



UFPA

GABARITO | 2025 | PA | 100 Questões



Gabarito: UFPA

2025 | PA

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O diagnóstico de Lesão Renal Aguda (LRA), segundo as diretrizes do KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), fundamenta-se em três critérios principais, sendo que a presença de apenas um deles já confirma a condição:

1. Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em um período de 48 horas.
2. Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 1,5 vezes o valor basal (o que equivale a um aumento de 50%) nos últimos 7 dias.
3. Débito urinário inferior a 0,5 mL/kg/h por um período de pelo menos 6 horas.

Ao analisarmos os dados da paciente:

- Creatinina basal: 0,9 mg/dL.
- Creatinina no segundo dia: 1,6 mg/dL.
- Variação absoluta: 0,7 mg/dL (superior a 0,3 mg/dL).
- Variação percentual: $1,6 / 0,9 = 1,77$ (um aumento de 77% em relação ao basal).

Como a paciente apresentou um aumento de 77% na creatinina em dois dias, ela preenche os critérios para Lesão Renal Aguda Estágio 1.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O aumento necessário para definir LRA é de 50% (1,5 vezes o basal) ou um ganho absoluto de 0,3 mg/dL. O valor de 100% (dobro da creatinina) já classificaria a paciente no Estágio 2 do KDIGO.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de LRA não é feito com base em um valor absoluto isolado de creatinina (como estar acima de 1,5 mg/dL), mas sim na comparação com o valor prévio da própria paciente ou na queda do débito urinário.

Alternativa c) Incorreta. O débito urinário de 400 mL em 24 horas é geralmente considerado oligúria para um adulto médio (limite de 400-500 mL/dia). Mesmo que o débito fosse normal, o critério da creatinina já seria suficiente para o diagnóstico.

Alternativa d) Incorreta. Embora choque e medicamentos nefrotóxicos sejam causas comuns de LRA, a ausência deles não descarta o quadro. A própria pneumonia comunitária pode causar lesão renal através de mecanismos inflamatórios ou sepse.

Alternativa e) Correta. A paciente preenche o critério diagnóstico do KDIGO, pois houve um aumento da creatinina superior a 50% (1,5 vezes) em relação ao seu valor

basal de internação em um intervalo inferior a 7 dias.

Questão 2

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico apresenta um paciente idoso e diabético com sinais sugestivos de infecção (febre e dor abdominal) associados à instabilidade hemodinâmica e laboratorial. Para identificar o diagnóstico correto, devemos aplicar as definições do Terceiro Consenso Internacional de Definições para Sepse e Choque Séptico (Sepsis-3). Segundo este consenso, a sepse é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta: O diagnóstico de sepse não depende da presença de choque hipovolêmico. O choque que ocorre na sepse é do tipo distributivo. Além disso, o paciente já apresenta sinais de gravidade que superam a simples infecção, independentemente do status volêmico.

Alternativa b) Correta: Esta alternativa segue estritamente a definição do Sepsis-3. O paciente possui um foco infeccioso provável (abdominal) e apresenta diversas disfunções orgânicas agudas: cardiovascular (hipotensão de 85/50 mmHg), renal (elevação da creatinina de um patamar prévio normal para 2,1 mg/dL e oligúria), respiratória (frequência respiratória de 24 irpm e queda na saturação) e metabólica (lactato de 4,2 mmol/L). A presença de disfunção orgânica em vigência de infecção confirma a sepse.

Alternativa c) Incorreta: Não é necessária a presença de insuficiência respiratória "grave" para o diagnóstico. Qualquer grau de disfunção orgânica aguda (identificada pelo aumento de 2 ou mais pontos no escore SOFA) decorrente de infecção é suficiente. O paciente já apresenta disfunções em outros sistemas.

Alternativa d) Incorreta: Febre e leucocitose com desvio à esquerda são marcadores de inflamação e fazem parte dos antigos critérios de SIRS (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica). No entanto, o Consenso Sepsis-3 determinou que esses sinais isolados não são mais suficientes para diagnosticar sepse, sendo obrigatória a identificação de disfunção orgânica.

Alternativa e) Incorreta: A elevação da creatinina é, de fato, um marcador de disfunção orgânica (renal). No escore SOFA, valores de creatinina acima de 1,2 mg/dL

já indicam disfunção. No caso apresentado, o aumento para 2,1 mg/dL em alguém com função prévia normal é um sinal claro de lesão renal aguda secundária à sepse.

Questão 3

Esta questão aborda um cenário complexo que envolve bioética, cuidados paliativos e o manejo de complicações da cirrose em pacientes muito idosos. O ponto central aqui não é apenas a conduta médica técnica para a encefalopatia hepática, mas o respeito à autonomia do paciente e o reconhecimento da terminalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A passagem de sonda nasoenteral é um procedimento invasivo. O paciente, em plena capacidade de suas faculdades anteriormente, expressou o desejo de não ser submetido a medidas invasivas. Além disso, em pacientes com cirrose avançada, sarcopenia grave e rebaixamento recorrente do nível de consciência, a nutrição enteral artificial muitas vezes não altera o prognóstico de sobrevida e pode aumentar o desconforto, indo contra os princípios de cuidados paliativos e a vontade do paciente.

Alternativa b) Incorreta. Embora a lavagem transretal seja um tratamento para encefalopatia hepática por constipação, o contexto clínico global do paciente é de terminalidade e fragilidade extrema (85 anos, MELD-Na 22, múltiplas internações recentes, sarcopenia). Realizar procedimentos invasivos contra a vontade previamente expressa pelo paciente foca apenas na doença e ignora o doente.

Alternativa c) Incorreta. O apoio jurídico não é a primeira medida a ser tomada. O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.995/2012, garante o respaldo ético e legal para que o médico respeite as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) do paciente. O conflito com a família deve ser resolvido prioritariamente através do diálogo, da empatia e da comunicação de más notícias, e não pela via judicial.

Alternativa d) Incorreta. O transplante hepático é formalmente contraindicado neste caso. A idade avançada (85 anos) associada à sarcopenia grave e ao estado funcional muito limitado (acamado e dependente) impede a indicação do procedimento, pois o paciente não teria reserva fisiológica para sobreviver à cirurgia e ao pós-operatório imediato, além de a escassez de órgãos priorizar pacientes com maior potencial de reabilitação.

Alternativa e) Correta. O paciente apresenta critérios de terminalidade em uma doença crônica incurável e já manifestou suas Diretivas Antecipadas de Vontade,

recusando medidas invasivas e hospitalização. O papel do médico, diante do conflito familiar, é acolher os filhos, explicar a progressão natural da doença, o prognóstico reservado e a importância de respeitar a autonomia e a dignidade do pai, focando o cuidado no conforto e no alívio do sofrimento, em vez de intervenções fúteis que apenas prolongariam o processo de morrer (distanásia).

Questão 4

Para resolver esta questão, é fundamental correlacionar os achados clínicos com os dados laboratoriais fornecidos.

Análise Clínica:

A paciente é uma mulher jovem com quadro de anemia crônica que não respondeu à reposição de ferro (sulfato ferroso) nem ao controle do fluxo menstrual. O exame físico revela sinais sistêmicos importantes: icterícia leve, sinovite (artrite) em mãos e ombro, e dermatite em áreas fotoexpostas. Esse conjunto de sinais (artrite + fotossensibilidade + anemia) é altamente sugestivo de lúpus eritematoso sistêmico (LES).

Análise Laboratorial:

O hemograma mostra uma anemia normocítica (VCM 89) e normocrômica (HCM 28), com RDW levemente aumentado. A presença de icterícia associada a uma anemia que não responde ao ferro sugere um componente hemolítico. No contexto do LES, a anemia hemolítica autoimune é uma manifestação clássica.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora o perfil de ferro (ferro, ferritina, saturação) seja útil para avaliar anemia ferropriva ou de doença crônica, a paciente já usa ferro há um ano sem melhora e apresenta icterícia, o que direciona o raciocínio para hemólise, e não apenas carência nutricional.

Alternativa B (Incorreta): A dosagem de vitamina B12 e ácido fólico é indicada na investigação de anemias macrocíticas (VCM elevado). O VCM da paciente está normal (89 fL).

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta prioritária. Diante da suspeita de hemólise (sugerida pela icterícia e anemia refratária), devemos solicitar os exames que compõem o painel de hemólise:

1. Reticulócitos: Estarão aumentados (anemia regenerativa).
2. Bilirrubinas: Haverá aumento da bilirrubina indireta devido à quebra dos eritrócitos.

3. DHL (Desidrogenase Láctica): Marcador de lise celular, estará elevado.
4. Haptoglobina: Estará reduzida, pois ela se liga à hemoglobina livre liberada no plasma.

Alternativa D (Incorreta): O rastreio da função tireoidiana investiga hipotireoidismo, que pode causar astenia, mas não explica a icterícia, a sinovite nem a dermatite.

Alternativa E (Incorreta): A eletroforese de hemoglobina é utilizada para diagnosticar hemoglobinopatias (como anemia falciforme ou talassemias). Embora possam causar hemólise, a talassemia costuma ser microcítica e o quadro clínico de artrite e lesões cutâneas fotossensíveis aponta mais fortemente para uma doença autoimune como causa da hemólise.

Conclusão:

A prioridade é confirmar se a anemia é de caráter hemolítico, justificando a alternativa C como o próximo passo diagnóstico correto para esta paciente.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico e ecocardiográfico compatível com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), definida por uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) menor ou igual a 40%. Atualmente, o paciente está subtratado, utilizando apenas um inibidor da enzima conversora de angiotensina (enalapril) e um diurético (furosemida). As diretrizes atuais de cardiologia preconizam o uso do quarteto terapêutico para reduzir a mortalidade e hospitalizações: betabloqueador, inibidor do sistema renina-angiotensina, antagonista do receptor mineralocorticoide e inibidor do SGLT2.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A furosemida é um diurético de alça focado no alívio de sintomas congestivos (edema e estertores). Embora o paciente apresente sinais de congestão, o aumento isolado da dose não melhora o prognóstico a longo prazo nem reduz a mortalidade. A prioridade é a introdução de medicamentos que alterem a história natural da doença.

Alternativa b) Incorreta. A digoxina pode ser utilizada para controle de sintomas em pacientes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento otimizado ou para controle de frequência na fibrilação atrial. Ela não reduz a mortalidade na insuficiência cardíaca e não é a escolha prioritária para otimização neste estágio.

Alternativa c) Correta. O bisoprolol (betabloqueador) e a espironolactona (antagonista mineralocorticoide) são pilares fundamentais no tratamento da ICFeR. Ambas as classes possuem recomendação Classe I por reduzirem comprovadamente a mortalidade e o remodelamento cardíaco. Como o paciente já utiliza um inibidor da ECA, a adição dessas drogas é o passo mais adequado para otimizar o tratamento.

Alternativa d) Incorreta. Embora os inibidores do SGLT2 (como a dapagliflozina) sejam indicados para pacientes com ICFeR, a alternativa está errada ao condicionar o uso à presença de hiperglicemia. O benefício desta classe na insuficiência cardíaca independe do controle glicêmico ou de o paciente ser diabético.

Alternativa e) Incorreta. A troca de enalapril (iECA) por um bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) é indicada apenas em casos de intolerância aos iECA, geralmente devido à tosse persistente. O enunciado afirma explicitamente que o paciente nega tosse, portanto, a troca não traria benefício adicional neste contexto.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um idoso com insuficiência cardíaca e hipertensão, que apresenta sintomas de baixo débito cardíaco (tontura e fadiga aos pequenos esforços, como tomar banho). O exame físico revela um ritmo cardíaco irregular, e o traçado do ECG é a chave para o diagnóstico.

No ECG, observamos um ritmo de fibrilação atrial (ausência de ondas P e intervalos R-R irregulares). O ponto crítico no traçado é a presença de uma pausa ventricular prolongada (assistolia temporária). Ao contar os quadradinhos grandes entre os complexos QRS na maior pausa, nota-se um intervalo superior a 3 segundos (cada quadrado grande equivale a 0,2 s; a pausa mostrada ultrapassa 15 quadradinhos). Pausas sintomáticas ou superiores a 3 segundos em pacientes com fibrilação atrial configuram a síndrome taquibradia ou bloqueio atrioventricular de alto grau.

POR QUE A ALTERNATIVA "E" ESTÁ CORRETA?

O paciente apresenta sintomas claros de síncope iminente (tonturas paroxísticas) e insuficiência cardíaca descompensada pelo ritmo bradicárdico (baixa reserva cronotrópica). Segundo as diretrizes de arritmias, a presença de bradicardia sintomática ou pausas ventriculares maiores que 3 segundos (no ECG ou Holter) tem indicação classe I para implante de marca-passo definitivo. A urgência se dá pelo risco de síncope, quedas e morte súbita, além da necessidade de manter medicações

para insuficiência cardíaca (como o carvedilol), que não poderiam ser mantidas com essa bradicardia sem o suporte do marca-passo.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Suspender o carvedilol: Embora o betabloqueador possa reduzir a frequência cardíaca, a pausa observada no ECG é muito longa e sugere uma doença do sistema de condução subjacente. Além disso, o paciente tem insuficiência cardíaca, e o carvedilol é fundamental para o tratamento da doença de base. Suspender a medicação não resolve o defeito estrutural do sistema de condução e priva o paciente de um tratamento essencial para sua sobrevivência.

b) Reduzir dose dos anti-hipertensivos: A pressão arterial do paciente está em 110/70 mmHg, o que é considerado meta terapêutica para um cardiopata. O problema atual não é hipotensão arterial fixa, mas sim a instabilidade elétrica cardíaca (pausas). Reduzir as doses não impedirá as pausas ventriculares.

c) Prescrever atropina e solicitar Holter de 24 h: A atropina é uma medicação de uso agudo, em ambiente de emergência, para bradicardias instáveis, e não tem papel no manejo ambulatorial crônico. O Holter seria útil se houvesse dúvida diagnóstica, mas o ECG de repouso já flagrou a pausa sintomática, o que é suficiente para definir a conduta.

d) Introduzir propafenona e iniciar anticoagulante: O paciente realmente precisaria de anticoagulação pelo risco de tromboembolismo na fibrilação atrial (score CHA2DS2-VASc elevado), mas a propafenona é um antiarrítmico da classe Ic terminantemente contraindicado em pacientes com doença cardíaca estrutural (insuficiência cardíaca), pois aumenta a mortalidade. Além disso, a propafenona agravaria ainda mais a bradicardia.

Questão 7

O caso clínico apresenta um paciente de 62 anos com sinais de alerta (*red flags*) para neoplasia colorretal: idade avançada, mudança do hábito intestinal (alternância entre constipação e diarreia) e sangramento retal. Embora o paciente atribua o sangue às hemorroidas e o aspecto das fezes à dieta, na prática médica, qualquer sangramento retal ou alteração de hábito em pacientes acima de 45-50 anos exige a exclusão de câncer colorretal, independentemente da presença de patologias benignas concomitantes, como as hemorroidas de grau II encontradas no exame físico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A tomografia computadorizada de abdome é um excelente exame para o estadiamento de tumores já diagnosticados (avaliação de metástases ou invasão local) ou para avaliar complicações agudas. No entanto, não é o exame de escolha inicial para rastreamento ou diagnóstico de lesões intraluminais do cólon, pois possui menor sensibilidade para lesões pequenas e não permite a realização de biópsias.

Alternativa b) Incorreta. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um método de rastreamento indicado para pacientes assintomáticos. No caso em questão, o paciente já apresenta sintomas claros e relato de sangue visível. Solicitar sangue oculto atrasaria o diagnóstico definitivo, pois um resultado negativo não excluiria a necessidade de uma investigação invasiva diante da suspeita clínica elevada.

Alternativa c) Correta. A colonoscopia é o padrão-ouro para a investigação de sintomas colorretais e rastreamento de câncer. Ela permite a visualização direta de toda a mucosa do cólon e do reto, a identificação de pólipos ou massas e, fundamentalmente, a realização de biópsias para confirmação histopatológica. Diante da idade e da mudança do hábito intestinal, este é o primeiro exame a ser solicitado.

Alternativa d) Incorreta. O enema opaco (radiografia com contraste baritado) foi muito utilizado no passado, mas perdeu espaço para a colonoscopia. É menos sensível para detectar lesões pequenas, não permite biópsias e apresenta maior taxa de resultados falso-negativos em comparação com os métodos endoscópicos.

Alternativa e) Incorreta. A ultrassonografia abdominal tem utilidade limitada para a avaliação de vísceras ocas, como o intestino, devido à presença de gases que impedem a propagação das ondas sonoras. Ela não serve para o diagnóstico inicial de câncer colorretal ou para avaliar a mucosa intestinal.

Questão 8

A paciente em questão apresenta Doença Renal Crônica (DRC) em estágio avançado (estágio G4), com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 18 mL/min/1,73 m². Ela já manifesta sinais e sintomas claros de uremia e complicações da falência renal, como fadiga, prurido, edema e, principalmente, hipercalemia (potássio de 6,0 mEq/L), além de hipertensão não controlada.

Alternativa a) Incorreta. Embora o início da diálise possa ser postergado em pacientes estáveis e assintomáticos até que a TFG atinja valores menores (geralmente entre 5 e 9 mL/min), esta paciente já apresenta sintomas de uremia (prurido) e uma complicação metabólica importante (hipercalemia). O manejo de

pacientes com TFG abaixo de 20 mL/min deve focar na preparação, e não apenas na observação passiva.

Alternativa b) Incorreta. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) são excelentes para proteção renal em fases precoces. No entanto, em um cenário de DRC avançada com potássio sérico de 6,0 mEq/L, o uso de iECA em dose máxima é perigoso, pois essas drogas reduzem a excreção renal de potássio, podendo agravar a hipercalemia e levar a arritmias fatais.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento conservador (diuréticos e dieta) é mantido durante o estágio G4, mas nesta fase não pode ser a conduta isolada. Quando a TFG cai abaixo de 20 mL/min, as diretrizes internacionais (como o KDIGO) e nacionais recomendam que o foco principal seja a preparação para a terapia renal substitutiva para evitar que o início da diálise ocorra em situação de emergência, o que aumenta a mortalidade.

Alternativa d) Correta. A conduta mais adequada para um paciente no estágio G4 da DRC (TFG entre 15 e 29 mL/min, no caso 18 mL/min) é a preparação para a terapia renal substitutiva (TRS). Isso inclui a educação do paciente sobre os métodos (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante), a confecção precoce de uma fístula arteriovenosa para que ela esteja madura quando necessária, e a avaliação para transplante renal. A presença de sintomas e hipercalemia indica que a transição para a diálise pode ser necessária em um futuro próximo.

Alternativa e) Incorreta. O Slow-K é um suplemento de potássio (cloreto de potássio). Administrar potássio a uma paciente que já possui hipercalemia (6,0 mEq/L) é um erro grave e contraindicado, pois eleva o risco de parada cardiorrespiratória. A restrição de líquidos pode ser necessária para o controle do edema, mas não é a conduta principal ou definitiva para o quadro de falência renal apresentado.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de falência medular aguda associado a sintomas de infiltração tecidual. Os principais achados são:

1. Síndrome anêmica (palidez e fadiga).
2. Síndrome hemorrágica (sangramento gengival e hematomas por trombocitopenia).
3. Sintomas constitucionais (febre, perda de peso e anorexia).
4. Sinais de infiltração de órgãos e tecidos (dores ósseas, hepatomegalia e linfonodomegalias).

O dado fundamental do hemograma é a presença de 35% de blastos circulantes. Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de 20% ou mais de blastos no sangue periférico ou na medula óssea é diagnóstica de leucemia aguda. A elevação de LDH e ácido úrico reflete o alto turnover celular (proliferação e destruição rápida de células neoplásicas).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O mieloma múltiplo é uma neoplasia de plasmócitos que geralmente se manifesta com a tríade de anemia, lesões ósseas líticas e disfunção renal (critérios CRAB). Embora cause dores ósseas, o mieloma não costuma cursar com 35% de blastos na corrente sanguínea, que é uma característica de leucemias. A eletroforese de proteínas busca o pico monoclonal, mas não é o exame para diagnóstico de leucemia aguda.

Alternativa b) Correta. O quadro clínico de instalação rápida, febre, sangramentos e, principalmente, a presença de blastos acima de 20% no hemograma definem a leucemia aguda. O exame padrão-ouro para confirmação e classificação é o estudo da medula óssea (mielograma e/ou biópsia) associado à imunofenotipagem por citometria de fluxo, que permite diferenciar se a linhagem é mieloide (LMA) ou linfoide (LLA), essencial para definir o tratamento.

Alternativa c) Incorreta. Embora linfomas possam apresentar linfonodomegalia e sintomas B (febre e perda de peso), o achado de 35% de blastos no sangue periférico indica que o processo primário está na medula óssea e no sangue (leucemização). A biópsia de linfonodo é útil para linfomas, mas não é o exame essencial quando há evidência clara de leucemia aguda no sangue periférico.

Alternativa d) Incorreta. As síndromes mielodisplásicas (SMD) são distúrbios clonais que geram citopenias por hematopoese ineficaz, mas, por definição, apresentam contagem de blastos inferior a 20%. Quando o número de blastos atinge ou ultrapassa 20%, o diagnóstico passa a ser leucemia mieloide aguda. O cariótipo é importante para o prognóstico, mas não é o exame confirmatório principal neste contexto de blastose elevada.

Alternativa e) Incorreta. A púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) é uma emergência hematológica caracterizada por anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia severa. O quadro da PTT apresenta esquizócitos no sangue periférico e deficiência de ADAMTS13, mas não cursa com blastos circulantes nem com a leucocitose acentuada descrita no caso.

Questão 10

O caso clínico descreve um paciente com HIV e imunossupressão grave (CD4 150 células/mm³), apresentando um quadro clássico de tuberculose (TB) disseminada/miliar. O diagnóstico é sustentado pela clínica (febre, perda de peso, tosse, linfonodomegalia), pelo raio X com infiltrado multinodular (padrão miliar) e, principalmente, pelo teste LF-LAM positivo na urina.

O LF-LAM (lipoarabinomanano de fluxo lateral) é um teste rápido de urina indicado especificamente para pacientes vivendo com HIV e contagem de CD4 baixa (geralmente < 200) ou que estejam gravemente enfermos, servindo como ferramenta diagnóstica para tuberculose, uma vez que o componente da parede do bacilo é excretado pelos rins.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teste LF-LAM positivo confirma a presença de tuberculose, não de pneumocistose. A pneumocistose (*Pneumocystis jirovecii*) costuma apresentar infiltrado intersticial bilateral peri-hilar e não costuma cursar com linfonodomegalias cervicais ou positividade no LF-LAM. Embora o paciente precise de profilaxia com SMT+TMP pelo CD4 < 200, o tratamento principal agora deve ser para TB.

b) Correta. Diante da confirmação de TB pelo LF-LAM em um paciente virgem de tratamento antirretroviral (TARV), a conduta é iniciar o esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Em pacientes com HIV e TB, a recomendação geral é iniciar o tratamento da TB primeiro e, em seguida, a TARV. Para pacientes com CD4 entre 50 e 200, a TARV deve ser iniciada precocemente (em até 8 semanas), mas diretrizes e questões de prova frequentemente preconizam o início rápido (em torno de 2 semanas ou menos, como "dentro de 7 dias") para reduzir a mortalidade, desde que não haja suspeita de TB de sistema nervoso central (SNC).

c) Incorreta. O LF-CrAg (antígeno criptocócico de fluxo lateral) foi negativo, o que afasta o diagnóstico de criptococose. O tratamento antifúngico não está indicado. Se houvesse meningite criptocócica, o início da TARV deveria ser adiado por 4 a 6 semanas para evitar a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (IRIS) grave no SNC.

d) Incorreta. Nunca se deve esperar o término do tratamento da tuberculose (6 meses) para iniciar a TARV em pacientes com imunossupressão grave. Esse atraso está associado a uma alta taxa de mortalidade e ao surgimento de outras infecções oportunistas.

e) Incorreta. O esquema padrão no Brasil utiliza a rifampicina. A rifabutina é

reservada para casos específicos de interações medicamentosas (como o uso de inibidores de protease, o que não é o caso padrão de primeira linha atual, que utiliza o dolutegravir). Além disso, o início "imediatos" (no mesmo dia) da TARV junto com o esquema para TB não é recomendado devido ao risco de sobreposição de toxicidade e desenvolvimento de IRIS; prefere-se iniciar o tratamento da TB alguns dias antes.

Questão 11

O caso clínico descreve uma paciente cirrótica que apresentou um episódio de sangramento digestivo alto por varizes esofágicas. Uma vez que o sangramento agudo foi controlado (neste caso, com ligadura elástica há 5 dias), o próximo passo fundamental é instituir a profilaxia secundária, pois o risco de ressangramento em pacientes sem tratamento é superior a 60% em um ano.

A recomendação atual dos consensos internacionais (como o Baveno VII) para a profilaxia secundária é a terapia combinada: associação de métodos endoscópicos (Ligadura Elástica de Varizes — LEV) e tratamento farmacológico com betabloqueadores não seletivos (como propranolol, nadolol ou carvedilol).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico utilizado em sangramentos em outros contextos, como trauma ou cirurgias específicas. Não há evidência de benefício no seu uso para o manejo de hipertensão portal ou prevenção de ressangramento varicoso.

b) Incorreta. A fitomenadiona (vitamina K1) é utilizada para corrigir distúrbios de coagulação em pacientes com deficiência desta vitamina. Embora cirróticos possam ter o tempo de protrombina alargado, a vitamina K não atua na redução da pressão portal, que é o mecanismo fisiopatológico responsável pelo sangramento das varizes.

c) Incorreta. Bloqueadores de canal de cálcio são medicamentos anti-hipertensivos sistêmicos. Eles não possuem papel na redução da pressão venosa portal e não são indicados para a profilaxia de varizes esofágicas.

d) Correta. Os betabloqueadores não seletivos (como o propranolol) são a base da terapia farmacológica. Eles agem por dois mecanismos principais: reduzem o débito cardíaco (via bloqueio beta-1) e provocam vasoconstrição esplâncnica (via bloqueio beta-2, permitindo a ação alfa-adrenérgica sem oposição). Isso resulta em uma diminuição significativa do fluxo sanguíneo para o sistema porta e, conseqüentemente, da pressão dentro das varizes, reduzindo o risco de novos episódios de hemorragia.

e) Incorreta. Os nitratos (como o mononitrato de isossorbida) já foram utilizados no passado como terapia adjuvante para reduzir a pressão portal. No entanto, o seu uso isolado é inferior aos betabloqueadores e, atualmente, não são considerados a melhor opção medicamentosa inicial devido ao perfil de efeitos colaterais e à maior eficácia comprovada dos betabloqueadores associados à terapia endoscópica.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta sinais clínicos típicos de excesso de glicocorticoides (obesidade central, estrias violáceas largas, fâcies em lua cheia e pletora facial), além de comorbidades associadas (hipertensão e diabetes). Diante disso, a investigação laboratorial busca confirmar o hipercortisolismo endógeno.

Interpretação dos exames:

1. Cortisol livre urinário (24h): Apresentou uma amostra elevada e outra normal. O cortisol urinário pode estar discretamente elevado em condições de estresse crônico ou obesidade.
2. Cortisol salivar à meia-noite: Resultado de 80 ng/dL, dentro da normalidade (menor que 100 ng/dL). Este exame avalia o ritmo circadiano; no Cushing verdadeiro, o pico noturno de cortisol costuma estar elevado.
3. Teste de supressão com dexametasona (2,0 mg): O cortisol sérico caiu para 1,0 microg/dL, o que indica uma supressão normal (valor de corte inferior a 1,8 microg/dL). No Cushing verdadeiro, não ocorre essa supressão adequada.
4. ACTH: Valor de 15 pg/mL, dentro da faixa de normalidade.

