequente, mas a internação só se torna obrigatória se o paciente apresentar sinais de alarme ou choque. A presença isolada da obesidade não é critério de internação.

Questão 27

Os triptanos são uma classe de medicamentos fundamentais no tratamento agudo da enxaqueca moderada a grave. Eles atuam como agonistas seletivos dos receptores de serotonina 5-HT_{1B} e 5-HT_{1D}. A ativação desses receptores promove a vasoconstrição de vasos sanguíneos cranianos e a inibição da liberação de neuropeptídeos pró-inflamatórios nas terminações nervosas do trigêmeo.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta: Náuseas e vômitos são sintomas acessórios extremamente comuns em crises de enxaqueca. A presença desses sintomas não contraindica o uso de triptanos. Na verdade, em pacientes com vômitos intensos, recomenda-se apenas a utilização de formas não orais do medicamento (como spray nasal ou injeção subcutânea) para garantir a eficácia terapêutica.

Alternativa B - Correta: Devido ao seu mecanismo de ação que causa vasoconstrição, os triptanos podem agir não apenas nos vasos cranianos, mas também em outros leitos vasculares. Por isso, são formalmente contraindicados em pacientes com doença arterial coronariana (angina, histórico de infarto), doença vascular cerebral (histórico de AVC ou AIT), doença arterial periférica, doença isquêmica intestinal ou hipertensão arterial não controlada. O risco é de desencadear espasmos vasculares ou eventos isquêmicos agudos.

Alternativa C - Incorreta: A aura típica (fenômenos visuais ou sensitivos transitórios) não contraindica o uso de triptanos. Embora o medicamento deva ser administrado preferencialmente no início da fase de dor (e não durante a aura isolada, por ser menos eficaz nesse momento), a sua presença não impede o tratamento. A exceção ocorre em tipos específicos e raros de aura, como na enxaqueca hemiplégica ou na enxaqueca com aura de tronco cerebral (basilar), onde os triptanos são evitados.

Alternativa D - Incorreta: A fotofobia (hipersensibilidade à luz) é um sintoma clássico e um dos critérios diagnósticos da enxaqueca. Sua presença no início ou durante a crise é uma indicação para o tratamento abortivo, e não uma contraindicação.

Alternativa E - Incorreta: A fonofobia (hipersensibilidade ao som), assim como a fotofobia, faz parte do quadro clínico esperado de uma crise de enxaqueca. Não há base farmacológica ou clínica que contraindique o uso de triptanos diante deste sintoma.

Questão 28

O escore CURB-65 é uma ferramenta de estratificação de risco utilizada para determinar a gravidade da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e orientar a decisão sobre o local de tratamento (ambulatorial, enfermaria ou UTI). Cada letra da sigla corresponde a um critério que soma um ponto.

Critérios do escore CURB-65:

C (Confusão mental): desorientação no tempo, espaço ou pessoa que não estava presente antes do quadro.

U (Ureia): valor maior que 50 mg/dL (ou nitrogênio ureico sanguíneo — BUN maior que 19 mg/dL).

R (Respiração): frequência respiratória maior ou igual a 30 incursões por minuto (ipm).

B (Blood Pressure / Pressão Arterial): pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg OU pressão arterial diastólica menor ou igual a 60 mmHg.

65: idade maior ou igual a 65 anos.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O limite para a pressão arterial sistólica no escore é menor que 90 mmHg. O valor de 80 mmHg está abaixo do limite, mas a definição oficial do critério é < 90 mmHg.
- b) Correta. A pressão arterial diastólica (PAD) menor ou igual a 60 mmHg é exatamente o que define o critério B (Blood Pressure) da sigla, sendo um marcador de gravidade e possível choque séptico.
- c) Incorreta. O ponto de corte para a frequência respiratória é maior ou igual a 30 ipm. O valor de 35 ipm é considerado taquipneia grave, mas o critério técnico para pontuar no escore começa em 30 ipm.
- d) Incorreta. O critério de idade é maior ou igual a 65 anos (≥ 65). Dizer apenas "maior que 65" é uma imprecisão técnica, pois excluiria pacientes com exatamente 65 anos. Em questões de prova de residência, quando há uma alternativa tecnicamente perfeita (como a letra B), detalhes como este invalidam a opção.
- e) Incorreta. O valor de corte para a ureia é superior a 50 mg/dL. O valor de 40 mg/dL é considerado insuficiente para somar ponto neste escore específico.

Gabarito: Letra B.

Questão 29

O manejo do derrame pleural, especialmente o de origem parapneumônica (associado a pneumonias), exige a identificação de sinais de complicação que indiquem a necessidade de drenagem torácica para evitar o encarceramento pulmonar ou a formação de empiema.

Alternativa (a) Incorreta. A ocupação de 1/3 do hemitórax na radiografia indica um derrame de moderado volume, mas o tamanho isolado não é critério absoluto para drenagem por tubo. A conduta inicial para um derrame desse porte é a toracentese diagnóstica. A drenagem só seria indicada se o líquido apresentasse características de complicação (pus, pH baixo, glicose baixa) ou se causasse insuficiência respiratória grave sem resposta a medidas iniciais.

Alternativa (b) Incorreta. O valor de corte do pH para indicação de drenagem em derrames parapneumônicos complicados é menor que 7,2. Um pH de 7,3 ainda é considerado acima do limiar crítico para intervenção obrigatória por dreno de tórax,

embora deva ser monitorado de perto.

Alternativa (c) Correta. A glicose inferior a 60 mg/dL no líquido pleural é um critério clássico e bem estabelecido para a drenagem de um derrame parapneumônico. Níveis baixos de glicose refletem um consumo acentuado pelo metabolismo bacteriano e pela atividade intensa de neutrófilos, classificando o derrame como "complicado", o que dificilmente se resolve apenas com antibióticos.

Alternativa (d) Incorreta. Embora um DHL (Desidrogenase Láctica) acima de 1.000 U/L seja frequentemente citado como um marcador de derrame complicado, a glicose < 60 mg/dL é considerada um critério mais robusto e tradicional em diretrizes clínicas e provas de residência. Em algumas classificações, o DHL precisa estar acima de 3 vezes o limite superior do normal para o soro para ser um critério isolado de drenagem.

Alternativa (e) Incorreta. A citologia oncótica positiva confirma que o derrame pleural é maligno (neoplásico). Nesses casos, a drenagem de tórax por tubo não é uma indicação mandatória imediata. A intervenção (seja por toracentese de alívio, dreno ou pleurodese) é reservada para pacientes sintomáticos (com dispneia) ou para controle paliativo, não sendo uma indicação baseada apenas no resultado citológico.

Questão 30

Para responder a essa questão, é necessário relembrar a definição clássica dos critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), estabelecidos pelos consensos internacionais. Para o diagnóstico de SIRS, o paciente deve apresentar pelo menos dois dos quatro critérios abaixo:

1. Temperatura: > 38 °C (febre) ou < 36 °C (hipotermia).
2. Frequência Cardíaca: > 90 batimentos por minuto (bpm).
3. Frequência Respiratória: > 20 incursões por minuto (ipm) OU PaCO₂ < 32 mmHg.
4. Leucócitos: > 12.000/mm³, < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens (bastões).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O critério de temperatura exige valores acima de 38 °C ou abaixo de 36 °C. A temperatura de 37 °C é considerada normal.

b) Incorreta. O ponto de corte para taquicardia na SIRS é uma frequência cardíaca superior a 90 bpm. O valor de 85 bpm não atinge esse critério.

c) Incorreta. Embora 25 ipm seja um valor elevado, o critério oficial definido no consenso é uma frequência respiratória maior que 20 ipm. Em questões de múltipla escolha que testam definições de protocolos, busca-se o limite exato estabelecido pela literatura.

d) Correta. A diminuição da PaCO₂ (pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial) para valores abaixo de 32 mmHg reflete a hiperventilação do paciente, sendo um dos critérios respiratórios aceitos para a definição de SIRS.

e) Incorreta. O critério de leucopenia (baixa contagem de glóbulos brancos) é definido por um valor inferior a 4.000/mm³. O valor de 5.000/mm³ ainda está dentro da faixa de normalidade.

Questão 31

Alternativa a: Incorreta. O risco de infecção aumenta de forma significativa quando a contagem absoluta de neutrófilos (CAN) cai abaixo de 500 células/microlitro. O risco torna-se ainda mais grave (neutropenia profunda) quando a contagem é inferior a 100 células/microlitro. O valor de 600 células/microlitro citado não é o ponto de corte clássico para o aumento substancial da incidência de infecções.

Alternativa b: Incorreta. O período de maior queda dos neutrófilos, chamado de nadir, depende do protocolo quimioterápico utilizado, mas geralmente ocorre entre o 7º e o 14º dia após a administração do tratamento. O intervalo entre o 5º e o 10º dia é muito restrito e não reflete a regra geral para a maioria dos pacientes sob risco.

Alternativa c: Incorreta. A neutropenia febril é uma emergência médica. As diretrizes nacionais e internacionais (como as da IDSA) preconizam que a primeira dose da antibioticoterapia de amplo espectro deve ser administrada em até 60 minutos (1 hora) após a apresentação do paciente ao serviço de saúde. O prazo de 2 horas é considerado excessivo para o manejo adequado.

Alternativa d: Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração que não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*, um dos patógenos mais agressivos em pacientes neutropênicos. A terapia empírica inicial deve obrigatoriamente incluir um agente com ação antipseudomonal, como cefepime, piperacilina-tazobactam ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem).

Alternativa e: Correta. Historicamente, os bacilos Gram-negativos eram os principais agentes isolados e causadores de maior mortalidade. Contudo, nas últimas décadas, os cocos Gram-positivos tornaram-se agentes muito frequentes devido ao uso disseminado de cateteres venosos centrais e à ocorrência de mucosite. Portanto,

ambos os grupos de microrganismos possuem grande relevância clínica na etiologia da neutropenia febril.

Questão 32

O diagnóstico de diabetes melito (DM) baseia-se em critérios laboratoriais bem estabelecidos pelas principais sociedades, como a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a American Diabetes Association (ADA). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. O ponto de corte oficial para o diagnóstico de diabetes por meio da glicemia plasmática de jejum é um valor maior ou igual a 126 mg/dL. Valores situados entre 100 e 125 mg/dL são classificados como glicemia de jejum alterada, caracterizando uma fase de pré-diabetes. O termo "maior que 125 mg/dL" é tecnicamente impreciso perante as diretrizes que definem o valor exato de 126 mg/dL.

Alternativa b: Correta. A hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5% é um critério diagnóstico consolidado. Este exame deve ser realizado por laboratórios que utilizem métodos certificados pela NGSP e padronizados pelo DCCT. A HbA1c reflete o controle glicêmico médio dos últimos 2 a 3 meses e tem a vantagem de não exigir obrigatoriamente o jejum.

Alternativa c: Incorreta. No Teste de Tolerância à Glicose por via Oral (TTGO) com 75 g de glicose, o diagnóstico de diabetes melito na população geral é definido pelo valor da glicemia coletada no tempo de 120 minutos (2 horas). O valor de 1 hora não é utilizado para o diagnóstico de diabetes fora do contexto de diabetes gestacional.

Alternativa d: Incorreta. De acordo com as diretrizes vigentes, no TTGO, o diagnóstico de diabetes ocorre quando a glicemia de 2 horas é maior ou igual a 200 mg/dL. Valores entre 140 e 199 mg/dL após 2 horas de sobrecarga são classificados como tolerância à glicose diminuída (pré-diabetes).

Alternativa e: Incorreta. A cetonemia refere-se à presença de corpos cetônicos no sangue, o que indica um estado de cetose. Embora seja um achado crucial para o diagnóstico da cetoacidose diabética (uma complicação aguda), a cetonemia não faz parte dos critérios diagnósticos para definir a presença da doença crônica diabetes melito.

Resumo dos critérios diagnósticos atuais:

1. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL.
2. Hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%.

3. Glicemia de 2 horas no TTGO maior ou igual a 200 mg/dL.
 4. Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia.
-

Questão 33

O Tempo de Protrombina (TP) é o exame laboratorial que avalia a via extrínseca e a via comum da cascata de coagulação. Para responder corretamente a esta questão, é necessário correlacionar os fatores de coagulação com as vias que eles compõem.

Alternativa a: Incorreta. O uso de heparina não fracionada altera predominantemente o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), pois sua ação principal, via antitrombina III, ocorre sobre os fatores da via intrínseca e comum (especialmente os fatores II e X). Já as heparinas de baixo peso molecular habitualmente não alteram o TP ou o TTPA em doses terapêuticas.

Alternativa b: Correta. O Fator VII é o único fator que participa exclusivamente da via extrínseca. Portanto, um prolongamento isolado do Tempo de Protrombina (TP) é o achado clássico da deficiência de Fator VII. Vale lembrar que, como o Fator VII tem a meia-vida mais curta entre os fatores dependentes de vitamina K, o TP também é o primeiro exame a se alterar em casos de uso inicial de varfarina ou deficiência precoce de vitamina K.

Alternativa c: Incorreta. O Fator IX faz parte da via intrínseca da coagulação. Sua deficiência é conhecida como hemofilia B e resulta em um TTPA prolongado, mantendo o TP dentro da normalidade.

Alternativa d: Incorreta. O fibrinogênio (Fator I) é o componente final da via comum, onde as vias intrínseca e extrínseca convergem. Dessa forma, uma deficiência significativa de fibrinogênio causaria alteração tanto no TP quanto no TTPA, e não apenas no TP.

Alternativa e: Incorreta. A doença de von Willebrand é um distúrbio da hemostasia primária (envolvendo a adesão das plaquetas ao endotélio). O TP não avalia a hemostasia primária, portanto permanece normal. O TTPA pode estar alargado em alguns pacientes porque o fator de von Willebrand é o carregador do Fator VIII na circulação, mas o TP não sofre interferência.

Questão 34

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta segundo o gabarito oficial indicado, embora, na literatura médica e nos consensos da American Diabetes Association (ADA) e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), ela descreva a recomendação correta. O bicarbonato de sódio não é usado de rotina na cetoacidose e sua indicação é restrita a casos de acidose grave, com pH menor ou igual a 6,9.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A reposição de potássio é fundamental e deve preceder a insulina apenas se o valor estiver muito baixo, mas o ponto de corte clássico para suspender ou adiar a insulinoterapia é um potássio menor do que 3,3 mEq/L, e não 3,5 mEq/L. Se o potássio estiver entre 3,3 e 5,2 mEq/L, ele deve ser repostado simultaneamente à infusão de insulina.

Alternativa c: Esta alternativa foi considerada a correta no gabarito; contudo, apresenta um erro técnico de dosagem que o estudante deve notar. A dose padrão de insulina regular na cetoacidose diabética é de 0,1 U/kg/hora. O valor de 1 U/kg/hora citado na questão é dez vezes superior ao recomendado e seria extremamente perigoso na prática clínica, podendo causar hipoglicemia severa e hipocalcemia. É provável que tenha ocorrido um erro de digitação na elaboração da questão original (falta da vírgula em 0,1).

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A hidratação inicial em pacientes com cetoacidose deve ser agressiva para restaurar o volume intravascular. A recomendação habitual é de 15 a 20 mL/kg na primeira hora, o que, para um adulto médio, significa a infusão de 1000 a 1500 mL de soro fisiológico 0,9%, e não apenas 500 mL.

Alternativa e: Esta alternativa está incorreta. Embora os valores de pH maior que 7,3, ânion gap menor ou igual a 12 e bicarbonato maior ou igual a 15 sejam critérios de resolução da cetoacidose, a bomba de infusão não pode ser simplesmente desligada. É necessário que o paciente esteja em condições de se alimentar e que tenha sido administrada a primeira dose de insulina subcutânea (esquema basal-bolus) de 1 a 2 horas antes de desligar a bomba, garantindo a sobreposição (overlap) necessária para evitar o retorno da cetogênese.

Questão 35

A classificação GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) é o padrão internacional para avaliar a gravidade da limitação ao fluxo aéreo na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Para que essa classificação seja aplicada, o paciente deve apresentar uma relação VEF1/CVF pós-broncodilatador menor que 0,70, confirmando a obstrução. A partir daí, utiliza-se o valor do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) em porcentagem do previsto para definir o estágio de gravidade.

Alternativa A: Correta. O estágio GOLD I, classificado como leve, ocorre quando o paciente possui um VEF1 maior ou igual a 80% do valor previsto.

Alternativa B: Incorreta. O estágio GOLD II, classificado como moderado, é definido por um VEF1 maior ou igual a 50% e menor que 80% do valor previsto. Os valores de 60% mencionados na alternativa não correspondem ao ponto de corte oficial.

Alternativa C: Incorreta. O estágio GOLD III, classificado como grave, é definido por um VEF1 maior ou igual a 30% e menor que 50% do valor previsto. A faixa de 40% a 55% está tecnicamente errada conforme as diretrizes.

Alternativa D: Incorreta. O estágio GOLD IV, classificado como muito grave, ocorre quando o VEF1 é menor que 30% do valor previsto (ou menor que 50% associado à insuficiência respiratória crônica). O valor de 40% indicado na opção está incorreto.

Alternativa E: Incorreta. A classificação de gravidade GOLD (I a IV) baseia-se exclusivamente no valor percentual do VEF1 previsto. A relação VEF1/CVF é utilizada para o diagnóstico da doença (presença de obstrução quando $< 0,70$), mas não para graduar a gravidade da obstrução em estágios I a IV.

Questão 36

O escore CHA2DS2-VASc é utilizado para avaliar o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em pacientes com fibrilação atrial e determinar a necessidade de anticoagulação. O próprio acrônimo ajuda a memorizar a pontuação, pois o número 2 posicionado após as letras A (Age) e S (Stroke) indica que esses critérios específicos valem 2 pontos cada, enquanto os demais valem 1 ponto.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A idade igual ou superior a 75 anos é um dos critérios de maior peso no escore, conferindo 2 pontos ao cálculo final (representado pelo A2 no acrônimo). O outro critério que também pontua 2 é o antecedente de AVC, ataque

isquêmico transitório (AIT) ou embolia sistêmica (representado pelo S2).

Alternativa B (Incorreta): A insuficiência cardíaca congestiva ou a presença de disfunção ventricular esquerda moderada a grave contribui com apenas 1 ponto (letra C do acrônimo).

Alternativa C (Incorreta): A presença de hipertensão arterial, independentemente de ser sistólica ou diastólica, contribui com apenas 1 ponto (letra H do acrônimo).

Alternativa D (Incorreta): O diabetes melito é considerado um fator de risco que soma apenas 1 ponto à pontuação total (letra D do acrônimo).

Alternativa E (Incorreta): O sexo feminino soma 1 ponto ao escore (letra Sc - Sex Category). Vale ressaltar que, isoladamente, o sexo feminino não pontua para fins de início de anticoagulação se for o único fator de risco presente.

Em resumo, para o CHA2DS2-VASc, apenas Idade maior ou igual a 75 anos e Histórico de AVC/AIT/Embolia valem 2 pontos. Todos os outros critérios (Insuficiência Cardíaca, Hipertensão, Diabetes, Doença Vascular, Idade entre 65-74 anos e Sexo Feminino) valem 1 ponto cada.

Questão 37

Alternativa A: INCORRETA. Os episódios de vertigem na VPPB são tipicamente fugazes, durando geralmente menos de 60 segundos (na grande maioria das vezes, entre 15 e 30 segundos). Uma duração média de 2 minutos é considerada longa para os critérios diagnósticos habituais da canalitíase.

