



PSU

GABARITO | 2025 | MG | 75 Questões



Gabarito: PSU

2025 | MG

1 - B	40 - D
2 - B	41 - A
3 - C	42 - A
4 - D	43 - C
5 - A	44 - C
6 - B	45 - D
7 - B	46 - B
8 - B	47 - A
9 - A	48 - B
10 - C	49 - A
11 - B	50 - B
12 - B	51 - D
13 - C	52 - C
14 - A	53 - A
15 - B	54 - C
16 - B	55 - B
17 - A	56 - C
18 - B	57 - B
19 - C	58 - D
20 - B	59 - A
21 - C	60 - A
22 - A	61 - C
23 - B	62 - D
24 - C	63 - B
25 - D	64 - B
26 - A	65 - B
27 - A	66 - D
28 - D	67 - D
29 - D	68 - A
30 - C	69 - B
31 - C	70 - B
32 - C	71 - C
33 - B	72 - A
34 - D	73 - A
35 - D	74 - C
36 - C	75 - A
37 - B	
38 - A	
39 - D	

Comentários e Explicações

Questão 1

Para resolver essa questão, é fundamental realizar a estratificação de risco do tromboembolismo pulmonar (TEP), baseando-se na estabilidade hemodinâmica, nos sinais de disfunção do ventrículo direito (VD) e nos marcadores de lesão miocárdica.

A paciente apresentou um quadro inicial de choque obstrutivo (hipotensão, taquicardia e má perfusão), mas respondeu à reposição volêmica inicial, estabilizando a pressão arterial (PA 104/64 mmHg). No entanto, apresenta exames complementares alterados: a angio-TC confirmou TEP, o ecocardiograma demonstrou disfunção do VD e a troponina está elevada.

Essa combinação (estabilidade hemodinâmica + disfunção do VD + troponina positiva) classifica a paciente como TEP de risco intermediário-alto (ou TEP submassivo).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A alteplase (trombolítico) é indicada para pacientes com TEP de alto risco (TEP massivo), definido por instabilidade hemodinâmica persistente (PA sistólica < 90 mmHg ou necessidade de vasopressores). Como a paciente estabilizou a pressão após a oferta de volume, a conduta inicial deve ser a anticoagulação e o monitoramento rigoroso. A trombólise só seria considerada em caso de deterioração clínica subsequente. Além disso, a paciente está no 2º dia de pós-operatório, o que representa uma contraindicação relativa à trombólise pelo risco de sangramento.

b) Correta. A enoxaparina (heparina de baixo peso molecular) é o tratamento de escolha para o TEP de risco intermediário-alto. O objetivo imediato é impedir a progressão do coágulo e permitir que o sistema fibrinolítico endógeno atue. Em pacientes estáveis hemodinamicamente, a anticoagulação deve ser iniciada prontamente, preferencialmente com heparinas, enquanto se monitora a necessidade de terapias mais agressivas.

c) Incorreta. O filtro de veia cava inferior tem indicações precisas: contraindicação absoluta à anticoagulação (como um sangramento ativo grave) ou falha da anticoagulação (novo episódio de TEP mesmo em vigência de tratamento adequado). Não é o tratamento de escolha para o quadro agudo descrito, uma vez que a anticoagulação não foi contraindicada.

d) Incorreta. A trombectomia mecânica ou embolectomia cirúrgica é reservada para casos de TEP de alto risco (instáveis) em que a trombólise farmacológica é

contraindicada ou falhou. Não se aplica como tratamento imediato de primeira linha para uma paciente que estabilizou hemodinamicamente.

Questão 2

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A questão apresenta uma paciente de 52 anos que evoluiu com um quadro de tromboembolismo pulmonar (TEP) de alto risco no pós-operatório de uma colecistectomia videolaparoscópica. No entanto, o foco da pergunta não é o evento cardiovascular, mas sim a sequela gastrointestinal que surgiu logo após a cirurgia: diarreia crônica (cinco evacuações líquidas ao dia, sem sinais de alarme, predominantemente pós-prandiais). Os exames complementares (colonoscopia, endoscopia, exames laboratoriais e sorologias) estão normais, o que afasta causas inflamatórias, infecciosas ou doença celíaca.