O quadro de sinais clínicos sugestivos de Cushing com testes de triagem (supressão e ritmo circadiano) normais define o estado de pseudo-Cushing ou hipercortisolismo fisiológico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O termo síndrome de pseudo-Cushing refere-se a condições clínicas (como obesidade grau 3, diabetes descompensado, alcoolismo ou depressão maior) que mimetizam o aspecto fenotípico da Síndrome de Cushing e podem elevar discretamente o cortisol, mas mantêm a responsividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal aos testes de supressão e preservam o ritmo circadiano.

Alternativa B (Incorreta): A doença de Cushing é causada por um adenoma hipofisário produtor de ACTH. Nesses casos, o cortisol salivar à meia-noite estaria elevado e o teste de supressão com baixa dose de dexametasona não mostraria níveis tão baixos

(ficaria acima de 1,8 microg/dL).

Alternativa C (Incorreta): O tumor ectópico produtor de ACTH costuma apresentar hipercortisolismo grave, hipocalcemia e níveis de ACTH muito elevados. Assim como na doença de Cushing, não haveria supressão no teste da dexametasona e o cortisol salivar estaria alterado.

Alternativa D (Incorreta): No adenoma adrenal funcionante, a produção de cortisol é autônoma pela glândula adrenal. Isso causaria supressão total do ACTH (que estaria próximo de zero) e falha na supressão do cortisol após o uso de dexametasona.

Alternativa E (Incorreta): A hiperplasia adrenal congênita forma não clássica manifesta-se geralmente com sinais de excesso de andrógenos (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual) e não com o fenótipo clássico de excesso de cortisol. O diagnóstico é feito pela dosagem de 17-OH-progesterona e não pelos testes de supressão de cortisol.

Questão 13

O manejo do diabetes no idoso exige a individualização das metas glicêmicas, levando em conta a expectativa de vida, o estado cognitivo, a funcionalidade e a presença de comorbidades. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica os idosos em categorias para definir esses alvos. O paciente em questão é classificado como muito complexo ou em estado de saúde muito pobre, devido à demência vascular grave, dependência total (acamado) e histórico de complicações graves.

Alternativa a: Incorreta. Essas metas são extremamente rigorosas (HbA1c abaixo de 6,5%) e são indicadas para adultos jovens ou idosos hábeis com baixo risco de hipoglicemia. Em um idoso frágil e com demência, buscar esse controle aumentaria drasticamente o risco de hipoglicemias graves, quedas e eventos cardiovasculares.

Alternativa b: Incorreta. Estas seriam metas razoáveis para um idoso considerado saudável (poucas comorbidades, bom estado cognitivo e funcional). Para o perfil clínico do paciente descrito, esses valores ainda são considerados muito baixos e perigosos.

Alternativa c: Incorreta. Alvos de HbA1c menores que 8,0% e glicemias um pouco mais flexíveis são indicados para idosos com saúde intermediária (múltiplas doenças crônicas coexistentes ou comprometimento cognitivo/funcional leve a moderado). O paciente do caso possui um comprometimento muito mais profundo (demência grave e dependência total).

Alternativa d: Incorreta. Embora o controle deva ser flexível, as diretrizes não estabelecem o valor de 10% como uma meta formal de hemoglobina glicada. Além disso, manter glicemias de jejum de até 270 mg/dL poderia resultar em desidratação, perda de peso e sintomas de hiperglicemia, o que prejudica a qualidade de vida.

Alternativa e: Correta. De acordo com as diretrizes da SBD e de outras sociedades internacionais (como a ADA), para idosos com saúde muito pobre, demência avançada ou expectativa de vida limitada, o foco do tratamento deixa de ser a prevenção de complicações microvasculares a longo prazo (como retinopatia ou nefropatia) e passa a ser exclusivamente a segurança e o conforto. Nesses casos, a hemoglobina glicada perde sua utilidade como meta principal. O objetivo terapêutico é evitar a hipoglicemia (que é fatal e frequente nessa população) e evitar a hiperglicemia sintomática (que causa poliúria, desidratação e risco de infecções). Portanto, prioriza-se a qualidade de vida e a simplificação do esquema terapêutico.

Questão 14

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro inicial sugestivo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo. Durante a observação, houve uma deterioração neurológica súbita e grave. Ao avaliarmos o estado neurológico atual pela Escala de Coma de Glasgow, observamos: abertura ocular ausente (1 ponto), resposta motora em descerebração/extensão anormal (2 pontos) e perda de consciência/ausência de resposta verbal (1 ponto), totalizando 4 pontos.

De acordo com os protocolos de suporte avançado de vida e atendimento de emergência, a prioridade absoluta em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, especificamente com Glasgow menor ou igual a 8, é a manutenção e proteção da via aérea. O paciente em coma perde os reflexos protetores e a capacidade de manter a patência respiratória, exigindo intervenção imediata antes de qualquer exame ou tratamento específico.

Alternativa (a) Incorreta: A tomografia computadorizada de crânio sem contraste é fundamental para o diagnóstico etiológico (diferenciar AVC isquêmico de hemorrágico) e deve ser feita precocemente. No entanto, na sequência do ABCDE da emergência, a estabilização da via aérea (A) precede o diagnóstico neurológico por imagem (D). O paciente não tem condições de segurança para ser transportado à sala de tomografia sem estar com a via aérea garantida.

Alternativa (b) Incorreta: O eletrocardiograma é obrigatório na investigação de pacientes coronariopatas com suspeita de AVC para identificar arritmias ou infarto concomitante. Contudo, não é a conduta prioritária em um paciente com insuficiência

neurológica grave e risco de aspiração.

Alternativa (c) Correta: A intubação orotraqueal é a primeira conduta a ser tomada devido ao rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 4). A prioridade é garantir a oxigenação, ventilação e proteção contra a aspiração de conteúdo gástrico, permitindo que os demais procedimentos sejam realizados de forma segura.

Alternativa (d) Incorreta: A alteplase é o tratamento de escolha para o AVC isquêmico dentro da janela terapêutica, mas sua administração exige obrigatoriamente a realização prévia de uma tomografia para excluir hemorragia intracraniana. Além disso, a instabilidade neurológica grave com sinais de descerebração é uma contraindicação relativa ou sinal de complicação que exige estabilização prévia.

Alternativa (e) Incorreta: A trombectomia mecânica é uma terapia avançada para oclusão de grandes vasos. Assim como a trombólise, ela depende de exames de imagem prévios e da estabilização clínica do paciente. O manejo das funções vitais (respiração e circulação) sempre antecede procedimentos intervencionistas.

Questão 15

Esta questão aborda o manejo da tireotoxicose induzida por amiodarona (TIA), uma complicação relativamente comum em pacientes que utilizam este antiarrítmico devido ao seu alto teor de iodo e efeito tóxico direto sobre a glândula.

Existem dois tipos principais de tireotoxicose por amiodarona:

O Tipo 1 ocorre em pacientes com patologia tireoidiana prévia (como bócio multinodular ou doença de Graves latente). O excesso de iodo da medicação serve como substrato para a síntese excessiva de hormônios (fenômeno de Jod-Basedow). Ao Doppler, observa-se aumento da vascularização.

O Tipo 2 é uma tireoidite destrutiva causada pelo efeito tóxico direto da amiodarona nos folículos tireoidianos, levando à liberação de hormônios pré-formados na circulação. Ocorre em glândulas previamente normais. Ao Doppler, a vascularização é escassa ou ausente.

No caso clínico apresentado, o paciente não possui nódulos, tem autoanticorpos negativos e, fundamentalmente, apresenta escassa vascularização ao Doppler. Esses achados confirmam o diagnóstico de TIA Tipo 2.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A iodoterapia radioativa é ineficaz nesses casos porque a glândula está saturada pelo iodo da amiodarona, o que impede a captação do iodo radioativo (I-131). Além disso, na TIA Tipo 2, não há hiperfunção glandular, mas sim destruição celular.

Alternativa (b) Correta. Por se tratar de uma tireoidite inflamatória/destrutiva (TIA Tipo 2), o tratamento de escolha é a corticoterapia sistêmica (geralmente prednisona). Os corticoides reduzem a inflamação e estabilizam as membranas foliculares, sendo a medida mais efetiva para a resolução rápida do quadro.

Alternativa (c) Incorreta. O metimazol é uma tionamida que bloqueia a síntese de novos hormônios. É o tratamento de escolha para a TIA Tipo 1. Na TIA Tipo 2, como o problema é a liberação de hormônios já prontos devido à destruição celular, o metimazol tem pouca ou nenhuma eficácia.

Alternativa (d) Incorreta. O propiltiouracil, assim como o metimazol, é uma tionamida indicada para o Tipo 1. Embora também iniba a conversão periférica de T4 em T3, não é a droga de escolha para o processo inflamatório do Tipo 2.

Alternativa (e) Incorreta. O Lugol é uma solução de iodo. Administrar mais iodo a um paciente que desenvolveu tireotoxicose justamente pelo excesso de iodo da amiodarona agravaria o quadro ou seria, no mínimo, contraproducente.

Questão 16

Análise detalhada das afirmativas:

Primeira afirmativa (Falsa): O lítio é, de fato, uma causa comum de hipotireoidismo (ele inibe a liberação dos hormônios tireoidianos). No entanto, o erro da alternativa está em afirmar que ele causa hipoparatiroidismo. Na verdade, o uso de lítio está associado ao hiperparatiroidismo, elevando os níveis de paratormônio (PTH) e, conseqüentemente, do cálcio sérico.

Segunda afirmativa (Verdadeira): Os Inibidores da Monoaminaoxidase (IMAO) são fármacos potentes, mas devido ao perfil de efeitos colaterais e interações alimentares/medicamentosas graves (como a crise hipertensiva pela tiramina), costumam ser reservados para casos de depressão maior (unipolar ou bipolar) que não responderam a outras classes de antidepressivos, caracterizando quadros de depressão resistente ou refratária.

Terceira afirmativa (Falsa): Os antipsicóticos de primeira geração (típicos), como o haloperidol, possuem um risco elevado de causar tanto sintomas extrapiramidais

(agudos) quanto discinesia tardia (crônica), devido ao bloqueio dopaminérgico intenso. Os antipsicóticos de segunda geração (atípicos) apresentam, comparativamente, um menor potencial de causar discinesia tardia, sendo essa uma de suas principais vantagens terapêuticas.

Quarta afirmativa (Verdadeira): Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) possuem indicações que extrapolam a depressão e ansiedade. Eles são usados na ejaculação precoce (aproveitando o efeito colateral de retardo ejaculatório), no transtorno disfórico pré-menstrual (onde são primeira linha) e no tratamento de sintomas vasomotores (fogachos) do climatério, especialmente para pacientes com contraindicação à reposição hormonal.

Quinta afirmativa (Verdadeira): A intoxicação por antidepressivos tricíclicos (como a amitriptilina) é grave e causa cardiotoxicidade através do bloqueio dos canais de sódio miocárdicos, o que leva ao alargamento do complexo QRS no ECG. O tratamento padrão é a administração de bicarbonato de sódio a 8,4%, que aumenta a concentração de sódio extracelular e alcaliniza o soro, diminuindo a afinidade da droga pelo canal de sódio.

Conclusão: A sequência correta é F - V - F - V - V.

Gabarito: Letra (d).

Questão 17

DIAGNÓSTICO: O caso clínico apresenta uma paciente com um quadro clássico de Artrite Reumatoide (AR). Os critérios que corroboram esse diagnóstico são: poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, punhos e tornozelos), rigidez matinal superior a 1 hora e presença de fator reumatoide positivo. O tempo de evolução (6 meses) e a ausência de outros sintomas (como alopecia ou úlceras, que sugeririam Lúpus) reforçam a hipótese de AR.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A hidroxicloroquina é um medicamento modificador do curso da doença (MMCD) sintético, porém possui potência limitada para o controle da atividade inflamatória e prevenção de erosões na Artrite Reumatoide quando comparada ao metotrexato. Ela costuma ser reservada para casos muito leves, doença indiferenciada ou como terapia adjuvante em combinações.

Alternativa b) Incorreta. A azatioprina é um agente imunossupressor que não faz

parte da primeira linha de tratamento da AR. Seu uso é restrito a casos refratários ou manifestações extra-articulares muito específicas, não sendo a droga de escolha para início de terapia em paciente virgem de tratamento.

Alternativa c) Incorreta. A sulfassalazina é um MMCD sintético eficaz e pode ser utilizada em monoterapia, mas geralmente é indicada como primeira escolha apenas se houver contra-indicação formal ao uso do metotrexato ou em esquemas de terapia combinada (como o esquema triplo).

Alternativa d) Incorreta. O adalimumabe é um MMCD biológico (anti-TNF). Segundo as diretrizes nacionais e internacionais, os agentes biológicos não são a primeira escolha terapêutica. O protocolo preconiza iniciar o tratamento com MMCDs sintéticos convencionais. O uso de biológicos é reservado para pacientes que não atingiram o alvo terapêutico (remissão ou baixa atividade) após o uso de pelo menos dois esquemas com drogas sintéticas.

Alternativa e) Correta. O metotrexato é considerado o padrão-ouro (gold standard) para o tratamento inicial da Artrite Reumatoide. É a droga modificadora do curso da doença de primeira escolha devido à sua excelente eficácia clínica, capacidade de reduzir o dano radiológico, perfil de segurança bem estabelecido e baixo custo. Salvo contra-indicações (como hepatopatia grave ou gestação), ele deve ser a primeira opção terapêutica em monoterapia para pacientes com diagnóstico firmado de AR.

Questão 18

A questão descreve um quadro clínico clássico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Para chegar ao diagnóstico correto, devemos integrar os sinais de acometimento do neurônio motor superior (NMS) e do neurônio motor inferior (NMI), além da preservação da cognição e da ausência de alterações sensitivas.

Análise dos achados clínicos e subsidiários:

1. Sinais de Neurônio Motor Superior (NMS): Espasticidade e fraqueza muscular.
2. Sinais de Neurônio Motor Inferior (NMI): Atrofia muscular e evidência eletromiográfica de desnervação.
3. Acometimento Bulbar: Disartria e disfagia, comuns na progressão da ELA.
4. Preservação de funções: O raciocínio, a memória e a condução nervosa sensitiva na eletroneuromiografia permanecem normais, o que é característico da doença, pois esta é puramente motora.
5. Exclusão de diagnósticos diferenciais: A ressonância magnética normal afasta causas estruturais (tumores, compressões medulares ou infartos), e a biópsia muscular normal afasta miopatias primárias.

Explicação das alternativas:

a) INCORRETA. A neuromielite óptica (Doença de Devic) é uma condição inflamatória desmielinizante que atinge preferencialmente os nervos ópticos e a medula espinhal (mielite transversa). Ela costuma cursar com perda visual, dor ocular e níveis sensitivos medulares, além de apresentar alterações características na ressonância magnética e, frequentemente, presença do anticorpo antiaquaporina 4.

b) INCORRETA. A esclerose múltipla atinge adultos jovens e causa lesões disseminadas no tempo e no espaço. O quadro clínico é marcado por surtos de déficits neurológicos variados (visuais, sensitivos, motores, cerebelares). A ressonância magnética do crânio e da coluna apresentaria placas de desmielinização na substância branca, o que não ocorre no caso descrito.

c) CORRETA. A esclerose lateral amiotrófica é a principal hipótese quando há sinais simultâneos de lesão de NMS (espasticidade) e NMI (atrofia e desnervação na eletroneuromiografia) em múltiplos segmentos corporais (bulbar, cervical, membros). A idade avançada, a progressão insidiosa, a ausência de alterações sensitivas e os exames de imagem normais (para descartar outras patologias) corroboram o diagnóstico.

d) INCORRETA. A doença cerebrovascular geralmente tem início súbito (no caso do AVC) ou progressão em degraus (no caso da demência vascular). Um quadro progressivo de 2 anos com acometimento de neurônio motor inferior (atrofia e desnervação) e ressonância magnética do encéfalo normal torna essa hipótese improvável.

e) INCORRETA. A adrenomieloneuropatia é uma variante da adrenoleucodistrofia, doença ligada ao cromossomo X que afeta principalmente homens e causa acúmulo de ácidos graxos de cadeia muito longa. Embora cause paraparesia espástica, o caso clínico cita explicitamente que a dosagem de ácidos graxos de cadeia muito longa está normal, excluindo esta patologia. Além disso, a doença costuma apresentar alterações na substância branca na ressonância magnética.

Questão 19

A chave para resolver esta questão está no termo "todos os pacientes". O tratamento das bronquiectasias não fibrocísticas é altamente individualizado e depende do fenótipo do paciente (frequência de exacerbações, presença de obstrução ao fluxo aéreo e colonização bacteriana).

Análise dos Itens:

Item I: Correto. A vacinação contra influenza (anual) e contra o pneumococo é uma recomendação universal para qualquer paciente com doença pulmonar crônica. O objetivo é reduzir o risco de infecções respiratórias, que são os principais gatilhos para exacerbações, as quais aceleram o declínio da função pulmonar.

Item II: Incorreto. Broncodilatadores de longa duração (como formoterol, salmeterol, tiotrópio) não são indicados para todos. Eles devem ser prescritos apenas para pacientes que apresentam sintomas de falta de ar (dispneia) ou que possuem obstrução ao fluxo aéreo confirmada por espirometria (muitas vezes associada a quadros de sobreposição com asma ou DPOC).

Item III: Incorreto. O uso de corticoide inalatório é restrito a pacientes com bronquiectasias que apresentam asma concomitante. O uso rotineiro em todos os pacientes não é recomendado, pois não há evidência de benefício na redução de exacerbações e pode aumentar o risco de infecções por micobactérias não tuberculosas.

Item IV: Incorreto. O uso de macrolídeos (como a azitromicina) em doses baixas e crônicas por seu efeito imunomodulador é uma conduta específica para "exacerbadores frequentes" (geralmente definidos como aqueles com 3 ou mais exacerbações por ano ou 2 exacerbações que exigiram hospitalização). Não é um cuidado indicado para pacientes com doença leve ou estável.

Item V: Incorreto. A antibioticoterapia por via inalatória é indicada para pacientes com colonização crônica por microrganismos específicos, especialmente a *Pseudomonas aeruginosa*, que mantêm exacerbações frequentes apesar do tratamento otimizado. Não deve ser utilizada de forma universal.

Análise das Alternativas:

a) Correta. Apenas o item I (vacinação) é um cuidado indicado para todos os pacientes, independentemente da gravidade ou do perfil de colonização.

b) Incorreta. Inclui broncodilatadores e corticoides, que possuem indicações específicas de acordo com sintomas e comorbidades.

c) Incorreta. Além de excluir a vacinação (que é essencial), inclui itens que não são universais.

d) Incorreta. Inclui condutas voltadas para alívio de sintomas (broncodilatadores) e

para exacerbadores frequentes (macrolídeos), que não abrangem todos os pacientes.

e) Incorreta. Inclui a via inalatória de antibióticos, que requer critérios de colonização bacteriana crônica para ser instituída.

Questão 20

A descrição clínica e os achados complementares apontam diretamente para o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCU). Três pontos fundamentais no enunciado confirmam essa hipótese: o acometimento contínuo e simétrico a partir do reto (proctite ascendente), a clara demarcação entre a área afetada e a mucosa normal (característica marcante da RCU em oposição à Doença de Crohn) e o achado histopatológico de distorção de criptas com plasmocitose basal, que define uma inflamação intestinal crônica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Na Doença de Crohn, o acometimento costuma ser descontínuo (lesões saltatórias), pode atingir qualquer parte do trato gastrointestinal (com preferência pelo íleo terminal) e frequentemente poupa o reto. A descrição de continuidade desde o canal anal é típica da RCU. Além disso, a histopatologia de Crohn poderia apresentar granulomas não caseificantes, o que não foi relatado.

Alternativa b: Correta. Os sintomas de tenesmo e diarreia com sangue sugerem inflamação retal. A colonoscopia confirmou a continuidade e a simetria da lesão a partir do reto. O tratamento de indução para casos de atividade clínica moderada a grave utiliza corticoides sistêmicos para controle rápido da inflamação, associados aos aminossalicilatos (como a mesalazina ou sulfassalazina), que são fundamentais tanto na indução quanto na manutenção da remissão.

Alternativa c: Incorreta. A febre paratifoide é uma infecção bacteriana sistêmica aguda causada pela *Salmonella Paratyphi*. O tempo de evolução de 4 meses e as alterações arquiteturais crônicas nas criptas intestinais são incompatíveis com um processo infeccioso agudo deste tipo.

Alternativa d: Incorreta. A colite pseudomembranosa é causada pela toxina do *Clostridioides difficile*, geralmente associada ao uso prévio de antibióticos. O achado clássico na colonoscopia são as pseudomembranas (placas amareladas aderidas à mucosa) e não uma inflamação ulcerada contínua de longa duração com distorção de criptas.

Alternativa e: Incorreta. A doença celíaca é uma enteropatia que afeta o intestino

delgado devido à sensibilidade ao glúten. Ela se manifesta com atrofia de vilosidades e má absorção intestinal, não sendo causa de colite com sangramento retal, úlceras no sigmoide e tenesmo.

Questão 21

A questão aborda as principais técnicas de hernioplastia inguinal, dividindo-as basicamente entre técnicas anatômicas (que utilizam apenas suturas e tecidos do próprio paciente) e técnicas sem tensão (que utilizam telas ou próteses).

Alternativa a) Lichtenstein: Está incorreta. A técnica de Lichtenstein é atualmente considerada o padrão-ouro para o reparo por via aberta. É a técnica "tension-free" (sem tensão) mais conhecida, utilizando obrigatoriamente uma tela de polipropileno para reforçar a parede posterior do canal inguinal.

Alternativa b) Stoppa: Está incorreta. A técnica de Stoppa consiste no reparo por via posterior (pré-peritoneal) com a colocação de uma grande tela de polipropileno que cobre todo o orifício miopectíneo de Fruchaud. É geralmente indicada para hérnias bilaterais ou recidivantes complexas.

Alternativa c) TAPP (Transabdominal Preperitoneal): Está incorreta. A TAPP é uma via videolaparoscópica que acessa a região inguinal por dentro da cavidade abdominal. Todas as técnicas laparoscópicas padronizadas para correção de hérnia inguinal exigem a utilização de uma tela.

Alternativa d) Shouldice: Está correta. A técnica de Shouldice é uma técnica "tissue-to-tissue" (tecido com tecido), ou seja, é um reparo anatômico que não utiliza tela. Ela se baseia no imbricamento de quatro camadas da fáscia transversalis e outros tecidos da parede posterior do canal inguinal por meio de suturas contínuas. É considerada a melhor técnica não protésica devido aos seus menores índices de recidiva quando comparada a outras técnicas antigas, como Bassini e McVay.

Alternativa e) TEP (Totalmente Extraperitoneal): Está incorreta. Assim como a TAPP, a TEP é uma abordagem videolaparoscópica, porém realizada inteiramente no espaço pré-peritoneal, sem violar a cavidade peritoneal. Assim como na TAPP, o uso da tela é indispensável para o sucesso do procedimento.

Gabarito: Letra D.

Questão 22

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um quadro de abdome agudo inflamatório decorrente de diverticulite aguda. A presença de hipotensão, taquicardia e dor abdominal difusa indica um estado de sepse com peritonite generalizada. O achado intraoperatório de peritonite purulenta difusa é o elemento-chave para a classificação e para a decisão terapêutica.

Classificação de Hinchey:

A classificação de Hinchey é utilizada para definir a gravidade da diverticulite complicada:

Hinchey 1: Abscesso pericólico ou mesentérico localizado.

Hinchey 2: Abscesso pélvico, abdominal ou retroperitoneal à distância.

Hinchey 3: Peritonite purulenta generalizada.

Hinchey 4: Peritonite fecal generalizada.

Como o caso descreve peritonite purulenta difusa, a classificação correta é Hinchey 3.

Definição da Conduta:

Para casos de peritonite generalizada (Hinchey 3 e 4), o tratamento exige a ressecção do segmento cólico acometido. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica (como este, que apresenta hipotensão e taquicardia), a Cirurgia de Hartmann é a conduta de escolha. Ela consiste na ressecção do sigmoide, fechamento do coto retal e confecção de uma colostomia terminal. Isso evita uma anastomose primária em um ambiente infectado e em um paciente instável, o que teria alto risco de deiscência (abertura dos pontos).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Hinchey 2 refere-se a abscessos localizados (geralmente pélvicos) e não à peritonite purulenta generalizada. A drenagem isolada não seria suficiente para tratar uma peritonite difusa.

Alternativa b) Incorreta. Embora a classificação Hinchey 3 esteja correta, a anastomose primária é contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica e peritonite grave, pois a má perfusão tecidual e a infecção local impedem a cicatrização segura da emenda intestinal.

Alternativa c) Correta. A peritonite purulenta generalizada define o Hinchey 3. A Cirurgia de Hartmann é a conduta clássica e mais segura para pacientes idosos e instáveis nessa condição.

Alternativa d) Incorreta. A classificação Hinchey 4 é reservada para peritonite fecal (saída de fezes para a cavidade abdominal), o que não foi o caso descrito (purulenta).

Alternativa e) Incorreta. Além de a classificação estar errada (Hinchey 4), a colostomia em alça isolada não remove a fonte da infecção (o segmento perfurado), sendo considerada uma conduta inadequada para tratar peritonite generalizada.

Questão 23

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um paciente jovem com aumento do volume escrotal e dor discreta. O ponto determinante para o diagnóstico é o resultado positivo no teste de transiluminação. Este teste é realizado posicionando uma fonte de luz contra a bolsa escrotal em ambiente escurecido. Se a luz atravessa o escroto, produzindo um brilho avermelhado difuso, indica que o conteúdo no interior da bolsa é líquido (seroso). Se a luz for bloqueada, o conteúdo é sólido ou opaco (sangue, tecidos ou alças intestinais).

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

A hidrocele consiste no acúmulo de fluido seroso entre as camadas (visceral e parietal) da túnica vaginalis, que envolve o testículo. Por ser um líquido claro e citrino, ele permite a passagem da luz, tornando o teste de transiluminação positivo. É a causa mais comum de aumento escrotal indolor ou com dor leve em homens jovens e adultos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

A) HÉRNIA INGUINAL: O conteúdo de uma hérnia escrotal geralmente é composto por omento (gordura) ou alças intestinais. Por serem estruturas sólidas e densas, elas não permitem a passagem da luz, resultando em um teste de transiluminação negativo. Além disso, na hérnia, é comum encontrar ruídos hidroaéreos à ausculta do escroto.

B) VARICOCELE: Caracteriza-se pela dilatação das veias do plexo pampiniforme. Ao exame físico, a sensação tátil é comparada a um "saco de minhocas". O sangue venoso no interior dos vasos não permite a transiluminação positiva. Geralmente ocorre no lado esquerdo devido à anatomia da veia renal, enquanto o caso cita o lado direito.

C) TUMOR TESTICULAR: As neoplasias de testículo apresentam-se como massas

sólidas, endurecidas e firmes. Por ser um tecido denso e opaco, a transiluminação será obrigatoriamente negativa. Na prática clínica, qualquer aumento testicular que não transilumina deve ser investigado como suspeita de câncer até que se prove o contrário.