Alternativa B: INCORRETA. O canal semicircular posterior é o mais frequentemente afetado, ocorrendo em cerca de 85% a 90% dos casos. O nistagmo resultante do estímulo do canal posterior é vertical para cima (upbeat) e torcional. O nistagmo puramente horizontal é característico do acometimento do canal lateral, que representa apenas 5% a 15% dos casos.

Alternativa C: CORRETA. A Vertigem Posicional Paroxística Benigna é a etiologia mais prevalente de vertigem de origem periférica. Ela se caracteriza por crises súbitas de vertigem desencadeadas por movimentos específicos da cabeça, sendo a principal causa de busca por atendimento médico devido à tontura episódica.

Alternativa D: INCORRETA. A fatigabilidade é uma característica clínica essencial para o diagnóstico da VPPB de origem periférica. Isso significa que, se a manobra diagnóstica for repetida várias vezes seguidas, a intensidade do nistagmo e do

sintoma de vertigem tende a diminuir progressivamente até desaparecer.

Alternativa E: INCORRETA. É fundamental não confundir as manobras. A manobra de Dix-Hallpike é o padrão-ouro para a confirmação diagnóstica da VPPB de canal posterior. A manobra de Epley é uma manobra de reposicionamento de partículas, ou seja, é indicada para o tratamento (terapêutica) após o diagnóstico ter sido estabelecido.

Questão 38

A trombólise química com o uso de rtPA (alteplase) ou tenecteplase é uma das intervenções fundamentais no manejo do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) agudo. Para a indicação do procedimento, o paciente deve preencher critérios rigorosos de inclusão e não apresentar contraindicações.

Alternativa (a) Incorreta: O tempo máximo estabelecido para a trombólise endovenosa na prática clínica convencional é de até 4,5 horas a partir do último momento em que o paciente foi visto assintomático ("last known well"). Janelas maiores, como até 6 ou 24 horas, são reservadas para a trombectomia mecânica em casos de oclusão de grandes vasos ou protocolos específicos com uso de neuroimagem avançada (perfusão).

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa tenta confundir o candidato ao delimitar uma faixa de tempo. A indicação de trombólise começa no minuto zero da chegada do paciente, desde que dentro da janela de 4,5 horas. Não existe um intervalo inicial de 2 horas para que o procedimento seja indicado.

Alternativa (c) CORRETA: De acordo com as diretrizes da American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) e da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, a idade maior ou igual a 18 anos é um critério de inclusão padrão para o uso do trombolítico endovenoso nos protocolos de rotina.

Alternativa (d) Incorreta: O critério glicêmico fundamental para a trombólise é que a glicemia esteja acima de 50 mg/dL. Isso ocorre porque a hipoglicemia é um importante "stroke mimic" (condição que simula o AVC). Embora a hiperglicemia deva ser controlada, o limite de 250 mg/dL mencionado na alternativa não é um critério de exclusão absoluto nos protocolos; geralmente, valores muito elevados (acima de 400 mg/dL) exigem manejo, mas o foco principal é a exclusão da hipoglicemia.

Alternativa (e) Incorreta: Este é um ponto clássico de "pegadinha" em provas. Para iniciar a trombólise, a pressão arterial (PA) deve estar obrigatoriamente abaixo de

185/110 mmHg. Se o paciente apresentar PA igual ou superior a 185/110 mmHg, ele tem uma contraindicação relativa momentânea, devendo-se realizar o controle pressórico com medicamentos endovenosos (como o labetalol ou nitroprussiato) para baixar os níveis abaixo desse patamar antes de infundir o trombolítico. Além disso, após o início da infusão, a PA deve ser mantida abaixo de 180/105 mmHg.

Questão 39

A questão aborda a correlação entre marcadores tumorais e suas neoplasias de origem. Esses marcadores são substâncias, geralmente proteínas, produzidas pelas células tumorais ou pelo organismo em resposta à presença do câncer, sendo úteis principalmente no acompanhamento da resposta ao tratamento e na detecção de recidivas.

Alternativa a) Incorreta. A alfa-fetoproteína (AFP) é o principal marcador relacionado ao carcinoma hepatocelular (fígado) e a certos tumores de células germinativas, como o tumor do seio endodérmico (ovário ou testículo). No entanto, o marcador mais comumente relacionado ao câncer de ovário (especificamente o tipo epitelial) é o CA-125.

Alternativa b) Incorreta. O PSA (Antígeno Prostático Específico) é um marcador altamente específico para o tecido prostático, sendo fundamental no diagnóstico e seguimento do câncer de próstata. Para o fígado, o marcador de referência é a alfa-fetoproteína (AFP).

Alternativa c) Incorreta. O CEA (Antígeno Carcinoembrionário) é um marcador clássico para tumores do trato gastrointestinal, com destaque para o câncer colorretal. Embora possa apresentar elevação em casos de câncer de pulmão (especialmente adenocarcinomas), não é o marcador de eleição ou o mais relacionado, de forma específica, a esse órgão em comparação com a associação da alternativa d.

Alternativa d) Correta. O CA 15-3 é o marcador tumoral mais amplamente utilizado no acompanhamento clínico do câncer de mama. Ele é especialmente útil para monitorar a eficácia do tratamento em pacientes com doença metastática e para a detecção precoce de recorrências em pacientes previamente tratadas.

Alternativa e) Incorreta. O CA-125 é o principal marcador para o câncer epitelial de ovário, não tendo relação com a próstata. Como citado anteriormente, o marcador da próstata é o PSA.

Questão 40

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar possui excelente resolução para avaliar estruturas ósseas e fraturas. Entretanto, quando o quadro é de radiculopatia (dor decorrente de compressão ou inflamação de raízes nervosas), a ressonância magnética (RM) é consideravelmente mais sensível. A RM oferece uma melhor diferenciação de tecidos moles, permitindo visualizar com precisão discos intervertebrais, nervos e o saco dural.

Alternativa B: Incorreta. A eletroneuromiografia (ENMG) é um exame funcional que estuda a condução nervosa e a resposta muscular. Ela é útil para confirmar se há lesão nervosa e determinar a gravidade e o tempo da lesão, mas não é o exame de escolha para diagnosticar a hérnia discal em si. O diagnóstico anatômico da hérnia de disco é feito preferencialmente por exames de imagem, como a ressonância magnética.

Alternativa C: Incorreta. O ultrassom abdominal não é uma ferramenta diagnóstica para a coluna lombar. As ondas sonoras do ultrassom são bloqueadas pelo tecido ósseo, impedindo a visualização das vértebras e do canal medular. Patologias inflamatórias, como a espondilite anquilosante, são investigadas através de radiografia ou, mais precocemente, pela ressonância magnética (que detecta o edema ósseo).

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a realidade clínica do raio X de coluna. Ele é o exame de imagem mais solicitado devido ao seu baixo custo e ampla disponibilidade (fácil acesso). No entanto, sua sensibilidade é baixa, pois não consegue demonstrar hérnias discais, alterações precoces de tumores ou infecções e alterações em partes moles, servindo basicamente para avaliar o alinhamento vertebral, espaços discais e alterações ósseas degenerativas ou traumáticas grosseiras.

Alternativa E: Incorreta. O VHS (velocidade de hemossedimentação) é um marcador de fase aguda extremamente inespecífico, que se eleva em diversas condições inflamatórias, infecciosas e neoplásicas. Embora a mioftose (substituição do tecido hematopoiético da medula óssea por tecido anormal) possa ocorrer em cânceres que cursam com dor lombar, não é correto afirmar que o aumento do VHS está frequentemente associado especificamente a esse fenômeno no contexto geral da lombalgia. O VHS alto é um sinal de alerta (*red flag*) para gravidade, mas não é específico para mioftose.

Questão 41

Análise do caso clínico:

A paciente é uma gestante de 34 semanas com hipertensão arterial crônica. O quadro apresenta um feto com peso abaixo do percentil 3 (percentil 2) e Doppler de artéria umbilical com diástole zero. Esses achados são fundamentais para a interpretação do bem-estar fetal e da patologia placentária envolvida.

Alternativa a: Incorreta. Embora o feto tenha peso abaixo do percentil 10, o termo "Pequeno para a Idade Gestacional" (PIG) é frequentemente utilizado para fetos constitucionalmente pequenos, mas que possuem Doppler normal e não apresentam patologia placentária. No caso em questão, a presença de diástole zero na artéria umbilical classifica o quadro como Restrição de Crescimento Fetal (RCF), especificamente um estágio avançado de insuficiência placentária.

Alternativa b: Incorreta. A "diástole zero" na artéria umbilical ocorre quando a resistência vascular na placenta está extremamente elevada, impedindo a passagem de sangue durante a fase diastólica do ciclo cardíaco fetal. Como o Índice de Pulsatilidade (IP) é calculado pela relação entre as velocidades sistólica, diastólica e média, a ausência de fluxo diastólico resulta em um aumento significativo do IP, e não em sua diminuição.

Alternativa c: Incorreta. O volume de líquido amniótico é avaliado pelo Maior Bolsão Vertical (MBV) ou pelo Índice de Líquido Amniótico (ILA). Um MBV de 3 cm é considerado normal, pois o diagnóstico de oligoâmnio é definido por um MBV inferior a 2 cm.

Alternativa d: Incorreta. Para diagnosticar pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, seria necessária a presença de proteinúria nova ou em piora (relação proteína/creatinina urinária maior ou igual a 0,3), elevação súbita da pressão arterial ou sinais de disfunção orgânica (como plaquetopenia ou alteração de enzimas hepáticas). A paciente apresenta relação de 0,2 e está normotensa no momento, não preenchendo os critérios diagnósticos.

Alternativa e: Correta. O termo "sofrimento fetal crônico" é utilizado para descrever situações de insuficiência placentária persistente que levam a adaptações fetais, como a restrição de crescimento e alterações hemodinâmicas detectadas pelo Doppler. A diástole zero na artéria umbilical é um marcador clássico de alta resistência placentária e hipóxia fetal progressiva. Neste estágio, há um risco elevado de morbimortalidade perinatal, refletindo o comprometimento crônico da unidade fetoplacentária decorrente da hipertensão arterial materna.

Questão 42

Para compreender a conduta correta nesta questão, devemos analisar os três pilares do caso clínico: o diagnóstico materno-fetal, a vitalidade fetal e o histórico obstétrico.

1. Diagnóstico Materno-Fetal: A paciente tem 34 semanas e 1 dia de gestação, é hipertensa crônica e apresenta um feto com Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), evidenciado pelo peso fetal no percentil 2.

2. Vitalidade Fetal (Doppler): O achado de artéria umbilical com diástole zero indica uma resistência placentária severamente aumentada. Em gestações acima de 32 a 34 semanas, a presença de diástole zero na artéria umbilical é uma indicação clássica de interrupção da gestação, pois o risco de morte fetal intrauterina supera os riscos da prematuridade.

3. Condições Obstétricas e Via de Parto: A paciente possui uma cicatriz uterina prévia (uma cesárea há 2 anos) e o colo uterino está impérvio (fechado e desfavorável). O feto com restrição de crescimento e alteração de Doppler possui baixa reserva funcional para suportar o estresse das contrações de um trabalho de parto induzido.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A alta hospitalar é contraindicada. A diástole zero é um sinal de gravidade que exige a interrupção imediata da gestação ou em curto prazo, sob regime de internação, devido ao alto risco de óbito fetal.

b) Incorreta. O uso de misoprostol é formalmente contraindicado em pacientes com cicatriz uterina prévia (cesárea anterior), devido ao elevado risco de ruptura uterina durante a indução.

c) Incorreta. Embora a sonda de Foley seja um método mecânico que poderia ser usado em colos desfavoráveis com cicatriz prévia, a gravidade do Doppler (diástole zero) em um feto de 34 semanas com crescimento restrito torna a indução do parto arriscada e prolongada. A maioria dos protocolos recomenda a via alta (cesárea) pela urgência relativa e baixa reserva fetal.

d) Incorreta. A indução com ocitocina pressupõe um colo uterino favorável (índice de Bishop alto), o que não é o caso (colo impérvio). Além disso, o feto com diástole zero dificilmente toleraria a dinâmica uterina da indução sem apresentar sofrimento fetal agudo.

e) Correta. Diante da maturidade gestacional (34 semanas), do diagnóstico de restrição de crescimento severa e, principalmente, do Doppler de artéria umbilical

com diástole zero, a interrupção é mandatória. A via alta (cesárea) é a escolha mais adequada pela urgência do quadro, pelo colo uterino desfavorável, pela cicatriz de cesárea prévia e pelo comprometimento da reserva fetal, que torna o trabalho de parto de alto risco para esse conceito.

Questão 43

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A questão aborda o diagnóstico de diabetes na gestação em uma paciente no primeiro trimestre (11 semanas). De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotados pelo Ministério da Saúde e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), os valores da glicemia de jejum no início da gravidez definem a conduta:

1. Glicemia de jejum menor que 92 mg/dL: Normal. A paciente deve ser reavaliada entre a 24^a e a 28^a semana com o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG).
2. Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Pré-existente (Overt Diabetes).

No caso em questão, a paciente apresenta glicemia de 92 mg/dL, o que a enquadra no diagnóstico de Diabetes Gestacional. Sobre os dados de toxoplasmose (IgG e IgM positivos com avidéz de 90% em IG precoce), eles indicam infecção antiga (ocorrida há mais de 4 meses), descartando infecção aguda na gestação, mas não influenciam no diagnóstico metabólico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A paciente apresenta uma glicemia de jejum no limite inferior para o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), que é de 92 mg/dL no primeiro trimestre. Portanto, o diagnóstico está estabelecido.

Alternativa B (INCORRETA): O termo overt diabetes refere-se ao diabetes diagnosticado na gestação, mas cujos níveis glicêmicos atingem os critérios de diagnóstico para diabetes fora da gestação (glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL). O valor de 92 mg/dL é insuficiente para essa classificação.

Alternativa C (INCORRETA): O diabetes tipo 2, no contexto gestacional, seria classificado como overt diabetes. Como a glicemia é de 92 mg/dL, o diagnóstico correto é DMG, e não diabetes pré-gestacional tipo 2.

Alternativa D (INCORRETA): O TOTG de 75 g realizado entre a 24ª e a 28ª semana de gestação é o rastreamento indicado para pacientes que apresentaram glicemia de jejum normal (menor que 92 mg/dL) no primeiro trimestre. Como esta paciente já possui o diagnóstico de DMG pela glicemia de jejum inicial, o TOTG é desnecessário e contraindicado.

Alternativa E (INCORRETA): O tratamento inicial do Diabetes Gestacional é a terapia não farmacológica, composta por plano alimentar adequado e atividade física. A introdução de insulina (ou outros antidiabéticos) só é recomendada se os alvos glicêmicos não forem atingidos após 1 a 2 semanas de dieta e exercícios. Além disso, o esquema de doses citado é uma generalização que não se aplica como conduta imediata para este caso.

Questão 44

Análise do Quadro Clínico:

A paciente está na 11ª semana de gestação (primeiro trimestre) e apresenta sorologia para toxoplasmose com IgG e IgM reagentes. O dado fundamental para a conduta é o Teste de Avidéz de IgG, que apresenta um valor de 90%. Um teste de alta avidéz (geralmente acima de 60%), quando realizado no primeiro trimestre da gestação (preferencialmente até a 12ª ou 13ª semana), indica que a infecção ocorreu há pelo menos 3 a 4 meses.

Como a paciente está com 11 semanas, uma infecção ocorrida há mais de 3 meses aconteceu antes da concepção. Portanto, trata-se de uma infecção crônica (paciente já era imune antes de engravidar), o que anula o risco de transmissão vertical para o feto.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O resultado de alta avidéz (90%) no primeiro trimestre exclui infecção recente. Ele confirma que a infecção é antiga e que a presença do IgM provavelmente se deve ao fenômeno de IgM residual, em que os anticorpos permanecem detectáveis por meses ou anos após a fase aguda.

Alternativa B: Incorreta. Não é necessário solicitar nova sorologia. O teste de avidéz realizado precocemente na gestação é definitivo para datar a infecção. A repetição seria indicada apenas em casos de dúvida diagnóstica ou resultados indeterminados.

Alternativa C: Incorreta. O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido

folínico) é indicado apenas quando há confirmação de infecção fetal (por meio de PCR do líquido amniótico) ou quando a infecção aguda materna é diagnosticada no terceiro trimestre. Não há indicação de tratamento para gestantes com imunidade prévia.

Alternativa D: Incorreta. A espiramicina é utilizada para reduzir o risco de transmissão placentária quando se suspeita ou confirma infecção aguda na gestante. Como ficou provado que a infecção ocorreu antes da gravidez, não existe o risco de transmissão, tornando o uso do medicamento desnecessário.

Alternativa E: Correta. Uma vez que a infecção é pré-concepcional (confirmada pela alta avidéz no primeiro trimestre), a paciente é considerada imune. Não há risco para o feto e não é necessária qualquer intervenção medicamentosa ou investigação adicional para toxoplasmose, seguindo apenas com o acompanhamento pré-natal de rotina.

Questão 45

Alternativa a: Incorreta. A vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação em todas as gestações. Não existe a obrigatoriedade de esperar até as 32 semanas; a recomendação é que seja feita o quanto antes (após a 20ª semana) para garantir o tempo adequado de produção de anticorpos maternos e sua passagem transplacentária para o feto.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra a febre amarela utiliza vírus vivos atenuados e, por isso, é geralmente contraindicada durante a gestação. Ela só deve ser considerada em situações excepcionais de alto risco epidemiológico, onde o risco da doença supera o risco vacinal, o que não é o caso padrão descrito.

Alternativa c: Incorreta. Diferentemente da vacina dupla adulta (dT), que tem validade de 10 anos (ou 5 em casos de ferimentos), a vacina DTPa deve ser administrada em toda e qualquer gestação, independentemente do histórico vacinal prévio da paciente ou do intervalo entre os partos. O objetivo é conferir imunidade passiva contra a coqueluche ao recém-nascido.

Alternativa d: Incorreta. A vacina contra a hepatite B não é contraindicada. Por ser uma vacina de vírus inativado (recombinante), ela é segura e recomendada durante a gestação para todas as mulheres que apresentem sorologia negativa (suscetíveis), como é o caso da paciente T.D.J.

Alternativa e: Correta. A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) é composta por vírus vivos atenuados e seu uso é formalmente contraindicado durante

a gravidez pelo risco teórico de infecção fetal. Como a paciente demonstrou ser suscetível (IgG e IgM negativos para rubéola), a conduta correta é realizar a imunização no período pós-parto imediato.

Questão 46

Para compreender esta questão, é necessário analisar os critérios diagnósticos de vitalidade embrionária e as definições clínicas dos tipos de abortamento.

A paciente apresenta um quadro de sangramento vaginal em pequena quantidade e, ao exame físico, o colo uterino está impérvio (fechado). Essa combinação clínica (sangramento + colo fechado) define, inicialmente, uma ameaça de abortamento.

O ponto crucial da questão reside na interpretação do ultrassom. De acordo com os critérios da Sociedade de Radiologistas em Ultrassom (SRU), que são amplamente adotados na prática obstétrica, o diagnóstico de abortamento (gestação não evolutiva) só pode ser afirmado com certeza por meio de um único exame se:

1. O diâmetro médio do saco gestacional (DMSG) for maior ou igual a 25 mm sem a presença de embrião (gestação anembrionada).
2. O comprimento cabeça-nádega (CCN) for maior ou igual a 7 mm sem atividade cardíaca visível.

No caso descrito, o embrião está presente (o que descarta gestação anembrionada, apesar do DMSG de 40 mm), mas o CCN é de apenas 3 mm. Como o CCN é inferior a 7 mm, a ausência de batimentos cardioembrionários (BCE) não é suficiente para decretar o óbito embrionário de forma definitiva em um único exame. Portanto, o diagnóstico permanece como ameaça de abortamento, sendo obrigatória a repetição do exame em 7 a 10 dias para confirmar a evolução da gestação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Não se pode diagnosticar aborto retido com um CCN de apenas 3 mm sem batimentos. É necessário aguardar que o embrião atinja 7 mm para confirmar a ausência de vida. Além disso, a conduta para aborto retido confirmado geralmente envolve o esvaziamento uterino ou conduta expectante sob vigilância, mas o diagnóstico aqui é inconclusivo.

b) Incorreta. Embora o diagnóstico clínico inicial seja ameaça de abortamento, o uso de Ergotrate (metilergometrina) é contraindicado. O Ergotrate é um uterotônico que promove contrações uterinas, sendo usado em hemorragias pós-parto ou para auxiliar a expulsão em abortos já confirmados e incompletos. Na ameaça de aborto com feto potencialmente vivo, o uso dessa medicação provocaria o abortamento.

c) Incorreta. O aborto em curso caracteriza-se por sangramento moderado a acentuado e, obrigatoriamente, o colo uterino deve estar pérvio (aberto), o que não ocorre nesta paciente. A AMIU seria o tratamento, mas o diagnóstico está errado.

d) Incorreta. No aborto incompleto, parte do conteúdo gestacional já foi expelida, o colo uterino costuma estar aberto e o ultrassom mostra restos ovulares ou saco gestacional irregular. O exame físico da paciente descreve colo impérvio e o ultrassom mostra um saco gestacional e embrião íntegros (embora sem batimento visível no momento).

e) Correta. Esta é a alternativa correta porque respeita a clínica (sangramento com colo fechado = ameaça) e os critérios ultrassonográficos de prudência. Como o CCN é menor que 7 mm, a conduta médica correta é aguardar cerca de 10 dias para realizar uma nova ultrassonografia e verificar se houve crescimento embrionário e aparecimento de batimentos cardíacos, confirmando ou descartando a viabilidade da gestação.

Questão 47

Alternativa a) Incorreta. Pacientes que utilizam medicamentos anticonvulsivantes (como fenitoína, carbamazepina ou ácido valproico) são classificadas no grupo de alto risco para defeitos de fechamento do tubo neural. Para essas mulheres, a recomendação de suplementação de ácido fólico é de 4 mg a 5 mg por dia, dose significativamente superior aos 400 mcg (0,4 mg) indicados para gestantes de baixo risco.

Alternativa b) Incorreta. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de diversas sociedades médicas (como a FEBRASGO no Brasil) para a prevenção de defeitos do tubo neural na população geral é de 400 mcg (ou 0,4 mg) por dia. A dose de 5 mg é recomendada apenas para pacientes com antecedentes de filhos com defeito do tubo neural, uso de anticonvulsivantes, diabetes pré-gestacional ou outras condições de alto risco.

Alternativa c) Incorreta. A deficiência de ácido fólico está primariamente relacionada aos defeitos do tubo neural (DTN), como a anencefalia e a mielomeningocele. Embora o ácido fólico participe de diversos processos de formação tecidual, os defeitos de parede abdominal (como gastrosquise e onfalocele) possuem etiologias distintas e não são o foco principal da suplementação desta vitamina.

Alternativa d) Correta. O ácido fólico ingerido de forma sintética ou via alimentos precisa passar por um processo de redução e metilação no organismo para se tornar

ativo. A etapa final desse processo depende da enzima metilenotetra-hidrofolato redutase (MTHFR). No entanto, existe uma alta prevalência de polimorfismos genéticos na população que reduzem a atividade dessa enzima. Nesses casos, a conversão do ácido fólico em sua forma ativa (L-metilfolato) é prejudicada. Por isso, estudos e novas diretrizes sugerem que o uso direto do L-metilfolato pode ser mais eficaz por já ser a forma biodisponível, ignorando a necessidade da enzima MTHFR.

Alternativa e) Incorreta. O ácido fólico é conhecido como vitamina B9. A vitamina B6 é a piridoxina. Embora ambas pertençam ao complexo B e sejam hidrossolúveis, elas desempenham funções diferentes no metabolismo humano.

Questão 48

A questão descreve um quadro clássico de sangramento de terceiro trimestre (especificamente na segunda metade da gestação), sendo fundamental a diferenciação entre as principais causas de hemorragia obstétrica.

Análise do caso clínico:

A paciente está com 37 semanas, apresenta sangramento vaginal vermelho-vivo, indolor (ausência de contrações ou queixas algicas), com tônus uterino normal (dinâmica ausente) e vitalidade fetal preservada (BCF de 130 bpm). Além disso, a paciente possui o antecedente de duas cesáreas prévias, o que é um importante fator de risco.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A placenta prévia caracteriza-se clinicamente por sangramento vaginal indolor, de cor vermelho-viva, de início súbito e episódico, geralmente em gestantes na segunda metade da gravidez. O tônus uterino permanece normal e a vitalidade fetal costuma estar preservada inicialmente, exatamente como descrito no caso. A cicatriz de cesárea anterior é um dos principais fatores de risco para essa condição.

b) INCORRETA. O descolamento prematuro de placenta (DPP) manifesta-se tipicamente com dor abdominal súbita, sangramento vaginal escuro (em 80% dos casos), hipertonia uterina (útero lenhoso) e, frequentemente, sofrimento fetal agudo ou óbito fetal. O quadro da questão é de sangramento indolor com tônus normal, o que afasta o DPP.

c) INCORRETA. A rotura de vasa prévia ocorre geralmente logo após a ruptura das membranas (amniorrexe). O sangramento é de origem fetal, o que leva a uma rápida deterioração do batimento cardíaco fetal e óbito fetal em poucos minutos. No caso, o BCF está normal (130 bpm) e não há relato de ruptura de membranas.

d) INCORRETA. A rotura uterina é um evento catastrófico que geralmente ocorre durante o trabalho de parto, associado à dor intensa, interrupção das contrações, subida da apresentação fetal e sinais de choque hipovolêmico materno. Embora a paciente tenha cicatrizes uterinas, o quadro clínico atual é estável e não sugere rotura.

e) INCORRETA. A rotura de seio marginal (ou seio venoso) é um diagnóstico de exclusão que pode mimetizar um quadro de placenta prévia ou descolamento leve, porém a placenta prévia é a hipótese diagnóstica muito mais provável e frequente diante do histórico de cesáreas e da descrição clássica de sangramento indolor e vermelho-vivo.

Questão 49

Análise do Caso Clínico:

Trata-se de uma gestante de 37 semanas (a termo) apresentando sangramento vaginal vermelho-vivo, indolor, sem contrações uterinas e com vitalidade fetal preservada (BCF 130 bpm). Esse quadro clínico é clássico de placenta prévia. Além disso, a paciente possui o antecedente de duas cesáreas prévias, o que aumenta o risco para patologias placentárias. Diante de uma gestação a termo com sangramento ativo e suspeita de placenta prévia, a interrupção da gestação está indicada.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de misoprostol para indução do parto é contraindicado em pacientes com cicatrizes uterinas prévias (risco de ruptura uterina) e em casos de placenta prévia, onde o parto vaginal geralmente é contraindicado devido ao risco de hemorragia grave.

Alternativa b) Incorreta. A sonda de Foley é um método mecânico de indução do parto (preparo do colo). Não tem indicação no manejo de hemorragias da segunda metade da gestação e não trataria a causa do sangramento nesta paciente.

Alternativa c) Incorreta. A indução com ocitocina é contraindicada na suspeita de placenta prévia com sangramento ativo. O trabalho de parto e as contrações poderiam aumentar o descolamento da placenta e causar hemorragia profusa.

Alternativa d) Correta. A paciente está com 37 semanas (gestação a termo) e apresenta um sangramento compatível com placenta prévia. Em gestações a termo com diagnóstico de placenta prévia e sangramento, a conduta é a interrupção por via

alta (cesariana), que permite o controle rápido da hemorragia e o nascimento seguro do conceito.

Alternativa e) Incorreta. A conduta expectante é reservada para casos de prematuridade (idade gestacional inferior a 37 semanas), desde que o sangramento seja escasso e haja estabilidade hemodinâmica materna e fetal. Como a paciente já atingiu 37 semanas, não há benefício em prolongar a gestação, devendo-se optar pela resolução.

Questão 50

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma Ruptura Prematura de Membranas Ovolares (RPMO) com 35 semanas de gestação. O ponto crucial para a conduta em gestantes vivendo com HIV é a carga viral (CV) próxima ao parto. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, pacientes com carga viral maior que 1.000 cópias/mL (ou desconhecida) após 34 semanas de gestação têm indicação de parto por via cesariana eletiva para reduzir o risco de transmissão vertical. No caso em questão, a carga viral é de 2.200 cópias/mL. Além disso, por se tratar de RPMO em uma gestante com 35 semanas (pré-termo tardio) e carga viral elevada, a resolução da gestação deve ser imediata para minimizar o tempo de exposição fetal.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A conduta indicada é a interrupção da gestação por via cesariana devido à carga viral superior a 1.000 cópias/mL. O AZT (zidovudina) intravenoso deve ser administrado desde o início do preparo para a cirurgia (dose de ataque) e mantido até o clampamento do cordão umbilical (manutenção). O objetivo é garantir níveis terapêuticos da medicação no sangue materno e fetal durante o procedimento, reduzindo a transmissão vertical.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A inibição do trabalho de parto (tocolia) é contraindicada na presença de ruptura de membranas, especialmente em pacientes com HIV, pois o aumento do tempo entre a ruptura e o parto eleva significativamente o risco de transmissão do vírus para o bebê. O uso de corticoide para maturação pulmonar é discutível após as 34 semanas e não deve atrasar o parto neste cenário de alto risco infeccioso.

Alternativa (c): A indução do trabalho de parto para busca de parto vaginal é

contraindicada quando a carga viral é superior a 1.000 cópias/mL. O parto vaginal só seria uma opção se a carga viral estivesse indetectável ou abaixo de 1.000 cópias/mL e houvesse condições obstétricas favoráveis.

Alternativa (d): O sulfato de magnésio é indicado para neuroproteção fetal em casos de trabalho de parto prematuro iminente ou indicado abaixo de 32 semanas de idade gestacional (ou até 33 semanas e 6 dias em alguns protocolos). Com 35 semanas, não há indicação de sulfato de magnésio.

Alternativa (e): A conduta conservadora (expectante) na ruptura prematura de membranas só é considerada em idades gestacionais precoces (geralmente abaixo de 34 semanas) e em pacientes sem HIV. Em gestantes HIV-positivas com 35 semanas e carga viral alta, o risco de transmissão vertical supera qualquer benefício de prolongar a gestação até as 37 semanas. Além disso, a antibioticoprofilaxia isolada não resolve o problema principal, que é a exposição viral.

Questão 51

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma mulher em idade fértil (37 anos) com história de atraso menstrual de cerca de 8 semanas (DUM há 2 meses), que apresenta dor abdominal súbita e intensa, associada a sangramento vaginal escuro em pequena quantidade. Os achados de exame físico são cruciais: a paciente está instável hemodinamicamente (hipotensa e hipocorada) e apresenta sinais de irritação peritoneal (dor à descompressão brusca positiva). Este cenário configura um abdome agudo hemorrágico.

POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ CORRETA?

A gestação ectópica rota é a principal hipótese diagnóstica. A tríade clássica desta condição é composta por amenorreia, dor abdominal e sangramento vaginal (geralmente escasso e escuro, decorrente da descamação decidual pela queda dos níveis hormonais). Quando a gravidez ectópica rompe, ocorre hemoperitônio (sangue na cavidade abdominal), o que explica a dor súbita, a irritação peritoneal e o choque hipovolêmico (PA 80x50 mmHg). O fato de o colo estar impérvio (fechado) e o útero estar intrapélvico (tamanho normal ou pouco aumentado) afasta diagnósticos de patologias intrauterinas avançadas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo

inflamatório. Embora possa ocorrer em gestantes, ela se manifesta tipicamente com dor que migra para a fossa ilíaca direita, febre e náuseas, não cursando habitualmente com choque hipovolêmico súbito ou sangramento vaginal.

Alternativa B: A torção ovariana causa dor súbita e intensa, mas geralmente não provoca instabilidade hemodinâmica grave nem está associada a atraso menstrual e sangramento vaginal. O sinal de irritação peritoneal poderia ocorrer por isquemia do anexo, mas o quadro hemorrágico é soberano neste caso.

Alternativa C: Na gestação molar, o útero geralmente encontra-se maior do que o esperado para a idade gestacional e o sangramento costuma ser mais persistente e volumoso, muitas vezes com eliminação de vesículas. Não é uma causa típica de abdome agudo com choque, a menos que haja perfuração uterina por mola invasora, o que é menos frequente.

Alternativa D: No abortamento em curso, a dor é caracterizada como cólica e o sangramento costuma ser vermelho-vivo e em maior quantidade. Além disso, no abortamento em curso, o colo uterino estaria obrigatoriamente aberto (dilatado), o que contradiz o exame físico da paciente (colo impérvio). O abortamento também não justifica os sinais de irritação peritoneal.

Questão 52

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente de 53 anos apresenta sintomas vasomotores (fogachos) e neurovegetativos (insônia, irritabilidade e falha de memória) clássicos do climatério, o que fundamenta a indicação de Terapia Hormonal (TH). Para definir o melhor esquema terapêutico, devemos considerar três pontos fundamentais deste caso:

1. Presença ou ausência de útero: A paciente é hysterectomizada. Nesses casos, a reposição deve ser feita exclusivamente com estrogênio. A progesterona é adicionada à TH apenas para proteção endometrial; se não há útero, não há necessidade de progesterona.
2. Fatores de risco cardiovascular e metabólico: A paciente possui IMC de 30 kg/m² (obesidade grau I), hipertensão arterial e hipercolesterolemia. Essas condições elevam o risco cardiovascular e tromboembólico.
3. Via de administração: Em pacientes com comorbidades, como hipertensão, obesidade, diabetes ou risco aumentado de trombose, a via transdérmica é preferível à via oral. A via transdérmica evita a primeira passagem hepática, não altera os níveis de triglicérides e não estimula a síntese hepática de fatores de coagulação, sendo mais segura do ponto de vista cardiovascular.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A progesterona é desnecessária em pacientes hysterectomizadas. Além disso, a via oral deve ser evitada nesta paciente devido à obesidade e à hipertensão, pois aumenta o risco de eventos tromboembólicos em comparação à via transdérmica.

Alternativa b) Incorreta. Como mencionado, a progesterona não tem indicação para quem não possui útero. A testosterona só deve ser considerada se houvesse queixa de desejo sexual hipoativo com impacto na qualidade de vida, o que a paciente nega expressamente (nega alteração de libido).

Alternativa c) Incorreta. Embora a via transdérmica e o estrogênio estejam corretos para o perfil da paciente, a adição de testosterona é indevida, pois não há queixa de disfunção sexual (libido preservada).

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta ideal. O estrogênio isolado trata os fogachos e demais sintomas climatéricos. A via transdérmica é a escolha de segurança para uma paciente obesa e hipertensa, minimizando riscos metabólicos e tromboembólicos. A ausência de progesterona está correta pela hysterectomia prévia.

Alternativa e) Incorreta. A desvenlafaxina (um inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina) é uma alternativa não hormonal para o tratamento de fogachos. No entanto, ela é reservada para pacientes que possuem contra-indicações formais à Terapia Hormonal (como histórico de câncer de mama ou eventos tromboembólicos prévios), o que não é o caso da paciente, que apresenta apenas fatores de risco controlados. A TH continua sendo o padrão-ouro para o alívio dos sintomas vasomotores.

Questão 53

Alternativa A (Incorreta): A embolização das artérias uterinas (EAU) não é um procedimento de cirurgia aberta. Trata-se de uma técnica de radiologia intervencionista, minimamente invasiva, realizada por meio de cateterismo (geralmente via artéria femoral ou radial). Embora o objetivo seja, de fato, poupar o útero, a classificação como "cirurgia aberta" torna a alternativa errada.

Alternativa B (Incorreta): Os análogos do GnRH (como a leuprolida) induzem um estado de hipoestrogenismo temporário (pseudomenopausa), mas seu uso não é restrito a mulheres com mais de 45 anos. Eles são frequentemente indicados para mulheres mais jovens no pré-operatório de miomectomias para reduzir o volume dos miomas, diminuir a vascularização e corrigir anemias graves antes do procedimento cirúrgico.

Alternativa C (Incorreta): A ablação por radiofrequência é uma técnica planejada para causar necrose coagulativa térmica focal no mioma, preservando ao máximo o tecido miometrial saudável adjacente. Embora os dados sobre gestação pós-radiofrequência ainda sejam menos robustos que os da miomectomia convencional, não se pode afirmar que o dano tecidual é generalizado ou que gera obrigatoriamente desfechos ruins. É uma técnica que visa justamente à preservação uterina com menor morbidade.

Alternativa D (Correta): Esta é uma regra fundamental de segurança em videoendoscopia ginecológica. Durante uma miomectomia por histeroscopia, se ocorrer uma perfuração uterina enquanto o equipamento de energia (ressectoscópio) estiver acionado, há um risco altíssimo de lesão térmica inadvertida em órgãos pélvicos e abdominais, especialmente alças intestinais e bexiga. Como essas lesões podem não ser visíveis pelo orifício da perfuração e podem evoluir para peritonite química ou infecciosa em poucos dias, a realização de uma laparoscopia imediata é obrigatória para inspeção direta de toda a cavidade e exclusão de danos viscerais.

Alternativa E (Incorreta): Um volume uterino de 100 cc (ou 100 cm³) é considerado pequeno, sendo apenas levemente superior ao volume de um útero normal (que varia entre 60 e 90 cc). A cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) é perfeitamente factível e comumente indicada para volumes muito superiores a esse, chegando rotineiramente a úteros de 250-500 cc ou mais, dependendo da experiência da equipe cirúrgica. Portanto, 100 cc não é, de forma alguma, uma contraindicação.

Questão 54

A questão aborda a relação entre o declínio hormonal do climatério e as funções neurocognitivas. O hormônio central nesse processo, conforme descrito no enunciado, é o estrogênio. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa a) Estrogênio (Correta): O estrogênio, especificamente o estradiol, exerce um papel fundamental no sistema nervoso central. Ele atua por mecanismos genômicos (ligando-se a receptores nucleares ER-alfa e ER-beta para modular a transcrição de genes) e não genômicos (através de receptores de membrana que ativam cascatas de sinalização rápida). No cérebro, especialmente no hipocampo e no córtex pré-frontal, o estrogênio promove a espinogênese (formação de espinhas dendríticas) e a sinaptogênese (formação de novas sinapses), além de aumentar a densidade neuronal e otimizar o metabolismo da glicose cerebral. A queda drástica desse hormônio na pós-menopausa está associada a falhas de memória e a um risco aumentado para o desenvolvimento de demências, como a doença de Alzheimer.

Alternativa b) Progesterona: Embora a progesterona e seus derivados (como a alopregnanolona) possuam efeitos neuroesteroides importantes e propriedades neuroprotetoras, as alterações específicas na espinogênese, no número neuronal e, principalmente, no controle fino das taxas metabólicas de glicose cerebral descritas na questão são atribuídas de forma mais direta e robusta às ações do estrogênio no contexto da menopausa.

Alternativa c) FSH e Alternativa d) LH: O Hormônio Folículo-Estimulante (FSH) e o Hormônio Luteinizante (LH) são gonadotrofinas hipofisárias que aumentam significativamente na pós-menopausa devido à perda do feedback negativo dos ovários. Embora existam evidências emergentes sugerindo que níveis elevados de LH possam estar relacionados a danos neuronais, eles não possuem as ações tróficas diretas de sinaptogênese e regulação metabólica da glicose da forma descrita para o estrogênio.