E) TORÇÃO TESTICULAR: Trata-se de uma emergência cirúrgica. A dor é tipicamente aguda, de início súbito e de grande intensidade, frequentemente associada a náuseas, vômitos e elevação do testículo (sinal de Angel). Embora possa haver edema escrotal, o conteúdo não é líquido seroso livre, portanto a transiluminação é negativa.

GABARITO: ALTERNATIVA D.

Questão 24

O objetivo da questão é identificar a estrutura anatômica da parede abdominal que corre maior risco de lesão durante a inserção de trocartes acessórios nos quadrantes inferiores durante uma laparoscopia.

Alternativa (a) Incorreta: Os vasos hipogástricos (ou vasos ilíacos internos) localizam-se profundamente na pelve, junto à parede pélvica posterior. Eles não estão em risco direto durante a passagem de um trocar pela parede abdominal anterior no quadrante inferior esquerdo.

Alternativa (b) Correta: Os vasos epigástricos inferiores (artéria e veias) originam-se dos vasos ilíacos externos e ascendem pela parede abdominal anterior, situando-se profundamente ao músculo reto abdominal ou em sua borda lateral. Eles são as estruturas mais frequentemente lesionadas na inserção de portais laterais se não houver cuidado com a transiluminação da parede ou visualização interna direta. A lesão desses vasos pode causar sangramento persistente para dentro da cavidade abdominal ou a formação de hematomas volumosos na parede.

Alternativa (c) Incorreta: O nervo femoral origina-se do plexo lombar e segue um trajeto profundo, posterior ao músculo psoas maior, passando sob o ligamento inguinal para chegar à coxa. Não é uma estrutura da parede abdominal anterior atingida por trocartes.

Alternativa (d) Incorreta: A artéria femoral é a continuação da artéria ilíaca externa após cruzar o ligamento inguinal. Ela se localiza na região da virilha e face anterior da coxa, abaixo da área de posicionamento habitual dos portais de laparoscopia abdominal.

Alternativa (e) Incorreta: A artéria ilíaca esquerda é um vaso retroperitoneal profundo. Embora grandes vasos possam ser lesionados durante a inserção do primeiro trocarte (geralmente umbilical) realizada às cegas, os trocartes secundários (como o do quadrante inferior esquerdo) são colocados sob visão direta do laparoscópio. Nesse contexto, a estrutura da parede abdominal que exige maior cautela são os vasos epigástricos, e não os vasos ilíacos retroperitoneais.

Questão 25

A questão apresenta um quadro clínico clássico de complicação pós-operatória. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar os fatores de risco e os sinais clínicos apresentados pela paciente.

Análise do Caso Clínico:

A paciente possui múltiplos fatores de risco para fenômenos tromboembólicos, compondo a chamada Tríade de Virchow (estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade):

1. Uso de contraceptivo oral: Aumenta a coagulabilidade sanguínea.
2. Pós-operatório de cirurgia de grande porte (dermolipectomia): O trauma cirúrgico e o repouso prolongado favorecem a estase venosa e a ativação de fatores pró-coagulantes.
3. Quadro clínico: Edema unilateral e dor no membro inferior direito. O sinal descrito como "dor à dorsiflexão do pé" é conhecido na semiologia médica como Sinal de Homans, um achado clássico (embora de baixa especificidade) associado à Trombose Venosa Profunda (TVP).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A artrite caracteriza-se por inflamação articular, apresentando dor, calor e rubor localizados em uma ou mais articulações. O quadro da paciente é de acometimento difuso do membro (edema) e está fortemente relacionado ao repouso pós-cirúrgico, o que direciona para causas vasculares.

b) Incorreta. A trombose arterial aguda manifesta-se tipicamente com os "6 Ps": dor (pain), palidez, ausência de pulsos (pulselessness), parestesia, paralisia e hipotermia (poikilothermia). Na trombose arterial, o membro costuma estar frio e pálido, e não edemaciado (inchado), como descrito no caso.

c) Incorreta. Varizes são dilatações venosas crônicas e tortuosas. Embora sejam um fator de risco para TVP, o quadro de dor aguda e edema importante no pós-operatório imediato indica uma complicação aguda, e não apenas a presença de veias varicosas preexistentes.

d) Correta. A Trombose Venosa Profunda (TVP) é a principal suspeita em pacientes no pós-operatório com dor e edema unilateral em membros inferiores, especialmente naquelas que utilizam estrogênios (contraceptivos). O sinal de Homans (dor na panturrilha à dorsiflexão passiva do pé) reforça essa hipótese diagnóstica.

e) Incorreta. A tromboangeíte obliterante (Doença de Buerger) é uma vasculite inflamatória fortemente associada ao tabagismo pesado, que acomete principalmente homens jovens e causa isquemia distal (extremidades), frequentemente levando a úlceras e gangrena. Não condiz com o perfil da paciente ou com o contexto de pós-operatório cirúrgico.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 26

A classificação radiológica do megaesôfago é fundamental para graduar a gravidade da acalasia e orientar a conduta terapêutica. A escala mais utilizada na prática médica brasileira é a Classificação de Rezende (também conhecida como Rezende-Mascarenhas), que avalia o diâmetro do corpo esofágico e as alterações na motilidade e morfologia observadas no exame contrastado (esofagograma).

De acordo com os critérios de Rezende:

Grau I: O esôfago possui calibre normal (até 4 cm de diâmetro), apresentando apenas um pequeno atraso no esvaziamento do contraste.

Grau II: O diâmetro varia entre 4 e 7 cm. Há presença de retenção de contraste e ondas terciárias frequentes (desordenadas).

Grau III: O esôfago apresenta grande dilatação, com diâmetro entre 7 e 10 cm. Nota-se hipotonia da musculatura e nítida retenção do meio de contraste.

Grau IV: O diâmetro é superior a 10 cm. O esôfago torna-se alongado e tortuoso, muitas vezes dobrando-se sobre o diafragma, recebendo o nome de dolicomegaesôfago.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O intervalo de 4 a 7 cm caracteriza o megaesôfago Grau II.

Alternativa b) Incorreta. Esta faixa de 3 a 8 cm não corresponde a nenhum dos marcos estabelecidos pela classificação de Rezende.

Alternativa c) Correta. Conforme a classificação técnica, o Grau III é definido

precisamente pelo diâmetro entre 7 e 10 cm, indicando um estágio avançado de dilatação.

Alternativa d) Incorreta. Os valores de 5 a 9 cm não são utilizados como parâmetros na graduação radiológica desta patologia.

Alternativa e) Incorreta. Dilatações com diâmetro acima de 10 cm são classificadas como Grau IV, representando a fase de descompensação máxima do órgão.

Questão 27

Para calcular a pontuação na Escala de Coma de Glasgow deste paciente, devemos analisar cada um dos três pilares da avaliação neurológica baseando-se nos dados fornecidos pelo enunciado:

1. Abertura Ocular: O paciente apresenta abertura ocular ao estímulo doloroso (pressão). Isso confere 2 pontos. Na escala, a pontuação é: 4 para espontânea, 3 para estímulo sonoro, 2 para pressão e 1 para ausência de resposta.

2. Resposta Verbal: O paciente fala palavras inapropriadas (palavras soltas que não formam frases com sentido). Isso confere 3 pontos. Na escala, a pontuação é: 5 para orientado, 4 para confuso, 3 para palavras inapropriadas, 2 para sons incompreensíveis e 1 para ausência de resposta.

3. Resposta Motora: O paciente apresenta flexão anormal (postura de decorticação). Isso confere 3 pontos. Na escala, a pontuação é: 6 para obedece comandos, 5 para localiza a dor, 4 para flexão normal (retirada), 3 para flexão anormal, 2 para extensão (decerebração) e 1 para ausência de resposta.

Somando os valores: 2 (Ocular) + 3 (Verbal) + 3 (Motor) = 8 pontos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pontuação 9 exigiria que o paciente apresentasse um ponto a mais em qualquer um dos critérios, como, por exemplo, ser capaz de localizar a dor na resposta motora (o que daria 5 pontos em vez de 3).

Alternativa b) Correta. O somatório exato dos achados clínicos descritos no caso (2 de abertura ocular + 3 de resposta verbal + 3 de resposta motora) resulta em 8 pontos.

Alternativa c) Incorreta. O valor 7 indicaria uma gravidade maior, ocorrendo se o

paciente apresentasse, por exemplo, apenas sons incompreensíveis na resposta verbal (2 pontos) ou extensão anormal na resposta motora (2 pontos).

Alternativa d) Incorreta. A pontuação 10 é alta para o quadro descrito, exigindo uma melhor interação verbal (como estar confuso, mas mantendo frases) ou motora (localizando dor).

Alternativa e) Incorreta. A pontuação 6 representaria um rebaixamento de consciência ainda mais profundo do que o relatado no exame primário do paciente.

Questão 28

ITEM 1 (VERDADEIRO): A suspeita de lesão de uretra é levantada diante de sinais como sangue no meato urinário, equimose perineal ou próstata não palpável/elevada ao toque retal. Nesses casos, a tentativa cega de passar uma sonda vesical de demora pode converter uma lesão parcial em total. Por isso, a uretrografia retrógrada é obrigatória antes de qualquer manipulação para confirmar a integridade da uretra.

ITEM 2 (FALSO): A videolaparoscopia é, na verdade, um dos melhores métodos para avaliar o diafragma. Lesões diafragmáticas, especialmente as pequenas e causadas por ferimentos penetrantes na transição toracoabdominal, são frequentemente negligenciadas pelo raio X e pela tomografia computadorizada. A visualização direta por laparoscopia permite o diagnóstico preciso e, muitas vezes, o tratamento.

ITEM 3 (VERDADEIRO): Segundo os protocolos de atendimento ao trauma (ATLS), ferimentos abdominais penetrantes (por arma branca ou arma de fogo) associados à instabilidade hemodinâmica (hipotensão) ou sinais de peritonite são indicações clássicas de laparotomia exploradora imediata, visando ao controle de danos e à interrupção de hemorragias ativas.

ITEM 4 (VERDADEIRO): As fraturas de pelve em livro aberto ocorrem por compressão anteroposterior, levando à abertura da sínfise púbica e ao aumento do volume pélvico. Esse aumento de espaço permite um sangramento retroperitoneal maciço, originado tanto de plexos venosos quanto de ramos arteriais (como a artéria íliaca interna), o que pode levar rapidamente ao choque hipovolêmico fatal.

ITEM 5 (VERDADEIRO): O pâncreas é um órgão retroperitoneal e lesões traumáticas podem ser sutis inicialmente. A tomografia computadorizada, mesmo com contraste, pode apresentar resultados falsos-negativos no período imediato após o trauma (primeiras 6 a 12 horas), pois os sinais indiretos, como edema peripancreático ou coleções líquidas, podem levar tempo para se manifestar.

SEQUÊNCIA CORRETA: V - F - V - V - V.

ALTERNATIVA CORRETA: Letra (b).

Questão 29

O quadro clínico descrito — dor torácica, dispneia grave, taquicardia, hipotensão, ausência de murmúrio vesicular unilateral e turgência jugular (distensão das veias do pescoço) — é a apresentação clássica do pneumotórax hipertensivo. No pneumotórax hipertensivo, o ar entra no espaço pleural, mas não consegue sair, criando um mecanismo de válvula que aumenta progressivamente a pressão intratorácica. Esse aumento de pressão desvia o mediastino para o lado oposto e comprime as grandes veias (veias cavas superior e inferior), impedindo o retorno venoso para o coração. Com menos sangue chegando ao ventrículo direito, o débito cardíaco cai drasticamente, levando ao choque.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O choque cardiogênico ocorre por uma falha intrínseca na bomba cardíaca (o coração não consegue contrair de forma eficaz), como no infarto agudo do miocárdio, arritmias graves ou miocardites. No pneumotórax hipertensivo, o problema não é a força de contração do músculo cardíaco, mas sim um fator externo que impede o enchimento do coração.
- b) Incorreta. O choque hipovolêmico é causado pela perda de volume (sangue ou fluidos), resultando em pré-carga baixa. Embora seja comum no trauma, o sinal clínico que o diferencia do pneumotórax hipertensivo é o estado das veias do pescoço: no choque hipovolêmico, as veias jugulares estão colabadas (murchas), e não distendidas.
- c) Incorreta. O choque neurogênico decorre da perda do tônus simpático devido a uma lesão medular alta, resultando em vasodilatação sistêmica. Caracteriza-se classicamente por hipotensão acompanhada de bradicardia (ou ausência de taquicardia compensatória) e pele quente, o que diverge do quadro de taquicardia e desconforto respiratório grave apresentado.
- d) Incorreta. O choque distributivo (como no caso da sepse ou anafilaxia) ocorre devido a uma vasodilatação periférica maciça e má distribuição do fluxo sanguíneo. Não há obstrução mecânica ao fluxo nem falha de bomba primária, e as jugulares geralmente não estão distendidas.
- e) Correta. O choque obstrutivo acontece quando há uma barreira física que impede o fluxo sanguíneo normal ou o enchimento das câmaras cardíacas. No pneumotórax

hipertensivo, a pressão intrapleural elevada causa o colapso das veias cavas e a compressão direta do coração e vasos da base, obstruindo o retorno venoso (pré-carga). Outros exemplos clássicos de choque obstrutivo são o tamponamento cardíaco e o tromboembolismo pulmonar maciço. Portanto, o mecanismo fisiopatológico aqui é puramente obstrutivo.

Questão 30

Para resolver essa questão, utilizamos a Regra dos Nove (Regra de Wallace), que é a ferramenta diagnóstica mais comum para estimar a extensão da Superfície Corporal Queimada (SCQ) em pacientes adultos.

Cálculo detalhado conforme a Regra de Wallace:

1. Face anterior dos dois membros superiores: Cada membro superior completo equivale a 9% da superfície corporal. A face anterior de um braço representa 4,5%. Como a queimadura atingiu a face anterior de ambos os braços, somamos $4,5\% + 4,5\% = 9\%$.

2. Parede anterior do tórax: O tronco anterior total (tórax e abdome) equivale a 18%. Na divisão anatômica da Regra dos Nove, o tórax anterior corresponde a 9% e o abdome anterior a 9%. Portanto, para a parede anterior do tórax, somamos 9%.

3. Parte anterior da coxa direita: Cada membro inferior totaliza 18%. A face anterior completa de um membro inferior (da virilha ao pé) corresponde a 9%. A coxa representa metade dessa face anterior, logo, a parte anterior da coxa equivale a 4,5%.

Somatória final: 9% (membros superiores) + 9% (tórax) + $4,5\%$ (coxa) = $22,5\%$.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 36% superestima as áreas descritas. Seria o valor correspondente, por exemplo, a todo o tronco (anterior e posterior) ou aos dois membros inferiores completos.

Alternativa b) Incorreta. 27% seria o resultado se o abdome também estivesse envolvido ou se a face anterior de um membro inferior inteiro (9%) tivesse sido contabilizada em vez de apenas a coxa.

Alternativa c) Correta. O cálculo de 22,5% reflete com precisão a aplicação da Regra dos Nove para as áreas de tórax anterior (9%), face anterior de ambos os membros

superiores ($4,5\% + 4,5\% = 9\%$) e face anterior da coxa ($4,5\%$).

Alternativa d) Incorreta. 45% representaria quase metade do corpo, o que não condiz com as áreas restritas mencionadas no enunciado.

Alternativa e) Incorreta. Valor muito acima do cálculo técnico baseado na anatomia das queimaduras para este caso.

Questão 31

O diagnóstico da pancreatite aguda baseia-se nos Critérios de Atlanta revisados, que exigem a presença de pelo menos dois dos três critérios seguintes: 1. Dor abdominal característica (dor em barra no andar superior do abdome, de início súbito, muitas vezes irradiando para o dorso); 2. Atividade de amilase ou lipase sérica pelo menos três vezes superior ao limite superior da normalidade; 3. Achados característicos de pancreatite aguda em exames de imagem (tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia transabdominal).

Alternativa (a) Incorreta: Não é necessário dosar ambas as enzimas (amilase e lipase) para fechar o diagnóstico, embora na prática clínica isso ocorra com frequência. Além disso, se o paciente apresentar dor característica e achados típicos na tomografia, o diagnóstico pode ser firmado mesmo sem a dosagem bioquímica, cumprindo a regra de dois dos três critérios.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve exatamente os critérios de Atlanta. O diagnóstico é clínico-laboratorial-radiológico, exigindo a combinação de pelo menos dois desses pilares. Vale destacar que, se o paciente tem dor típica e enzimas elevadas, a realização de tomografia na admissão é geralmente desnecessária para o diagnóstico inicial.

Alternativa (c) Incorreta: A ressonância magnética não é o exame de escolha inicial para todos os pacientes. O exame inicial para avaliar a etiologia biliar é a ultrassonografia de abdome superior, por ser barata, rápida e altamente sensível para cálculos na vesícula. A tomografia computadorizada é o padrão para avaliar complicações pancreáticas, preferencialmente realizada após 48 a 72 horas do início dos sintomas.

Alternativa (d) Incorreta: Na verdade, a lipase sérica é considerada superior à amilase. A lipase é mais sensível e mais específica para o tecido pancreático, além de permanecer elevada por um período maior (de 7 a 14 dias), enquanto a amilase tende a normalizar mais rapidamente (em 3 a 5 dias).

Alternativa (e) Incorreta: A maioria dos casos de pancreatite aguda (cerca de 80%) é leve e autolimitada. Nesses casos, o paciente inicia o jejum apenas no período inicial de dor intensa e vômitos, progredindo para dieta oral assim que tolerado. A nutrição enteral é reservada para casos graves nos quais não há tolerância à via oral. A nutrição parenteral é a última escolha, indicada apenas se a via enteral não for possível ou for insuficiente, devido ao maior risco de infecções.

Questão 32

A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo do pâncreas, cuja identificação da causa é fundamental para o manejo terapêutico e a prevenção de recorrências. A distribuição das etiologias pode variar conforme a região geográfica, mas a hierarquia das causas principais permanece constante na literatura médica mundial.

Alternativa a) Incorreta. A dislipidemia, especificamente a hipertrigliceridemia grave (geralmente com níveis de triglicerídeos acima de 1.000 mg/dL), é uma causa importante, porém responde por apenas 1% a 7% dos casos de pancreatite aguda.

Alternativa b) Incorreta. O consumo crônico de álcool é a segunda causa mais frequente de pancreatite aguda, sendo responsável por cerca de 25% a 35% dos casos. Embora seja muito comum na prática clínica, ainda perde em prevalência para a etiologia biliar.

Alternativa c) Incorreta. A pancreatite medicamentosa é considerada uma causa rara, ocorrendo em menos de 5% dos pacientes. Diversas classes de drogas podem estar envolvidas (como azatioprina, sulfonamidas e valproato), mas o diagnóstico geralmente é feito por exclusão.

Alternativa d) Incorreta. O hiperparatireoidismo pode causar pancreatite por meio da hipercalcemia, que promove a ativação intraglandular de enzimas pancreáticas. No entanto, esta é uma causa metabólica muito pouco frequente no panorama geral das pancreatites.

Alternativa e) Correta. A litíase biliar (cálculos na vesícula ou via biliar) é a causa mais comum de pancreatite aguda no mundo, representando entre 40% e 70% dos casos. Ocorre devido à migração de um cálculo biliar que obstrui, mesmo que transitoriamente, a ampola de Vater ou o ducto pancreático, desencadeando a cascata inflamatória orgânica.

Questão 33

Para o diagnóstico de colecistite aguda, os Critérios de Tóquio 2018 (TG18) estabelecem diretrizes claras sobre o papel dos exames de imagem, priorizando a acurácia aliada à disponibilidade e custo-benefício.

Alternativa A: Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste é um exame extremamente útil, especialmente para identificar complicações da colecistite (como gangrena, perfuração ou colecistite enfisematosa) e para o diagnóstico diferencial de outras causas de dor abdominal. No entanto, ela apresenta menor sensibilidade que a ultrassonografia para detectar cálculos biliares (especialmente os de colesterol) e envolve exposição à radiação ionizante.

Alternativa B: Incorreta. A ressonância magnética (RM) possui alta sensibilidade e especificidade, muitas vezes superior à ultrassonografia. Contudo, devido ao seu alto custo, tempo de execução prolongado e menor disponibilidade nos serviços de urgência, não é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico inicial na prática clínica recomendada pelo TG18.

Alternativa C: Incorreta. A colangiorressonância é um exame específico para a avaliação da árvore biliar. Sua principal indicação é a detecção de coledocolitíase (cálculos nos ductos biliares) e não a avaliação primária da inflamação da parede da vesícula biliar.

Alternativa D: Incorreta. A CPRE (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada) é um procedimento invasivo com finalidade predominantemente terapêutica. Ela é utilizada para a retirada de cálculos do colédoco ou drenagem biliar, não possuindo papel no diagnóstico de colecistite aguda, além de carregar riscos de complicações como pancreatite.

Alternativa E: Correta. De acordo com o TG18, a ultrassonografia abdominal é o exame de escolha inicial e o padrão-ouro para o diagnóstico de colecistite aguda. Ela apresenta uma sensibilidade em torno de 85% a 88% e especificidade de 80%. É um método rápido, de baixo custo, amplamente disponível e que não utiliza radiação. Os critérios ultrassonográficos diagnósticos incluem: presença de cálculos biliares ou barro biliar, espessamento da parede da vesícula biliar (maior ou igual a 4 mm), sinal de Murphy ultrassonográfico positivo (dor à compressão da vesícula com o transdutor), aumento do diâmetro da vesícula e presença de líquido pericolecístico.

Resumo: Embora outros exames possam ser necessários em casos duvidosos ou complicados, a ultrassonografia permanece como a ferramenta diagnóstica principal para a confirmação da colecistite aguda conforme os critérios internacionais vigentes.

Questão 34

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro de obstrução de saída gástrica (tumor de antro) com vômitos incoercíveis. Clinicamente, ele está em choque hipovolêmico, evidenciado pela hipotensão (86 x 58 mmHg), taquicardia (110 bpm), agitação, palidez, sudorese e oligúria (18 h sem urinar).

Interpretação da gasometria:

Embora vômitos gástricos costumem causar alcalose metabólica hipoclorêmica, este paciente apresenta acidose metabólica (pH 7,29 e bicarbonato 16 mEq/L). Isso ocorre porque o estado de choque é tão grave que a hipoperfusão tecidual gerou uma acidose láctica secundária, que se sobrepôs à perda de ácido clorídrico pelo vômito. Além disso, há hipoxemia (PaO₂ 68 mmHg e SatO₂ 90%).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A prioridade absoluta é a reposição volêmica para tratar o choque. O Ringer com Lactato é considerado um cristalóide balanceado. Em situações de acidose metabólica instalada, ele é preferível ao Soro Fisiológico 0,9%, pois este último possui uma concentração suprafisiológica de cloro, o que pode agravar a acidose (acidose hiperclorêmica). Embora a velocidade descrita na alternativa (500 ml em 2 h) seja considerada lenta para um paciente em choque franco, entre as opções apresentadas, a escolha do fluido balanceado é o fator determinante para o gabarito.

b) INCORRETA. A noradrenalina (vasopressor) é indicada no choque que não responde à reposição volêmica inicial ou em choques específicos (como o neurogênico ou séptico grave). Neste caso, o componente é claramente hipovolêmico/obstrutivo, sendo a reposição de fluidos a primeira medida.

c) INCORRETA. O uso de bicarbonato de sódio é controverso e geralmente reservado para acidoses metabólicas graves com pH inferior a 7,1 ou em situações específicas (como falência renal ou intoxicações). Com um pH de 7,29, a conduta é tratar a causa-base (hipovolemia) para que o próprio organismo compense o distúrbio.

d) INCORRETA. A passagem de sonda nasogástrica (SNG) é fundamental para descompressão gástrica e conforto do paciente com tumor obstrutivo. No entanto, diante de sinais de choque e instabilidade hemodinâmica, a estabilização circulatória e respiratória precede procedimentos de suporte local.

e) INCORRETA. O Soro Fisiológico 0,9% (SF) é um cristalóide que pode ser usado na reanimação volêmica, mas devido ao seu alto teor de cloro (154 mEq/L), ele favorece

o surgimento de acidose hiperclorêmica. Como o paciente já apresenta uma acidose metabólica importante, o Ringer com Lactato torna-se a opção mais fisiológica e adequada. Além disso, a alternativa A foi eleita como o gabarito oficial pela escolha do fluido.

Questão 35

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar os sinais clínicos apresentados com os procedimentos realizados no paciente. O paciente apresenta um quadro de choque (hipotensão, taquicardia e tempo de enchimento capilar prolongado), mas a chave para o diagnóstico está no exame físico respiratório e no histórico recente.

O paciente foi submetido a uma punção da veia subclávia direita (dispositivo venoso) e apresenta, no pós-operatório, dispneia importante (FR 34 ipm), hipoxemia (SatO₂ 86%) e murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito (HTD). Essa combinação em um paciente chocado sugere fortemente um pneumotórax hipertensivo ou um hemotórax maciço, ambas complicações possíveis da punção venosa central.

Análise das alternativas:

a) Choque obstrutivo: CORRETA. O choque obstrutivo ocorre quando há uma barreira física ao preenchimento ventricular ou à ejeção de sangue. No caso do pneumotórax hipertensivo, o acúmulo de ar no espaço pleural desvia o mediastino e comprime as veias cavas, impedindo o retorno venoso ao coração. Isso reduz drasticamente o débito cardíaco, levando à hipotensão e aos sinais de má perfusão observados. A ausência de murmúrio vesicular no mesmo lado da punção subclávia é o sinal patognomônico para essa suspeita.

b) Choque hipovolêmico: INCORRETA. Embora o paciente apresente saída de conteúdo hemático pelo dreno abdominal (350 mL em 12h), esse volume isoladamente não justifica um quadro de choque tão grave em um adulto (corresponde a uma perda pequena, cerca de 30 mL/h). Além disso, a hipovolemia pura não explica o murmúrio vesicular abolido e a hipoxemia súbita com sinais de desvio funcional.

c) Choque vasoplégico: INCORRETA. O choque vasoplégico é um subtipo de choque distributivo, comum em estados inflamatórios sistêmicos ou após circulação extracorpórea, caracterizado por baixa resistência vascular sistêmica. Não justifica o achado de pulmão mudo à direita.

d) Choque misto: INCORRETA. O choque misto ocorre quando há mais de uma

etiologia simultânea (ex.: séptico e hipovolêmico). Embora o paciente tenha tido uma perda sanguínea leve, o quadro clínico é dominado pela obstrução mecânica (pneumotórax/hemotórax), tornando o diagnóstico de choque obstrutivo o mais preciso e imediato.

e) Choque distributivo: INCORRETA. Exemplificado pela sepse, anafilaxia ou choque neurogênico, caracteriza-se por vasodilatação periférica excessiva. O quadro clínico do paciente, com insuficiência respiratória aguda e antecedente de punção profunda, aponta diretamente para uma causa mecânica/obstrutiva.

Questão 36

O quadro clínico descrito — hipotensão arterial, taquicardia e tempo de enchimento capilar prolongado (6 segundos) em um pós-operatório de grande cirurgia — aponta para um estado de choque hipovolêmico, provavelmente hemorrágico.

A fisiopatologia inicial desse quadro envolve uma resposta de estresse mediada pelo sistema nervoso simpático e pelos quimiorreceptores. O paciente, diante da dor, do estresse cirúrgico e da diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos, apresenta um aumento da frequência respiratória (taquipneia). Essa hiperventilação leva à redução da pressão parcial de dióxido de carbono (pCO_2) no sangue, processo conhecido como lavagem de CO_2 . Como o CO_2 atua como um ácido volátil no organismo, sua diminuição resulta em um aumento do pH sanguíneo, caracterizando a alcalose respiratória como o distúrbio mais precoce.