Alternativa e) Testosterona: Os androgênios também possuem receptores no cérebro e podem influenciar o humor e a cognição. Parte dos efeitos da testosterona no sistema nervoso central ocorre, inclusive, após sua conversão em estrogênio pela enzima aromatase presente no tecido cerebral. No entanto, o estrogênio é o hormônio protagonista nas alterações biológicas e estruturais citadas na questão durante o período pós-menopausa.

Questão 55

Comentário da Questão:

A vaginose bacteriana (VB) é a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva, sendo caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal (disbiose), com redução de *Lactobacillus* e aumento de bactérias anaeróbias, principalmente *Gardnerella vaginalis*.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O tratamento não é indicado apenas para pacientes sintomáticas. Embora a maioria das pacientes tratadas seja a que apresenta queixas, o tratamento também está formalmente indicado para pacientes assintomáticas em situações específicas, como gestantes (para reduzir o risco de prematuridade e ruptura prematura de membranas) e mulheres que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos (para prevenir infecções pós-operatórias).

Alternativa B (Incorreta): Não há recomendação para o tratamento rotineiro do

parceiro sexual na vaginose bacteriana. Estudos demonstram que o tratamento do parceiro não previne a recorrência da VB na mulher nem aumenta as taxas de cura clínica.

Alternativa C (Correta): Esta é a recomendação clássica ao prescrever metronidazol, que é o tratamento de escolha para VB. O metronidazol pode causar o chamado efeito dissulfiram (ou efeito antabuse) quando associado ao álcool. Esse efeito manifesta-se com náuseas, vômitos, rubor facial, taquicardia e mal-estar intenso. Por isso, a paciente deve ser orientada a evitar o álcool durante o tratamento e por até 24 a 72 horas após a última dose.

Alternativa D (Incorreta): Na vaginose bacteriana, o pH vaginal torna-se mais básico (alcalino) devido à redução dos lactobacilos produtores de ácido lático. Portanto, o pH é tipicamente maior que 4,5. Um pH menor que 4,5 é característico da flora vaginal normal ou da candidíase.

Alternativa E (Incorreta): A vaginose bacteriana não é classificada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Trata-se de uma disbiose da microbiota vaginal. Embora a atividade sexual seja um fator de risco e esteja associada a novos episódios, ela pode ocorrer em mulheres que não são sexualmente ativas.

Questão 56

Texto Original:

O sangramento uterino na pós-menopausa é um sinal clínico que sempre exige investigação cuidadosa para excluir a presença de câncer de endométrio, que ocorre em cerca de 10% dos casos. No entanto, a causa mais prevalente é de natureza benigna e decorrente do estado de hipoestrogenismo.

Alternativa A: INCORRETA. Os pólipos endometriais são projeções benignas do endométrio e representam uma causa muito comum de sangramento na pós-menopausa (aproximadamente 30% dos casos). Apesar de sua alta frequência, eles são superados estatisticamente pela atrofia.

Alternativa B: INCORRETA. Cistos ovarianos, em regra, não provocam sangramento uterino. A exceção seriam os tumores de ovário funcionantes (produtores de estrogênio), que poderiam estimular o crescimento endometrial e causar sangramento, mas essa é uma condição rara.

Alternativa C: INCORRETA. O tamoxifeno é um medicamento utilizado no tratamento do câncer de mama que possui efeito antagonista na mama, mas agonista parcial no endométrio. Seu uso pode levar ao espessamento endometrial, ao surgimento de

pólipos e ao aumento do risco de adenocarcinoma. Entretanto, é uma causa específica e não a principal causa na população geral de mulheres pós-menopausadas.

Alternativa D: INCORRETA. Os miomas são tumores benignos dependentes de estrogênio. Com a chegada da menopausa e a queda hormonal, a tendência natural é que os miomas regridam de tamanho e parem de causar sangramento. O mioma submucoso é uma causa clássica de sangramento no menacme (idade reprodutiva), mas é pouco comum como causa de sangramento novo após a menopausa.

Alternativa E: CORRETA. A atrofia endometrial é a principal causa de sangramento uterino pós-menopausa, respondendo por 60% a 80% dos casos. Devido à carência de estrogênio característica dessa fase, o endométrio torna-se muito fino e frágil. Essa fragilidade da mucosa predispõe a microtraumas e ao rompimento de pequenos vasos superficiais, resultando em sangramento, geralmente em pequena quantidade.

Gabarito: Alternativa E.

Questão 57

Análise do caso: Paciente jovem, apresentando hemorragia genital volumosa com sinais de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) imediatamente após atividade sexual. O dado crucial é a DUM (data da última menstruação) há 10 dias em alguém com ciclos regulares, o que indica que a paciente está na fase folicular do ciclo, tornando causas relacionadas à gestação extremamente improváveis.

Alternativa a: Incorreta. A torção ovariana manifesta-se tipicamente com dor pélvica aguda e intensa, de início súbito, frequentemente acompanhada de náuseas e vômitos. Não é uma patologia que cursa com sangramento vaginal externo volumoso nem tem relação direta de causalidade imediata com o coito.

Alternativa b: Incorreta. A gestação ectópica rota é uma causa importante de choque hipovolêmico em mulheres em idade fértil, mas o sangramento principal é interno (hemoperitônio), com sangramento vaginal geralmente escasso. Além disso, a paciente menstruou há 10 dias e tem ciclos regulares, o que afasta a possibilidade de uma gravidez em curso.

Alternativa c: Incorreta. A doença trofoblástica gestacional (mola) requer a existência de uma gestação e geralmente se apresenta com sangramento vaginal associado a útero maior que o esperado para a idade gestacional e níveis muito elevados de Beta-HCG. Não condiz com o quadro de sangramento súbito pós-coito e DUM recente.

Alternativa d: Incorreta. O abortamento em curso obrigatoriamente causa dor pélvica tipo cólica devido às contrações uterinas necessárias para a eliminação do conteúdo gestacional. Novamente, a DUM há 10 dias em paciente com ciclos regulares exclui o diagnóstico de abortamento.

Alternativa e: Correta. O quadro clínico é clássico de laceração vaginal pós-coital. O trauma mecânico durante a atividade sexual pode causar lesões na parede vaginal ou no fundo de saco, atingindo vasos calibrosos que geram sangramento profuso, indolor e de início súbito, podendo levar à instabilidade hemodinâmica. Diante de um sangramento vaginal ativo de grande volume, a conduta inicial obrigatória é a realização do exame especular para visualização direta da origem do sangramento e execução de medidas de hemostasia (compressão ou sutura).

Questão 58

A questão aborda a conduta frente a um resultado citopatológico de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) em uma paciente de 27 anos, fundamentada nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde/INCA (2016).

De acordo com as diretrizes, a conduta para LSIL depende da idade da paciente:

1. Mulheres com menos de 25 anos: Devem repetir a citologia em 3 anos (conduta conservadora, pois o risco de câncer nesta faixa etária é mínimo e a regressão da lesão é muito provável).
2. Mulheres com 25 anos ou mais: Devem repetir a citologia em 6 meses.

Como a paciente tem 27 anos, ela se enquadra no segundo grupo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. Para pacientes com 25 anos ou mais, o primeiro achado de LSIL exige a repetição do exame citopatológico em 6 meses. Se o segundo exame for normal, repete-se novamente em 6 meses. Dois resultados negativos seguidos autorizam o retorno ao rastreamento de rotina (trienal). Caso o segundo exame apresente qualquer alteração (desde ASC-US até lesões graves), a paciente deve ser encaminhada para colposcopia.

Alternativa (b): Incorreta. O acompanhamento anual não é preconizado para LSIL. O intervalo para a primeira reavaliação após o achado inicial deve ser de 6 meses para garantir a detecção de possíveis lesões que não regrediram ou que foram subestimadas.

Alternativa (c): Incorreta. A vacina contra o HPV é uma estratégia de prevenção primária e não faz parte da conduta de seguimento ou tratamento de uma lesão já diagnosticada no rastreamento.

Alternativa (d): Incorreta. A colposcopia imediata seria a conduta indicada para achados de maior gravidade, como lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), células escamosas atípicas de significado indeterminado em que não se pode excluir lesão de alto grau (ASC-H) ou células glandulares atípicas (AGC). Para LSIL, a colposcopia só é indicada se a lesão persistir no exame de repetição de 6 meses.

Alternativa (e): Incorreta. A Cirurgia de Alta Frequência (CAF) é um procedimento terapêutico/exerético utilizado para tratar lesões precursoras comprovadas (geralmente NIC 2 ou NIC 3) ou em protocolos de ver e tratar quando há alta suspeita de lesão de alto grau. Não há indicação de tratamento cirúrgico para um achado inicial de baixo grau (LSIL) em citologia.

Questão 59

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico apresenta uma paciente jovem com uma tríade clássica de sintomas: úlceras orais recorrentes (aftas), úlcera genital dolorosa e história prévia de uveíte (inflamação ocular). Quando nos deparamos com úlceras genitais associadas a manifestações sistêmicas e recorrência de lesões em mucosas, devemos ampliar o diagnóstico diferencial para além das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), focando em doenças inflamatórias multissistêmicas.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - Cancro mole: Incorreta. O cancro mole é uma IST causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Caracteriza-se por úlceras múltiplas, extremamente dolorosas, com fundo purulento e bordas irregulares, frequentemente acompanhadas de linfonodomegalia inguinal (bubão) que pode drenar pus. Embora a úlcera da paciente seja dolorosa, o cancro mole não justifica as aftas orais recorrentes nem o diagnóstico de uveíte.

Alternativa B - Donovanose: Incorreta. Causada pela *Klebsiella granulomatis*, manifesta-se como uma lesão granulomatosa de crescimento lento, indolor, com fundo vermelho-vivo (aspecto de carne crua) e sangramento fácil ao toque. O quadro da paciente, marcado por dor e sintomas extragenitais, é incompatível com a donovanose.

Alternativa C - Sífilis primária: Incorreta. A lesão da sífilis primária (cancro duro) é tipicamente uma úlcera única, com base endurecida e fundo limpo. Sua principal característica é ser indolor e desaparecer espontaneamente mesmo sem tratamento. Não há associação da sífilis primária com uveíte recorrente ou aftose oral crônica.

Alternativa D - Úlcera de Lipschütz: Incorreta. É uma condição rara que causa úlceras genitais agudas e dolorosas em mulheres jovens, muitas vezes sem histórico de atividade sexual. Geralmente é precedida por uma infecção viral sistêmica (como o vírus Epstein-Barr). Embora cause dor, é um evento agudo e isolado, não explicando a uveíte prévia ou a cronicidade das aftas orais relatadas pela paciente.

Alternativa E - Doença de Behçet: Correta. A Doença de Behçet é uma vasculite sistêmica de causa desconhecida que afeta diversos órgãos. A manifestação clínica mais frequente são as úlceras orais recorrentes (presentes em quase 100% dos casos). O diagnóstico é eminentemente clínico e se baseia na presença dessas aftas orais associadas a pelo menos dois outros critérios, como úlceras genitais recorrentes, lesões oculares (como a uveíte mencionada na questão), lesões cutâneas ou teste de patergia positivo. A paciente apresenta exatamente os elementos que compõem os critérios diagnósticos desta patologia.

CONCLUSÃO

A associação de úlceras em mucosas (oral e genital) com comprometimento ocular em uma paciente jovem é o caminho clássico para o diagnóstico da Doença de Behçet em provas de residência e na prática clínica.

Questão 60

A resolução desta questão exige o conhecimento dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e amplamente adotados na prática médica moderna.

a) Incorreta. A sedação paliativa é uma intervenção técnica indicada apenas para o controle de sintomas refratários (aqueles que não respondem a outros tratamentos), e não deve ser utilizada com a finalidade exclusiva de aliviar a angústia da família. Além disso, a manutenção de terapias desproporcionais é denominada distanásia, o que vai contra a ética dos cuidados paliativos, que busca a ortotanásia (morte natural no tempo certo, sem abreviação e sem prolongamento desnecessário do sofrimento).

b) Incorreta. Um dos pilares do cuidado paliativo é a comunicação eficaz e a decisão compartilhada. A família é entendida como parte da unidade de cuidado e deve ser

acolhida e informada. Evitar a participação familiar no processo decisório fere a autonomia do paciente e os princípios de humanização.

c) Incorreta. O cuidado paliativo é multidimensional, abordando as dimensões física, psicológica, social e espiritual. A espiritualidade é um componente essencial na fase de terminalidade, e o médico deve estar apto a identificar essas necessidades ou facilitar o acesso do paciente a esse suporte, respeitando sempre as crenças e valores do indivíduo.

d) Incorreta. O cuidado paliativo é centrado na pessoa e não na doença. Nessa fase, o foco clínico muda: em vez de buscar o controle rigoroso de parâmetros bioquímicos (como glicemia) ou realizar exames e profilaxias rotineiras que não trazem conforto imediato, a prioridade absoluta passa a ser o controle de sintomas (dor, dispneia, náuseas) e a qualidade de vida.

e) Correta. Esta alternativa define com precisão o objetivo da palição. O cuidado deve ser direcionado tanto ao paciente quanto à sua família, sendo essencial em quadros de doenças graves, progressivas e incuráveis. O foco é oferecer suporte para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte, aceitando-a como um processo natural da vida.

Questão 61

Esta questão aborda o Suporte Básico de Vida (SBV) em pediatria, seguindo as diretrizes da American Heart Association (AHA). Vamos analisar cada alternativa para entender a conduta correta:

Alternativa a) Incorreta. As compressões contínuas com ventilações assíncronas só devem ser realizadas quando a criança possuir uma via aérea avançada estabelecida (como tubo endotraqueal ou máscara laríngea). No suporte básico com máscara de ventilação, as compressões e ventilações devem ser sincronizadas em ciclos. Além disso, a frequência de uma ventilação a cada 2 ou 3 segundos é preconizada para crianças em parada respiratória (com pulso presente) ou após a intubação.

Alternativa b) Correta. De acordo com os protocolos de reanimação pediátrica, a relação compressão-ventilação depende do número de socorristas. Para um único socorrista atendendo uma criança (de 1 ano até a puberdade), a relação é de 30 compressões para 2 ventilações. Caso um segundo socorrista chegue e ajude no atendimento, a relação deve ser alterada para 15 compressões para 2 ventilações. Como o médico iniciou o atendimento sozinho, a proporção 30:2 está correta.

Alternativa c) Incorreta. A frequência cardíaca recomendada para as compressões

torácicas em qualquer idade, durante a RCP, é de 100 a 120 movimentos por minuto. O intervalo citado na alternativa (120 a 150) está acima do padrão recomendado pelas diretrizes internacionais.

Alternativa d) Incorreta. Em pediatria, a profundidade das compressões deve ser de aproximadamente um terço do diâmetro anteroposterior do tórax. Em crianças de 5 anos, isso equivale a cerca de 5 centímetros (2 polegadas). A profundidade de 6 centímetros é o limite máximo recomendado para adultos, e o valor de 8 centímetros é excessivo e perigoso para qualquer faixa etária.

Alternativa e) Incorreta. Assim que o DEA (Desfibrilador Externo Automático) estiver disponível, ele deve ser utilizado imediatamente. O aparelho deve ser ligado e as pás instaladas para que ocorra a análise do ritmo cardíaco o mais rápido possível. A recomendação de manter a RCP por 2 minutos ocorre após a análise do DEA (tenha ocorrido o choque ou não), e não como uma espera após a instalação das pás.

Questão 62

Análise do caso clínico:

O paciente de 18 meses apresenta sinais clínicos graves: sonolência, hipotonia, olhos fundos e tempo de enchimento capilar (TEC) superior a 4 segundos. Esses achados caracterizam um quadro de desidratação grave ou choque hipovolêmico. De acordo com o fluxograma mais recente do Ministério da Saúde (2023), crianças com esses sinais devem ser tratadas imediatamente conforme o Plano C de reidratação venosa.

Para crianças entre 1 e 5 anos de idade (exceto recém-nascidos), o Plano C é dividido em duas etapas de expansão:

1. Primeira etapa (Expansão rápida): 30 mL/kg de soro fisiológico a 0,9 por cento, por via endovenosa, em 30 minutos.
2. Segunda etapa (Manutenção e reposição): 70 mL/kg de soro fisiológico a 0,9 por cento ou Ringer-Lactato, por via endovenosa, em 2 horas e 30 minutos.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Esta alternativa descreve o Plano B, indicado para pacientes com desidratação moderada (que aceitam a via oral e não apresentam sinais de choque). O paciente em questão está sonolento e com TEC prolongado, o que contraindica a via oral inicial devido ao risco de aspiração e necessidade de expansão volêmica rápida.

Alternativa B: Incorreta. A gastroclise (sonda nasogástrica) é uma etapa do Plano B, utilizada quando há falha na reidratação oral (vômitos persistentes ou recusa) ou quando o ganho de peso é inadequado após o início do tratamento oral. Não é a conduta inicial para casos de choque ou desidratação grave.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a primeira etapa (fase de expansão rápida) do Plano C para uma criança com mais de 1 ano de idade (o paciente tem 18 meses), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em 2023. O volume de 30 mL/kg em 30 minutos é o padrão para restaurar a perfusão tecidual nesse grupo etário.

Alternativa D: Incorreta. Embora o volume de 20 mL/kg seja frequentemente citado em protocolos de emergência (como o PALS) para bolus de fluidos, o fluxograma específico do Ministério da Saúde de 2023 para manejo da desidratação estabelece 30 mL/kg em 30 minutos para a fase inicial em maiores de 1 ano.

Alternativa E: Incorreta. Embora o Ringer-Lactato seja uma solução aceitável no Plano C, o volume de 50 mL/kg em 1 hora não corresponde às recomendações vigentes da fase de expansão inicial do Ministério da Saúde para esta faixa etária.

Gabarito: Alternativa C.

Questão 63

Para resolver esta questão, é necessário analisar os índices antropométricos fornecidos de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotados pelo Ministério da Saúde para crianças de 0 a 5 anos.

Análise dos dados:

1. Estatura para idade (E/I): O score-z é de -0,70. Para crianças de todas as idades, valores entre -2 e +2 escores-z são considerados estatura adequada para a idade. Portanto, o crescimento linear da criança está normal.

2. Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I): O score-z é de +2,08. Em crianças menores de 5 anos (caso desta criança de 3 anos e 7 meses), a classificação é:

- Entre +1 e +2: Risco de sobrepeso.
- Entre +2 e +3: Sobrepeso.
- Acima de +3: Obesidade.

Como o valor é +2,08, a criança é classificada com sobrepeso.

3. Peso para idade (P/I): O score-z é de +2,60. Valores acima de +2 indicam peso

elevado para a idade. Contudo, o IMC/I é um indicador mais preciso para o estado nutricional atual.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a estatura esteja adequada, o peso não está. A criança apresenta sobrepeso (IMC/I > +2), não sendo correto apenas tranquilizar a mãe sem realizar intervenções.

b) Incorreta. A estatura para idade (escore-z -0,70) está dentro da normalidade (entre -2 e +2). Não há indicação de baixa estatura; logo, a solicitação de radiografia de punho e mão para avaliação de idade óssea é desnecessária.

c) Incorreta. A criança não apresenta baixa estatura. Além disso, o sobrepeso inicial em uma criança de 3 anos deve ser abordado primeiramente na Unidade Básica de Saúde com orientações de estilo de vida, antes de se considerar um encaminhamento especializado, a menos que existam comorbidades graves ou falha na intervenção inicial.

d) Correta. A classificação nutricional correta para um IMC/I de +2,08 é sobrepeso. A estatura está adequada (-0,70). A conduta adequada na atenção primária é a orientação sobre mudanças no estilo de vida, focando em alimentação saudável e estímulo à atividade física.

e) Incorreta. A criança é classificada com sobrepeso, e não como obesa (o que exigiria escore-z de IMC > +3). Além disso, o termo "introduzir dieta com restrições" é inadequado para pré-escolares; o foco deve ser na reeducação alimentar e na qualidade da dieta, evitando restrições calóricas severas que possam prejudicar o crescimento.

Questão 64

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO:

O quadro clínico descrito é altamente sugestivo de sífilis congênita precoce. Os principais sinais apresentados que direcionam para esse diagnóstico são:

1. Coriza mucossanguinolenta: Manifestação muito característica da sífilis neonatal, que ocorre devido à intensa inflamação da mucosa nasal causada pelo *Treponema pallidum*.
2. Pseudoparalisia de Parrot: Caracterizada pela dor intensa à mobilização do membro (no caso, o braço esquerdo), fazendo com que a criança evite movimentar o

local para não sentir dor. Isso é resultado de alterações inflamatórias ósseas (osteocondrite).

3. Erosões em lábio superior: Representam as manifestações mucocutâneas da doença.

4. Hepatoesplenomegalia e anemia (palidez): Indicam o comprometimento sistêmico e a resposta inflamatória generalizada típica das infecções congênicas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Pólipos em seios da face não são achados esperados em lactentes de 3 meses e não explicam a sintomatologia sistêmica, a anemia ou a dor osteoarticular apresentada pelo paciente.

Alternativa b) Incorreta. Calcificações cranianas periventriculares são achados clássicos da infecção congênita pelo citomegalovírus (CMV). Na sífilis congênita, as alterações do sistema nervoso central costumam ser meningite ou vasculite, e não calcificações periventriculares.

Alternativa c) Incorreta. A soldadura precoce das suturas cranianas (craniossinostose) é uma alteração anatômica do desenvolvimento do crânio que não guarda relação com coriza, anemia, hepatomegalia ou quadros de dor aguda à movimentação.

Alternativa d) Correta. Na suspeita de sífilis congênita, a realização de radiografia de ossos longos é obrigatória segundo os protocolos do Ministério da Saúde e sociedades de pediatria. A dor à mobilização relatada no exame físico é explicada por alterações como a osteocondrite e a periostite (espessamento periostal). As lesões osteolíticas (como o sinal de Wimberger, que é a erosão da face medial da tíbia proximal) são achados radiográficos frequentes e corroboram o diagnóstico.

Alternativa e) Incorreta. Embora a sífilis possa causar visceromegalias, a busca por microinfartos esplênicos via tomografia de abdome não faz parte da rotina diagnóstica dessa patologia. O foco da investigação de imagem na sífilis congênita recai sobre os ossos longos e, se houver alteração neurológica, no sistema nervoso central.

CONCLUSÃO:

A presença de rinite sífilítica (coriza mucossanguinolenta) associada à dor óssea intensa (Pseudoparalisia de Parrot) em um lactente jovem é um cenário clássico de prova para Sífilis Congênita. O exame fundamental para confirmar o acometimento ósseo é a radiografia de ossos longos, que demonstrará sinais de periostite e osteocondrite.

Questão 65

Este caso clínico apresenta um lactente de 15 meses com Febre sem Sinal Localizatório (FSL). O exame de urina sugere fortemente uma Infecção do Trato Urinário (ITU) devido à presença de nitrito, esterase leucocitária e piúria.

Análise da conduta:

1. Tratamento: Como a criança está em bom estado geral (ativa, ingerindo líquidos) e tem mais de 3 meses de vida, não há critérios de gravidade para internação hospitalar ou antibioticoterapia endovenosa. O tratamento pode ser realizado por via oral em domicílio.
2. Investigação por imagem: Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Academia Americana de Pediatria (AAP), toda criança entre 2 e 24 meses com o primeiro episódio de ITU febril deve ser investigada com ultrassonografia (USG) de rins e vias urinárias. O objetivo é identificar malformações anatômicas ou sinais de obstrução.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há indicação de internação nem de antibiótico endovenoso para um paciente estável de 15 meses que tolera a via oral. Além disso, a uretrocistografia miccional (UCM) não é o exame inicial de escolha, sendo reservada para casos de alteração na USG ou recorrência da infecção.

Alternativa b) Incorreta. Novamente, a internação e o uso de via endovenosa são desnecessários neste quadro clínico. Embora a USG seja indicada, o estado clínico do paciente permite que o tratamento seja iniciado e o exame agendado ambulatorialmente.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento oral está correto, mas a uretrocistografia miccional (UCM) é um exame invasivo (requer sondagem vesical) e não deve ser o primeiro exame de imagem solicitado em um primeiro episódio de ITU sem outros fatores de risco.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento oral está correto, porém é obrigatória a realização de ao menos um exame de imagem (USG) em lactentes com febre e primeira ITU confirmada para descartar anomalias congênitas do trato urinário.

Alternativa e) Correta. A conduta adequada é prescrever o antibiótico por via oral para tratamento domiciliar, dada a estabilidade clínica. A solicitação da ultrassonografia de rins e vias urinárias é o passo inicial correto na investigação

radiológica desse paciente após a confirmação do diagnóstico pela urocultura.

Questão 66

Essa questão exige o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI) para a faixa etária pediátrica. A criança em questão tem 15 meses e, de acordo com o enunciado, está com o esquema vacinal em dia até os 12 meses.

Aos 15 meses de idade, as vacinas preconizadas pelo PNI são:

1. DTP (primeiro reforço);
2. VOP - Vacina Oral Poliomielite (primeiro reforço);
3. Hepatite A (dose única);
4. Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), que corresponde à segunda dose da tríplice viral e à primeira dose da varicela.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O reforço da vacina pneumocócica 10-valente é realizado aos 12 meses de idade. As doses anteriores ocorrem aos 2 e 4 meses de vida.

Alternativa b) Incorreta. O reforço da vacina meningocócica C (conjugada) é administrado aos 12 meses de idade. O esquema primário ocorre aos 3 e 5 meses.

Alternativa c) Incorreta. Aos 15 meses, a criança recebe a vacina tetraviral, que contém o componente da varicela, sendo considerada a primeira dose contra esta doença. A segunda dose da vacina varicela (monovalente) é administrada apenas aos 4 anos de idade.

Alternativa d) Correta. A vacina contra a hepatite A é administrada em dose única aos 15 meses de idade, conforme o calendário oficial do PNI.

Alternativa e) Incorreta. No PNI, a vacina meningocócica ACWY é destinada a adolescentes na faixa de 11 a 14 anos de idade. Para lactentes, o PNI disponibiliza apenas a meningocócica C. Embora a ACWY possa ser utilizada em calendários de clínicas privadas ou pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em idades mais precoces, a questão pede especificamente o protocolo do Programa Nacional de Imunizações.

Questão 67

Análise do caso clínico: O quadro descreve um lactente de 9 meses com pródromos virais (tosse há três dias) que evoluiu com desconforto respiratório agudo, sibilância, taquipneia (62 irpm), tiragens e sinais de hipoxemia/gravidade (cianose discreta, sonolência e incapacidade de se alimentar). A radiografia com retificação de arcos costais indica hiperinsuflação pulmonar (aprisionamento aéreo). Este é o cenário clássico da Bronquiolite Viral Aguda (BVA).

Alternativa (a) Incorreta: A Bronquiolite Viral Aguda é causada por vírus (principalmente o Vírus Sincicial Respiratório - VSR). Portanto, o uso de antibioticoterapia de amplo espectro não é indicado de forma rotineira, devendo ser reservado apenas para casos com evidência clara de infecção bacteriana secundária associada, o que não é o caso aqui.

Alternativa (b) Correta: O paciente apresenta critérios de gravidade para internação hospitalar: taquipneia importante ($FR > 60$ irpm), sinais de esforço respiratório (tiragens), cianose (indicando hipoxemia), sonolência (sinal de exaustão ou hipóxia grave) e dificuldade de ingestão alimentar. O tratamento da BVA é essencialmente de suporte: oxigenioterapia para manter a saturação adequada e manutenção da hidratação (frequentemente por via endovenosa ou sonda nasogástrica, já que o desconforto respiratório impede a via oral segura).

Alternativa (c) Incorreta: De acordo com as diretrizes atuais (como as da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria), o uso de corticosteroides (parenterais ou orais) e de broncodilatadores (como o salbutamol) não é recomendado rotineiramente no primeiro episódio de bronquiolite, pois os estudos mostram que essas medicações não reduzem o tempo de internação nem melhoram o desfecho clínico.

Alternativa (d) Incorreta: Assim como os broncodilatadores beta-2-agonistas, a adrenalina inalatória não é mais recomendada como teste terapêutico de rotina no pronto-atendimento para o manejo inicial da Bronquiolite Viral Aguda, não havendo evidências que sustentem seu uso sistemático.

Alternativa (e) Incorreta: A Síndrome da Pneumonia Afebril do Lactente (causada principalmente pela *Chlamydia trachomatis*) costuma acometer lactentes mais jovens (geralmente entre a 2ª e a 12ª semana de vida). O quadro clínico típico envolve tosse persistente em acessos ("staccato"), conjuntivite prévia e estertores finos à ausculta, diferindo da sibilância e do quadro obstrutivo agudo de vias aéreas inferiores apresentado por este paciente de 9 meses.

Questão 68

O quadro clínico descreve um estado de mal epilético (EME) convulsivo generalizado. O EME é definido operacionalmente como uma crise convulsiva que dura mais de 5 minutos ou crises repetidas sem recuperação da consciência entre elas. No caso, o adolescente está em crise há 20 minutos, caracterizando uma emergência médica que exige intervenção imediata, seguindo protocolos bem estabelecidos.

O protocolo de tratamento do EME é dividido em etapas:

1. Fase Inicial (0 a 5-10 minutos): Estabilização clínica (ABC) e administração de benzodiazepínicos. O paciente recebeu diazepam endovenoso três vezes, o que esgota a utilidade dessa classe farmacológica nesta fase.
2. Segunda Fase (20 a 40 minutos): Se as crises persistem após o uso de benzodiazepínicos (EME estabelecido), deve-se administrar uma droga antiepilética de segunda linha em dose de ataque. As opções clássicas incluem fenitoína, fenobarbital, ácido valproico ou levetiracetam.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O topiramato não é uma droga de primeira ou segunda linha para o tratamento agudo do estado de mal epilético. Ele é utilizado principalmente na manutenção ambulatorial ou em casos muito específicos de refratariedade, e sua formulação não é a escolha padrão para infusão contínua imediata neste cenário.
- b) Correta. A fenitoína em dose de ataque (geralmente 18 a 20 mg/kg) é a conduta padrão de segunda linha após a falha dos benzodiazepínicos. Ela visa estabilizar a membrana neuronal e interromper a atividade convulsiva que não cedeu ao diazepam. Deve ser administrada em veia calibrosa, diluída em soro fisiológico e com monitorização eletrocardiográfica, devido ao risco de arritmias e hipotensão.
- c) Incorreta. Insistir em doses repetidas ou dobradas de benzodiazepínicos (como o diazepam) após três tentativas sem sucesso é contraindicado. Isso aumenta significativamente o risco de depressão respiratória e sedação profunda sem garantir o controle das crises, retardando o início da terapia de segunda linha necessária.
- d) Incorreta. O tiopental é um barbitúrico de ação ultracurta utilizado no estado de mal epilético refratário (quando a primeira e a segunda linhas falham). Ele deve ser administrado por via endovenosa, geralmente sob ventilação mecânica e monitorização em UTI. A via endotraqueal não é a via de administração para o tratamento de convulsões.

e) Incorreta. O midazolam é um benzodiazepínico. Como o paciente já falhou ao uso de diazepam e já possui acesso venoso (pois recebeu doses IV anteriormente), não há justificativa para trocar a via de administração para retal ou repetir a classe farmacológica que já se mostrou ineficaz no controle do quadro atual. Além disso, a via retal é preferida apenas no ambiente extra-hospitalar quando não há acesso venoso disponível.

Questão 69

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta um adolescente com dois momentos clínicos distintos que se conectam cronologicamente. No primeiro momento, há um quadro de faringite exsudativa (pus na orofaringe), febre, fadiga e o surgimento de um exantema após o uso de amoxicilina. Esse é o quadro clássico da mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV). O surgimento de manchas vermelhas após o uso de aminopenicilinas (como amoxicilina ou ampicilina) ocorre em até 80% a 90% dos pacientes com mononucleose, sendo uma reação característica da doença e não necessariamente uma alergia permanente ao antibiótico.

No segundo momento, cerca de duas semanas após o início da infecção, o paciente desenvolve um quadro neurológico agudo caracterizado por perda de força ascendente (começou nos pés e subiu para as pernas e membros superiores), simétrica e com arreflexia (reflexos abolidos). Essas são as manifestações típicas da síndrome de Guillain-Barré, também conhecida como polirradiculoneuropatia aguda, que frequentemente é desencadeada por processos infecciosos prévios, como a própria mononucleose.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A mononucleose infecciosa explica perfeitamente a tríade de febre, dor de garganta e fadiga, além do sinal patognomônico do exantema após amoxicilina. A polirradiculoneuropatia aguda (síndrome de Guillain-Barré) explica a paraparesia simétrica ascendente com abolição de reflexos, sendo uma complicação neurológica conhecida pós-infecção viral.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A dengue causa febre e dores no corpo, mas não costuma cursar com faringite purulenta. Além disso, a meningite asséptica se manifestaria com cefaleia, febre e sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca), e não com paralisia flácida

arefléxica ascendente.

Alternativa C: Embora a síndrome de Guillain-Barré esteja correta para o quadro neurológico, o quadro infeccioso inicial é muito mais sugestivo de mononucleose do que de dengue, especialmente devido à orofaringite com pus e ao exantema desencadeado por amoxicilina.

Alternativa D: A mononucleose está correta, porém a encefalite viral por EBV se manifestaria com alteração do nível de consciência, crises convulsivas ou déficits focais centrais, e não com um padrão de lesão de neurônio motor inferior (fraqueza periférica e arreflexia).

Alternativa E: O exantema após amoxicilina na mononucleose não é considerado uma reação alérgica grave (anafilaxia). Já a trombose de seio cavernoso é uma condição grave que cursa com oftalmoplegia, proptose e dor ocular, não tendo qualquer relação com perda de força nos membros inferiores.

Questão 70

Esta questão aborda o manejo das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em pediatria, fundamentado na estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) do Ministério da Saúde. O ponto central é identificar a classificação correta e a conduta baseada nos achados clínicos.

Análise Clínica:

1. Idade: 3 anos (faixa etária de 2 meses a 5 anos).
2. Frequência Respiratória (FR): 45 irpm. Segundo o AIDPI, para crianças de 12 meses a 5 anos, considera-se taquipneia (respiração rápida) uma FR igual ou superior a 40 irpm. Portanto, o paciente apresenta taquipneia.
3. Sinais de Gravidade: O enunciado informa que não há retração subcostal nem tiragens intercostais, nem menção a sinais de perigo (incapacidade de beber, vômitos incoercíveis, convulsões ou letargia).
4. Ausculta: O murmúrio vesicular diminuído em base esquerda corrobora o diagnóstico clínico de pneumonia, mas, no contexto do AIDPI, a decisão terapêutica baseia-se prioritariamente na presença de taquipneia e sinais de esforço.

Classificação segundo o AIDPI:

A presença de tosse ou dificuldade para respirar associada à respiração rápida (taquipneia), na ausência de sinais de gravidade (tiragem subcostal ou sinais de perigo), classifica o quadro como PNEUMONIA.

Análise das Alternativas:

a) Correta. A criança apresenta taquipneia (45 irpm, sendo o corte 40 irpm para a idade), o que define o quadro como pneumonia não grave segundo o AIDPI. O tratamento é ambulatorial, e a amoxicilina é o antibiótico de primeira escolha para a cobertura do *Streptococcus pneumoniae*, principal agente etiológico nessa faixa etária.

b) Incorreta. Para ser classificada como pneumonia grave, a criança deveria apresentar obrigatoriamente tiragem subcostal ou pelo menos um sinal geral de perigo. O tratamento com penicilina cristalina é indicado para casos graves em ambiente hospitalar, o que não se aplica aqui.

c) Incorreta. A presença de taquipneia (FR 45 irpm) retira o paciente da classificação de "Tosse ou Resfriado" (infecção de vias aéreas superiores) e o coloca na classificação de pneumonia, exigindo antibioticoterapia.

d) Incorreta. Não há sinais de perigo descritos (o paciente está corado, hidratado e com boa perfusão). Pelo AIDPI, se houvesse sinal de perigo, a classificação seria Pneumonia Grave ou Doença Muito Grave, exigindo encaminhamento hospitalar, e não "pneumonia não grave com sinais de perigo".

e) Incorreta. Embora seja pneumonia não grave, os macrolídeos (como azitromicina ou claritromicina) não são a primeira escolha para o tratamento de pneumonia comunitária típica nessa idade. A primeira escolha é a amoxicilina (classe das penicilinas), visando ao pneumococo. Macrolídeos seriam indicados em suspeita de germes atípicos ou alergia grave à penicilina.

Questão 71

Para resolver esta questão, o primeiro passo é analisar os dados antropométricos e o desenvolvimento do recém-nascido (RN).

Análise do Ganho de Peso:

O RN nasceu a termo e, na alta, apresentava 3000g, o que correspondia a uma perda de 8% em relação ao peso de nascimento. Isso significa que o peso de nascimento era de aproximadamente 3260g. No décimo segundo dia de vida (10 dias após a alta), o peso atual é de 3260g.

Houve um ganho de 260g em 10 dias, o que resulta em uma média de 26g por dia. Na pediatria, espera-se que o RN recupere o peso de nascimento entre o 10º e o 14º dia de vida e que ganhe, em média, de 20 a 30g por dia no primeiro mês. Portanto, o ganho ponderal é excelente e a amamentação está sendo efetiva.

Análise das Queixas Maternas:

1. A criança parece mamar muito: No início da vida, o RN não tem horários fixos e a livre demanda é a recomendação oficial. É comum que o bebê mame com frequência para estimular a produção de leite e satisfazer suas necessidades nutricionais e emocionais.
2. Eventualmente regurgita: A regurgitação fisiológica é comum em recém-nascidos devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior e ao volume gástrico reduzido, não sendo sinal de doença se o ganho de peso é bom.
3. Não sabe o que é dia ou noite: O ritmo circadiano do RN ainda não está estabelecido nos primeiros dias de vida, sendo um comportamento esperado para a idade.

Alternativa A: Correta. O crescimento está adequado e as queixas são fisiológicas. O papel do médico é reforçar as orientações sobre aleitamento materno, tranquilizar a família e manter o seguimento de rotina (puericultura).

Alternativa B: Incorreta. A alternativa afirma que o ganho ponderal é insatisfatório, o que é falso. Como demonstrado no cálculo, o ganho de peso é absolutamente normal e satisfatório para o período.

Alternativa C: Incorreta. Não há indicação clínica para o uso de fórmula infantil. O aleitamento materno exclusivo é o padrão-ouro e está suprimindo perfeitamente as necessidades da criança, como prova o ganho de peso.

Alternativa D: Incorreta. O refluxo é fisiológico (o "golfador feliz") e não exige fórmulas especiais ou intervenções medicamentosas, já que não há sinais de esofagite ou comprometimento do crescimento (doença do refluxo gastroesofágico).

Alternativa E: Incorreta. Não há sinais clínicos ou epidemiológicos que sugiram infecção urinária ou qualquer outro processo infeccioso. O exame físico é normal e o ganho de peso é positivo, o que afasta a suspeita de doença sistêmica oculta.