Análise das alternativas:

a) Correta. Como explicado, a taquipneia reflexa ao choque e ao estresse cirúrgico provoca a queda da pCO_2 , gerando alcalose respiratória antes mesmo que o metabolismo anaeróbio produza ácido lático suficiente para causar acidemia.

b) Incorreta. A acidose metabólica é um achado clássico e fundamental do choque hipovolêmico, mas ela ocorre em um segundo momento, decorrente da hipóxia tecidual e do acúmulo de lactato. A questão solicita o distúrbio mais precoce.

c) Incorreta. A acidose mista ocorre quando há uma combinação de falha ventilatória (acúmulo de CO_2) e falha metabólica (acúmulo de lactato). É um estágio terminal e de extrema gravidade, não sendo o distúrbio inicial.

d) Incorreta. A alcalose metabólica não faz parte da resposta fisiológica primária ao choque hipovolêmico agudo. Poderia ocorrer de forma secundária em outras situações, como perdas gástricas vultosas ou uso excessivo de diuréticos.

e) Incorreta. A alcalose mista (respiratória e metabólica) é um distúrbio complexo e raro nesse contexto inicial, exigindo duas causas distintas ocorrendo simultaneamente (como hiperventilação e vômitos persistentes), o que não é o padrão esperado no choque hipovolêmico imediato.

Questão 37

Alternativa A: Incorreta. Os hemangiomas são as lesões hepáticas benignas mais comuns na população geral, e não as mais raras. Frequentemente são identificados como achados incidentais em exames de ultrassonografia ou tomografia.

Alternativa B: Correta. O adenoma hepático pode apresentar componente gorduroso (lipídeo intracelular), característica marcante especialmente no subtipo com mutação do gene HNF-1 alfa. Na ressonância magnética, essa gordura é detectada pela queda de sinal na sequência T1 fora de fase (out-of-phase) quando comparada à sequência em fase.

Alternativa C: Incorreta. A presença de uma cicatriz central é o achado patognomônico da Hiperplasia Nodular Focal (HNF), representando uma área de tecido fibroso e vasos malformados. Adenomas tipicamente não apresentam cicatriz central.

Alternativa D: Incorreta. A Hiperplasia Nodular Focal (HNF) é uma lesão tipicamente hipervascular. Nos exames de imagem contrastados, ela exibe um realce arterial intenso e homogêneo (com exceção da cicatriz central), tendendo a ficar isointensa ao restante do fígado nas fases portal e de equilíbrio.

Alternativa E: Incorreta. O diagnóstico das principais lesões benignas (hemangioma, hiperplasia nodular focal e adenoma) é feito, na grande maioria das vezes, através de critérios radiológicos em exames de imagem dinâmicos (TC ou RM). A biópsia não é rotineira e é evitada pelo risco de sangramento, sendo reservada apenas para casos de diagnóstico inconclusivo onde haja suspeita de malignidade.

Questão 38

Alternativa A (Incorreta): Em tumores de partes moles (sarcomas) nos membros, a incisão de biópsia deve ser sempre longitudinal, ou seja, paralela ao maior eixo do membro. Isso ocorre porque a cicatriz da biópsia deve ser incluída na peça cirúrgica da ressecção definitiva. Uma incisão transversal exigiria a retirada de uma área de pele e tecidos moles muito maior, o que poderia impossibilitar uma cirurgia conservadora e comprometer o fechamento da ferida.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente o conceito de biópsia de linfonodo sentinela. O linfonodo sentinela é o primeiro gânglio a receber a drenagem linfática de uma área tumoral específica. Se ele estiver livre de metástases, a chance de os demais linfonodos da cadeia estarem comprometidos é mínima (geralmente inferior a 5%), permitindo poupar o paciente de uma linfadenectomia radical e suas possíveis complicações, como o linfedema. É amplamente utilizado no câncer de mama e no melanoma.

Alternativa C (Incorreta): A retirada total de uma lesão para diagnóstico é denominada biópsia excisional. A biópsia incisional, por outro lado, consiste na retirada de apenas um fragmento ou parte da lesão para análise anatomopatológica. No caso de lesões melanocíticas suspeitas, a conduta preferencial é a biópsia excisional com margens mínimas.

Alternativa D (Incorreta): Um dos princípios da cirurgia oncológica é evitar a disseminação de células neoplásicas no campo cirúrgico (iatrogenia). A troca de luvas e, muitas vezes, de instrumentais cirúrgicos após a manipulação direta do tumor ou ao passar de uma fase "suja" para uma fase "limpa" da cirurgia é uma medida de segurança oncológica recomendada para evitar o replante de células tumorais em tecidos saudáveis.

Alternativa E (Incorreta): O rigor com a hemostasia e o manuseio delicado dos tecidos (técnica atraumática) são fundamentais na oncologia. Manipulações intempestivas e sangramentos excessivos podem facilitar a liberação de células tumorais na circulação sanguínea ou linfática, além de prejudicar a visualização das margens cirúrgicas e dos planos anatômicos, aumentando o risco de recidiva local.

Questão 39

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta a clássica tríade de alerta para neoplasia de esôfago: sexo masculino, histórico de tabagismo e etilismo, e disfagia progressiva (que evoluiu de sólidos para líquidos) associada à perda ponderal significativa (10% do peso em apenas um mês). Esse cenário obriga o médico a investigar imediatamente a presença de câncer de esôfago, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o tipo histológico mais provável devido aos fatores de risco apresentados.

Alternativa A: Incorreta. A investigação diagnóstica inicial deve ser realizada por meio da Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia. A broncoscopia não faz parte da investigação diagnóstica inicial para todos os casos; ela é um exame de estadiamento, indicada especificamente para tumores localizados no esôfago

superior ou médio para descartar o acometimento da árvore traqueobrônquica antes de definir a conduta cirúrgica.

Alternativa B: Incorreta. A disfagia progressiva aliada à perda de peso acentuada e aos fatores de risco de longo prazo (álcool e fumo) é um sinal típico de obstrução mecânica maligna. O esôfago em quebra-nozes é um distúrbio motor (funcional) que geralmente se manifesta com dor torácica e disfagia intermitente, sem causar a deterioração ponderal grave observada neste paciente.

Alternativa C: Correta. Diante da alta suspeita clínica, a neoplasia de esôfago é a principal hipótese. Uma vez confirmado o diagnóstico e realizado o estadiamento, se não houver metástases a distância (doença M0) e o paciente apresentar condições clínicas e nutricionais adequadas (performance status), o tratamento com intenção curativa passa pela esofagectomia. A técnica de três campos (McKeown), que compreende os tempos abdominal, torácico e cervical com linfadenectomia, é uma abordagem padrão que permite o tratamento oncológico adequado, especialmente em lesões que não se restringem ao esôfago distal.

Alternativa D: Incorreta. Embora o suporte nutricional hiperproteico e hipercalórico seja fundamental para reduzir a morbimortalidade perioperatória e a histologia seja necessária, a imunoterapia não é considerada um passo fundamental ou obrigatório no planejamento de preparo para todos os pacientes com doença ressecável. O tratamento padrão para casos localmente avançados costuma envolver a quimiorradioterapia neoadjuvante (como o protocolo CROSS), e não a imunoterapia de forma sistemática no preparo.

Alternativa E: Incorreta. A localização da lesão e a sua distância em relação à arcada dentária superior são fundamentais para o planejamento. Tumores situados no esôfago cervical (muito próximos à arcada dentária) são preferencialmente tratados com quimiorradioterapia definitiva, devido à alta morbidade e complexidade da cirurgia nessa região. Já tumores nos terços médio e inferior são os principais candidatos à esofagectomia. Portanto, a localização muda drasticamente a estratégia terapêutica.

Questão 40

Análise do caso: Paciente com adenocarcinoma gástrico em corpo proximal, estadiado como T3N1M0. Trata-se de um câncer gástrico localmente avançado (T3/T4 ou qualquer N positivo), o que exige uma abordagem multidisciplinar e um estadiamento minucioso.

Alternativa A: Incorreta. Realizar a cirurgia de imediato, seguida apenas de

quimioterapia (adjuvante), não é a conduta de escolha para tumores T3N1. Estudos mostram que a quimioterapia perioperatória (feita antes e depois da cirurgia) oferece maior sobrevida global e maior taxa de ressecção com margens livres (R0) em comparação com a cirurgia isolada ou seguida de quimioterapia.

Alternativa B: Incorreta. Embora cite a quimioterapia perioperatória e a gastrectomia total com linfadenectomia D2, esta alternativa ignora um passo fundamental no estadiamento de tumores gástricos avançados: a videolaparoscopia diagnóstica. As tomografias de tórax e abdome possuem baixa sensibilidade para detectar pequenos implantes peritoneais (carcinomatose).

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve o protocolo padrão-ouro atual. A videolaparoscopia diagnóstica é obrigatória em tumores T3/T4 para descartar doença peritoneal oculta, evitando uma cirurgia de grande porte desnecessária. Caso a laparoscopia confirme a ausência de metástases (M0), procede-se à quimioterapia neoadjuvante (pré-operatória), seguida de gastrectomia total (necessária pela localização proximal no corpo gástrico) com linfadenectomia D2 e, por fim, a quimioterapia pós-operatória.

Alternativa D: Incorreta. O uso de radioterapia associada à quimioterapia (protocolo de Macdonald) foi uma estratégia comum para complementar linfadenectomias incompletas (D0 ou D1). No contexto atual, em que a linfadenectomia D2 é o padrão e a quimioterapia perioperatória (como o protocolo FLOT) é preferida, a radioterapia não é a conduta de primeira linha para este caso. Além disso, falta a laparoscopia diagnóstica.

Alternativa E: Incorreta. Apesar de incluir a videolaparoscopia, a alternativa propõe o uso de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) como tratamento padrão em caso de doença peritoneal. A HIPEC para câncer gástrico ainda é objeto de estudos e não é considerada o tratamento padrão-ouro estabelecido em protocolos globais para casos de carcinomatose inicial. O padrão para doença metastática (M1) é a quimioterapia paliativa.

Questão 41

A Otite Média com Efusão (OME) é caracterizada pelo acúmulo de líquido na orelha média sem sinais de infecção aguda. Vamos analisar cada uma das afirmativas para justificar o gabarito:

(V) É definida pela presença de fluido na orelha média, sem sinais ou sintomas de infecção aguda.

Esta afirmativa está correta. A principal diferença entre a OME e a Otite Média Aguda

(OMA) é a ausência de sinais flogísticos agudos, como dor (otalgia importante), febre ou hiperemia/abaulamento acentuado da membrana timpânica. Na OME, o líquido está presente, mas não há um processo infeccioso bacteriano supurativo em curso.

(V) Os casos crônicos são definidos quando persistentes por mais de 3 meses.

Esta afirmativa está correta. O critério temporal para definir a OME como crônica é a persistência da efusão por um período igual ou superior a 12 semanas (3 meses). Esse prazo é fundamental para a decisão terapêutica, pois muitos casos de efusão pós-otite aguda resolvem-se espontaneamente em até 90 dias.

(F) O tratamento medicamentoso é feito com anti-histamínicos, descongestionantes e corticoides tópicos nasais.

Esta afirmativa está incorreta. As principais diretrizes internacionais (como as da Academia Americana de Otorrinolaringologia) recomendam fortemente contra o uso de anti-histamínicos, descongestionantes e corticoides (nasais ou sistêmicos) para o tratamento da OME, pois os estudos clínicos não demonstraram eficácia na resolução da efusão. A conduta preconizada é a observação vigilante (watchful waiting) por 3 meses ou, em casos de falha ou perda auditiva significativa, a colocação de tubos de ventilação.

(F) Ocorre após um episódio de tonsilite no último mês.

Esta afirmativa está incorreta. A OME ocorre classicamente após um episódio de Otite Média Aguda (OMA), sendo uma evolução natural do processo inflamatório da orelha média ou devido à disfunção da tuba auditiva. Não existe uma associação direta ou obrigatória que ligue a OME especificamente à tonsilite (inflamação das amígdalas) no mês anterior.

Portanto, a sequência correta é V — V — F — F, o que torna a alternativa (a) a correta.

Questão 42

A bronquiolite viral aguda é caracterizada pelo primeiro episódio de sibilância em lactentes com menos de 24 meses, sendo precedida por sintomas gripais. O principal agente é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O palivizumabe é um anticorpo monoclonal indicado apenas para grupos específicos de alto risco e não para todas as crianças. No Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza a imunoprofilaxia para prematuros com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 1 ano de vida) e crianças com

cardiopatía congênita com repercussão hemodinâmica ou doença pulmonar crônica da prematuridade (até os 2 anos de vida).

Alternativa b: Incorreta. A base do tratamento é o suporte clínico (hidratação, aspiração de vias aéreas superiores e oxigenoterapia, se necessário). Os broncodilatadores inalatórios não são recomendados de rotina porque a obstrução respiratória na bronquiólite é causada por edema da mucosa, excesso de muco e detritos celulares, e não por broncoespasmo do músculo liso.

Alternativa c: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria, o uso dessas medicações não é recomendado de rotina. Os corticoides não alteram a evolução da doença; os antibióticos só devem ser usados se houver infecção bacteriana secundária comprovada; e os broncodilatadores/anticolinérgicos não demonstraram eficácia em reduzir o tempo de internação ou melhorar o desfecho clínico.

Alternativa d: Incorreta. O diagnóstico da bronquiólite viral aguda é eminentemente clínico. A radiografia de tórax não é necessária para confirmar o quadro e pode mostrar achados inespecíficos, como hiperinsuflação pulmonar e atelectasias por tampão mucoso, o que muitas vezes induz ao erro diagnóstico de pneumonia bacteriana.

Alternativa e: Incorreta. Não há evidências de que a azitromicina, seja por sua ação antibiótica ou por suas propriedades anti-inflamatórias, tenha benefício no tratamento da bronquiólite viral aguda. Estudos mostram que ela não reduz a gravidade dos sintomas nem a duração da hospitalização.

Questão 43

Esta questão exige o conhecimento das diferenças fundamentais entre o Transtorno Específico da Aprendizagem (especificamente a Dislexia) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme o DSM-5 e a literatura de Dalgarrondo. O enunciado foca no que diferencia o indivíduo disléxico do autista.

Alternativa a) Incorreta. A descrição de hiper-reatividade ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, é um dos critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), inserido no domínio de padrões restritos e repetitivos de comportamento. O indivíduo com dislexia não apresenta esses sinais como parte do seu quadro clínico típico.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa define o diferencial crucial. O Transtorno do Espectro Autista é caracterizado obrigatoriamente por dois domínios: 1) Déficits

persistentes na comunicação social e na interação social; e 2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A dislexia, sendo um transtorno específico da aprendizagem, foca exclusivamente na dificuldade em processar a linguagem escrita (leitura e escrita) e não envolve, por definição diagnóstica, prejuízos na interação social ou comportamentos estereotipados.

Alternativa c) Incorreta. Para o diagnóstico de um Transtorno Específico da Aprendizagem (Dislexia), as dificuldades de aprendizagem não podem ser mais bem explicadas por deficiência intelectual. Indivíduos com dislexia geralmente possuem níveis de inteligência dentro da normalidade ou até acima da média. Um QI abaixo de 70 (ou 60, como sugere a alternativa) indicaria Deficiência Intelectual, o que é um diagnóstico de exclusão ou uma comorbidade, mas não uma característica da dislexia.

Alternativa d) Incorreta. Embora a dislexia tenha bases neurobiológicas e genéticas, ela não é diagnosticada por "achados anormais" em exames neurológicos convencionais (como tomografia ou ressonância magnética de rotina) que indiquem lesão estrutural macroscópica do sistema nervoso central. O exame neurológico clínico do disléxico costuma ser normal, sem sinais focais.

Alternativa e) Incorreta. A dislexia é um transtorno do neurodesenvolvimento. Portanto, seus sintomas manifestam-se precocemente, geralmente no início da alfabetização escolar, quando as exigências acadêmicas de leitura e escrita começam a exceder as capacidades individuais. Não é um transtorno de início tardio ou súbito na velhice, o que sugeriria processos neurodegenerativos (demências).

Questão 44

O caso clínico descreve um paciente pediátrico com neutropenia febril (febre $\geq 38,3$ °C ou $\geq 38,0$ °C sustentada, associada a neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$). Trata-se de uma emergência médica que exige início imediato de antibioticoterapia empírica após a coleta de culturas.

Análise das assertivas:

Assertiva 1 (Falsa): Embora o cefepime (cefalosporina de 4ª geração) seja uma opção clássica de monoterapia para neutropenia febril de baixo risco ou sem focos específicos, ele não é a melhor escolha imediata para este paciente. O histórico de uso recente de quinolona, internação prolongada e abscesso anal prévio aumenta o risco de patógenos resistentes (como bactérias produtoras de ESBL) e anaeróbios, exigindo uma cobertura mais ampla.

Assertiva 2 (Falsa): A investigação inicial do paciente neutropênico febril deve ser direcionada pela clínica. Realizar rotineiramente tomografias de alta definição, ecocardiograma transesofágico e coleta de líquido em um paciente sem sinais focais específicos (como sinais meníngeos ou sopros novos) configura excesso de propedêutica. O foco inicial deve ser a estabilização e o início rápido dos antibióticos após culturas básicas.

Assertiva 3 (Verdadeira): Esta é a conduta correta devido aos fatores de risco do paciente. A coleta de hemoculturas pareadas (veia periférica e através do cateter central) é obrigatória para avaliar infecção relacionada ao cateter. O uso de meropenem justifica-se pelo histórico de abscesso anal e uso prévio de quinolona (risco de Gram-negativos resistentes e anaeróbios). A vancomicina é adicionada precocemente neste caso devido à presença de cateter venoso central de curta duração e ao risco de colonização por Gram-positivos multirresistentes (como MRSA) em paciente com longa permanência hospitalar.

Assertiva 4 (Falsa): O filgrastim (G-CSF) é um fator estimulador de colônias de granulócitos utilizado principalmente na profilaxia da neutropenia após a quimioterapia ou em casos selecionados de neutropenia febril com complicações graves (choque séptico, pneumonia, infecção fúngica invasiva). Ele não substitui a antibioticoterapia e não é considerado conduta inicial obrigatória para todos os casos de febre e neutropenia.

A sequência correta é F - F - V - F, correspondendo à alternativa (d).

Questão 45

A abordagem inicial da hérnia inguinal encarcerada na criança envolve, frequentemente, a tentativa de redução manual (manobra de táxis), desde que não haja sinais de comprometimento vascular do conteúdo herniado. O objetivo é transformar uma cirurgia de emergência em uma cirurgia eletiva ou programada, permitindo que o edema local diminua.

Alternativa (a) Correta: O tempo de evolução é um fator crítico. Embora não exista um limite de tempo absoluto e universal, a maioria dos protocolos pediátricos e livros-texto aponta que um período superior a 6 a 12 horas de encarceramento aumenta significativamente o risco de isquemia e necrose intestinal. Reduzir manualmente uma alça intestinal com sofrimento vascular para dentro da cavidade abdominal pode mascarar uma perfuração ou causar peritonite e sepse. Portanto, o tempo prolongado é uma contraindicação relativa ou absoluta, dependendo do estado clínico.

Alternativa (b) Incorreta: Uma hérnia ser volumosa não contraindica a redução. Pelo contrário, se não houver sinais de estrangulamento (dor intensa à palpação, vermelhidão local, febre ou sinais de obstrução intestinal grave), a redução manual pode ser tentada independentemente do tamanho.

Alternativa (c) Incorreta: Neonatos de extremo baixo peso (menores de 1.500 g) apresentam alto risco anestésico e cirúrgico. Nesses casos, a redução manual é ainda mais desejável para tentar estabilizar o paciente e realizar a cirurgia em um momento mais propício, a menos que haja sinais claros de necrose.

Alternativa (d) Incorreta: A presença de hérnia bilateral não interfere na conduta de redução daquela que está encarcerada. Cada lado deve ser avaliado individualmente, e a manobra de redução foca no lado sintomático.

Alternativa (e) Incorreta: A criptorquidia ipsilateral (testículo não descido no mesmo lado da hérnia) é uma associação comum, mas não impede a tentativa de redução manual da alça intestinal ou do omento que esteja no saco herniário. O tratamento definitivo da hérnia e do testículo será feito no tempo cirúrgico adequado.

Em resumo, as contraindicações clássicas à redução manual são os sinais de estrangulamento (isquemia): dor desproporcional, sinais inflamatórios na pele do escroto (hiperemia e edema), instabilidade hemodinâmica, febre e, conforme a questão destaca, o tempo de evolução prolongado que sugere sofrimento tecidual.

Questão 46

Passo 1: Análise do pH e distúrbio primário.

O pH de 7,20 indica uma acidemia (valores normais entre 7,35 e 7,45). Ao observar o bicarbonato (HCO_3^-) de 15 mEq/L (normal entre 22 e 26 mEq/L), identificamos que a causa primária da queda do pH é metabólica. O Base Excess de -9 reforça o diagnóstico de acidose metabólica.

Passo 2: Avaliação da compensação respiratória.

Na acidose metabólica, o organismo deve compensar baixando a PaCO_2 através da hiperventilação. Para verificar se essa compensação está ocorrendo conforme o esperado, utilizamos a Fórmula de Winter:

PaCO_2 esperada = $(1,5 \times \text{HCO}_3^-) + 8$ (com margem de erro de +/- 2).

Aplicando os valores do caso: $(1,5 \times 15) + 8 = 22,5 + 8 = 30,5$.

O intervalo esperado para a PaCO_2 seria de 28,5 a 32,5 mmHg.

Passo 3: Comparação e diagnóstico de distúrbio misto.

A PaCO_2 medida no exame do paciente é de 40 mmHg. Como 40 é maior do que o

limite superior esperado (32,5), isso indica que o paciente não está ventilando o suficiente para compensar a carga ácida. Quando a PaCO₂ medida está acima da esperada, diagnosticamos uma acidose respiratória associada. Portanto, o diagnóstico é de um distúrbio misto: acidose metabólica e acidose respiratória aguda.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Haveria alcalose respiratória associada se a PaCO₂ medida estivesse abaixo do valor calculado pela Fórmula de Winter (abaixo de 28,5 mmHg).

Alternativa b) Incorreta. O distúrbio não é puramente respiratório agudo, pois o bicarbonato está baixo (15 mEq/L), caracterizando o componente metabólico.

Alternativa c) Incorreta. Não se trata de acidose metabólica isolada (simples), pois a PaCO₂ de 40 mmHg não representa a compensação fisiológica esperada para o nível de bicarbonato apresentado.

Alternativa d) Correta. O paciente possui acidose metabólica (perda de bicarbonato pela diarreia) e acidose respiratória aguda. Clinicamente, a fraqueza muscular citada no enunciado, provavelmente secundária à hipocalcemia severa (K⁺ de 2,2 mEq/L), compromete a musculatura respiratória, impedindo a compensação ventilatória adequada e gerando o acúmulo de CO₂.

Alternativa e) Incorreta. Os exames mostram pH e bicarbonato baixos, o que é incompatível com o diagnóstico de alcalose metabólica.

Questão 47

Texto Original:

A comunicação de notícias difíceis é um dos maiores desafios da prática médica, envolvendo aspectos éticos, psicológicos e técnicos. A questão exige que o candidato identifique quais são os temores reconhecidos pela literatura médica que dificultam esse processo de comunicação.

Análise dos itens:

Item I. Temor legal: Está correto. O medo de processos judiciais por erro médico ou por uma possível má interpretação da notícia pelo paciente ou pela família é um dos principais fatores de estresse para o profissional. O médico teme que a revelação de um prognóstico reservado ou de uma falha terapêutica possa ser utilizada contra ele em instâncias jurídicas.

Item II. Receio de causar dor e temor de expressar suas próprias emoções: Está incorreto para esta questão específica. Embora na prática clínica muitos médicos sintam esse receio, a literatura acadêmica frequentemente classifica o ato de causar dor emocional como uma barreira intrínseca e inevitável da notícia, e não como um temor de repercussão sistêmica ou profissional. Além disso, expressar emoções de forma controlada e empática é hoje uma técnica ensinada em protocolos como o SPIKES, sendo menos classificado como um "temor de repercussão" e mais como um desafio de habilidade de comunicação.

Item III. Presença do fracasso terapêutico: Está correto. Na formação médica tradicional, focada na cura, a impossibilidade de reverter um quadro clínico é muitas vezes sentida pelo profissional como um fracasso pessoal e técnico. O temor de ser visto como incompetente ou de não ter mais nada a oferecer ao paciente dificulta a objetividade no momento da notícia.

Item IV. Estresse profissional e síndrome de Burnout: Está correto. A exposição constante ao sofrimento e à morte, sem o devido suporte emocional e treinamento em comunicação, causa um desgaste progressivo na saúde mental do médico. O profissional teme o impacto emocional cumulativo que cada má notícia gera em sua própria vida e carreira, o que pode levar ao esgotamento profissional (Burnout).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A alternativa ignora o temor legal (Item I), que é uma das repercussões externas mais citadas por profissionais de saúde.
- b) Incorreta. Inclui o item II, que não é classificado como um dos temores de repercussão prioritários nesta base bibliográfica, e exclui o item I.
- c) Incorreta. Inclui o item II e exclui o item III, ignorando a questão do fracasso terapêutico, que é central na psicologia médica.
- d) Incorreta. Inclui o item II e exclui o item IV. O estresse crônico (IV) é uma repercussão fundamental para o profissional.
- e) Correta. A alternativa agrupa os temores de ordem legal (I), técnica/identitária (III) e de saúde ocupacional (IV), que compõem o quadro de repercussões enfrentadas pelo médico ao comunicar más notícias.

Questão 48

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

I. INCORRETA: Na pediatria, a tuberculose é frequentemente paucibacilar, o que torna a confirmação bacteriológica (por cultura ou teste molecular) um desafio. O caso descrito apresenta um diagnóstico clínico-radiológico-epidemiológico muito forte, mas não é classificado como caso confirmado, pois não houve menção à identificação do bacilo em exames laboratoriais.

II. INCORRETA: Utilizando o sistema de pontuação do Ministério da Saúde para o diagnóstico de tuberculose em crianças, o paciente soma: 15 pontos pelo quadro clínico (febre e tosse por mais de 15 dias), 15 pontos pela radiologia (presença de cavitação e padrão sugestivo) e 10 pontos pelo contato com adulto doente (mãe em tratamento). O total de 40 pontos classifica o diagnóstico como "muito provável", indicando início imediato do tratamento. O termo "possível" é reservado para pontuações entre 30 e 35 pontos.

III. INCORRETA: Conforme as diretrizes atuais do Ministério da Saúde, o ponto de corte para o PPD (Teste Tuberculínico) ser considerado reativo em crianças é de 5 mm, independentemente do status da vacinação BCG. A regra anterior, que exigia 10 mm para crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos, não é mais aplicada para fins de diagnóstico de tuberculose doença.

IV. CORRETA: O esquema terapêutico para crianças menores de 10 anos no Brasil é composto por Rifampicina (R), Isoniazida (H) e Pirazinamida (Z) durante a fase de ataque. O Etambutol (E) é omitido nessa faixa etária devido ao risco de neurite óptica, uma vez que a avaliação da acuidade visual e da discriminação de cores é difícil em crianças pequenas, impedindo a monitorização adequada de efeitos colaterais.

V. CORRETA: O esquema RHZ possui potencial hepatotóxico significativo. Tanto a Rifampicina quanto a Isoniazida e a Pirazinamida são metabolizadas no fígado e podem causar elevação de enzimas hepáticas ou hepatite medicamentosa, exigindo vigilância clínica quanto a sinais de icterícia, dor abdominal e vômitos durante o tratamento.

RESUMO DAS ALTERNATIVAS:

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

A alternativa (b) está incorreta porque a assertiva I está errada.

A alternativa (c) está incorreta porque as assertivas II e III estão erradas.

A alternativa (d) está correta, pois as assertivas IV e V são as únicas verdadeiras.

A alternativa (e) está incorreta porque as assertivas II e III estão erradas.

Questão 49

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma desordem endócrina complexa, caracterizada principalmente pelo hiperandrogenismo e pela anovulação crônica. Quando associada à obesidade infantil, o quadro é frequentemente agravado pela resistência à insulina.

Para responder a essa questão, devemos analisar a fisiopatologia da doença e como ela altera os marcadores laboratoriais:

Alternativa (a) elevação de testosterona livre ou total: Incorreta. O hiperandrogenismo é um dos pilares do diagnóstico da SOP. A elevação dos níveis de testosterona, seja na sua forma total ou na fração livre (que é a biologicamente ativa), é um achado laboratorial clássico e esperado.

Alternativa (b) elevação de insulina: Incorreta. A obesidade está intimamente ligada à resistência insulínica. Na SOP, a resistência à insulina leva a uma hiperinsulinemia compensatória (aumento da insulina no sangue). Esse excesso de insulina atua tanto no ovário, estimulando a produção de androgênios, quanto no fígado, alterando a produção de proteínas transportadoras.

Alternativa (c) LH diminuído: Esta alternativa apresenta um ponto de confusão. Na SOP clássica, os níveis de LH (Hormônio Luteinizante) costumam estar aumentados ou no limite superior da normalidade, frequentemente apresentando uma relação LH/FSH superior a 2:1 ou 3:1. Portanto, um LH diminuído não é um achado da SOP. Contudo, a alternativa (d) é considerada a resposta principal por descrever um mecanismo fisiopatológico inversamente proporcional ao que ocorre na doença.

Alternativa (d) aumento da concentração de SHBG: Esta é a alternativa correta (o achado que NÃO ocorre). A SHBG (Globulina Transportadora de Hormônios Sexuais) é uma proteína produzida pelo fígado que se liga à testosterona. Na SOP, especialmente na presença de obesidade, os altos níveis de insulina suprimem a produção hepática de SHBG. Logo, na SOP, os níveis de SHBG estão DIMINUÍDOS e não aumentados. Essa redução é clinicamente importante porque, com menos proteína transportadora, há mais testosterona livre circulante para exercer efeitos virilizantes.

Alternativa (e) diminuição de 17-OH-progesterona basal: Incorreta. A dosagem da 17-OH-progesterona é solicitada no rastreamento da SOP para realizar o diagnóstico diferencial com a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), forma não clássica. Na SOP,

os valores de 17-OH-progesterona costumam ser normais (geralmente abaixo de 200 ng/dL). Embora sua diminuição não seja um achado da SOP, a inversão fisiológica descrita na alternativa (d) sobre a SHBG é o erro laboratorial mais característico e frequentemente cobrado em provas sobre o tema.

Resumo: Na SOP com obesidade, esperamos encontrar testosterona alta, insulina alta e SHBG baixa. Portanto, o aumento de SHBG (letra d) é a afirmação incorreta.

Questão 50

O perímetro cefálico (PC) é uma medida fundamental na avaliação do recém-nascido (RN), refletindo o crescimento intracraniano e o desenvolvimento cerebral. A técnica correta, como descrita no enunciado, utiliza uma fita métrica inelástica passando pela glabella (frente) e pela proeminência occipital (atrás da cabeça), garantindo a maior circunferência possível.

No recém-nascido a termo, ou seja, aquele nascido entre 37 e 42 semanas de gestação, a média do perímetro cefálico é de aproximadamente 34 a 35 cm. A literatura pediátrica e as curvas de crescimento (como as da OMS e da Intergrowth-21st) estabelecem que a faixa de normalidade para a maioria dos RNs a termo varia entre 33 e 37 cm.

Análise das alternativas:

- a) 38 a 40 cm. Incorreta. Estes valores são considerados elevados para um recém-nascido a termo e podem indicar macrocefalia, necessitando de investigação para condições como hidrocefalia ou distúrbios genéticos.
- b) 28 a 32 cm. Incorreta. Esta faixa é típica de recém-nascidos prematuros. Para um RN a termo, valores iguais ou inferiores a 32 cm (a depender do sexo e da idade gestacional exata) podem ser classificados como microcefalia.
- c) 30 a 32 cm. Incorreta. Assim como a alternativa B, estes valores estão abaixo do esperado para o padrão de normalidade de um bebê nascido a termo.
- d) 33 a 37 cm. Correta. Esta alternativa reflete com precisão a variabilidade fisiológica esperada para o perímetro cefálico de um recém-nascido a termo saudável, englobando a média de 34-35 cm.
- e) 25 a 30 cm. Incorreta. São valores extremamente baixos, encontrados apenas em prematuros extremos ou em casos de malformações congênitas graves e microcefalia severa no RN a termo.

Gabarito: Letra D.

Questão 51

A questão aborda as normas de segurança para o transporte de crianças em veículos automotores, fundamentadas na Resolução 819/2021 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), que atualizou as regras do Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Para determinar o dispositivo de retenção ideal, o médico deve considerar a idade e, principalmente, a altura da criança.

Análise do perfil da paciente:

A criança tem 7 anos de idade e 1,25 m de altura. Segundo a legislação vigente, crianças com idade entre 4 e 10 anos, ou que tenham altura inferior a 1,45 m, devem obrigatoriamente utilizar o assento de elevação no banco traseiro.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O uso exclusivo do cinto de segurança de três pontos, sem o assento de elevação, só é permitido para crianças que já atingiram 1,45 m de altura ou que tenham mais de 10 anos. Como a menina tem 1,25 m, o cinto de segurança passaria em locais perigosos, como o pescoço e o abdome, em vez de passar pelo ombro e quadril, aumentando o risco de lesões graves em caso de colisão.

Alternativa b: Incorreta. A cadeirinha com cinto de segurança próprio é o dispositivo indicado para crianças com idade entre 1 e 4 anos (aproximadamente de 9 kg a 18 kg). Aos 7 anos e com 23 kg, a criança já deve transicionar para o assento de elevação.

Alternativa c: Incorreta. O termo cadeirinha refere-se ao dispositivo que possui cintos internos. Além da nomenclatura inadequada para a faixa etária de 7 anos, o assento de elevação é projetado justamente para permitir que o cinto do veículo seja utilizado, e não o cinto do dispositivo.

Alternativa d: Correta. O assento de elevação (também conhecido como booster) é o dispositivo correto para crianças de 4 a 10 anos que ainda não alcançaram 1,45 m. Sua função é elevar o tronco da criança para que o cinto de três pontos do próprio veículo cruze o corpo nas regiões de maior resistência óssea (centro do ombro/tórax e pelve), garantindo a eficácia do sistema de retenção.

Alternativa e: Incorreta. O assento de elevação não possui cinto próprio. Diferente da cadeirinha para crianças menores, o booster é um dispositivo de posicionamento que

utiliza obrigatoriamente o cinto de segurança de três pontos do veículo para prender tanto a criança quanto o assento.

Gabarito: Alternativa d.

Questão 52

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIMOSE E PARAFIMOSE

O ponto central desta questão é a identificação de um sinal clínico específico: o anel cicatricial prepucial. Este achado é o divisor de águas entre o processo natural de desenvolvimento e a patologia instalada.

ANALISANDO O CASO CLÍNICO:

O paciente é um menino de 7 anos. Nessa idade, espera-se que a maioria das aderências prepuciais fisiológicas já tenha desaparecido ou seja passível de retração fácil. O exame físico revela a presença de um anel cicatricial (fibrose). Este tecido esbranquiçado e endurecido impede a passagem da glândula e caracteriza a fimose patológica, frequentemente secundária a balanopostites de repetição ou traumas por tentativas de retração forçada.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA:

A presença de anel cicatricial confirma o diagnóstico de fimose patológica. Diferente da fimose fisiológica, a forma patológica raramente regride com medidas conservadoras simples quando a fibrose já está estabelecida de forma importante, sendo a postectomia (circuncisão) o tratamento definitivo indicado. O encaminhamento para a cirurgia pediátrica é o procedimento adequado para avaliação da técnica cirúrgica eletiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

A) Incorreta. A fimose fisiológica é caracterizada por aderências naturais entre a glândula e o prepúcio, sem presença de tecido cicatricial ou fibrótico. O termo "cicatricial" usado no enunciado exclui a natureza fisiológica do processo.

C) Incorreta. A parafimose é uma emergência urológica. Ela ocorre quando um prepúcio estreito é retraído para trás da glândula e não consegue retornar à posição original, causando um anel de constrição que gera edema e sofrimento vascular da glândula. O enunciado descreve uma impossibilidade de retração (fimose), e não um estrangulamento após a retração.

D) Incorreta. Além de o quadro ser patológico e não fisiológico, a orientação de

realizar manobras (exercícios) para acelerar a abertura é formalmente contraindicada na prática médica atual. Essas manobras causam microfissuras que, ao cicatrizarem, geram fibrose e transformam fimoses fisiológicas em patológicas.

E) Incorreta. A alternativa erra duplamente: primeiro, ao diagnosticar o quadro como parafimose (que não condiz com a descrição clínica) e, segundo, ao sugerir cirurgia eletiva para um quadro que, se fosse parafimose, exigiria redução imediata de emergência devido ao risco de necrose.

RESUMO PARA MEMORIZAÇÃO:

1. Fimose Fisiológica: Comum no nascimento, sem cicatriz, evolução benigna.
2. Fimose Patológica: Presença de anel fibroso/cicatricial, exige intervenção (corticoides tópicos ou cirurgia).
3. Parafimose: Prepúcio "preso" atrás da glândula, edema, dor e urgência médica.

Questão 53

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um adolescente de 15 anos com um quadro de lombalgia crônica (6 meses) que apresenta um padrão tipicamente inflamatório: a dor é pior ao acordar (rigidez matinal) e melhora ao longo do dia com a movimentação. Esse padrão diferencia a dor de causas mecânicas (que pioram com o esforço e melhoram com o repouso). Em pacientes jovens, esse cenário clínico é altamente sugestivo de espondiloartropatias, como a espondilite anquilosante juvenil. O principal sítio de acometimento inicial nessas patologias são as articulações sacroilíacas.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Radiografia da bacia: Incorreta. Embora a radiografia possa mostrar sinais de sacroileíte (como erosões ou esclerose), essas alterações costumam demorar anos para aparecer no raio X. Em um quadro de 6 meses, a radiografia pode ser normal, não sendo o exame mais sensível para comprovar o diagnóstico em fases iniciais.

b) Escanometria de membros inferiores: Incorreta. Este exame é utilizado para medir a diferença de comprimento entre as pernas (discrepância de membros). Não há nada na história clínica que sugira que a dor do paciente venha de um encurtamento de membro, especialmente dado o caráter inflamatório da dor.

c) Tomografia de coluna lombar: Incorreta. A tomografia é excelente para avaliar detalhes ósseos (como fraturas ou espondilólise), mas não é o exame de escolha para detectar inflamação ativa (edema ósseo) nas articulações sacroilíacas, que é a

marca inicial das espondiloartrites.

d) Ressonância magnética dos quadris: Incorreta. Embora o paciente refira dor à mobilização dos quadris, o padrão de dor lombar com melhora ao exercício aponta para a coluna e articulações sacroilíacas. O exame dos quadris não visualizaria adequadamente as sacroilíacas, onde a patologia principal reside.

e) Ressonância magnética sacroilíaca: Correta. É o exame padrão-ouro para o diagnóstico precoce das espondiloartrites. A ressonância consegue detectar o "edema ósseo" (sacroileíte ativa) muito antes de qualquer alteração aparecer na radiografia ou tomografia. Dado o quadro inflamatório em um paciente jovem, comprovar a sacroileíte por RM é o passo fundamental.

Gabarito: Alternativa (e).

Questão 54

O quadro clínico descrito — febre, dor intensa, edema, limitação funcional (dificuldade para deambular) e sinais inflamatórios sistêmicos (leucocitose e elevação de PCR/VHS) em uma articulação única — é um caso clássico de artrite séptica aguda. Em pediatria, a história de trauma local é frequentemente relatada como um fator predisponente ou coincidente.

Abaixo, a análise das alternativas:

a) Incorreta. O *Streptococcus pneumoniae* pode causar artrite séptica, mas é muito menos frequente que o *S. aureus*, ocorrendo geralmente em crianças menores de 2 anos ou em pacientes com condições predisponentes (como asplenia). Além disso, a ampicilina não seria a droga de escolha inicial sem a identificação específica do agente.

b) Correta. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico das infecções osteoarticulares (artrite séptica e osteomielite) em todas as faixas etárias acima do período neonatal, sendo responsável por cerca de 70 a 90% dos casos em escolares e adolescentes. A oxacilina é uma penicilina semissintética resistente à penicilinase, sendo o tratamento de escolha para o *S. aureus* sensível à meticilina (MSSA), que ainda é o perfil mais comum em infecções comunitárias no Brasil.

c) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) era uma causa comum de artrite em crianças pequenas, mas tornou-se raro após a introdução da vacinação sistemática. Além disso, a amoxicilina apresenta altas taxas de resistência para este agente, e o perfil do paciente (11 anos) não sugere essa etiologia.

d) Incorreta. A *Kingella kingae* é um agente emergente e frequente de artrite séptica, porém sua incidência é predominantemente em crianças entre 6 meses e 4 anos de idade. O quadro clínico costuma ser um pouco mais insidioso e menos exuberante do que o descrito no enunciado.

e) Incorreta. A *Salmonella* é um agente etiológico importante em pacientes portadores de hemoglobinopatias, especialmente a anemia falciforme. No entanto, mesmo nesses pacientes, o *S. aureus* continua sendo muito relevante. A penicilina não possui cobertura adequada para *Salmonella*, que geralmente exige cefalosporinas de terceira geração.

Resumo: Diante de um quadro de artrite séptica em um adolescente de 11 anos, o *Staphylococcus aureus* deve ser sempre a primeira suspeita, e a cobertura inicial deve ser feita com oxacilina (ou cefalosporina de 1ª geração).

Questão 55

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de doença de Kawasaki. O paciente apresenta febre persistente por 5 dias, associada a cinco critérios diagnósticos principais: alterações na cavidade oral (língua em framboesa), linfadenopatia cervical unilateral maior que 1,5 cm, hiperemia conjuntival bilateral não purulenta, exantema cutâneo e alterações nas extremidades (edema de mãos e pés).

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica primária que acomete vasos de médio calibre, sendo a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças em países desenvolvidos. O maior risco dessa patologia é a formação de aneurismas nas artérias coronárias.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A mononucleose infecciosa (causada pelo vírus Epstein-Barr) pode cursar com febre e linfadenopatia, mas geralmente apresenta faringite exsudativa, esplenomegalia e não justifica o edema de mãos e pés ou a língua em framboesa. O tratamento com corticoides não é a conduta padrão para o quadro apresentado.

b) Correta. Uma vez fechado o diagnóstico clínico de doença de Kawasaki, o exame complementar obrigatório é o ecocardiograma para avaliar a presença de dilatações ou aneurismas coronarianos. O tratamento padrão-ouro consiste na administração de imunoglobulina venosa (gamaglobulina) em dose alta (2 g/kg), preferencialmente até o décimo dia de doença, associada ao ácido acetilsalicílico (AAS), visando reduzir o

risco de sequelas cardíacas.

c) Incorreta. O sarampo apresenta febre e exantema, porém é acompanhado de sintomas catarrais intensos (tosse, coriza), manchas de Koplik na mucosa oral e a conjuntivite costuma ser exsudativa/purulenta. O quadro de edema de extremidades não é característico do sarampo.

d) Incorreta. Doenças causadas por espiroquetas, como a leptospirose ou a doença de Lyme, possuem apresentações clínicas e contextos epidemiológicos diferentes. A leptospirose cursa com mialgia importante (especialmente em panturrilhas) e sufusão conjuntival, mas não preenche os critérios específicos de Kawasaki.

e) Incorreta. A escarlatina foi a suspeita inicial do médico que prescreveu a penicilina, devido à língua em framboesa e ao exantema. No entanto, a escarlatina não causa conjuntivite nem edema de extremidades. O fato de a febre persistir mesmo após o uso de penicilina benzatina reforça que a etiologia não é a infecção pelo *Streptococcus pyogenes*. Além disso, o diagnóstico de Kawasaki é clínico e não depende da ASLO.

Questão 56

A questão descreve um caso clássico de tricúriase grave (infecção pelo *Trichuris trichiura**), também conhecida como síndrome disentérica pelo tricocéfalo. O paciente apresenta o quadro típico: criança em idade escolar, desnutrida, com diarreia crônica acompanhada de muco e sangue (disenteria), tenesmo e anemia (representada pelo aspecto descorado).

O sinal semiológico patognomônico apresentado é o prolapso retal associado à visualização de vermes cilíndricos de aproximadamente 4 cm aderidos à mucosa. O *Trichuris trichiura** habita o intestino grosso (ceco e reto) e, em altas cargas parasitárias, a inflamação da mucosa retal e o esforço evacuatório constante levam ao prolapso, permitindo a visualização direta dos parasitas, que possuem uma extremidade anterior fina e uma posterior mais robusta (aspecto de chicote).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O *Ascaris lumbricoides** é um verme significativamente maior, medindo habitualmente entre 15 e 30 cm. Além disso, o *Ascaris** habita preferencialmente o intestino delgado e não costuma causar disenteria ou prolapso retal, estando mais associado a quadros de suboclusão intestinal ou sintomas pulmonares (síndrome de Loeffler).

b) Correta. O quadro de disenteria crônica, anemia e prolapso retal com visualização de vermes de 4 cm é característico do *Trichuris trichiura*. O tratamento de escolha para helmintíases intestinais por nematódeos inclui os benzimidazóis, como o mebendazol (100 mg, 2 vezes ao dia, por 3 dias) ou o albendazol (400 mg em dose única ou por 3 dias em infecções maciças).

c) Incorreta. Além de o *Ascaris lumbricoides* não corresponder à descrição clínica e morfológica do verme no reto, o metronidazol não é o tratamento para esse helminto. O metronidazol é um agente voltado para protozoários (como amebas e giárdias) e bactérias anaeróbias.

d) Incorreta. Embora o agente esteja correto (*Trichuris trichiura*), o secnidazol é um nitroimidazólico utilizado para o tratamento de protozooses (amebíase e giardíase) e infecções vaginais, não possuindo eficácia contra o *Trichuris*.

e) Incorreta. A *Entamoeba histolytica* é um protozoário microscópico; portanto, não seria possível visualizar "vermes cilíndricos de 4 cm" na mucosa retal. Embora a amebíase cause disenteria, ela não justifica a presença de vermes macroscópicos. Além disso, o albendazol é um anti-helmíntico e não é a droga de primeira escolha para amebíase invasiva.

Questão 57

Análise do caso:

O paciente é um lactente de 5 meses com um quadro de infecção do trato urinário (ITU) de repetição, apresentando o terceiro episódio documentado. A ultrassonografia de rins e vias urinárias normal é um achado comum, pois este exame tem baixa sensibilidade para detectar tanto o refluxo vesicoureteral quanto as cicatrizes renais. O objetivo principal na investigação de ITUs recorrentes na infância é identificar se há lesão no parênquima renal (cicatrizes), que pode levar a complicações futuras como hipertensão arterial e insuficiência renal crônica.

Alternativa a) Está correta. A cintilografia renal com DMSA (ácido dimercaptossuccínico marcado com Tecnécio-99m) é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de pielonefrite aguda e, fundamentalmente, para a identificação de cicatrizes renais crônicas. Na estratégia de investigação conhecida como top-down, o DMSA é priorizado para identificar se a infecção atingiu o rim e causou dano. Se o parênquima estiver íntegro, o risco de sequelas a longo prazo é drasticamente menor, independentemente da presença de refluxo.

Alternativa b) Está incorreta. A urografia excretora é um exame radiológico que utiliza contraste iodado e fornece imagens da anatomia coletora. Atualmente, é

considerada obsoleta na pediatria para esta finalidade, pois oferece alta carga de radiação e menor precisão diagnóstica em comparação aos métodos modernos como a cintilografia e a ecografia com Doppler.

Alternativa c) Está incorreta. A uretrocistografia miccional é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de refluxo vesicoureteral (RVU) e para avaliar a anatomia da uretra. Embora seja frequentemente solicitada em casos de ITU de repetição, ela não avalia o parênquima renal. Portanto, não é o exame para detectar cicatrizes ou dano renal já estabelecido, que é o foco para "elucidar" a gravidade e o impacto das múltiplas infecções neste lactente.

Alternativa d) Está incorreta. A ressonância magnética de abdome pode identificar alterações renais, mas não é o exame de escolha ou padrão-ouro para pesquisa de cicatrizes em lactentes. É um exame caro, de difícil acesso em muitos serviços e que exige sedação profunda da criança, não sendo prático ou indicado como primeira linha nesta investigação.

Alternativa e) Está incorreta. A tomografia computadorizada de abdome não é o método padrão para avaliar cicatrizes renais em crianças. Além de possuir menor sensibilidade que o DMSA para lesões corticais, expõe o lactente a níveis elevados de radiação ionizante e necessita do uso de contraste iodado, que é nefrotóxico.

Resumo: O foco da questão é a detecção de sequelas parenquimatosas (cicatrizes renais) em um contexto de infecções urinárias recorrentes. Para este fim específico, a cintilografia renal com DMSA é a referência diagnóstica absoluta.

Questão 58

O foco central desta questão é a prevenção da endocardite infecciosa (EI) em pacientes com cardiopatias de alto risco que serão submetidos a procedimentos odontológicos invasivos.

Análise do quadro clínico:

O paciente possui diagnóstico de cardite reumática. A febre e a odontalgia sugerem a necessidade de intervenção odontológica que, em pacientes com sequelas valvares (comuns na cardite reumática), exige profilaxia antibiótica para evitar que bactérias da cavidade oral (especialmente do grupo viridans) caiam na corrente sanguínea e se alojem nas válvulas cardíacas.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração muito utilizada

para infecções de pele, mas não é a droga de primeira escolha para a profilaxia de endocardite bacteriana. Além disso, a principal complicação sistêmica a ser evitada nesse paciente específico não é o abscesso dentário local, mas sim a endocardite.

b) Correta. A amoxicilina é o antibiótico de escolha para a profilaxia de endocardite bacteriana em procedimentos odontológicos que envolvam manipulação de tecido gengival ou da região periapical dos dentes. A dose recomendada para crianças é de 50 mg/kg, administrada de 30 a 60 minutos antes do procedimento. O objetivo primordial é prevenir a endocardite bacteriana, uma condição grave e com alta taxa de mortalidade em cardiopatas.

c) Incorreta. A eritromicina já foi utilizada no passado para profilaxia em pacientes alérgicos à penicilina, mas atualmente não é recomendada pelas diretrizes devido aos efeitos colaterais gastrointestinais e à farmacocinética menos favorável quando comparada à azitromicina ou claritromicina.

d) Incorreta. Este é um distrator comum. A penicilina benzatina é utilizada para a profilaxia secundária da febre reumática (para evitar novas infecções pelo estreptococo do grupo A e a piora da lesão cardíaca), da qual o paciente já faz uso regular. No entanto, ela não confere proteção adequada contra a endocardite bacteriana durante um procedimento dentário, pois não atinge picos plasmáticos suficientes para cobrir a bacteremia transitória causada pela manipulação oral.

e) Incorreta. Embora a azitromicina possa ser uma opção para pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina, ela não é a primeira escolha. Além disso, o foco da prevenção deve ser a endocardite bacteriana, e não o abscesso dentário.

Questão 59

O quadro clínico apresenta um adolescente com aumento testicular indolor associado a sinais sistêmicos importantes: febre, astenia, tosse e palidez cutâneo-mucosa, além de linfonodopatia generalizada (incluindo a região epitroclear, que é um achado clínico frequentemente associado a patologias sistêmicas graves). Esse conjunto de sinais e sintomas em um paciente pediátrico/adolescente deve levantar imediatamente a suspeita de uma neoplasia hematológica, como a Leucemia Linfoide Aguda (LLA). É fundamental lembrar que o testículo é um "sítio santuário" para as células leucêmicas, podendo apresentar infiltração e aumento de volume mesmo quando não há dor ou sinais inflamatórios.

Alternativa a) Incorreta. A ultrassonografia testicular é um exame excelente para diferenciar massas intratesticulares de extratesticulares e avaliar a vascularização. No entanto, diante de um paciente com palidez, febre e linfonodopatia generalizada,

a prioridade é a investigação de uma doença sistêmica que explique todos os achados, e não apenas o achado local no escroto.

Alternativa b) Incorreta. A alfa-fetoproteína é um marcador tumoral utilizado na investigação de tumores de células germinativas, como o tumor de saco vitelino. Embora o câncer de testículo seja um diferencial para massas testiculares em adolescentes, ele não costuma cursar com o quadro sistêmico descrito (palidez e linfonodopatia em múltiplas cadeias distantes).

Alternativa c) Correta. O hemograma é o exame de escolha para iniciar a investigação por ser rápido, acessível e capaz de sugerir fortemente uma neoplasia hematológica (leucemia). Ele pode revelar anemia (justificando a palidez), plaquetopenia e alterações na linhagem branca (leucocitose, leucopenia ou presença de blastos no sangue periférico), confirmando a natureza sistêmica da doença que está infiltrando o testículo.

Alternativa d) Incorreta. A mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), pode causar febre e linfonodopatia. Entretanto, o acometimento testicular não é uma característica da doença, e a palidez progressiva associada a sintomas constitucionais em adolescentes deve sempre direcionar a investigação primeiramente para causas neoplásicas.

Alternativa e) Incorreta. A desidrogenase láctica (LDH) é um marcador de lise ou turnover celular aumentado, estando frequentemente elevada em linfomas, leucemias e tumores germinativos. Apesar de ser útil para avaliar o prognóstico e a carga tumoral, é um exame inespecífico que não define linhagem celular ou diagnóstico, sendo o hemograma muito mais esclarecedor como passo inicial.

Questão 60

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um lactente com sintomas neurológicos de evolução subaguda (três semanas). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Torcicolo: Em pediatria, o torcicolo persistente ou intermitente, sem causa ortopédica evidente, é um sinal de alerta clássico para tumores da fossa posterior. Ele ocorre como uma posição compensatória da cabeça para evitar a diplopia ou devido à herniação das amígdalas cerebelares pelo forame magno.
2. Ataxia (quedas frequentes): Indica comprometimento cerebelar ou das vias de equilíbrio, também localizados na fossa posterior.
3. Hipertensão Intracraniana (vômitos, irritabilidade e sonolência): Sugere que a lesão está obstruindo a circulação do líquido cefalorraquidiano, gerando uma

hidrocefalia obstrutiva.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Rasopatias são um grupo de síndromes genéticas (como a Síndrome de Noonan ou a Neurofibromatose tipo 1) causadas por mutações em genes da via RAS-MAPK. Embora pacientes com neurofibromatose tenham maior risco de desenvolver tumores do sistema nervoso central, o termo "rasopatia" descreve a síndrome genética de base e não a patologia aguda apresentada pela criança.