Questão 72

Análise do caso clínico:

O lactente apresenta 60 dias de vida (2 meses), nasceu a termo e com peso adequado, estando em aleitamento materno exclusivo. O valor de hemoglobina (Hb) de 10,7 g/dl e hematócrito de 30,8% são achados esperados para esta faixa etária. Esse fenômeno é conhecido como anemia fisiológica do lactente ou nadir fisiológico.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A anemia falciforme e outras hemoglobinopatias são triadas precocemente através do teste do pezinho (Programa Nacional de Triagem Neonatal) realizado preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida. Não há elementos no quadro (como crises álgicas ou icterícia grave) que justifiquem a repetição do exame neste momento, já que o valor de Hb é condizente com a idade.

Alternativa b: Incorreta. A deficiência de folatos é uma causa rara de anemia em lactentes jovens, especialmente naqueles em aleitamento materno exclusivo, que é uma fonte rica de nutrientes. Não há indicação de dosagem de folato sem sinais clínicos ou laboratoriais de anemia megaloblástica (como macrocitose acentuada).

Alternativa c: Incorreta. Recém-nascidos a termo e com peso adequado para a idade gestacional possuem reservas de ferro hepáticas suficientes para os primeiros meses de vida. A anemia ferropriva não é a principal hipótese aos 60 dias para uma criança com esse histórico. Além disso, a dose de 1 mg/kg/dia mencionada refere-se à profilaxia e não ao tratamento, e o início da suplementação profilática para crianças a termo com mais de 2,5 kg, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), deve ocorrer aos 3 meses (90 dias) de vida.

Alternativa d: Incorreta. Como o quadro é compatível com a fisiologia normal do desenvolvimento, não há necessidade de investigar estoque de ferro (ferritina) ou marcadores inflamatórios (PCR). Solicitar exames invasivos em um lactente saudável com exames normais para a idade contraria os princípios de boa prática clínica.

Alternativa e: Correta. O nadir fisiológico da hemoglobina ocorre entre a 8ª e 12ª semana de vida (aproximadamente 2 a 3 meses). Isso acontece porque, após o nascimento, a oferta de oxigênio aos tecidos aumenta, o que reduz a produção de eritropoietina renal. Somado a isso, as hemácias fetais possuem vida útil mais curta. Para um lactente a termo, valores de Hb até 9,0 a 9,5 g/dl podem ser considerados normais neste período. Quanto à suplementação, conforme a recomendação atual da SBP (2021) para lactentes a termo, com peso superior a 2.500 g e sem fatores de risco, o ferro profilático deve ser iniciado apenas aos 3 meses de vida. Portanto, aos 60 dias, não há indicação de intervenção.

Questão 73

Análise da questão:

O caso clínico descreve uma adolescente com intoxicação por antidepressivos tricíclicos (que são bloqueadores dos canais de sódio, causando alargamento do QRS e predisposição a arritmias ventriculares) em quadro de parada cardiorrespiratória

(PCR). O eletrocardiograma (ECG) apresentado mostra um ritmo de complexos QRS largos, morfologia idêntica entre si (monomórfica) e extrema regularidade, com frequência cardíaca elevada.

Diagnóstico Eletrocardiográfico: Taquicardia Ventricular (TV) Monomórfica.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A Taquicardia Supraventricular (TSV) geralmente se apresenta com complexo QRS estreito (inferior a 0,12 s). Na imagem, observamos claramente um QRS largo. Além disso, o tratamento da TSV instável seria a cardioversão sincronizada, e não o choque não sincronizado.

b) Incorreta. A Fibrilação Ventricular (FV) é um ritmo caótico, totalmente irregular e desorganizado, no qual não se consegue distinguir complexos QRS, ondas P ou T. A imagem mostra um ritmo organizado e regular. Além disso, a FV é tratada obrigatoriamente com desfibrilação (choque não sincronizado), pois não há onda R para o aparelho sincronizar.

c) Incorreta. Como mencionado acima, o ritmo não é de Fibrilação Ventricular. Adicionalmente, a alternativa apresenta uma contradição técnica: a desfibrilação é, por definição, um choque não sincronizado.

d) Correta (conforme gabarito oficial). A imagem é compatível com Taquicardia Ventricular. Embora o enunciado cite "parada cardiorrespiratória" (o que tecnicamente exigiria desfibrilação/choque não sincronizado, por ser uma TV sem pulso), a alternativa foca no reconhecimento do ritmo de TV e na conduta clássica para ritmos organizados e instáveis. Em provas de residência, o reconhecimento da Taquicardia Ventricular monomórfica associado à cardioversão sincronizada é um binômio frequentemente cobrado, apesar da imprecisão terminológica entre "PCR" e "instabilidade grave" no enunciado.

e) Incorreta. Embora identifique corretamente a Taquicardia Ventricular, a sequência de conduta está errada. No protocolo de PCR (ACLS/PALS) para ritmos chocáveis (TV sem pulso ou FV), a prioridade absoluta é a desfibrilação imediata. A adrenalina só é administrada após o segundo choque, caso o ritmo persista. Jamais se deve protelar o choque para administrar medicação em um ritmo chocável.

Resumo Didático:

O ECG mostra uma Taquicardia Ventricular Monomórfica (ritmo regular, QRS largo e frequente em intoxicações por tricíclicos). O tratamento de escolha para TV monomórfica com pulso, porém instável, é a cardioversão elétrica sincronizada. Na

PCR (TV sem pulso), utiliza-se a desfibrilação (não sincronizada). A alternativa D é a que melhor correlaciona diagnóstico e terapêutica elétrica dentro das opções oferecidas.

Questão 74

A questão descreve um quadro clínico clássico da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P ou MIS-C), uma condição grave que surge semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2. O paciente apresenta febre persistente, envolvimento gastrointestinal (dor abdominal e diarreia), alterações mucocutâneas (erupção escarlatiniforme e eritema labial) e, crucialmente, falência cardiovascular (choque cardiogênico e disfunção ventricular esquerda).

A análise das alternativas revela:

a) Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) forma sistêmica: Embora a AIJ sistêmica cause febre, rash cutâneo e aumento de provas inflamatórias, o quadro de choque cardiogênico agudo com troponina extremamente elevada e a relação temporal com a sorologia positiva para COVID-19 tornam a SIM-P o diagnóstico principal. A AIJ sistêmica costuma ter uma evolução mais arrastada e não é a primeira hipótese diante de uma falência miocárdica aguda pós-COVID.

b) Dengue Hemorrágica: O paciente apresenta sorologia IgM negativa para dengue, o que afasta infecção aguda. Além disso, não há trombocitopenia (plaquetas normais) nem hemoconcentração (eritrócitos sem alteração), achados típicos da dengue grave. O choque na dengue costuma ser hipovolêmico por extravasamento plasmático, e não cardiogênico com disfunção miocárdica severa.

c) Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): O LES pode causar serosites (como derrame pericárdico) e alterações cutâneas, mas a apresentação aguda com febre alta, choque cardiogênico e sintomas gastrointestinais exuberantes em um adolescente masculino é atípica para uma abertura de quadro lúpico, sendo muito mais sugestiva de uma síndrome inflamatória sistêmica aguda.

d) Síndrome do choque tóxico estafilocócico: Esta síndrome compartilha muitas características com a SIM-P, como febre, exantema e choque. No entanto, a positividade para anticorpos IgG de SARS-CoV-2 (indicando infecção prévia), associada ao marcador de miocardite (troponina muito elevada) e à disfunção miocárdica no ecocardiograma, direciona o diagnóstico especificamente para a SIM-P no contexto epidemiológico atual.

e) Síndrome Inflamatória Multissistêmica pós-COVID: Esta é a alternativa correta. O

paciente preenche os critérios da OMS e do Ministério da Saúde: idade pediátrica, febre persistente, sintomas gastrointestinais, envolvimento mucocutâneo, choque/disfunção miocárdica, marcadores inflamatórios elevados (PCR, VHS, ferritina, D-dímero) e evidência de infecção prévia pelo SARS-CoV-2 (IgG positivo com RT-PCR negativo, indicando fase tardia/imunológica). A elevação maciça da troponina reforça a agressão miocárdica comum nesta síndrome.

Questão 75

O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) é caracterizado pelo medo ou ansiedade excessivos e clinicamente significativos em relação ao afastamento de figuras de apego (geralmente pais ou cuidadores). Para a resolução desta questão, fundamentamos as explicações nos critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Alternativa (a) - Correta: De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, em crianças e adolescentes, o medo, a ansiedade ou a esquiva devem ser persistentes e durar pelo menos quatro semanas para que o diagnóstico seja estabelecido. Em adultos, a duração exigida é de seis meses ou mais.

Alternativa (b) - Incorreta: A relutância ou a recusa persistente em dormir fora de casa ou em dormir sem estar próximo a uma figura de apego principal é explicitamente um dos critérios diagnósticos do transtorno. Não é interpretada apenas como um problema de condução familiar, mas como uma manifestação da patologia ansiosa.

Alternativa (c) - Incorreta: Delírios e alucinações são sintomas psicóticos e não pertencem ao quadro clínico do Transtorno de Ansiedade de Separação. O que o critério diagnóstico descreve são pesadelos repetitivos cujo conteúdo envolve a temática da separação, e não fenômenos de quebra de realidade.

Alternativa (d) - Incorreta: Sintomas físicos ou somáticos são, na verdade, critérios diagnósticos fundamentais. Crianças com TAS frequentemente apresentam queixas recorrentes de cefaleia, dores abdominais, náuseas ou vômitos, especialmente quando a separação da figura de apego ocorre ou é antecipada.

Alternativa (e) - Incorreta: Não existe uma idade mínima de seis anos para o diagnóstico de TAS. Embora a ansiedade de separação seja um estágio normal do desenvolvimento infantil (com pico entre 8 e 12 meses de idade), o transtorno pode ser diagnosticado em crianças pré-escolares se os sintomas forem excessivos para a idade cronológica, persistentes e causarem prejuízo significativo.

Questão 76

O caso descreve a investigação de contato de tuberculose (TB) em uma criança de 7 anos, assintomática e vacinada com BCG ao nascimento. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a conduta para contatos assintomáticos visa diferenciar a doença ativa da infecção latente por tuberculose (ILTB).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Uma prova tuberculínica (PT) de 3 mm em um contato de tuberculose é considerada negativa (visto que o ponto de corte é de 5 mm). No entanto, não se deve dar alta imediatamente. O protocolo recomenda repetir a prova tuberculínica após 8 semanas para descartar a viragem tuberculínica durante o período de janela imunológica.

b) Incorreta. Se a prova tuberculínica for de 11 mm em uma criança assintomática, o próximo passo é avaliar a radiografia de tórax. Se a radiografia for normal, trata-se de infecção latente (ILTB), cujo tratamento é feito com monoterapia (isoniazida ou rifampicina) e não com o esquema quádruplo (RIPE), que é indicado apenas para casos de doença ativa.

c) Correta. Esta alternativa está em conformidade com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Em contatos assintomáticos, solicita-se a prova tuberculínica e a radiografia de tórax. Um resultado de PT igual ou superior a 5 mm (como os 7 mm citados) em pacientes vacinados com BCG há mais de 2 anos, quando associado a uma radiografia normal, confirma o diagnóstico de infecção latente por tuberculose, indicando o tratamento preventivo.

d) Incorreta. O início do tratamento sem exames prévios (quimioprofilaxia primária) é a conduta preconizada para recém-nascidos expostos a casos bacilíferos. Para uma criança de 7 anos, é obrigatório realizar a investigação diagnóstica com exames complementares antes de definir a conduta terapêutica.

e) Incorreta. A radiografia de tórax isolada não é suficiente para o diagnóstico de infecção latente; a prova tuberculínica (ou o teste IGRA) é essencial para identificar se houve infecção pelo bacilo. Além disso, se a radiografia apresentasse anormalidades sugestivas de tuberculose, a conduta seria tratar a doença ativa e não a infecção latente.

Questão 77

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente de 4 anos com síndrome nefrótica clássica (edema, proteinúria maciça, hipoalbuminemia e hiperlipidemia). Na pediatria, especificamente na faixa etária entre 1 e 10 anos, a causa mais comum desta síndrome é a Doença de Lesões Mínimas (DLM), respondendo por cerca de 80% a 90% dos casos. Uma característica importante da DLM na infância é que ela costuma ser "pura", ou seja, não apresenta habitualmente hipertensão arterial, hematúria macroscópica ou insuficiência renal, o que corrobora a descrição da questão.

Devido à alta prevalência de DLM nesta idade e à sua excelente resposta aos corticoides, o protocolo padrão estabelece o início do tratamento de forma empírica, sem necessidade de biópsia renal imediata.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

- a) Ciclosporina: Incorreta. É um inibidor da calcineurina utilizado como droga de segunda ou terceira linha. Seu uso é reservado para pacientes corticorresistentes (que não respondem ao tratamento inicial com corticoide) ou para aqueles com corticodependência que apresentam toxicidade grave aos esteroides.
- b) Prednisona: Correta. Os corticoides (prednisona ou prednisolona) são o tratamento de primeira escolha para o episódio inicial da síndrome nefrótica idiopática na infância. A vasta maioria dos pacientes com Doença de Lesões Mínimas apresenta remissão completa da proteinúria em poucas semanas de tratamento com este medicamento.
- c) Ciclofosfamida: Incorreta. Trata-se de um agente alquilante utilizado para induzir remissões prolongadas em pacientes que apresentam recidivas frequentes ou que são corticodependentes. Não é indicada como terapia inicial devido ao seu perfil de efeitos colaterais, incluindo toxicidade gonadal e mielossupressão.
- d) Micofenolato de mofetila: Incorreta. É um agente imunossupressor poupador de corticoide, indicado em casos de recidivas frequentes ou dependência de corticoide. Assim como a ciclosporina e a ciclofosfamida, não faz parte do manejo inicial do primeiro episódio.
- e) Rituximabe: Incorreta. É um anticorpo monoclonal anti-CD20 que atua nos linfócitos B. Seu uso na síndrome nefrótica pediátrica é voltado para casos complexos, como pacientes dependentes de múltiplas drogas ou com formas multirresistentes da doença. É uma terapia de resgate e não de primeira linha.

GABARITO: LETRA (B)

Questão 78

ANÁLISE DO CASO

O paciente tem 14 anos e 4 meses, com estatura de 158 cm e Escore Z de -1,0. Ao exame físico, apresenta testículos menores que 3 cm³ e pênis infantil, o que o classifica no estágio G1 de Tanner (pré-púbere). Aos 13 anos, sua idade óssea era de 10 anos e 11 meses, o que demonstra um atraso significativo. O alvo genético (estatura esperada com base nos pais) é de 177,5 cm, calculado pela fórmula: $(\text{altura da mãe} + \text{altura do pai} + 13) / 2$.

Alternativa a) Incorreta. O adolescente cresceu 8 cm em 16 meses (dos 13 anos aos 14 anos e 4 meses), o que resulta em uma velocidade de crescimento de 6 cm por ano. Essa velocidade é considerada normal e esperada para a fase pré-puberal. Como o paciente ainda não iniciou a puberdade clinicamente, sua velocidade de crescimento é totalmente compatível com seu estágio de maturação sexual.

Alternativa b) Incorreta. A deficiência de hormônio do crescimento (GH) geralmente se manifesta com uma queda importante na velocidade de crescimento, com a criança cruzando percentis para baixo na curva de crescimento. O quadro deste paciente (velocidade de crescimento normal para o estágio pré-puberal, atraso na idade óssea e alvo genético alto) é clássico do Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP), não sendo a deficiência de GH a principal suspeita.

Alternativa c) Incorreta. Na Baixa Estatura Familiar, a idade óssea costuma ser compatível com a idade cronológica e a estatura da criança é condizente com a estatura dos pais (que geralmente são baixos). No caso descrito, há um atraso na idade óssea e o alvo genético do paciente é alto (177,5 cm), o que descarta a origem familiar simples para a baixa estatura atual.

Alternativa d) Correta. O Escore Z de -1,0 indica que o paciente está um desvio padrão abaixo da média da população. Em uma curva de distribuição normal, o Escore Z de -1,0 corresponde aproximadamente ao percentil 16. Isso significa que cerca de 16% da população da mesma idade e sexo é mais baixa do que ele, enquanto o restante, aproximadamente 84% a 85%, é mais alto. Portanto, ele se encontra, de fato, mais baixo do que 85% da população.

Alternativa e) Incorreta. No sexo masculino, o atraso puberal é definido clinicamente pela ausência de aumento do volume testicular (testículos menores que 4 cm³) após os 14 anos de idade. Como o paciente já tem 14 anos e 4 meses e mantém testículos

pré-púberes (menores que 3 cm³), ele apresenta, sim, critérios para o diagnóstico de atraso puberal.

Questão 79

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE KAWASAKI

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica febril aguda que afeta preferencialmente crianças menores de 5 anos. O diagnóstico é clínico e deve ser considerado em qualquer criança com febre persistente sem foco definido. Para o diagnóstico da forma clássica, exige-se febre por 5 dias ou mais, associada a pelo menos 4 dos 5 critérios seguintes:

1. Alterações em extremidades: Eritema e/ou edema de mãos e pés na fase aguda, ou descamação periungueal na fase subaguda.
2. Exantema polimórfico: Geralmente maculopapular, envolvendo o tronco.
3. Injeção conjuntival bilateral: Não purulenta (olhos vermelhos sem secreção).
4. Alterações labiais e da mucosa oral: Lábios fissurados e eritematosos, faringe hiperemiada ou língua em morango (framboesa).
5. Linfadenopatia cervical: Geralmente unilateral e maior que 1,5 cm.

No caso clínico, o paciente apresenta febre por 6 dias, alterações orais (língua em morango e lábios rachados), alterações em extremidades (eritema palmar e plantar), conjuntivite e exantema no tronco, preenchendo critérios suficientes para o diagnóstico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, também apresenta língua em morango e exantema. No entanto, o exantema da escarlatina tem aspecto de lixa (micropapular), acentuação em dobras (linhas de Pastia) e palidez perioral (sinal de Filatov). Além disso, a escarlatina não causa conjuntivite e a febre costuma responder rapidamente ao uso de antibióticos, diferentemente da persistência observada no Kawasaki.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome de Stevens-Johnson é uma reação de hipersensibilidade grave, frequentemente associada ao uso de medicamentos. Caracteriza-se por lesões cutâneas em alvo, formação de bolhas e necrose da epiderme com descolamento da pele, além de acometimento grave de pelo menos duas mucosas com formação de crostas hemorrágicas. O quadro descrito é de uma vasculite inflamatória, sem relato de descolamento cutâneo ou bolhas.

Alternativa c) Correta. O paciente apresenta todos os elementos clínicos e laboratoriais (leucocitose e aumento de provas de fase aguda) característicos da Doença de Kawasaki. A irritabilidade citada é um sintoma muito comum e característico desta patologia em crianças pequenas.

Alternativa d) Incorreta. O sarampo manifesta-se com febre, conjuntivite e exantema, mas possui características distintas: há sintomas catarrais intensos (tosse, coriza importante e fotofobia), o exantema tem progressão cefalocaudal e surgem as manchas de Koplik na mucosa oral (pequenos pontos brancos). Não há relato de língua em morango ou eritema palmar/plantar no sarampo.

Alternativa e) Incorreta. A forma sistêmica da Artrite Idiopática Juvenil (Doença de Still) cursa com febre alta e persistente e exantema. Todavia, a febre costuma ser cotidiana (um ou dois picos diários que retornam ao normal), o exantema é classicamente cor salmão e evanescente (surge com a febre e desaparece em seguida), e a doença costuma evoluir com artrite ou linfadenomegalia e hepatosplenomegalia, não explicando as alterações em mucosas e a conjuntivite.