Alternativa (b) INCORRETA: O neuroblastoma é o tumor extracraniano sólido mais comum da infância, geralmente originado na glândula suprarrenal ou nos gânglios simpáticos abdominais. Embora possa causar ataxia como parte de uma síndrome paraneoplásica (síndrome de opsoclonus-mioclonus), ele não costuma se apresentar com torcicolo e sinais diretos de hipertensão intracraniana por obstrução liquórica.

Alternativa (c) INCORRETA: A ataxia-telangiectasia é uma doença autossômica recessiva que causa ataxia progressiva e imunodeficiência. No entanto, ela costuma ser diagnosticada mais tarde (quando a criança começa a andar), tem curso crônico e não se apresenta com sinais agudos de hipertensão intracraniana, como os vômitos e a sonolência descritos.

Alternativa (d) CORRETA: O astrocitoma pilocítico é o tumor cerebral primário mais frequente na infância. Sua localização preferencial é o cerebelo (fossa posterior). O crescimento do tumor nessa região explica perfeitamente a tríade apresentada: ataxia (quedas), posição viciosa da cabeça (torcicolo) e a evolução para hidrocefalia obstrutiva, que culmina com vômitos, irritabilidade e rebaixamento do nível de consciência pelo aumento da pressão intracraniana.

Alternativa (e) INCORRETA: A encefalite é um processo inflamatório/infeccioso do parênquima cerebral. Geralmente apresenta um início muito mais súbito e agudo, frequentemente acompanhado de febre, crises convulsivas e alterações comportamentais rápidas, não se encaixando na progressão de três semanas com sintomas focais de fossa posterior (torcicolo e ataxia) seguidos de hipertensão intracraniana.

Questão 61

Para resolver esta questão, é fundamental recordar a divisão clássica dos períodos clínicos do parto. O trabalho de parto é dividido em quatro fases principais:

1. Primeiro período (Dilatação): Inicia-se com as contrações rítmicas e coordenadas que promovem o apagamento e a dilatação cervical, terminando quando a dilatação atinge 10 cm (dilatação total).
2. Segundo período (Expulsivo): Inicia-se no momento da dilatação total e termina com a saída completa do feto.
3. Terceiro período (Dequitação ou Secundamento): Compreende o intervalo entre o nascimento do feto e a saída da placenta e das membranas ovulares.
4. Quarto período (Período de Greenberg): Corresponde à primeira hora após a saída da placenta, momento de observação rigorosa devido ao risco de hemorragias puerperais.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O primeiro período termina exatamente quando a dilatação se torna total. Como o enunciado afirma que a paciente apresenta dilatação total, ela já ultrapassou o período de dilatação.

Alternativa (b) Incorreta: Existe um erro de nomenclatura nesta opção. O terceiro período é o de dequitação (saída da placenta), e não o expulsivo.

Alternativa (c) Incorreta: O segundo período é o expulsivo. A dequitação ocorre no terceiro período.

Alternativa (d) Correta: A paciente apresenta dilatação total e o feto encontra-se no plano +4 de De Lee (já bastante baixo na bacia, próximo ao introito vaginal). Esses achados definem clinicamente o segundo período do parto, também chamado de período expulsivo. A exaustão materna citada no caso é um sinal clínico comum que pode ocorrer justamente nesta fase de maior esforço físico.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o terceiro período seja, de fato, o de dequitação, a paciente ainda não deu à luz o feto (o toque ainda identifica o feto em plano +4), logo, ela não pode estar na fase de saída da placenta.

Em resumo, a presença de dilatação total associada à apresentação fetal em plano avançado (+4 de De Lee) caracteriza o segundo período do parto (expulsivo).

Questão 62

Para analisar a estática fetal na imagem, devemos observar os quatro elementos fundamentais: situação, apresentação, posição e variedade de posição.

1. Situação: É a relação entre o maior eixo do feto e o maior eixo da mãe. Na imagem, os eixos são paralelos, caracterizando uma situação longitudinal.
2. Apresentação: É a parte fetal que se ocupa do estreito superior da pelve. Aqui, a cabeça está voltada para baixo, configurando uma apresentação cefálica. Pela flexão da cabeça, trata-se de uma apresentação cefálica fletida (ou de vértice), onde a referência é o occípito (λ).
3. Variedade de Posição: Observando a pelve materna, a sínfise púbica está na parte inferior da imagem (anterior) e o sacro na parte superior (posterior). O dorso do feto e o seu occípito estão voltados para o lado esquerdo da mãe e para a região anterior da pelve. Portanto, a variedade de posição é Occípito Esquerda Anterior (OEA).
4. Mecanismo de Parto (Rotação Interna): Para que o feto complete o desprendimento, o occípito deve girar em direção à sínfise púbica, atingindo a posição occípito-púbica (OP). Partindo de uma posição anterior (OEA), o feto precisa realizar uma rotação interna de apenas 45 graus.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como descrito, o feto está em situação longitudinal, apresentação cefálica, variedade OEA e necessita de uma rotação de 45 graus para atingir a posição occípito-púbica.

Alternativa b) Incorreta. A imagem mostra claramente o dorso e o occípito voltados para a esquerda da bacia materna, e não para a direita.

Alternativa c) Incorreta. Embora a posição seja esquerda anterior, a rotação de 135 graus seria necessária apenas se o feto estivesse em uma variedade posterior (como Occípito Esquerda Posterior - OEP) para atingir a posição occípito-púbica por via anterior.

Alternativa d) Incorreta. O feto não está à direita e a rotação de 90 graus seria necessária se a apresentação estivesse em posição transversa (Occípito Esquerda Transversa - OET).

Alternativa e) Incorreta. O feto está em posição anterior (perto do púbis) e não posterior (perto do sacro). A rotação de 135 graus está correta para casos de posição

posterior, mas não condiz com a imagem apresentada.

Questão 63

Para compreender a questão, é fundamental revisar a classificação diagnóstica da gestação, que se divide em três grupos de sinais: presunção, probabilidade e certeza.

Sinais de presunção: São sintomas sistêmicos ou alterações em órgãos distantes do útero, como náuseas, amenorreia e mastalgia.

Sinais de probabilidade: São alterações anatômicas e fisiológicas do útero, vagina e vulva.

Sinais de certeza: São aqueles que confirmam a presença do feto. Atualmente, os sinais de certeza clássicos são: percepção de movimentos fetais pelo examinador (após 18-20 semanas), ausculta dos batimentos cardíofetais (Sonar ou Pinard) e o sinal do rechaço fetal.

Análise das alternativas:

a) Piskacek: Incorreta. É um sinal de probabilidade. Caracteriza-se por uma assimetria uterina à palpação, decorrente do crescimento do útero no local onde ocorreu a implantação do ovo (nidação).

b) Nobile-Budin: Incorreta. É um sinal de probabilidade. Ocorre quando, ao toque vaginal, o examinador percebe o preenchimento dos fundos de saco vaginais pelo corpo uterino, que se torna globoso na gestação inicial.

c) Puzos: Correta. Também conhecido como sinal do rechaço fetal intra-abdominal. É um sinal de certeza. Durante o toque vaginal bimanual, o examinador empurra o útero (ou o feto) e sente o retorno do corpo fetal batendo contra seus dedos após o deslocamento no líquido amniótico. Geralmente é perceptível da 14^a à 16^a semana.

d) Osiander: Incorreta. É um sinal de probabilidade. Consiste na percepção da pulsação das artérias vaginais nos fundos de saco laterais ao toque vaginal, devido ao aumento da vascularização pélvica.

e) Jacquemier-Kluge: Incorreta. É um sinal de probabilidade. O sinal de Jacquemier refere-se à coloração azulada/violácea da vulva, vestíbulo e mucosa vaginal. O sinal de Kluge refere-se à mesma coloração azulada observada no colo do útero. Ambas as alterações ocorrem por conta da congestão venosa local.

Questão 64

As manobras de Leopold são uma técnica sistemática de palpação abdominal utilizada para determinar a situação, posição, apresentação e o grau de insinuação fetal. Elas são divididas em quatro tempos específicos. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. As manobras de Leopold não são realizadas no primeiro trimestre, pois o útero ainda é um órgão pélvico ou está iniciando sua ascensão abdominal, sendo pequeno demais para permitir a distinção das partes fetais. A técnica torna-se útil e confiável a partir do terceiro trimestre de gestação, geralmente após a 26ª ou 28ª semana, quando o volume uterino e o tamanho fetal permitem a identificação precisa de polos e dorso.

Alternativa b) Correta. No segundo tempo das manobras de Leopold, o examinador desliza as mãos das laterais do fundo uterino em direção ao polo inferior. O objetivo é localizar o dorso fetal (uma superfície resistente e contínua) de um lado e as pequenas partes ou membros (superfícies irregulares e móveis) do outro. Isso define a posição fetal, que é a relação do dorso com o lado direito ou esquerdo da mãe.

Alternativa c) Incorreta. O primeiro tempo consiste na palpação do fundo uterino para identificar qual polo fetal o ocupa, determinando a situação e a apresentação. Se a apresentação for cefálica, a cabeça do feto está voltada para a bacia da mãe, o que significa que o polo presente no fundo uterino (em cima) será o polo pélvico (nádegas), que é mais mole, largo e irregular.

Alternativa d) Incorreta. As manobras de Leopold são ferramentas fundamentais durante o trabalho de parto. Elas auxiliam o médico a confirmar a apresentação e a posição fetal antes de realizar o toque vaginal, ajudando a prever a mecânica do parto e identificar possíveis distocias de posição.

Alternativa e) Incorreta. O terceiro tempo (manobra de Pawlik) é realizado por meio da apreensão do polo inferior entre o polegar e os demais dedos de uma das mãos. Seu objetivo é avaliar a apresentação fetal e sua mobilidade (se o polo está fixo ou móvel). A identificação da insinuação, que é o grau de descida e fixação profunda do feto na pelve, é o foco principal do quarto tempo de Leopold, no qual o médico se posiciona de costas para a face da paciente e palpa a região acima da sínfise púbica com as pontas dos dedos de ambas as mãos.

Questão 65

Para a resolução desta questão, é fundamental realizar a análise técnica do partograma, observando a evolução da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal em relação às linhas de alerta e ação.

Análise do Partograma:

1. Dilatação (Triângulos): A paciente iniciou o acompanhamento com 3 cm de dilatação. A dilatação progrediu, cruzou a linha de alerta e atingiu a dilatação total (10 cm) por volta da sétima hora de registro. Portanto, não houve parada da dilatação.
2. Descida/Estática Fetal (Círculos/Ovais): A descida do feto (estação de De Lee) progrediu inicialmente até o plano -1. No entanto, após atingir a dilatação total (10 cm), observa-se que a apresentação permaneceu estagnada no plano -1 de De Lee por duas horas consecutivas (registros das horas 6, 7 e 8).
3. Dinâmica Uterina e Frequência Cardíaca Fetal (FCF): O partograma mostra contrações efetivas (quadrados preenchidos, indicando contrações de alta intensidade e frequência). No final do gráfico, observa-se uma queda importante na FCF (bradicardia fetal), sugerindo sofrimento fetal decorrente da exaustão ou do processo obstrutivo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O parto taquitócico (ou precipitado) é aquele em que o trabalho de parto dura menos de 3 horas, o que não ocorreu aqui. Além disso, o quadro clínico e o partograma (tônus normal e evolução lenta) não sugerem descolamento abrupto da placenta (DPP), que apresentaria hipertonia uterina e sangramento.
- b) Correta. A hipótese de parada secundária da descida é confirmada pelo fato de a descida do feto ter cessado por pelo menos duas horas após a dilatação ter alcançado a fase ativa/total. Quando há dinâmica uterina adequada (como mostrado nos registros de contrações) e o feto não desce, a causa principal é a desproporção cefalopélvica (DCP), na qual o trajeto (pelve) ou o objeto (feto) impedem a progressão mecânica.
- c) Incorreta. O período pélvico prolongado ocorre quando a descida é excessivamente lenta, mas ainda progressiva. No gráfico, a descida parou completamente no plano -1. Além disso, não há hipocinesia; as contrações estão presentes e são vigorosas.
- d) Incorreta. Embora o termo "parada secundária da descida" esteja correto, a causa

não é distocia funcional. A distocia funcional refere-se a problemas na contratilidade uterina. Como o útero está contraindo de forma eficiente (conforme os registros de contração no partograma), a causa da parada é mecânica (DCP).

e) Incorreta. Parto eutócico é aquele que evolui de forma fisiológica, sem intercorrências, com o nascimento ocorrendo dentro dos prazos esperados e seguindo a curva de normalidade do partograma. O gráfico em questão mostra uma distocia clara com sofrimento fetal associado.

Questão 66

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta uma evolução patognomônica da infecção pelo *Treponema pallidum*. O relato de uma úlcera única e indolor na região genital (conhecida como cancro duro) que desapareceu espontaneamente marca a fase de sífilis primária. O tempo decorrido de aproximadamente 60 dias é o intervalo clássico para o surgimento das manifestações da sífilis secundária, que decorre da disseminação sistêmica da bactéria. A imagem corrobora este estágio ao mostrar lesões eritemato-papulosas nas palmas das mãos, denominadas sífilides palmoplantares, que são características cardinais desta fase.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O termo "cancro duro" designa apenas a lesão inicial da sífilis primária, que a paciente relatou ter tido no passado, mas não é o diagnóstico do quadro atual (secundarismo). Além disso, a azitromicina não é o tratamento de primeira escolha devido ao risco de resistência e falha terapêutica; o padrão-ouro permanece sendo a penicilina.

b) Incorreta. O cancro mole é uma infecção causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, caracterizada por úlceras múltiplas, extremamente dolorosas e com exsudato purulento, o que difere totalmente do relato de úlcera indolor. A penicilina cristalina é a forma de administração endovenosa, não sendo indicada para este caso.

c) Incorreta. A sífilis primária é a fase da úlcera genital (cancro). No momento da consulta, a paciente já apresenta sinais de disseminação sistêmica (lesões nas mãos), o que classifica a doença como sífilis secundária.

d) Correta. O diagnóstico atual é de sífilis secundária, evidenciado pelas lesões cutâneas disseminadas após a remissão do cancro primário. De acordo com os

protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, o tratamento de escolha para a sífilis secundária é a penicilina G benzatina, na dose de 2,4 milhões de UI, aplicada por via intramuscular em dose única.

e) Incorreta. Embora o diagnóstico de sífilis secundária esteja correto, o tratamento com penicilina cristalina está errado para esta apresentação. A penicilina cristalina (venosa) é reservada exclusivamente para o tratamento da neurosífilis ou sífilis congênita, devido à sua capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica em concentrações adequadas. No secundarismo sem comprometimento neurológico, utiliza-se a penicilina benzatina.

Questão 67

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DA IMAGEM

O quadro clínico apresentado é clássico de tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Trichomonas vaginalis*. Os principais elementos para o diagnóstico são o corrimento acinzentado e bolhoso, o pH vaginal elevado (maior que 4,5) e a presença de inflamação cervical. A imagem fornecida é patognomônica (característica) da doença, demonstrando a colpíte macular, também conhecida como colo em framboesa ou strawberry cervix, que se caracteriza por pequenas petéquias (pontos avermelhados) na mucosa do colo uterino e da vagina.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O agente etiológico da tricomoníase é o *Trichomonas vaginalis*, que é classificado biologicamente como um protozoário flagelado. O tratamento de escolha, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos internacionais, é feito com nitroimidazólicos, sendo o metronidazol o medicamento mais utilizado (seja em dose única de 2g ou 500mg duas vezes ao dia por sete dias). É fundamental destacar que o parceiro também deve ser tratado.

Alternativa B (Incorreta): Infecções por fungos (como a candidíase) costumam apresentar pH vaginal ácido (menor que 4,5) e corrimento branco com aspecto de leite coalhado, sem a presença de bolhas ou do colo em framboesa. O fluconazol é um antifúngico e não tem ação sobre o agente da questão.

Alternativa C (Incorreta): Embora a primeira parte da alternativa identifique corretamente o agente como um protozoário, a doxiciclina é um antibiótico da classe das tetraciclinas indicado para tratar infecções bacterianas como clamídia e *Mycoplasma*, não possuindo eficácia contra o *Trichomonas*.

Alternativa D (Incorreta): A *Gardnerella vaginalis* é a principal bactéria associada à vaginose bacteriana. Embora a vaginose apresente corrimento acinzentado e pH maior que 4,5, ela se diferencia da tricomoníase por ser uma disbiose não inflamatória. Portanto, na vaginose bacteriana, não encontramos os sinais de inflamação no colo uterino nem o aspecto de morango/framboesa observado na imagem.

Alternativa E (Incorreta): Embora o metronidazol seja utilizado tanto para tratar a vaginose bacteriana quanto a tricomoníase, o diagnóstico definitivo extraído da imagem (colo em framboesa) e da descrição de corrimento bolhoso aponta para um protozoário, e não para uma bactéria gram-negativa.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O ponto central desta questão é a presença de enxaqueca com aura em uma paciente que deseja iniciar contracepção. De acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a presença de enxaqueca com aura, em qualquer idade, classifica o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (aqueles que contêm estrogênio) como Categoria 4. A Categoria 4 representa um risco inaceitável à saúde, especificamente o aumento acentuado do risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O contraceptivo oral combinado contém estrogênio. Em pacientes com enxaqueca com aura, o estrogênio potencializa o risco de eventos tromboembólicos arteriais, sendo formalmente contraindicado (Categoria 4).

Alternativa b) Incorreta. O anel vaginal é um método hormonal combinado. Independentemente da via de administração (oral, vaginal ou transdérmica), a presença do componente estrogênico mantém a contraindicação Categoria 4 para este caso.

Alternativa c) Incorreta. O contraceptivo injetável mensal é composto por um estrogênio e um progestogênio. Por conter estrogênio, também é classificado como Categoria 4 pela OMS para pacientes com aura migranosa.

Alternativa d) Incorreta. O adesivo combinado libera etinilestradiol e progestogênio através da pele. Assim como as outras formas combinadas, é proscrito (Categoria 4) pelo risco cardiovascular aumentado na presença de enxaqueca com aura.

Alternativa e) Correta. A miniplula é um método que utiliza apenas progestogênio isolado. Segundo os critérios da OMS, métodos de progestogênio isolado (orais, injetáveis trimestrais ou implantes) são classificados como Categoria 2 para pacientes com enxaqueca com aura. Isso significa que as vantagens do uso superam amplamente os riscos teóricos ou comprovados, tornando-a a escolha adequada entre as alternativas oferecidas.

Questão 69

A análise detalhada de cada uma das afirmativas revela o seguinte:

A primeira afirmativa é Falsa. O tipo histológico mais frequente do câncer do colo do útero é o carcinoma epidermoide (também chamado de espinocelular ou escamoso), que se origina no epitélio escamoso e representa cerca de 80% dos casos. O adenocarcinoma se origina no epitélio glandular e é responsável por uma porcentagem menor (cerca de 10% a 20%) dos diagnósticos.

A segunda afirmativa é Verdadeira. A vacinação contra o HPV é a principal estratégia de prevenção primária. No Brasil, o Ministério da Saúde estabelece como público-alvo meninas e meninos na faixa etária de 9 a 14 anos, com o objetivo de conferir proteção antes do início da vida sexual e, conseqüentemente, antes do contato com o vírus.

A terceira afirmativa é Verdadeira. Embora existam dezenas de subtipos de HPV que infectam o trato anogenital, os subtipos 16 e 18 são classificados como de alto risco oncogênico. Eles são os principais responsáveis pelo desenvolvimento das lesões precursoras e do câncer do colo do útero, estando presentes em aproximadamente 70% dos casos da doença.

A quarta afirmativa é Falsa. O estadiamento IA1 do câncer do colo do útero (classificação FIGO) refere-se ao carcinoma invasor diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade de invasão no estroma menor ou igual a 3 milímetros. Uma lesão de 3,0 centímetros (30 milímetros) é visível clinicamente (macroscópica) e seria classificada como estágio IB2 (lesões maiores que 2 cm e menores ou iguais a 4 cm).

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

Questão 70

DIAGNÓSTICO E CENÁRIO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro típico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP). Os critérios diagnósticos são a presença de contrações uterinas regulares (no caso, 2 em 10 minutos) associadas a alterações cervicais significativas (dilatação de 3,0 cm e apagamento de 50%) em uma gestação entre 22 e 37 semanas (no caso, 32 semanas).

OBJETIVO DA CONDOTA

Diante de um TPP entre 24 e 34 semanas, o objetivo principal é realizar a corticoterapia antenatal para reduzir o risco de Síndrome do Desconforto Respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante no recém-nascido. Para que o corticoide faça efeito, é necessário realizar a tocólise (inibição das contrações) por pelo menos 48 horas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A nifedipina (bloqueador dos canais de cálcio) é atualmente uma das drogas de primeira escolha para a tocólise devido à sua facilidade de administração (oral), boa eficácia e menores efeitos colaterais em comparação aos beta-agonistas. A betametasona é o corticoide de eleição para a maturação pulmonar fetal (administrada em duas doses de 12 mg, via intramuscular, com intervalo de 24 horas).

Alternativa B (INCORRETA): Embora a nifedipina esteja correta para a tocólise, a hidrocortisona não é utilizada para a maturação pulmonar fetal. A hidrocortisona é extensamente metabolizada pela enzima placentária 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase, não atingindo concentrações terapêuticas eficazes no feto.

Alternativa C (INCORRETA): O quadro não é de "ameaça" de parto prematuro que possa ser revertido apenas com repouso e antiespasmódicos. A dilatação de 3,0 cm já caracteriza o trabalho de parto em curso. Além disso, a progesterona é indicada para a prevenção do parto prematuro em pacientes com colo curto ou antecedentes, mas não tem papel no tratamento do trabalho de parto já instalado.

Alternativa D (INCORRETA): Não há elementos na história clínica (como disúria, febre ou dor lombar) ou no exame físico que indiquem uma infecção do trato urinário. Embora infecções urinárias possam desencadear TPP, a conduta imediata para o quadro obstétrico descrito é a tocólise e maturação pulmonar, e não a antibioticoterapia empírica sem diagnóstico de infecção.

Alternativa E (INCORRETA): A terbutalina é um beta-agonista que, embora possa ser

usado para tocólise aguda, apresenta muitos efeitos colaterais maternos (taquicardia, edema agudo de pulmão, hiperglicemia) e tem sido substituída pela nifedipina ou pelo atosiban. Novamente, a hidrocortisona está incorreta para fins de maturação pulmonar fetal.

Questão 71

A questão exige conhecimento sobre as atualizações trazidas pela Lei nº 14.443/2022, que alterou a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996). As novas regras entraram em vigor em março de 2023 e modificaram critérios de idade, consentimento e realização do procedimento durante o parto.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. A nova lei alterou a idade mínima para a realização da esterilização voluntária (laqueadura ou vasectomia) de 25 para 21 anos. Para quem já possui pelo menos dois filhos vivos, a esterilização pode ser feita em qualquer idade, desde que a pessoa tenha capacidade civil plena.

Afirmativa II: Correta. A mudança na lei buscou ampliar a autonomia reprodutiva. Ao reduzir a idade mínima para 21 anos, a lei reforça que a decisão pode ser tomada independentemente da existência de filhos. Na prática, uma mulher de 21 anos sem filhos agora tem o direito legal de realizar o procedimento, algo que antes exigia 25 anos.

Afirmativa III: Incorreta. Uma das principais mudanças foi a revogação do parágrafo que exigia o consentimento expresso do cônjuge para a realização da esterilização cirúrgica. Atualmente, a decisão é individual e não depende da autorização do parceiro ou parceira.

Afirmativa IV: Correta. Anteriormente, a lei proibia a laqueadura durante o parto ou aborto, permitindo-a apenas em casos excepcionais (como sucessivas cesarianas anteriores ou risco de vida). A nova redação permite a laqueadura no momento do parto, desde que a mulher manifeste sua vontade por escrito com uma antecedência mínima de 60 dias antes do parto e que sejam observadas as condições médicas adequadas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Os itens I e III estão errados conforme a nova legislação.
- b) Incorreta. Os itens I e III estão errados.
- c) Correta. Apenas os itens II e IV estão em conformidade com as mudanças e o texto

da lei vigente.

d) Incorreta. O item III está errado, pois o consentimento do cônjuge não é mais necessário.

e) Incorreta. O item III está errado.

Gabarito: Letra (c).

Questão 72

Alternativa a: Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. O rastreamento do câncer de mama, por meio da mamografia, deve ser realizado obrigatoriamente antes do início da terapia hormonal. O objetivo é descartar a presença de lesões suspeitas ou malignas, uma vez que o câncer de mama é uma contraindicação absoluta ao uso de hormônios. Após o início, o rastreamento deve continuar seguindo os protocolos de rotina para a faixa etária, mas a avaliação prévia é indispensável para a segurança da paciente.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. Mulheres que passaram por histerectomia não possuem mais o órgão-alvo para o câncer de endométrio. Dessa forma, elas têm indicação de terapia estrogênica isolada, não necessitando do uso de progestagênios para proteção endometrial.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. Em mulheres com útero preservado, o uso de estrogênio isolado provoca uma proliferação excessiva do endométrio, o que aumenta significativamente o risco de hiperplasia e adenocarcinoma de endométrio. O uso do progestagênio é obrigatório nesses casos para neutralizar esse efeito proliferativo.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. De acordo com o Consenso da Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), não há dados científicos robustos que comprovem a eficácia e a segurança dos progestagênios em gel transdérmico na proteção do endométrio. Por isso, essa via não é recomendada para o componente progestagênico da terapia hormonal.

Alternativa e: Esta afirmação está correta. O SIU-LNG de 52 mg (Mirena) é uma opção reconhecida para fornecer a oposição progestagênica necessária em mulheres com útero que utilizam estrogênio. Ele atua localmente no endométrio com alta eficácia, permitindo menores níveis sistêmicos de progestagênio.

Questão 73

O protocolo do Ministério da Saúde para atendimento às vítimas de violência sexual preconiza a profilaxia imediata para ISTs não virais, visando cobrir os agentes patogênicos mais frequentes: *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorreia), *Chlamydia trachomatis* (clamídia) e *Trichomonas vaginalis* (tricomoníase).

Alternativa a: A Benzilpenicilina benzatina é a droga de escolha para a profilaxia da sífilis. Ela é administrada em dose única de 2,4 milhões de UI, por via intramuscular, sendo um componente essencial do atendimento inicial.

Alternativa b: A Azitromicina compõe o protocolo oficial para a cobertura da clamídia. A dose recomendada é de 1g, por via oral, administrada em dose única no momento do atendimento.

Alternativa c: A Ceftriaxona é o medicamento indicado para a profilaxia da gonorreia. O protocolo brasileiro recomenda a utilização de 500mg, via intramuscular. Este fármaco substituiu as fluoroquinolonas como primeira escolha devido aos altos índices de resistência do gonococo no Brasil.

Alternativa d: O Metronidazol é indicado no protocolo para a prevenção da tricomoníase. A recomendação é de uma dose única de 2g, por via oral.

Alternativa e: O Levofloxacino é a alternativa correta por ser a exceção solicitada na questão. Esta medicação é uma quinolona e não faz parte do esquema padrão de profilaxia pós-exposição ao abuso sexual no âmbito do SUS. O uso de quinolonas (como levofloxacino ou ciprofloxacino) não é indicado devido à elevada resistência bacteriana, especialmente da *Neisseria gonorrhoeae*, não garantindo a eficácia necessária para a prevenção profilática nesse cenário.

Questão 74

Esta questão aborda as atualizações cruciais no Programa Nacional de Imunizações (PNI) introduzidas pela Nota Técnica nº 41/2024 do Ministério da Saúde, que alterou significativamente a estratégia de vacinação contra o HPV no Brasil.

Análise das afirmativas:

Item I. Está correto. A principal mudança de 2024 foi a substituição do esquema de duas doses pela dose única para o público-alvo principal (9 a 14 anos). Essa decisão baseou-se em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstrando que uma única dose oferece proteção robusta e

duradoura, além de facilitar a logística e aumentar as taxas de cobertura vacinal.

Item II. Está correto. O Ministério da Saúde unificou a faixa etária para ambos os sexos. Atualmente, a vacina é indicada rotineiramente para meninas e meninos de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Antes dessa atualização, houve períodos em que as idades iniciais ou finais diferiam ligeiramente entre os sexos no calendário básico.

Item III. Está correto. A Nota Técnica estabeleceu uma estratégia de "resgate" (catch-up) para adolescentes que ainda não foram vacinados. Esse grupo compreende jovens de até 19 anos de idade. O objetivo é ampliar a proteção populacional e reduzir a circulação dos tipos de HPV contidos na vacina quadrivalente.

Item IV. Está correto. Houve a inclusão de pessoas portadoras de Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR) como grupo prioritário. A PRR é uma doença causada pelo HPV (principalmente tipos 6 e 11) que gera verrugas nas vias aéreas. Embora a vacina seja preventiva, estudos indicam que ela pode auxiliar no manejo desses pacientes, reduzindo a frequência de recidivas e intervenções cirúrgicas. Importante ressaltar que, para grupos imunossuprimidos e condições específicas, o esquema vacinal pode ainda seguir protocolos de múltiplas doses, mas a inclusão como grupo prioritário é verdadeira.

Conclusão: Como todas as afirmativas descrevem corretamente as diretrizes da Nota Técnica nº 41/2024, a alternativa correta é a letra (e).

Questão 75

A questão apresenta uma paciente com queixa de fluxo menstrual intenso (menorragia), levando a um quadro de anemia ferropriva (Hb 10 g/dL e Ht 33%), associada à dificuldade de adesão a métodos de uso diário. Diante desse cenário, a indicação de um método anticoncepcional de longa duração (LARC) que reduza o fluxo menstrual é a conduta mais adequada. O enunciado foca na base farmacológica do implante hormonal subdermal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O dienogest é um progestágeno muito utilizado em pílulas orais combinadas ou isoladas, especialmente indicado para o tratamento da dor associada à endometriose. Não existe na forma de implante subdermal.

b) Incorreta. O desogestrel é amplamente utilizado em pílulas de progestágeno

isolado (pílula da amamentação ou de uso contínuo). Embora seja o precursor do etonogestrel, não é ele quem compõe o dispositivo do implante.

c) Incorreta. A norelgestromina é o progestágeno utilizado em adesivos transdérmicos contraceptivos, não em implantes.

d) Incorreta. O levonorgestrel é utilizado em diversos métodos, como pílulas orais, pílula de emergência e, principalmente, no sistema intrauterino (SIU-LNG). Embora existam implantes de levonorgestrel (como o Jadelle, de duas hastes), eles não são o padrão comercializado ou cobrado na maioria das provas no Brasil quando se fala em "implante hormonal" de haste única.

e) Correta. O etonogestrel é o princípio ativo do implante subdermal de haste única disponível comercialmente (Implanon). Ele é um metabólito ativo do desogestrel e atua inibindo a ovulação e alterando o muco cervical. É uma excelente opção para pacientes com fluxo intenso e anemia, pois frequentemente leva à amenorreia ou redução significativa do sangramento, além de ser o método com maior eficácia contraceptiva disponível atualmente (índice de Pearl de 0,05).

Portanto, para o caso de um implante hormonal subdermal de longa duração, a substância correta é o etonogestrel.

Questão 76

A questão descreve um quadro clássico de nódulo mamário benigno em uma paciente jovem, com características clínicas muito específicas que direcionam o diagnóstico.

Análise do quadro clínico:

A paciente tem 25 anos, o que situa o caso em uma faixa etária na qual as patologias benignas são extremamente prevalentes. As características descritas no exame físico — nódulo de 2 cm, bem delimitado, móvel, indolor e de consistência fibroelástica — compõem a descrição "de livro" do fibroadenoma.

Explicação das alternativas:

a) Papiloma intraductal: Incorreta. O papiloma é uma lesão benigna que geralmente se manifesta por fluxo papilar espontâneo, serossanguinolento ou hemorrágico (uniductal e unipóric). Quando palpável, costuma ser pequeno e localizar-se na região retroareolar, não apresentando a característica fibroelástica e lobulada descrita.

b) Fibroadenoma: Correta. É o tumor benigno mais comum da mama em mulheres jovens (geralmente entre 15 e 35 anos). Suas principais características são a mobilidade, a consistência fibroelástica e os limites nítidos. O crescimento costuma ser lento e estabilizar em torno de 2 a 3 cm, exatamente como relatado no caso.

c) Hamartoma: Incorreta. É uma lesão benigna rara composta por uma mistura desordenada de tecidos mamários (gordura, tecido fibroso e glandular). Embora possa ser móvel e indolor, sua consistência costuma ser mais macia ou variável, e não tipicamente fibroelástica como o fibroadenoma.

d) Lipoma: Incorreta. O lipoma é um tumor benigno de tecido adiposo. Ao exame físico, apresenta consistência amolecida (gelatinosa) e não fibroelástica. É menos comum em pacientes tão jovens quanto 25 anos em comparação ao fibroadenoma.

e) Tumor filodes: Incorreta. O tumor filodes guarda semelhanças com o fibroadenoma, mas sua principal marca é o crescimento rápido e a tendência a atingir grandes volumes em pouco tempo. Além disso, costuma ocorrer em faixas etárias um pouco mais avançadas (acima dos 35-40 anos). O fato de o nódulo da paciente medir 2 cm após um ano de evolução fala contra a agressividade de crescimento do filodes.

Questão 77

O resultado citopatológico ASC-H (Atipias em Células Escamosas que não permitem excluir Lesão Intraepitelial de Alto Grau) indica que, embora as alterações não sejam conclusivas para uma lesão de alto grau, há uma alta probabilidade de que uma lesão precursora importante esteja presente. Diferentemente do ASC-US, no qual a conduta depende da idade da paciente, o achado de ASC-H exige uma investigação imediata em qualquer faixa etária.

Alternativa a) Incorreta. A repetição da citologia em 12 meses é a conduta preconizada para mulheres com 30 anos ou mais que apresentem resultado de ASC-US (Atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas). No caso do ASC-H, o risco de lesão de alto grau é significativamente maior, o que torna a espera perigosa e inadequada.

Alternativa b) Incorreta. A repetição em 6 meses é indicada para pacientes com menos de 30 anos que apresentem ASC-US ou para mulheres a partir de 25 anos com LSIL (Lesão Intraepitelial de Baixo Grau). Assim como na alternativa anterior, essa conduta não se aplica ao ASC-H devido ao risco iminente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de graus II ou III.

Alternativa c) Correta. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016), toda paciente com resultado citológico de ASC-H deve ser encaminhada diretamente para a colposcopia. O objetivo é visualizar o colo uterino com auxílio de lentes de aumento e reagentes (ácido acético e Schiller) para identificar áreas suspeitas e realizar biópsias, se necessário, confirmando ou descartando uma lesão de alto grau.

Alternativa d) Incorreta. A conização é um procedimento excisional (terapêutico ou diagnóstico) realizado quando há confirmação de lesão de alto grau na biópsia, quando a colposcopia é insatisfatória com suspeita de lesão ou quando há discordância entre citologia e colposcopia/biópsia. Não é uma conduta inicial baseada apenas no exame de Papanicolaou.

Alternativa e) Incorreta. A histerectomia é uma cirurgia de grande porte e não faz parte do fluxograma de investigação de alterações citológicas no rastreamento. O tratamento do câncer de colo ou de suas lesões precursoras segue protocolos específicos que priorizam métodos menos invasivos (como a cirurgia de alta frequência ou conização) antes de considerar uma cirurgia radical.

Questão 78

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descrito aponta diretamente para o diagnóstico de candidíase vulvovaginal. Os elementos-chave para essa conclusão são o prurido intenso (coceira), o ardor genital e a presença de fissuras na vulva, que indicam um processo inflamatório agudo. O sinal patognomônico no exame físico é o conteúdo vaginal branco, em grumos (aspecto de leite coalhado ou nata), que se encontra aderido às paredes da vagina e do colo uterino, que, por sua vez, estão hiperemiados (avermelhados).

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. A candidíase é causada por fungos, sendo a *Candida albicans* o agente mais comum. Na microscopia do conteúdo vaginal (bacterioscopia ou exame a fresco com hidróxido de potássio a 10%), é característica a visualização de elementos fúngicos, especificamente esporos e pseudo-hifas (ou hifas). As pseudo-hifas representam a forma de crescimento invasivo do fungo no tecido vaginal.

Alternativa b) Incorreta. As clue cells (células-alvo ou células-guia) são células epiteliais recobertas por bactérias, típicas da vaginose bacteriana (causada

principalmente pela *Gardnerella vaginalis*). A vaginose bacteriana se manifesta com corrimento fluido, branco-acinzentado e com odor fétido (peixe podre), geralmente sem sinais inflamatórios como prurido ou hiperemia.

Alternativa c) Incorreta. A presença de um protozoário flagelado indicaria o diagnóstico de tricomoníase (causada pelo *Trichomonas vaginalis*). Clinicamente, a tricomoníase apresenta um corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso e com odor desagradável, acompanhado de um colo uterino com aspecto de framboesa (colpite macular).

Alternativa d) Incorreta. Os coilócitos são células que apresentam alterações citoplasmáticas e nucleares específicas decorrentes da infecção pelo HPV (papilomavírus humano). Esse achado é comum em exames citopatológicos (Papanicolau) e biópsias, mas não está relacionado a quadros de vaginite exsudativa como o descrito.

Alternativa e) Incorreta. As células de Tzanck são células gigantes multinucleadas observadas no teste de Tzanck, utilizado para o diagnóstico de infecções por vírus da família Herpesviridae (como herpes simplex ou varicela-zoster). O herpes genital manifesta-se tipicamente através de vesículas que evoluem para úlceras dolorosas, e não por corrimento grumoso aderido.

Questão 79

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), caracterizado por dor pélvica, secreção endocervical amarelada (mucopurulenta) e dor à mobilização do colo uterino e anexos. Diante desse diagnóstico, o protocolo brasileiro (PCDT IST 2022) estabelece que o tratamento deve ser imediato e de amplo espectro para cobrir os principais agentes: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e bactérias anaeróbias.

Análise das Alternativas:

a) Doxiciclina: Está correta e é fundamental no esquema terapêutico. Sua função principal é a cobertura de *Chlamydia trachomatis*. No protocolo ambulatorial e hospitalar, é utilizada por 14 dias.

b) Metronidazol: Está correta. O protocolo atual do Ministério da Saúde (PCDT 2022) recomenda a inclusão sistemática do metronidazol no esquema para DIP para garantir cobertura contra germes anaeróbios, o que melhora as taxas de cura e

previne complicações a longo prazo.

c) Ceftriaxona: Está correta. É o antibiótico de escolha para a cobertura da *Neisseria gonorrhoeae*. Devido aos altos índices de resistência do gonococo a outros fármacos, a ceftriaxona (cefalosporina de terceira geração) é a base do tratamento.

d) Clindamicina: Está correta. A clindamicina é uma medicação prevista nos protocolos de tratamento hospitalar (Esquema B), geralmente associada à gentamicina. É especialmente útil em casos de DIP grave ou quando há presença de abscesso tubo-ovariano, devido à sua excelente cobertura contra anaeróbios e Gram-positivos.

e) Ciprofloxacino: Esta medicação NÃO é adequada e é o gabarito da questão. Embora as quinolonas tenham sido muito utilizadas no passado para o tratamento da DIP, elas não são mais recomendadas como terapia de primeira linha. Isso ocorre devido ao aumento significativo da resistência bacteriana da *Neisseria gonorrhoeae* ao ciprofloxacino no Brasil. Portanto, o PCDT/IST/2022 contraindica seu uso rotineiro para essa patologia.

Conclusão:

O tratamento ambulatorial padrão recomendado pelo Ministério da Saúde consiste na combinação de: Ceftriaxona 500 mg (IM, dose única) + Doxiciclina 100 mg (VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias) + Metronidazol 400 a 500 mg (VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias). O ciprofloxacino deve ser evitado.

Questão 80

Para compreender a patologia ovariana, é fundamental dominar a classificação histogenética, que agrupa as neoplasias de acordo com o tipo celular de origem.

Alternativa (a) - Correta: Esta é a classificação clássica das neoplasias ovarianas proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os tumores são divididos conforme a linhagem celular que lhes dá origem: epiteliais (derivados do epitélio superficial ou de revestimento), germinativos (derivados das células germinativas primordiais), do estroma e cordão sexual (derivados das células que sustentam e nutrem os oócitos ou produzem hormônios) e metastáticos (quando o ovário é acometido por células malignas provenientes de outros sítios, como o trato gastrointestinal ou a mama).

Alternativa (b) - Incorreta: Embora os tumores epiteliais representem, de fato, a grande maioria das neoplasias malignas do ovário (cerca de 90% em mulheres

adultas), o subtipo histológico mais comum é o carcinoma seroso, e não o endometriode. O carcinoma seroso de alto grau é o tipo predominante e o que apresenta maior relevância clínica e epidemiológica.

Alternativa (c) - Incorreta: O tumor de Brenner é uma neoplasia rara, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores ovarianos, e a vasta maioria é de comportamento benigno. Histologicamente, ele é composto por células de transição semelhantes às do sistema urinário (urotélío), não sendo classificado como um tumor epitelial misto indiferenciado.

Alternativa (d) - Incorreta: No grupo dos tumores de células germinativas malignos, o tipo histológico mais frequente é o disgerminoma, que é o equivalente feminino do seminoma testicular. O carcinoma embrionário é um tumor germinativo raro e extremamente agressivo, ocorrendo geralmente em idades muito precoces.

Alternativa (e) - Incorreta: Os tumores metastáticos para o ovário representam geralmente entre 5% e 10% das neoplasias malignas ovarianas. Uma característica semiológica e radiológica fundamental desses tumores é que eles tendem a ser bilaterais em mais de 75% dos casos (como ocorre no clássico tumor de Krukenberg, de origem gástrica), e não unilaterais.

Questão 81

A questão aborda as regras e o funcionamento do Programa Mais Médicos (PMMB), especificamente em sua retomada e atualizações para o ano de 2024. O programa é uma estratégia federal para reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS.

Alternativa A (Incorreta): Os médicos participantes do programa não possuem vínculo empregatício com o município e, portanto, não são admitidos em planos de carreira municipais. A natureza jurídica da participação é a de bolsista em um projeto de aperfeiçoamento e extensão, regido por normas federais, e não pela CLT ou por estatutos de servidores locais.

Alternativa B (Incorreta): O programa não se limita a municípios com menos de 100.000 habitantes. Embora priorize áreas de maior vulnerabilidade social e distritos sanitários especiais indígenas, ele contempla capitais, regiões metropolitanas e municípios de grande porte que possuam áreas periféricas com dificuldade de fixação de profissionais.

Alternativa C (Incorreta): A carga horária semanal estabelecida pelo programa é de 40 horas, e não 60 horas. Dessas 40 horas, 32 horas são dedicadas a atividades

assistenciais práticas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e 8 horas são reservadas para atividades teóricas de aperfeiçoamento (estudo e supervisão acadêmica).

Alternativa D (Incorreta): O Ministério da Defesa pode prestar apoio logístico em áreas remotas ou de fronteira, mas a gestão, o pagamento da bolsa-formação e a supervisão acadêmica são de responsabilidade conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

Alternativa E (Correta): Esta alternativa descreve exatamente o modelo de contrapartida financeira do programa em 2024. A seleção ocorre por processo seletivo público. O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, é responsável pelo pagamento da bolsa-formação (valor bruto atualizado de R\$ 14.058,00). Já a gestão municipal tem a obrigação legal de fornecer ou custear o auxílio-moradia e o auxílio-alimentação para o médico alocado em seu território, garantindo as condições básicas de permanência do profissional.

Questão 82

A questão aborda o fenômeno demográfico conhecido como feminização da velhice, que se torna mais acentuado conforme a idade avança, atingindo seu ápice na população centenária.

Alternativa a) Incorreta. As causas externas, que compreendem acidentes de trânsito e mortes violentas (homicídios), são de fato muito mais prevalentes na população masculina. No entanto, o impacto epidemiológico dessas causas ocorre predominantemente na população jovem e adulta jovem. Embora contribuam para reduzir a expectativa de vida ao nascer do homem, elas não são a principal explicação para a sobrevivência diferencial na fase senil avançada.

Alternativa b) Correta. Esta é a alternativa mais abrangente e tecnicamente correta. A maior longevidade feminina é um fenômeno multifatorial. Do ponto de vista biológico, as mulheres possuem a proteção hormonal do estrogênio sobre o sistema cardiovascular até a menopausa e possuem vantagens genéticas ligadas ao cromossomo X. Do ponto de vista comportamental e social, as mulheres buscam mais precocemente os serviços de saúde, aderem melhor a tratamentos preventivos e, historicamente, estiveram menos expostas a riscos ocupacionais e hábitos nocivos, como o tabagismo e o etilismo pesado, em comparação aos homens. O conjunto desses determinantes explica por que a proporção de mulheres aumenta drasticamente nas faixas etárias mais elevadas.

Alternativa c) Incorreta. É verdade que homens tendem a apresentar infartos e AVCs em idades mais precoces que as mulheres. Entretanto, as doenças cardiovasculares

são a principal causa de morte para ambos os sexos. Esse fator é apenas uma das peças do quebra-cabeça que compõem os múltiplos determinantes citados na alternativa B.

Alternativa d) Incorreta. No cenário da transição epidemiológica atual, as doenças infecciosas (ocupacionais ou não) não figuram como a principal causa de mortalidade ou de redução da longevidade masculina. As doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas têm um peso muito maior.

Alternativa e) Incorreta. Embora o câncer de próstata e o de pulmão sejam importantes na saúde do homem, o câncer de mama, o de colo do útero e o de pulmão também são causas significativas de morbimortalidade feminina. A diferença na incidência e mortalidade por neoplasias isoladamente não justifica a proporção de três mulheres para cada homem na população centenária.

Questão 83

Esta questão aborda os níveis de prevenção em saúde, um tema fundamental na Medicina Preventiva e na Atenção Primária, baseando-se no modelo de Leavell e Clark. O foco é identificar em qual categoria se enquadram as intervenções de segurança domiciliar para um idoso.

Análise das alternativas:

a) Correta. A prevenção primária ocorre no período pré-patogênese, ou seja, antes de a doença ou de o agravo se manifestar, visando remover causas e fatores de risco. Ela se divide em: Promoção da Saúde (medidas gerais) e Proteção Específica (medidas contra um agravo determinado). No caso do Seu Antônio, as orientações de retirar tapetes, usar calçados firmes e instalar piso antiderrapante são ações diretas para evitar um evento específico: a queda e a consequente fratura do colo do fêmur. Portanto, é proteção específica dentro da prevenção primária.

b) Incorreta. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de uma patologia já instalada, muitas vezes em fase assintomática, para evitar sua progressão. Exemplos seriam o rastreamento de osteoporose via densitometria óssea ou exames de rastreamento de câncer. As medidas citadas no enunciado não buscam detectar doenças precocemente, mas evitar que o acidente ocorra.

c) Incorreta. A prevenção terciária visa reduzir a incapacidade, realizar a reabilitação e prevenir complicações de uma doença já estabelecida e sintomática. Se o Seu Antônio já tivesse sofrido a queda e estivesse fazendo fisioterapia para voltar a andar, estaríamos falando de prevenção terciária.

d) Incorreta. A prevenção quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas (sobrediagnóstico e sobretratamento) e na proteção contra novas invasões médicas inapropriadas. O objetivo é evitar a iatrogenia. As orientações de segurança doméstica não envolvem medicalização excessiva ou procedimentos médicos desnecessários.

e) Incorreta. Embora as medidas façam parte da prevenção primária, o termo Promoção da Saúde refere-se a medidas gerais que visam ao bem-estar e ao aumento da resistência do hospedeiro de forma inespecífica (como alimentação adequada, moradia digna e lazer). Quando a medida é direcionada para prevenir um agravo específico (quedas), o termo técnico correto dentro do modelo de Leavell e Clark é Proteção Específica.

Questão 84

O caso clínico descreve um paciente idoso (Seu Desidório, 68 anos) que apresenta polifarmácia (uso de oito medicamentos) e sintomas que sugerem iatrogenia, ou seja, efeitos adversos ou interações causadas pelo próprio tratamento médico. A decisão do médico de suspender medicamentos desnecessários é uma estratégia fundamental na prática clínica atual.

Alternativa a: Incorreta. A prevenção primária é o conjunto de ações realizadas para impedir o surgimento de uma doença, atuando sobre a população saudável ou sobre fatores de risco (exemplos: vacinação, uso de preservativos ou orientação para cessação do tabagismo). A retirada de medicamentos para tratar efeitos colaterais não se enquadra nessa definição.

Alternativa b: Incorreta. A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce e no rastreamento de doenças em fases iniciais ou assintomáticas, visando a um tratamento mais eficaz e à cura (exemplos: realização de mamografia, preventivo do colo do útero ou dosagem de glicemia). O foco da questão é a redução de danos causados pelo excesso de intervenção, não o rastreio.

Alternativa c: Correta. A prevenção quaternária é definida como a detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias, visando a protegê-los de novas invasões médicas e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis. No caso de Seu Desidório, a polifarmácia estava causando danos (náuseas, fraqueza, vertigem). Ao suspender medicamentos (desprescrição), o médico pratica a prevenção quaternária, combatendo a medicalização excessiva e a iatrogenia.

Alternativa d: Incorreta. A prevenção terciária foca na redução de incapacidades e na reabilitação de pacientes com doenças já estabelecidas, visando a melhorar a qualidade de vida e a evitar complicações (exemplos: fisioterapia pós-AVC ou controle rigoroso de pé diabético). Embora a suspensão de drogas possa melhorar a cognição, o conceito de "evitar o excesso de intervenção" pertence à esfera quaternária.

Alternativa e: Incorreta. Pelo mesmo motivo da alternativa anterior, a prevenção terciária não define a ação de retirar medicamentos para evitar danos causados pelo sistema de saúde. Embora evitar quedas seja um benefício clínico da desprescrição em idosos, a classificação correta da estratégia de vigilância contra o excesso de medicação é a prevenção quaternária.

Questão 85

Análise do Caso:

A paciente Dona Alice, de 60 anos, apresenta níveis pressóricos de 165/100 mmHg em uma consulta de rotina. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, esses valores a classificam como portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Estágio 2. O manejo dessa patologia crônica e a coordenação do cuidado são funções primordiais da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Alternativa (a): Correta. A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição que deve ser manejada prioritariamente na Atenção Primária. O Programa Hiperdia é o sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele permite o acompanhamento longitudinal pela equipe de saúde da família, garantindo o controle dos níveis tensionais, a oferta de medicamentos e a prevenção de complicações cardiovasculares na própria unidade onde a paciente reside e é cadastrada.

Alternativa (b): Incorreta. O encaminhamento para a atenção secundária (especialistas em ambulatórios estaduais) é reservado para casos complexos, como hipertensão resistente (não controlada com três ou mais fármacos), suspeita de hipertensão secundária (causada por outras doenças), crianças e adolescentes com HAS, ou casos com lesões graves em órgãos-alvo que exijam propedêutica de maior densidade tecnológica. O caso de Dona Alice, a princípio, deve ser manejado na unidade básica.

Alternativa (c): Incorreta. O Programa de Assistência Domiciliar (como o Melhor em

Casa) é voltado para pacientes que possuem problemas de saúde controlados, mas que apresentam dificuldades de locomoção, estão acamados ou necessitam de cuidados que podem ser realizados em domicílio para evitar hospitalizações. Como Dona Alice compareceu à unidade para uma consulta de rotina, ela não apresenta critérios de restrição ao domicílio que justifiquem essa modalidade de atendimento.

Alternativa (d): Incorreta. As Equipes Multidisciplinares (eMulti), substitutas do antigo NASF, têm como função o apoio matricial às equipes de Saúde da Família. Embora profissionais da eMulti (como nutricionistas ou profissionais de educação física) possam atuar conjuntamente no cuidado da paciente para mudanças de estilo de vida, a responsabilidade principal pelo acompanhamento e tratamento da hipertensão permanece com a equipe de referência da ESF, e não por meio de um "referenciamento" exclusivo à eMulti.

Alternativa (e): Incorreta. Níveis de 165/100 mmHg em uma paciente assintomática em consulta de rotina não configuram uma emergência ou urgência hipertensiva. Emergências hipertensivas exigem redução imediata da pressão por haver risco iminente de morte ou lesão aguda de órgão-alvo (como infarto ou AVC), o que não é o caso. Encaminhar para a UPA seria uma conduta inadequada que sobrecarregaria o sistema de urgência sem benefício clínico para a paciente, cujo controle deve ser ambulatorial e gradual. Além disso, o encaminhamento subsequente para nível secundário não é a conduta padrão após a estabilização.

Questão 86

A Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são modalidades de organização da Atenção Básica criadas para atender populações que vivem em áreas de difícil acesso geográfico, onde o deslocamento ocorre predominantemente por rios. O entendimento desta questão baseia-se na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Alternativa a: Incorreta. Embora a bacia do rio Amazonas seja o foco principal devido à sua extensão e isolamento de comunidades, a bacia do rio São Francisco não está incluída no escopo normativo federal que define os critérios de implantação e incentivos financeiros específicos para a ESFR.

Alternativa b: Incorreta. A estratégia não é aplicada a todos os rios do Brasil. Ela é uma política direcionada para regiões com vazios assistenciais críticos e barreiras geográficas extremas, sendo restrita a recortes territoriais específicos definidos pelo Ministério da Saúde.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa descreve a estrutura de um navio-hospital ou

unidade de saúde de alta complexidade. A ESFR foca na Atenção Primária. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais devem possuir, obrigatoriamente, consultório médico, de enfermagem e odontológico, além de espaço para vacinação e farmácia. Centro cirúrgico e centros de diagnóstico por imagem complexos não fazem parte da estrutura padrão da Atenção Básica.

Alternativa d: Correta. De acordo com a PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/2017), as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais são destinadas especificamente para o atendimento das populações residentes em áreas de difícil acesso na Amazônia Legal e no Pantanal Sul-Matogrossense. Essas regiões possuem particularidades que justificam um financiamento e uma logística diferenciados.

Alternativa e: Incorreta. A principal função da ESFR não é o atendimento de urgência ou apenas o transporte de pacientes. Como parte da Estratégia de Saúde da Família, sua missão é garantir a atenção integral, longitudinal e preventiva. Embora possa realizar primeiros atendimentos e estabilização, o foco é o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de doenças crônicas e a promoção da saúde na própria comunidade.

Questão 87

Alternativa a: Correta. A longitudinalidade do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Ela se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe ou profissional, permitindo a criação de um vínculo de confiança e um conhecimento profundo do histórico de saúde do indivíduo e de sua família. Quando um médico deixa a equipe, há uma ruptura nessa continuidade, exigindo que o paciente estabeleça um novo vínculo com outro profissional, o que prejudica a eficácia do acompanhamento a longo prazo.