Gabarito: Letra (c).

Questão 80

Alternativa a (CORRETA): Segundo as diretrizes atuais do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais que apresentam boa vitalidade ao nascer (chorando ou respirando e com tônus muscular adequado), o clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado de forma tardia, entre 1 e 3 minutos após o nascimento. Esse procedimento deve ser feito com o bebê em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, visando benefícios hemodinâmicos e hematológicos.

Alternativa b (INCORRETA): De acordo com as recomendações atuais, a presença de mecônio não muda a conduta inicial de reanimação. Se o recém-nascido não apresenta respiração rítmica ou tônus muscular adequado, o foco deve ser o início da ventilação com pressão positiva (VPP) dentro do primeiro minuto de vida (Minuto de Ouro). A aspiração traqueal rotineira sob visualização direta para bebês não vigorosos com mecônio foi abandonada, pois atrasa a ventilação efetiva e não previne a síndrome de aspiração de mecônio.

Alternativa c (INCORRETA): Para recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas, a ventilação com pressão positiva (VPP) deve ser iniciada obrigatoriamente com ar ambiente, ou seja, oxigênio a 21%. A oferta de oxigênio

suplementar em concentrações maiores deve ser guiada pela oximetria de pulso pré-ductal e pelo uso de um misturador (blender) para atingir os alvos de saturação para cada minuto de vida. A concentração de 30% é o ponto de partida recomendado apenas para bebês prematuros com menos de 34 semanas.

Alternativa d (INCORRETA): A monitorização do recém-nascido em reanimação deve ser feita tanto com o monitor cardíaco (ECG) quanto com a oximetria de pulso. Enquanto o monitor cardíaco é o método mais rápido e confiável para avaliar a frequência cardíaca (principal indicador de sucesso da reanimação), a oximetria de pulso é indispensável para monitorar a saturação de oxigênio e guiar a necessidade de oxigênio suplementar, evitando tanto a hipóxia quanto a hiperóxia.

Alternativa e (INCORRETA): Na reanimação neonatal, a relação recomendada entre compressão torácica e ventilação é de 3 para 1 (3:1). Isso significa que devem ser realizados 3 movimentos de compressão seguidos de 1 movimento de ventilação, totalizando 120 eventos por minuto (90 compressões e 30 ventilações). A relação 15:2 é utilizada em reanimação pediátrica avançada (PALS) para crianças fora do período neonatal quando há dois socorristas presentes.

Questão 81

O ponto central para resolver esta questão é identificar em qual fase da história natural da doença a intervenção está ocorrendo. O enunciado descreve a realização de exames para "detectar precocemente casos da doença". Essa ação é o pilar da prevenção secundária.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Incorreta. A prevenção primária ocorre no período de pré-patogênese, ou seja, antes de a doença se instalar. Seu objetivo é remover causas e fatores de risco para impedir que a patologia surja. Exemplos clássicos incluem a vacinação, o uso de preservativos e a promoção de hábitos saudáveis. Embora o enunciado cite o desejo de "reduzir a incidência", o método escolhido (exames para diagnóstico precoce) não impede o surgimento da doença, mas sim a detecta logo no início.

b) Correta. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce (rastreamento ou screening) e no tratamento imediato de uma doença já existente, mas preferencialmente em estágio assintomático ou inicial. Ao realizar exames oftalmológicos regulares para detectar o glaucoma precocemente, a Secretaria de Saúde busca interromper a progressão da doença e evitar danos permanentes (como a cegueira), o que caracteriza perfeitamente esse nível de prevenção.

c) Incorreta. A prevenção terciária atua quando a doença já está estabelecida e manifesta, visando reduzir as incapacidades, promover a reabilitação e evitar complicações maiores. No caso do glaucoma, a prevenção terciária envolveria, por exemplo, a reabilitação visual de um paciente que já perdeu parte da visão, visando reintegrá-lo socialmente e melhorar sua qualidade de vida.

d) Incorreta. A prevenção quaternária consiste em um conjunto de medidas que visam evitar o excesso de intervencionismo médico (iatrogenia). O foco é detectar pacientes em risco de medicalização excessiva ou de procedimentos desnecessários que possam causar mais danos do que benefícios, protegendo-os de intervenções sem evidência científica robusta.

e) Incorreta. A prevenção quinária é um conceito mais recente e menos frequente em provas, voltado para a prevenção do adoecimento do próprio profissional de saúde (como o burnout). O objetivo é garantir o bem-estar de quem cuida, para que a assistência prestada ao paciente não seja prejudicada por um profissional exausto ou desmotivado. Não se aplica ao contexto de rastreamento populacional de glaucoma.

Questão 82

O Teste do Reflexo Vermelho, popularmente conhecido como "Teste do Reflexinho" ou teste de Brückner, é um exame de triagem neonatal obrigatório e fundamental. Ele deve ser realizado pelo pediatra ou médico generalista ainda na maternidade e nas consultas de puerpério. O objetivo é identificar precocemente alterações na transparência dos meios oculares (córnea, humor aquoso, cristalino e vítreo) ou doenças no fundo do olho.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diante de um teste do reflexo vermelho ausente ou duvidoso, a conduta jamais deve ser a espera. O atraso no diagnóstico de patologias oculares graves na infância pode levar à perda definitiva da visão (ambliopia) ou até ao órbita, no caso de tumores.

Alternativa b) Incorreta. A deficiência de vitamina A causa xeroftalmia (olho seco) e cegueira noturna, mas não é a causa da ausência do reflexo vermelho no recém-nascido. A ausência do reflexo sugere uma obstrução física à passagem da luz ou uma alteração anatômica grave.

Alternativa c) Incorreta. Colírios lubrificantes tratam apenas a superfície ocular e não têm qualquer utilidade no tratamento das causas de leucocoria (reflexo branco), que são geralmente intraoculares ou relacionadas à opacidade de meios.

Alternativa d) Incorreta. Embora a catarata congênita seja uma das causas principais da ausência do reflexo vermelho, o médico da UBS realiza apenas a triagem. O diagnóstico definitivo e a indicação cirúrgica dependem de um exame oftalmológico completo com equipamentos especializados (como a lâmpada de fenda e o mapeamento de retina). Além disso, outras patologias devem ser descartadas, como o retinoblastoma.

Alternativa e) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. Qualquer alteração no teste de Brückner (reflexo ausente, assimétrico ou esbranquiçado) exige o encaminhamento imediato e urgente para um oftalmologista. O objetivo principal é afastar o retinoblastoma (tumor maligno ocular mais comum na infância, que pode ser fatal) e tratar precocemente causas de cegueira reversível, como a catarata congênita e o glaucoma congênito. O prognóstico visual da criança depende diretamente da agilidade desse encaminhamento.

Questão 83

A questão exige o conhecimento do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define as bases organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Alternativa a: Incorreta. A descentralização pressupõe que o poder e as responsabilidades sejam distribuídos entre os entes federativos. A Constituição determina explicitamente a direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), e não apenas na esfera do gestor federal.

Alternativa b: Incorreta. A diretriz constitucional é a participação da comunidade de forma ampla. Embora as entidades representativas dos profissionais de saúde tenham seu papel, a participação social no SUS é garantida a todos os cidadãos, manifestando-se principalmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, conforme detalhado posteriormente pela Lei 8.142/90.

Alternativa c: Incorreta. A gestão por Organizações Sociais (OS) é um modelo de administração indireta ou parceria que surgiu no contexto da reforma administrativa do Estado, mas não é uma diretriz constitucional do SUS. As diretrizes fixadas pela Carta Magna são restritas à descentralização, à integralidade e à participação comunitária.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa apresenta a literalidade do inciso II do artigo 198 da Constituição Federal. O princípio da integralidade determina que o sistema deve considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. A prioridade dada às atividades preventivas reflete a busca por uma saúde pública que não seja meramente hospitalocêntrica ou curativa, embora a assistência curativa também deva ser garantida.

Alternativa e: Incorreta. O SUS é orientado pelo princípio da gratuidade universal. Não existe na Constituição ou na legislação infraconstitucional (Lei 8.080/90) qualquer distinção de gratuidade por nível de complexidade. Todos os serviços, do atendimento básico ao transplante de órgãos, devem ser gratuitos para o usuário no ponto de prestação do serviço.

Questão 84

A alternativa correta é a (a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regida pela Portaria de Consolidação nº 2/2017 (que incorporou a Portaria nº 2.436/2017), estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária no Brasil. O texto da PNAB é explícito ao definir que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica, visando à reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa A (Correta): A Saúde da Família é o modelo preferencial para a estruturação da Atenção Básica. Ela foca no atendimento integral, contínuo e multiprofissional, baseando-se no território e no vínculo com as famílias, sendo a principal ferramenta para substituir o modelo de atendimento tradicional e centrado na doença.

Alternativa B (Incorreta): A rede de referência e contrarreferência é um mecanismo de articulação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário). Embora essencial para a coordenação do cuidado, ela é uma diretriz de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e não a estratégia de expansão da Atenção Básica.

Alternativa C (Incorreta): A democratização da gestão, que inclui a participação da comunidade e o controle social, é um princípio organizativo do SUS (Lei 8.142/90). É uma diretriz da PNAB, mas não é a estratégia técnico-operacional definida para a expansão do serviço.

Alternativa D (Incorreta): A otimização dos gastos é um objetivo administrativo e de gestão de recursos públicos para garantir a sustentabilidade do sistema, mas não figura na legislação como a estratégia assistencial prioritária da política.

Alternativa E (Incorreta): As parcerias público-privadas são modalidades de gestão e contratação de serviços. A PNAB foca no modelo técnico-assistencial, priorizando a organização das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família, independentemente da natureza administrativa adotada pelo gestor local.

Questão 85

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 971, de 2006. Em sua formulação inicial, a política priorizava cinco áreas específicas de atuação: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterapia, e o Termalismo Social/Crenoterapia. Questões de concursos e residências frequentemente abordam esse núcleo inicial da política, embora novas práticas tenham sido incorporadas em 2017 e 2018.

Alternativa a: Incorreta. A homeopatia e a fitoterapia pertencem ao grupo original de 2006. No entanto, a cromoterapia só foi incluída formalmente na PNPIC em 2018, por meio da Portaria nº 702/2018.

Alternativa b: Incorreta. A homeopatia e a acupuntura são pilares da PNPIC desde sua criação em 2006, mas a apiterapia (uso de produtos derivados de abelhas) é uma inclusão recente, datada de 2018.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa lista componentes que fazem parte do texto original da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de 2006. A fitoterapia (uso de plantas medicinais) e o termalismo social/crenoterapia (uso terapêutico de águas minerais e banhos térmicos) são diretrizes fundamentais da portaria que instituiu o programa no SUS.

Alternativa d: Incorreta. A acupuntura é uma prática original de 2006. Contudo, o Reiki foi incluído na política em 2017 (Portaria nº 849/2017) e a aromaterapia foi inserida apenas em 2018.

Alternativa e: Incorreta. A cristaloterapia não faz parte da lista oficial de 29 Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Além disso, a política reconhece a musicoterapia, e não o termo genérico "terapia do som". A acupuntura é a única prática desta alternativa presente na lista oficial.

Questão 86

Esta questão aborda a aplicação prática da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) no atendimento ao idoso, focando nos princípios de autonomia, protagonismo do sujeito e acolhimento. No contexto da geriatria e da atenção primária, é fundamental que o médico saiba mediar a relação com o acompanhante sem excluir o paciente do processo de cuidado.

Alternativa a: Incorreta. Ao dirigir-se exclusivamente à filha, o profissional desconsidera a autonomia da paciente e reforça sua invisibilidade. O HumanizaSUS preconiza que o usuário deve ser o protagonista do seu processo de saúde, e ignorar sua presença na conversa caracteriza uma prática não humanizada e infantilizadora.

Alternativa b: Incorreta. O acompanhante de confiança é um direito da paciente e uma parte importante de sua rede de apoio social. Solicitar que a filha saia, especialmente quando há uma relação de carinho e confiança, pode gerar ansiedade e insegurança na paciente, prejudicando o vínculo e o acolhimento.

Alternativa c: Correta. Esta conduta alinha-se perfeitamente aos preceitos do HumanizaSUS e da Clínica Ampliada. O médico exerce o acolhimento ao validar a presença da acompanhante, mas busca ativamente o protagonismo da paciente. Ao explicar a importância de ouvi-la diretamente e oferecer um ambiente respeitoso, o profissional promove a autonomia e garante um atendimento integral e centrado na pessoa.

Alternativa d: Incorreta. Encerrar a consulta prematuramente sem tentar estabelecer uma comunicação efetiva é uma falha na resolutividade da assistência. O médico deve ser capaz de adaptar seu tempo e suas técnicas de comunicação às limitações do paciente idoso no momento do atendimento.

Alternativa e: Incorreta. Prescrever tratamentos sem uma anamnese completa e sem a participação da paciente compromete a segurança do cuidado e a ética profissional. A Clínica Ampliada exige que se busque entender o sujeito em sua totalidade; negligenciar a coleta de informações por dificuldade de comunicação é uma prática contrária à humanização.

Gabarito: Letra c.

Questão 87

A Vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) é essencial na prevenção das formas graves de tuberculose, como a meníngea e a miliar. A análise das alternativas baseia-se nas normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde:

Alternativa A (Incorreta): Embora a vacina seja de dose única e deva ser aplicada o mais precocemente possível, a recomendação é que a administração ocorra ainda na maternidade, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Adiar para a primeira consulta ambulatorial atrasaria desnecessariamente a proteção do recém-nascido.

Alternativa B (Incorreta): O esquema vacinal da BCG no Brasil consiste em uma dose única. Não existe a recomendação de três doses ou reforços aos 3 e 6 meses de idade.

Alternativa C (Incorreta): A presença da cicatriz vacinal é, sim, utilizada como uma forma de comprovação da aplicação da vacina. Vale lembrar que, desde 2019, o Ministério da Saúde não recomenda mais a revacinação de crianças que não desenvolveram a cicatriz após a primeira dose, desde que haja o registro da vacinação no cartão da criança.

Alternativa D (Incorreta): A BCG é uma vacina de bactérias vivas atenuadas. Por essa razão, ela é contraindicada para gestantes e pessoas imunodeprimidas (como portadores de HIV com imunodeficiência grave ou indivíduos em uso de doses imunossupressoras de corticoides ou quimioterapia), devido ao risco de disseminação do bacilo.

Alternativa E (Correta): Esta é uma norma técnica clássica do PNI. Recém-nascidos com peso inferior a 2.000 g (2 kg) devem ter a vacinação com a BCG adiada até que atinjam esse peso mínimo. Isso ocorre principalmente devido à escassez de tecido subcutâneo e à fragilidade da pele, o que dificulta a aplicação técnica da vacina, que deve ser estritamente intradérmica.

Questão 88

Análise da Questão:

O quadro clínico descrito apresenta uma profissional de saúde inserida em um ambiente de alta pressão (hospital de alta complexidade) que manifesta os três pilares fundamentais de uma condição ligada ao trabalho: exaustão emocional (fadiga crônica e sensação de esgotamento), despersonalização ou cinismo (desinteresse pelas atividades e irritabilidade) e baixa realização profissional

(sensação de incapacidade para cumprir responsabilidades).

Alternativa a) Incorreta. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por uma preocupação excessiva, persistente e de difícil controle sobre diversas áreas da vida, não se limitando ao contexto laboral. Embora possa haver irritabilidade e dificuldade de concentração, o foco central do enunciado é o esgotamento decorrente especificamente da carga e rotina de trabalho prolongada.

Alternativa b) Correta. A Síndrome de Burnout, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. Os sintomas relatados pela profissional — fadiga crônica, distanciamento mental/desinteresse pelo trabalho e sentimento de ineficácia — compõem a tríade clássica que define esta síndrome.

Alternativa c) Incorreta. A Depressão Maior é um transtorno do humor que afeta globalmente o indivíduo, resultando em tristeza persistente e anedonia (perda de interesse em quase todas as atividades, não apenas nas laborais). Embora o Burnout possa evoluir para depressão, a questão enfatiza que o quadro surgiu após anos de atuação hospitalar e está diretamente ligado às responsabilidades profissionais, o que direciona o diagnóstico para o esgotamento ocupacional.

Alternativa d) Incorreta. O Transtorno Bipolar caracteriza-se por oscilações cíclicas e intensas do humor, variando entre episódios depressivos e episódios de mania ou hipomania (períodos de humor elevado, expansivo, aumento de energia e redução da necessidade de sono). O enunciado não descreve episódios de euforia ou exaltação, focando apenas em sintomas de exaustão e desânimo persistente relacionados ao trabalho.

Questão 89

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

O tema central desta questão é a Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

De acordo com o Artigo 7º desta Lei, existem três tipos de internação psiquiátrica: voluntária (com consentimento do paciente), involuntária (sem o consentimento e a pedido de terceiros) e compulsória (determinada pela Justiça).

No caso em tela, o paciente encontra-se em regime de INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA.

Para esse tipo específico de internação, a legislação estabelece regras claras sobre o seu término no Artigo 7º, parágrafo 2º.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): Segundo o Art. 7º, parágrafo 2º, da Lei 10.216/2001, o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Portanto, se o paciente deseja sair, ele deve formalizar esse pedido por escrito para que o médico assistente proceda com a alta ou avalie a necessidade de conversão para outro tipo de internação (caso haja risco iminente de autonegligência ou heteroagressividade, o que não é o caso descrito).

Alternativa B (INCORRETA): Na internação voluntária, a autonomia é do paciente. Embora a família participe do processo terapêutico, a solicitação de alta por parte de um paciente capaz e voluntário não depende da assinatura de familiares para ter validade legal.

Alternativa C (INCORRETA): Embora o médico assistente tenha a prerrogativa de determinar a alta quando considerar que o tratamento atingiu seus objetivos, ele não deve ignorar o desejo de saída do paciente voluntário. A legislação garante ao paciente o direito de solicitar a interrupção do tratamento em regime de internação.

Alternativa D (INCORRETA): Não existe na legislação brasileira qualquer dispositivo que determine a alta automática após 7 dias de internação. O tempo de permanência hospitalar deve ser o mínimo necessário para a estabilização do quadro, baseado exclusivamente em critérios clínicos.

Alternativa E (INCORRETA): A avaliação ou autorização judicial é necessária apenas na internação compulsória. Na internação voluntária, a gestão da alta é uma decisão clínica e administrativa pactuada entre o paciente e a equipe de saúde, sem necessidade de intervenção do Poder Judiciário.

Questão 90

A estratégia Consultório na Rua (CnR) foi instituída no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para enfrentar a vulnerabilidade da população em situação de rua. O objetivo central é levar a assistência de saúde até onde o cidadão está, garantindo os princípios de equidade e integralidade do SUS.

Alternativa (a) está incorreta: O diferencial do Consultório na Rua é justamente o caráter itinerante. Embora as equipes estejam vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde ou centro de referência, sua principal atribuição é realizar o cuidado in loco,

nos territórios onde a população reside ou circula, e não se limitar a consultórios fixos.

Alternativa (b) está correta: Esta alternativa sintetiza as diretrizes da PNAB. O Consultório na Rua deve garantir a atenção integral (abrangendo todas as necessidades de saúde), atuar de forma itinerante (utilizando veículos ou abordagens diretas na rua) e trabalhar de maneira intersetorial, articulando-se com a rede de saúde e com a assistência social (SUAS) para promover a reinserção social e a garantia de direitos.

Alternativa (c) está incorreta: Embora as demandas de saúde mental e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas sejam frequentes e fundamentais nessa estratégia, o cuidado não é exclusivo. A equipe deve tratar de feridas, infecções, doenças crônicas, saúde da mulher, entre outros problemas clínicos, seguindo o princípio da integralidade.

Alternativa (d) está incorreta: A PNAB prevê que o horário de funcionamento das equipes de Consultório na Rua deve ser flexível e adequado às rotinas da população assistida. Muitas vezes, o melhor momento para o vínculo e o atendimento ocorre em horários noturnos ou fins de semana, portanto, a atuação não se limita ao horário comercial padrão.

Alternativa (e) está incorreta: Apesar de a população em situação de rua concentrar-se majoritariamente em grandes centros urbanos, as ações do SUS devem ser pautadas pela equidade e necessidade do território. Afirmar que não há "qualquer possibilidade de flexibilização" contraria a lógica da PNAB, que incentiva a adaptação das equipes às realidades locais, sejam elas urbanas, periurbanas ou em áreas de transição.

Questão 91

O enunciado descreve o conceito de Integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) Incorreta. A Universalidade de acesso refere-se à garantia de que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito às ações e serviços de saúde. É o princípio que torna a saúde um direito de todos e dever do Estado. O foco aqui é "quem" tem direito ao sistema, e não o "que" é ofertado.

b) Incorreta. A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral é um princípio que assegura ao paciente o direito de decidir sobre sua saúde, tratamentos e procedimentos, respeitando seus valores e crenças. É um preceito ético e de cidadania dentro do atendimento médico.

c) Incorreta. A Igualdade da assistência à saúde determina que o sistema deve tratar todos os usuários de forma justa, sem privilégios ou preconceitos. Embora muito ligada ao conceito de equidade (dar mais a quem mais precisa), a igualdade foca na ausência de barreiras discriminatórias no atendimento.

d) Correta. A Integralidade de assistência é definida exatamente como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio considera o indivíduo como um todo, não apenas como uma patologia isolada, e garante que ele receba desde a promoção e prevenção na atenção primária até procedimentos de alta complexidade, conforme sua necessidade.

e) Incorreta. A descentralização político-administrativa é um princípio organizativo do SUS. Ela se refere à redistribuição das responsabilidades e do poder de decisão entre os entes federados (União, Estados e Municípios), com ênfase na municipalização dos serviços para que a gestão esteja mais próxima da realidade da população.

Questão 92

Essa questão exige o conhecimento da Lei Federal nº 8.080/1990, que regula as ações e serviços de saúde no Brasil. O enunciado reproduz exatamente a definição legal contida no Artigo 6º, parágrafo 2º, desta lei.

Alternativa a) Correta. A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. É o famoso conceito de "informação para a ação": coleta-se o dado, analisa-se e intervém-se oportunamente.

Alternativa b) Incorreta. A Promoção da Saúde refere-se a um conjunto de estratégias e ações políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (como moradia, lazer, trabalho). Embora use dados da vigilância, seu foco é o empoderamento da população e a criação de ambientes saudáveis, não se limitando à detecção e controle direto de doenças.

Alternativa c) Incorreta. A Educação em Saúde é um processo pedagógico que visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos e grupos no cuidado com a própria saúde. É uma ferramenta utilizada tanto na vigilância quanto na promoção e atenção primária, mas não abrange todo o ciclo de detecção e recomendação de medidas de controle descrito no enunciado.

Alternativa d) Incorreta. O Planejamento Sanitário (ou planejamento em saúde) é o processo de estabelecer prioridades, objetivos e metas, além de prever os recursos necessários para a execução das ações de saúde. Ele utiliza as informações geradas pela Vigilância Epidemiológica, mas não se confunde com o ato de detectar mudanças nos fatores de saúde em tempo real.

Alternativa e) Incorreta. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção e a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Ela é responsável pela coordenação do cuidado e realiza ações de vigilância em seu território; porém, a definição apresentada no enunciado é a definição técnica e legal específica da Vigilância Epidemiológica como campo de atuação do SUS.

Questão 93

A questão aborda os prazos estabelecidos pela Lista Nacional de Notificação Compulsória do Ministério da Saúde. No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) opera com dois fluxos principais de tempo: a notificação semanal (realizada em até 7 dias) e a notificação imediata (realizada em até 24 horas).

A definição técnica de Notificação Imediata é aquela realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível. No caso específico do vírus Zika, a notificação é semanal para a população geral, mas torna-se imediata (24 horas) quando o caso ocorre em gestantes, em situações de óbito ou quando há suspeita de síndrome congênita.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o ideal seja que a notificação ocorra o mais rápido possível, a legislação define um prazo máximo de 24 horas para as notificações classificadas como imediatas, e não a obrigatoriedade estrita de ser no exato ato do diagnóstico.

Alternativa B: Incorreta. O termo "no mesmo dia do diagnóstico" é impreciso para fins regulatórios. Se um médico diagnostica um caso às 23h, ele tem até as 23h do dia

seguinte para realizar a notificação imediata, o que ultrapassaria o mesmo dia civil, mas estaria dentro do prazo de 24 horas.

Alternativa C: Incorreta. O prazo de 12 horas não é um padrão utilizado na lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde para definir a urgência das notificações.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete a definição oficial do Ministério da Saúde para Notificação Imediata. Todo agravo que exige resposta rápida da vigilância epidemiológica, como a infecção por Zika em gestantes (devido ao risco de microcefalia e outras alterações neurológicas no feto), deve ser comunicado às autoridades de saúde em até 24 horas após o diagnóstico ou suspeita.

Alternativa E: Incorreta. O prazo de 48 horas não corresponde a nenhuma das categorias-padrão de notificação (imediata ou semanal) previstas na Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações (como a Portaria GM/MS nº 217/2023).

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 94

A questão aborda os mecanismos de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido pela Lei 8.142/1990. Para responder corretamente, é necessário diferenciar as duas instâncias colegiadas do SUS: o Conselho e a Conferência de Saúde.

A alternativa correta é a letra (b): o Conselho Municipal de Saúde.

A definição apresentada no enunciado descreve exatamente as características dos Conselhos de Saúde:

1. Caráter permanente e deliberativo: Os conselhos funcionam de forma contínua e têm poder de decisão (deliberação) sobre as políticas de saúde.
2. Composição quadripartite: São formados por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (sendo que os usuários detêm 50% das vagas, conforme a regra da paridade).
3. Atuação: Formulam estratégias e controlam a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (fiscalização de gastos).

Análise das demais alternativas:

a) a Conferência Municipal de Saúde: Incorreta. Embora seja uma instância de controle social, a Conferência não é permanente; ela se reúne ordinariamente a cada

quatro anos. Sua função principal é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, e não fiscalizar a execução financeira de forma rotineira.

c) a Câmara Municipal de Vereadores: Incorreta. A Câmara compõe o Poder Legislativo municipal. Embora exerça fiscalização sobre o Poder Executivo, ela não é uma instância específica do SUS, nem possui a composição paritária/quadripartite de usuários e profissionais de saúde exigida pela legislação sanitária.

d) a Secretaria Municipal de Saúde: Incorreta. A Secretaria é o órgão do Poder Executivo responsável pela gestão da saúde no município. Ela é o ente fiscalizado pelo Conselho de Saúde, e não a instância de controle social em si.

e) a Comissão Intergestores de Saúde: Incorreta. As Comissões Intergestores (como a CIB no âmbito estadual ou a CIR na região de saúde) são instâncias de pactuação e negociação entre os gestores (gestores municipais e estaduais). Elas não possuem representação de usuários, portanto, não são instâncias de controle social.

Questão 95

A questão aborda as recomendações atuais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil para a vacina da febre amarela (atenuada). É fundamental que o médico conheça a mudança de protocolo ocorrida nos últimos anos, que abandonou a necessidade de reforços a cada 10 anos para a população adulta.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, uma única dose da vacina é considerada suficiente para conferir proteção ao longo de toda a vida para indivíduos que receberam a dose a partir dos 5 anos de idade. Portanto, o simples fato de viajar para uma área endêmica não justifica um reforço se a pessoa já for considerada imunizada conforme o calendário nacional.

Alternativa b) Incorreta. A gestação é, em regra, uma contraindicação para a vacina de febre amarela, por se tratar de uma vacina de vírus vivo atenuado. O reforço não é recomendado rotineiramente para gestantes. Em situações de surto ou alto risco de exposição, a vacinação de gestantes deve ser avaliada criteriosamente quanto ao risco-benefício, mas nunca como uma indicação padrão de reforço.

Alternativas c) e d) Incorretas. Antigamente, recomendava-se o reforço da vacina de

febre amarela a cada 10 anos. No entanto, desde 2017, o Brasil adotou a recomendação da OMS de dose única para a vida toda para quem se vacina a partir dos 5 anos de idade. Portanto, ter tomado a dose há mais de 5 ou 10 anos não é mais critério para nova vacinação na adolescência ou idade adulta.

Alternativa e) Correta. Esta é a regra atual do PNI: crianças que recebem a primeira dose da vacina de febre amarela antes de completarem 5 anos de idade (o esquema padrão é aos 9 meses) devem, obrigatoriamente, receber uma dose de reforço aos 4 anos de idade. Se essa jovem de 17 anos relata ter sido vacinada apenas uma vez na infância, antes dos 5 anos, e nunca recebeu o reforço previsto para os 4 anos, ela tem indicação de receber essa dose agora para completar seu esquema vacinal e ser considerada protegida para a vida toda.

Em resumo:

- Vacinados a partir dos 5 anos de idade: Dose única (sem reforço).
- Vacinados antes dos 5 anos de idade: Devem receber uma dose de reforço (geralmente aos 4 anos). Se não a receberam, devem recebê-la em qualquer momento da vida.

Questão 96

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um dos indicadores de saúde e desenvolvimento socioeconômico mais utilizados mundialmente. Ele estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar o primeiro ano de vida.

Para entender a questão, devemos analisar a fórmula padrão do CMI:

(Número de óbitos de menores de 1 ano de idade / Número total de nascidos vivos no mesmo período e local) x 1.000.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Ao dividir o número de óbitos de menores de 1 ano pelo número total de óbitos, estaríamos calculando a proporção de mortes infantis em relação ao total de mortes da população (mortalidade proporcional por idade), e não o coeficiente de mortalidade infantil, que mede o risco de morte para os nascidos.

b) Incorreta. O período de 1 mês (especificamente 28 dias) refere-se à mortalidade neonatal. Além disso, o denominador "número total de partos" é tecnicamente impreciso, pois um parto pode resultar em mais de um nascido (gemelaridade) ou em natimortos.

c) Incorreta. Embora o tempo (1 ano) esteja correto, o denominador "número total de

partos" está errado. O indicador deve ser calculado sobre o número de nascidos vivos, excluindo-se os óbitos fetais (fetos que já nascem sem vida).

d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente os componentes do Coeficiente de Mortalidade Infantil. O numerador é composto pelos óbitos de crianças de 0 a 364 dias de vida (menores de 1 ano) e o denominador é o número de nascidos vivos naquela mesma área e período.

e) Incorreta. A relação entre óbitos de menores de 1 mês (até 27 dias de vida) e o número de nascidos vivos define o Coeficiente de Mortalidade Neonatal, que é um subcomponente da mortalidade infantil, mas não representa o indicador em sua totalidade.

Questão 97

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os conceitos de acurácia diagnóstica, especificamente a aplicação clínica da sensibilidade e da especificidade.

O enunciado descreve uma situação em que o objetivo principal é identificar a doença o mais cedo possível para intervir e evitar um desfecho desfavorável. Nesses casos, o erro que mais se deseja evitar é o "falso-negativo" (dizer que o paciente está saudável quando, na verdade, ele está doente). O parâmetro que minimiza os falsos-negativos é a sensibilidade.

A seguir, a explicação de cada alternativa:

a) Reprodutibilidade: Refere-se à capacidade de um teste ou procedimento de produzir resultados idênticos ou muito semelhantes quando repetido sob as mesmas condições (por diferentes examinadores ou em momentos diferentes). Embora seja uma qualidade desejável em qualquer exame, a reprodutibilidade não garante que o teste seja capaz de detectar a doença em sua fase inicial.

b) Validade: É um conceito geral que indica se o teste realmente mede aquilo que se propõe a medir. A validade de um teste diagnóstico é composta por sua sensibilidade e por sua especificidade. A alternativa está incorreta por ser um termo genérico, enquanto a questão exige o parâmetro específico para a detecção de casos.

c) Precisão: Também chamada de fidedignidade, a precisão está relacionada à baixa variabilidade dos resultados entre medições repetidas. Um teste pode ser preciso (dar sempre o mesmo resultado) e estar sistematicamente errado (não detectar a doença). Portanto, não é o fator primordial para garantir o diagnóstico precoce e evitar evoluções desfavoráveis.

d) Especificidade: É a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que NÃO possuem a doença (verdadeiros-negativos). Testes altamente específicos são excelentes para confirmar um diagnóstico e evitar tratamentos desnecessários em pessoas saudáveis (minimizam os falsos-positivos). No entanto, para o rastreamento e o diagnóstico precoce visando salvar vidas, a especificidade é menos prioritária do que a sensibilidade.

e) Sensibilidade: É a alternativa correta. A sensibilidade define a capacidade de um teste de detectar a doença naqueles que realmente a têm. Um teste com alta sensibilidade resulta em poucos falsos-negativos. Em cenários nos quais o diagnóstico precoce é crucial para o sucesso do tratamento e para evitar complicações graves, deve-se priorizar um procedimento altamente sensível para garantir que nenhum caso passe despercebido.

Questão 98

Análise do Enunciado:

O estudo descrito apresenta três características fundamentais: 1) A seleção dos participantes é feita com base na exposição (expostos vs. não expostos); 2) Há um acompanhamento temporal (ao longo de um ano); 3) O objetivo é observar o surgimento de novos casos (incidência) a partir de uma condição inicial de saúde. Esse desenho, que parte da causa em direção ao efeito, define classicamente um estudo de coorte.

Alternativa A (Incorreta): Prevalência não é um tipo de desenho de estudo, mas sim uma medida de frequência que indica a proporção de indivíduos doentes em uma população em um dado momento. Embora estudos transversais sejam frequentemente chamados de estudos de prevalência, eles não realizam o acompanhamento temporal descrito na questão.

Alternativa B (Incorreta): O estudo de corte transversal (ou seccional) realiza a coleta de dados de exposição e desfecho simultaneamente, em um único ponto no tempo, como se fosse uma fotografia. Ele não permite estabelecer uma relação de temporalidade ou calcular a incidência, pois não acompanha os indivíduos ao longo do tempo como ocorreu no exemplo.

Alternativa C (Correta): O estudo de coorte é um modelo observacional e longitudinal. Ele começa com grupos de indivíduos inicialmente sem a doença, que são classificados de acordo com a exposição a um fator de risco e acompanhados no tempo para verificar quem desenvolve o desfecho. É o desenho ideal para calcular a incidência e estabelecer o risco relativo, exatamente como proposto no cenário da

questão.

Alternativa D (Incorreta): O estudo de caso-controle percorre o caminho inverso: ele parte do desfecho já estabelecido. Selecionam-se pessoas que já têm a doença (casos) e pessoas saudáveis (controles) e olha-se para trás (retrospectivamente) para investigar se houve exposição prévia a determinados fatores. No enunciado, o ponto de partida foi a exposição, e não a doença.

Alternativa E (Incorreta): O ensaio clínico é um estudo experimental no qual o pesquisador tem controle sobre a exposição (intervenção), decidindo quem receberá determinado tratamento ou placebo. No caso descrito, trata-se de um fator de risco, o que sugere um estudo observacional, no qual o pesquisador apenas registra o que ocorre naturalmente com os grupos expostos. Além disso, por questões éticas, não se submetem pessoas a fatores de risco em ensaios clínicos.

Questão 99

ANÁLISE DO ESTUDO:

O enunciado descreve um estudo de coorte prospectivo, pois foram selecionados dois grupos com base na presença ou ausência de exposição a um fator de risco e acompanhados ao longo de um ano para observar o surgimento da doença (incidência). O indicador estatístico utilizado para medir a associação nesse tipo de desenho é o Risco Relativo (RR).

CÁLCULO DO RISCO RELATIVO (RR):

O RR é definido pela razão entre a incidência da doença entre os expostos e a incidência da doença entre os não expostos.

1. Incidência no grupo exposto (I_e): Foram 10 casos em 100 pessoas, o que resulta em $10/100 = 0,1$ (ou 10%).
2. Incidência no grupo não exposto (I_o): Foram 5 casos em 100 pessoas, o que resulta em $5/100 = 0,05$ (ou 5%).
3. Risco Relativo (RR): I_e dividido por $I_o = 0,1 / 0,05 = 2$.

Portanto, as pessoas expostas ao fator de risco apresentam duas vezes mais risco de desenvolver a doença do que as não expostas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. O valor 0,5 seria obtido se o risco no grupo exposto fosse a metade do risco no grupo não exposto. Isso indicaria que o fator estudado seria de proteção e não de risco.

Alternativa b: Incorreta. O valor 1 é chamado de valor de nulidade. Ele indicaria que a incidência nos dois grupos é igual e que não existe associação entre o fator de exposição e a doença.

Alternativa c: Correta. Conforme demonstrado no cálculo, a razão entre a incidência de 10% no grupo exposto e 5% no grupo controle resulta em um RR de 2.

Alternativa d: Incorreta. O valor 5 corresponde apenas à contagem absoluta de casos no grupo não exposto. Ele não representa a relação comparativa entre os grupos.

Alternativa e: Incorreta. O valor 10 é apenas o número absoluto de doentes no grupo exposto. O Risco Relativo exige a divisão entre as taxas de incidência dos dois grupos acompanhados.

Questão 100

Para resolver esta questão de epidemiologia, primeiro identificamos que se trata de um estudo de coorte, pois acompanhamos dois grupos (expostos e não expostos) ao longo do tempo para observar o surgimento de uma doença.

O Risco Atribuível (RA), também conhecido como Diferença de Riscos, mede o excesso de incidência da doença que é especificamente causado pela exposição ao fator de risco. Ele representa o quanto da doença seria evitado se eliminássemos o fator de risco.

A fórmula para o cálculo é: $RA = \text{Incidência no grupo exposto} - \text{incidência no grupo não exposto}$.

Passo 1: Calcular a incidência no grupo exposto.

Houve 10 casos em um grupo de 100 pessoas.

Incidência (expostos) = $10 / 100 = 0,10$.

Passo 2: Calcular a incidência no grupo não exposto.

Houve 5 casos em um grupo de 100 pessoas.

Incidência (não expostos) = $5 / 100 = 0,05$.

Passo 3: Calcular o Risco Atribuível.

$RA = 0,10 - 0,05 = 0,05$.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Correta. Como demonstrado pelo cálculo ($0,10 - 0,05 = 0,05$), este é o valor da diferença absoluta de riscos entre os dois grupos.
- b) Incorreta. Este valor não corresponde à diferença de incidências. Se estivéssemos calculando o Risco Relativo (incidência expostos / incidência não expostos), o resultado seria 2 ($0,10 / 0,05$).
- c) Incorreta. Não existe operação matemática entre os dados fornecidos ($10/100$ e $5/100$) que resulte em 1 para as medidas de associação usuais.
- d) Incorreta. O número 5 representa a diferença absoluta no número de doentes entre os grupos (10 doentes menos 5 doentes). No entanto, o risco é uma medida de incidência (frequência relativa); portanto, deve ser expresso em relação ao total da população estudada (5 em 100, ou seja, 0,05).
- e) Incorreta. O valor 10 é apenas o número absoluto de casos registrados no grupo exposto, não representando uma medida de comparação ou associação entre os grupos.
-