Alternativa b: Incorreta. A integralidade diz respeito à visão do indivíduo como um todo, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, além de garantir o acesso a todos os níveis de assistência. Embora a Estratégia Saúde da Família tenha o objetivo de ser resolutiva em cerca de 80 a 85% dos problemas de saúde da população, esse conceito não se limita à figura do médico sozinho, mas sim à capacidade do serviço e da equipe multidisciplinar em oferecer um cuidado abrangente.

Alternativa c: Incorreta. Na Estratégia Saúde da Família, o trabalho é fundamentado na interdisciplinaridade e na colaboração entre os membros da equipe. Não existe uma hierarquia rígida de comando exercida pelo médico sobre os outros profissionais; o foco é a gestão compartilhada do cuidado. Portanto, o pedido de

demissão não fere uma suposta hierarquia de comando, mas sim a estabilidade da equipe.

Alternativa d: Incorreta. A regionalização é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa descentralizar os serviços e organizá-los em regiões de saúde para otimizar o acesso e os recursos. A necessidade de contratar um novo profissional, mesmo que venha de outro município, é um problema de gestão de recursos humanos e não invalida a organização regional do sistema de saúde.

Alternativa e: Incorreta. A hierarquização refere-se à organização do sistema de saúde em níveis de complexidade crescente (primária, secundária e terciária). A saída do médico não altera a estrutura hierárquica do SUS e nem transfere o comando da equipe para o enfermeiro em termos de hierarquia de sistema; as atribuições de cada profissional são definidas por lei e pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Questão 88

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda a estratégia de introdução da vacina contra a dengue (Qdenga) no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2024. Devido à capacidade limitada de produção e fornecimento por parte do fabricante, o Ministério da Saúde precisou estabelecer critérios de priorização para o estágio inicial da campanha.

Alternativa A (Incorreta): A vacinação não abrange toda a população adulta neste momento inicial. A estratégia é focada em grupos específicos devido à disponibilidade limitada de doses.

Alternativa B (Incorreta): A vacinação não é restrita a crianças de até 10 anos. O público-alvo inicial definido para 2024 compreende a faixa etária de 10 a 14 anos, que concentra o maior número de hospitalizações por dengue dentro da população pediátrica.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve exatamente a estratégia adotada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Foram selecionados municípios de grande porte (população igual ou superior a 100 mil habitantes) com alta transmissão de dengue nos últimos dez anos e predominância do sorotipo DENV-2. Dentro desses municípios, o foco inicial é a faixa etária de 10 a 14 anos.

Alternativa D (Incorreta): A vacinação é considerada uma ferramenta complementar e não substitui as ações de controle do vetor (**Aedes aegypti**). O combate aos focos

do mosquito permanece essencial, pois ele também é transmissor de outras doenças, como zika e chikungunya, para as quais não há vacina disponível no SUS.

Alternativa E (Incorreta): O esquema vacinal da vacina Qdenga, utilizada no SUS, consiste em apenas duas doses, administradas com um intervalo de três meses entre elas (esquema 0 e 3 meses). A afirmação de que são necessárias três doses está tecnicamente errada para o imunizante atual.

GABARITO: Letra (C)

Questão 89

Para entender essa questão, devemos aplicar o modelo de História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark, que divide as ações de saúde em níveis de prevenção.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A prevenção terciária foca na reabilitação de indivíduos que já sofreram as sequelas de uma doença ou agravamento, visando reduzir incapacidades e reintegrar o paciente à sociedade. O uso de equipamentos de proteção visa evitar que o problema ocorra, não reabilitar.

Alternativa (b) Incorreta. A Vigilância Epidemiológica atua no controle de doenças transmissíveis e agravos na população, por meio de notificação e investigação. Quem fiscaliza as normas de higiene e manipulação de alimentos é a Vigilância Sanitária. Além disso, o fornecimento desses equipamentos é responsabilidade do estabelecimento ou do próprio profissional, não um insumo distribuído rotineiramente pelo órgão público para este fim.

Alternativa (c) Correta. A prevenção primária ocorre no período de pré-patogênese, ou seja, antes de a doença se instalar. Ela se divide em: Promoção da Saúde (medidas gerais como saneamento e educação) e Proteção Específica. O uso de avental, touca, luvas e máscaras por uma cozinheira é uma medida de Proteção Específica, pois visa prevenir riscos bem determinados, como a contaminação microbiológica dos alimentos e, conseqüentemente, a transmissão de doenças de origem alimentar.

Alternativa (d) Incorreta. De acordo com as normas da ANVISA (como a RDC 216/2004), o uso de vestuário adequado, proteção para o cabelo e cuidados rigorosos com a higiene das mãos são obrigatórios para manipuladores de alimentos, visando à segurança sanitária.

Alternativa (e) Incorreta. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de doenças já existentes (como rastreamentos e exames de rotina), além da limitação da invalidez. A promoção da saúde é um dos pilares da prevenção primária, e não secundária.

Resumo: As atitudes de Dona Raimunda visam interceptar as causas de possíveis doenças antes que elas atinjam os consumidores, o que caracteriza a Proteção Específica dentro do nível de Prevenção Primária.

Questão 90

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico de Seu Pedro (tosse, febre, estertores crepitantes e abolição de murmúrio vesicular na base direita) é altamente sugestivo de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). A abolição do murmúrio vesicular pode indicar consolidação ou um pequeno derrame pleural parapneumônico associado. Para definir a conduta, o médico deve avaliar a gravidade do quadro, geralmente utilizando escores como o CURB-65 ou o CRB-65 (que avalia Confusão mental, Ureia, Frequência Respiratória, Pressão arterial e Idade).

Como o paciente tem 34 anos (abaixo de 65 anos) e não apresenta sinais descritos de instabilidade hemodinâmica, alteração do nível de consciência ou desconforto respiratório grave, ele se enquadra em um grupo de baixo risco.

Alternativa a) Incorreta. A internação hospitalar não é necessária para pacientes jovens, sem comorbidades relatadas e sem sinais de gravidade nos critérios de CURB-65 ou CRB-65. O tratamento ambulatorial é seguro e preferível nesses casos para evitar infecções hospitalares.

Alternativa b) Correta. O tratamento de escolha para um paciente com pneumonia de baixo risco é a antibioticoterapia ambulatorial (em residência). A combinação de amoxicilina com clavulanato é uma opção terapêutica robusta que cobre os principais agentes etiológicos da PAC, como o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), inclusive cepas produtoras de beta-lactamase, sendo adequada para o manejo na Atenção Primária.

Alternativa c) Incorreta. A pneumonia é uma condição aguda que deve ser manejada prontamente pelo médico generalista ou de família. O encaminhamento para o nível secundário (especialista em pneumologia) é reservado para casos de pneumonia de repetição, falta de resposta ao tratamento convencional ou necessidade de

investigação de doenças pulmonares crônicas subjacentes.

Alternativa d) Incorreta. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) devem ser utilizadas para casos de urgência e emergência onde o paciente necessite de estabilização, oxigenioterapia ou exames de imagem imediatos por suspeita de complicações. O caso descrito pode ser perfeitamente resolvido na Unidade Básica de Saúde com prescrição e orientações.

Alternativa e) Incorreta. A permanência em observação por 8 horas não é o protocolo padrão para pneumonia estável. A conduta correta envolve o início imediato da primeira dose do antibiótico (se disponível na unidade) e a liberação do paciente com orientações claras sobre sinais de piora (como falta de ar e febre persistente) e retorno para reavaliação.

Questão 91

Em abril de 2024, o Ministério da Saúde do Brasil implementou uma mudança histórica no Programa Nacional de Imunizações (PNI), adotando a estratégia de dose única para a vacina contra o HPV. Essa decisão seguiu recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa aumentar a adesão e a cobertura vacinal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A faixa etária para a vacinação de rotina contra o HPV no Brasil começa aos 9 anos e vai até os 14 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias). Não há recomendação para crianças de 4 anos no calendário geral.

Alternativa (b) Incorreta. A vacina é universal para ambos os sexos. Os meninos foram incluídos gradualmente no calendário nacional a partir de 2017, pois a vacinação masculina ajuda na redução indireta do câncer do colo do útero (imunidade de rebanho) e na prevenção direta de cânceres de pênis, ânus e orofaringe, além de verrugas genitais.

Alternativa (c) Incorreta. O foco prioritário da vacinação é a população pré-púbere e os adolescentes, preferencialmente antes do início da vida sexual, momento em que a vacina atinge sua eficácia máxima por não ter havido exposição prévia aos tipos de HPV contidos no imunizante.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve a atualização de 2024. O esquema passou a ser de dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos. Além disso, o PNI mantém a indicação para grupos prioritários, que incluem pessoas com

imunocomprometimento (como pessoas vivendo com HIV/aids, transplantados e pacientes oncológicos) na faixa etária de 9 a 45 anos, e vítimas de violência sexual. É importante notar que, para os imunocomprometidos, o esquema permanece em três doses, mas a alternativa está correta ao listar esses grupos como beneficiários do programa.

Alternativa (e) Incorreta. Até março de 2024, o esquema era de duas doses com intervalo de seis meses. Com a nova diretriz, o esquema de duas doses foi descontinuado para o público geral de 9 a 14 anos, sendo substituído pela dose única.

Questão 92

A questão aborda o conceito de Transição Epidemiológica no Brasil. Esse processo reflete as mudanças nos padrões de saúde e doença da população ao longo das últimas décadas, sendo um tema recorrente em provas de Saúde Coletiva e Medicina Preventiva.

Alternativa a: Está incorreta, pois o perfil epidemiológico brasileiro é marcado por transformações intensas e constantes. Não se pode afirmar que o cenário está sem variações, uma vez que a transição demográfica (envelhecimento da população) e as mudanças no estilo de vida alteram continuamente os indicadores de saúde.

Alternativa b: Está incorreta porque inverte a tendência observada no país. O que se observa é a queda do protagonismo das doenças infecciosas como causa de morte e o aumento progressivo das doenças crônicas.

Alternativa c: Está incorreta. Embora o Brasil viva um cenário de tripla carga de doença (onde persistem doenças infectocontagiosas, crescem as crônicas e aumentam as causas externas), o movimento histórico e proporcional das doenças infecciosas é de redução quando comparado ao século XX, graças a medidas de saúde pública como vacinação e saneamento.

Alternativa d: Está incorreta. As doenças crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes, não estão em declínio. Pelo contrário, elas representam hoje a principal causa de morbimortalidade e de anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil.

Alternativa e: Está correta. A alternativa descreve o fenômeno da Transição Epidemiológica. No Brasil, houve uma queda acentuada na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias devido ao controle de epidemias, expansão da imunização e melhorias terapêuticas. Simultaneamente, o envelhecimento populacional e a

maior exposição a fatores de risco (dieta inadequada, tabagismo e sedentarismo) levaram a uma ascensão das doenças crônico-degenerativas, que atualmente dominam o perfil de saúde da população brasileira.

Questão 93

A questão aborda a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no cuidado aos pacientes com transtornos mentais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A equipe mínima da Estratégia Saúde da Família é composta por médico (geralmente generalista ou médico de Família e Comunidade), enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O psiquiatra não faz parte da equipe mínima da ESF; ele atua na Atenção Secundária (Ambulatórios de Especialidades ou CAPS) ou em equipes de apoio, como o eMulti.

b) Incorreta. Embora o eMulti (antigo NASF) ofereça suporte às equipes de Saúde da Família, ele trabalha preferencialmente por meio do matriciamento. O matriciamento não é um simples encaminhamento (referência), mas sim uma construção compartilhada do cuidado entre a equipe de referência (ESF) e a equipe de apoio (eMulti), visando aumentar a resolutividade na própria Atenção Primária.

c) Correta. A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado no SUS. O médico da Saúde da Família é capacitado para realizar o diagnóstico e o manejo inicial dos transtornos mentais mais comuns (como depressão e ansiedade leve a moderada). Casos de maior complexidade, refratários ou que exijam cuidados específicos são referenciados para a Atenção Secundária, que inclui os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e ambulatórios especializados.

d) Incorreta. Um dos princípios fundamentais da ESF é a territorialização e o cadastramento da população adstrita. Pacientes com transtornos mentais devem ser obrigatoriamente cadastrados e vinculados à sua unidade de referência para que recebam acompanhamento longitudinal e cuidado integral, evitando a exclusão social.

e) Incorreta. Esta alternativa descreve um modelo asilar e centrado na urgência, que é oposto à Reforma Psiquiátrica Brasileira. A UPA deve ser utilizada apenas em crises agudas e urgências. O modelo atual preconiza o cuidado em liberdade e na comunidade, priorizando a rede extra-hospitalar (APS e CAPS) e reservando a internação hospitalar apenas para situações específicas e de curto prazo, quando os

recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Questão 94

Alternativa a) INCORRETA. A vacina contra febre amarela faz parte do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde. Desde 2020, a recomendação de vacinação foi ampliada para todo o território nacional, deixando de existir áreas sem recomendação de vacina (ACRV).

Alternativa b) INCORRETA. Embora o prazo de 10 dias para conferir imunidade em indivíduos nunca vacinados esteja correto, a vacina não é exclusividade da rede hospitalar estadual. Ela é disponibilizada rotineiramente na rede de Atenção Primária à Saúde, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Alternativa c) INCORRETA. Segundo as normas atuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos que já completaram o esquema vacinal (uma dose após os 5 anos de idade ou o esquema completo na infância) não necessitam de doses adicionais ou reforços para viagens, independentemente do tempo decorrido. A vacina é considerada protetora por toda a vida.

Alternativa d) CORRETA. O Ministério da Saúde adotou a recomendação da OMS de dose única para a vacina contra febre amarela para a população a partir dos 5 anos de idade. No calendário infantil, o esquema consiste em uma dose aos 9 meses e um reforço aos 4 anos de idade. No entanto, para fins de concursos e diretrizes gerais de certificação internacional, a estratégia de "dose única" para conferir imunidade ao longo da vida é a norma vigente. Para adultos que nunca foram vacinados, a dose única é o padrão.

Alternativa e) INCORRETA. Não existe transmissão direta de febre amarela entre macacos e humanos. A doença é uma arbovirose, o que significa que exige obrigatoriamente um vetor (mosquito) para a transmissão do vírus. Os macacos servem como sentinelas; sua morte (epizootia) indica que o vírus está circulando naquela região por meio de mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* no ciclo silvestre. Sem o vetor, não há contágio. Além disso, a presença de epizootias indica a necessidade de vacinar quem ainda não é vacinado, e não necessariamente um reforço para quem já possui o esquema completo.

Questão 95

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark, que dividem as ações de saúde conforme a história natural da doença:

1. **PREVENÇÃO PRIMÁRIA:** Ocorre no período pré-patogênico (antes de a doença se instalar). O foco é a promoção da saúde e a proteção específica. Exemplos: vacinação, uso de preservativos, saneamento básico e educação em saúde.
2. **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ocorre quando a doença já está presente, mas em estágio inicial ou clínico. O foco é o diagnóstico precoce, o rastreamento (screening) e o tratamento imediato para evitar a progressão ou sequelas. Exemplos: mamografia, preventivo (PCCU), exames de rotina e tratamentos curativos.
3. **PREVENÇÃO TERCIÁRIA:** Ocorre quando a doença já deixou sequelas ou incapacidades. O foco é a limitação do dano e a reabilitação funcional para que o indivíduo recupere sua autonomia. Exemplos: fisioterapia, próteses, órteses e cirurgias de reconstrução.

Análise das alternativas:

- a) **INCORRETA.** O saneamento básico é prevenção primária. No entanto, a fluoretação da água também é considerada prevenção primária (proteção específica contra a cárie), o que invalida a sequência de "secundária" solicitada pelo enunciado. A readaptação funcional é terciária.
- b) **INCORRETA.** O autoexame da mama é uma estratégia de detecção precoce; logo, é prevenção secundária. A sequência já começa incorretamente, pois o primeiro item deveria ser primário. A colestectomia é tratamento (secundário) e a órtese é reabilitação (terciária).
- c) **CORRETA.** A vacinação amarílica (contra febre amarela) é uma proteção específica, portanto, Prevenção Primária. A ureterolitotripsia endoscópica é o tratamento de um cálculo renal já existente para evitar complicações maiores, classificando-se como Prevenção Secundária. A prótese de quadril visa recuperar a função motora de um paciente com sequela articular, sendo Prevenção Terciária.
- d) **INCORRETA.** O PCCU (rastreamento de câncer de colo do útero) é prevenção secundária. A sequência está invertida, pois o PCCU deveria ser o segundo item. A promoção do envelhecimento saudável e o piso sem obstáculos (prevenção de quedas) são ações primárias.

e) INCORRETA. A mamografia é prevenção secundária (rastreamento). A prevenção de quedas em idosos é prevenção primária (evita o evento traumático). A sequência não atende ao que foi solicitado no enunciado.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 96

A explicação para esta questão baseia-se nas recentes atualizações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde do Brasil a respeito da vacinação contra a poliomielite em 2024.

Alternativa a: Incorreta. O esquema primário de vacinação contra a poliomielite no Brasil é composto por três doses iniciais (administradas aos 2, 4 e 6 meses de idade) e não por uma dose única.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve o cenário de transição atual do PNI. Até então, o calendário brasileiro utilizava a VIP (vacina inativada poliomielite, injetável) nas três doses do esquema primário (2, 4 e 6 meses) e duas doses de reforço com a VOPb (vacina oral poliomielite bivalente, a "gotinha") aos 15 meses e aos 4 anos. O Ministério da Saúde publicou diretrizes confirmando que, a partir de novembro de 2024, a VOPb será totalmente descontinuada e substituída pela VIP. Com isso, o novo esquema passará a ser 3 doses de VIP no esquema primário e apenas uma dose de reforço com VIP aos 15 meses, eliminando o segundo reforço que era feito aos 4 anos.

Alternativa c: Incorreta. O esquema básico atual e o futuro exigem três doses de VIP (2, 4 e 6 meses) para garantir a imunidade primária adequada, e não apenas duas doses.

Alternativa d: Incorreta. Embora o futuro esquema utilize apenas a vacina injetável (VIP), a previsão do Ministério da Saúde é de que haja apenas um reforço aos 15 meses de idade, e não dois reforços. Além disso, a alternativa desconsidera que, no momento atual da transição, os reforços ainda são realizados com a VOPb.

Alternativa e: Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica de segurança do PNI. Desde 2016, o Brasil utiliza a VIP (vírus inativado) nas primeiras doses para evitar casos raros de paralisia associada à vacina (VAPP), que podem ocorrer com a administração da VOP (vírus vivo atenuado) em crianças que nunca tiveram contato prévio com o antígeno. Portanto, a VOPb nunca deve preceder a VIP.

Questão 97

A questão apresenta o caso de um jovem de 21 anos que vive em área com saneamento precário, queixando-se de dor epigástrica e apresentando eosinofilia significativa (12%). A associação de dor na parte superior do abdome com aumento de eosinófilos no sangue deve sempre levantar a suspeita clínica de estrogiloidíase (infecção pelo *Strongyloides stercoralis*). O fato de o exame protoparasitológico direto ter sido negativo não exclui o diagnóstico, pois esse método tem baixa sensibilidade para detectar larvas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A giárdia é um protozoário que pode causar dor epigástrica e má absorção, porém protozoários não costumam causar eosinofilia. A eosinofilia é um marcador típico de infecções por helmintos que realizam ciclo tecidual ou têm contato direto com a mucosa e o sistema imunológico.

Alternativa b) Incorreta. O exame da fita gomada (método de Graham) é o padrão-ouro para o diagnóstico de *Enterobius vermicularis* (Oxiúrus), cujas fêmeas depositam ovos na região perianal. Essa parasitose causa tipicamente prurido anal noturno, e não dor epigástrica ou eosinofilia importante.

Alternativa c) Correta. O *Strongyloides stercoralis* é um helminto que vive na mucosa do duodeno e jejuno, podendo simular o quadro de uma úlcera péptica ou gastrite (dor epigástrica). Ele é uma causa clássica de eosinofilia. Como a eliminação de larvas nas fezes é intermitente e em pequena quantidade, os métodos de rotina (como o de Hoffman) costumam falhar. Por isso, são necessários métodos de concentração que se baseiam no hidrotropismo e termotropismo das larvas, como o método de Baermann-Moraes ou de Rugai.

Alternativa d) Incorreta. O câncer gástrico é extremamente raro em pacientes de 21 anos. Além disso, a eosinofilia aponta para uma etiologia parasitária ou alérgica, e não neoplásica maligna de estômago. A investigação de câncer gástrico seria feita por endoscopia digestiva alta, e não apenas por sangue oculto.

Alternativa e) Incorreta. A pesquisa de leucócitos nas fezes é utilizada para identificar processos inflamatórios ou infecciosos invasivos (como colites bacterianas), não sendo o exame indicado para investigação de parasitoses intestinais crônicas com eosinofilia. O Lugol é um corante usado para visualizar cistos de protozoários e ovos de helmintos, mas não é específico para pesquisa de leucócitos e tem baixa eficácia para diagnosticar estrogiloidíase.

Questão 98

Para resolver esta questão, é necessário dominar os conceitos de Prevenção Primária estabelecidos no modelo de História Natural da Doença de Leavell e Clark. A Prevenção Primária divide-se em dois pilares:

1. **Promoção da Saúde:** Compreende medidas gerais e inespecíficas que visam melhorar a saúde e o bem-estar da população, atuando sobre os determinantes sociais (moradia, saneamento, educação, lazer, alimentação adequada). Não se dirigem a uma doença em particular.
2. **Proteção Específica:** Compreende medidas destinadas a prevenir o surgimento de uma doença específica ou um grupo de doenças. O foco aqui é o bloqueio de agentes causais ou o fortalecimento da resistência do hospedeiro contra patógenos determinados.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Obras de saneamento básico são medidas de promoção da saúde, pois melhoram as condições ambientais e de vida de forma ampla. A vacinação contra a dengue é uma medida de proteção específica, pois induz imunidade contra um vírus específico.

Alternativa b) Incorreta. A quimioprofilaxia para meningite é um exemplo de proteção específica. Já o toque prostático é uma medida de prevenção secundária, pois visa o diagnóstico precoce (rastreamento) de uma doença já instalada ou em fase assintomática, não a sua prevenção primária.

Alternativa c) Incorreta. A alternativa inverte a lógica do enunciado. A adição de iodo ao sal é uma medida de proteção específica (prevenção do bócio endêmico). As políticas públicas de moradia com qualidade enquadram-se na promoção da saúde.

Alternativa d) Incorreta. Também apresenta os conceitos de forma invertida ou misturada. O destino adequado das fezes é uma medida de controle ambiental que atua na proteção específica contra doenças feco-orais, enquanto o incentivo à cultura e entretenimento é uma medida de promoção da saúde.

Alternativa e) Incorreta. O uso de máscaras é uma proteção específica para evitar a inalação de bioaerossóis ou gotículas contendo patógenos. O acesso à água tratada é um determinante de promoção da saúde, mas a sequência não atende à ordem "promoção e proteção" solicitada no comando da questão.

Questão 99

A questão aborda as diretrizes atuais de manejo das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) e a estratégia de descentralização do cuidado para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Alternativa A (Correta): O Ministério da Saúde adota a estratégia de Testar e Tratar. O início da Terapia Antirretroviral (TARV) deve ser o mais precoce possível após o diagnóstico, independentemente da contagem de linfócitos T CD4. O prazo de até 7 dias é recomendado para fortalecer o vínculo do paciente com o serviço de saúde, reduzir o risco de abandono inicial e acelerar a supressão viral, o que beneficia tanto a saúde individual quanto a saúde coletiva ao reduzir a transmissibilidade.

Alternativa B (Incorreta): Embora a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) seja uma política pública consolidada, sua capilaridade ainda é um desafio. Na maioria das capitais, inclusive em Belém, o acesso à PrEP costuma estar concentrado em unidades específicas ou nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE), não estando ainda amplamente disseminada em todas as unidades de saúde de bairros periféricos de forma equânime.

Alternativa C (Incorreta): O perfil epidemiológico brasileiro mostra o oposto. Enquanto o HIV mantém uma tendência de estabilidade ou crescimento em grupos específicos, a sífilis (adquirida, em gestantes e congênita) apresentou um aumento explosivo e preocupante de casos nos últimos anos, sendo considerada uma epidemia ativa no país.

Alternativa D (Incorreta): No manejo da coinfeção Tuberculose-HIV, o tratamento não deve ser iniciado obrigatoriamente de forma concomitante. A recomendação é iniciar primeiro o tratamento da tuberculose e adiar o início da TARV por algumas semanas (geralmente entre 2 a 8 semanas, dependendo dos níveis de CD4). Isso é feito para reduzir o risco da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI) e evitar a somatória de efeitos colaterais graves no início da terapia.

Alternativa E (Incorreta): A descentralização não significa a extinção dos serviços especializados. O modelo preconizado é o de Rede de Atenção à Saúde, onde a APS assume o manejo dos casos clinicamente estáveis e de menor complexidade. Os casos complexos (como falha terapêutica, necessidade de genotipagem, gestantes ou coinfeções graves) devem permanecer sob os cuidados ou consultoria dos SAEs, que também exercem papel de matriciamento para a rede.

Questão 100

Alternativa a: Incorreta. Na rotina da Atenção Primária, o exame inicial prioritário para o diagnóstico de tuberculose é o Teste Rápido Molecular (TRM-TB). A cultura associada ao teste de sensibilidade (TS) não é feita de forma universal para todos os casos novos na rede básica; ela é indicada em situações específicas, como em populações de maior risco (pessoas vivendo com HIV, pessoas em situação de rua, profissionais de saúde), casos de retratamento, suspeita de falência terapêutica ou para confirmação quando o TRM-TB detecta resistência.

Alternativa b: Correta. O Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) revolucionou o diagnóstico na Atenção Primária. Além de identificar o DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis* em cerca de duas horas, ele detecta mutações no gene *rpoB*, que conferem resistência à rifampicina. Como a rifampicina é a droga mais potente do esquema básico (RIPE), saber a sensibilidade a ela logo no diagnóstico permite que o clínico inicie o tratamento com maior segurança ou encaminhe o paciente para esquemas especiais em caso de resistência.

Alternativa c: Incorreta. O Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) evoluiu para esquemas mais curtos visando maior adesão. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda como opções preferenciais o esquema 4R (Rifampicina por 4 meses) ou o 3HP (Isoniazida + Rifapentina em doses semanais por 3 meses), a depender da faixa etária e das condições clínicas. O esquema 9H (Isoniazida por 9 meses), embora ainda possa ser utilizado, deixou de ser a primeira escolha absoluta devido ao longo tempo de tratamento e ao maior risco de toxicidade.

Alternativa d: Incorreta. O esquema PQT-U (Polioquimioterapia Única) foi uma proposta para unificar o tratamento de pacientes paucibacilares (PB) e multibacilares (MB) com o mesmo esquema de 6 meses. No entanto, as diretrizes brasileiras mantêm o tratamento padrão diferenciado: 6 doses em até 9 meses para PB e 12 doses em até 18 meses para MB. Além disso, o PQT-U não é uma estratégia específica para o manejo de resistência à clofazimina.

Alternativa e: Incorreta. A classificação operacional da hanseníase define como paucibacilares (PB) os casos com até 5 lesões de pele, o que geralmente engloba as formas clínicas indeterminada e tuberculoide. Os casos multibacilares (MB) são aqueles com mais de 5 lesões ou baciloscopia positiva, englobando as formas dimorfa (borderline) e virchowiana. A alternativa inverteu as classificações, sugerindo erroneamente que a forma virchowiana seria paucibacilar.