DIAGNÓSTICO:

O quadro é clássico de diarreia induzida por ácidos biliares (ou diarreia colerética), uma complicação que ocorre em cerca de 5% a 15% dos pacientes submetidos a colecistectomia. Sem a vesícula para armazenar e concentrar a bile, há um fluxo contínuo de ácidos biliares para o intestino delgado. Se a capacidade de reabsorção no íleo terminal for ultrapassada, esses ácidos chegam ao cólon, onde estimulam a secreção de água e eletrólitos, além de aumentar a motilidade colônica, resultando em diarreia.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Amitriptilina: Incorreta. É um antidepressivo tricíclico utilizado em baixas doses para o tratamento da Síndrome do Intestino Irritável com predomínio de diarreia (SII-D), devido aos seus efeitos anticolinérgicos que lentificam o trânsito intestinal. Embora pudesse reduzir a frequência evacuatória, não atua na causa fisiopatológica da paciente (excesso de ácidos biliares no cólon).

b) Colestiramina: Correta. É o tratamento de escolha para a diarreia colerética. Trata-se de uma resina de troca que atua como sequestradora de ácidos biliares. Ela se liga aos ácidos biliares no lúmen intestinal, formando um complexo insolúvel que é excretado nas fezes, impedindo que esses ácidos irrite a mucosa do cólon e causem a diarreia. A resposta terapêutica à colestiramina é, inclusive, utilizada como critério diagnóstico-terapêutico.

c) Duspatalina (Mebeverina): Incorreta. É um antiespasmódico musculotrópico indicado principalmente para o alívio de dores e desconfortos abdominais na Síndrome do Intestino Irritável. Não possui ação sobre a secreção induzida por ácidos

biliares.

d) Loperamida: Incorreta. É um agente opioide que reduz a motilidade intestinal (antidiarreico sintomático). Pode ser utilizada como terapia adjuvante em diversos quadros de diarreia, mas para o caso específico de má absorção de ácidos biliares pós-colecistectomia, a colestiramina é superior por tratar diretamente o mecanismo causador do sintoma.

Questão 3

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de migrânea com aura hemiplégica, uma variante rara e grave de enxaqueca caracterizada por fraqueza motora durante a aura. Além disso, possui fatores de risco cardiovascular importantes: hipertensão arterial sistêmica não controlada (152/94 mmHg) e uso de anticoncepcional hormonal combinado (etinilestradiol), o que eleva substancialmente o risco de acidente vascular encefálico (AVE).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O controle da pressão arterial é um dos pilares na prevenção de eventos vasculares cerebrais. A paciente apresenta níveis pressóricos acima da meta (152/94 mmHg), o que configura um fator de risco modificável prioritário. Otimizar a terapia anti-hipertensiva é conduta mandatória.

Alternativa (b) CORRETA: A profilaxia das crises de cefaleia está indicada quando o paciente apresenta duas ou mais crises por mês que limitam as atividades de vida, ou em casos de subtipos específicos e graves, como a migrânea hemiplégica. O objetivo é reduzir a frequência, a intensidade e o risco de complicações neurológicas.

Alternativa (c) INCORRETA (GABARITO): O sumatriptano, assim como outros triptanos e derivados de ergotamina, possui propriedades vasoconstritoras. Seu uso é formalmente contraindicado na migrânea hemiplégica e na migrânea com aura de tronco, devido ao risco teórico de isquemia cerebral durante a fase de aura. Além disso, a hipertensão arterial não controlada é uma contraindicação adicional ao uso de triptanos pelo risco de eventos coronarianos e vasculares.

Alternativa (d) CORRETA: A suspensão de anticoncepcionais que contenham estrogênio (como o etinilestradiol) é obrigatória nesta paciente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o uso de contraceptivos combinados em mulheres com migrânea com aura como Categoria 4 (risco inaceitável à saúde), devido ao

aumento sinérgico e significativo do risco de AVE isquêmico.

CONCLUSÃO

A questão solicita a alternativa errada sobre a prevenção de AVE. O uso de sumatriptano (alternativa C) é a conduta contraindicada neste cenário clínico específico, tornando-a a resposta correta para o enunciado. Em crises de migrânea hemiplégica, o tratamento de resgate deve focar em outras classes, como anti-inflamatórios ou neurolépticos, evitando-se drogas vasoconstritoras.

Questão 4

A paciente apresenta um quadro clínico e radiológico compatível com Síndrome Torácica Aguda (STA). A STA é definida pela presença de um novo infiltrado pulmonar na radiografia (como observado na base do hemitórax direito na imagem fornecida), associado a pelo menos um sinal ou sintoma como febre, dor torácica, taquipneia, dispneia ou hipoxemia. No caso, a paciente apresenta todos esses critérios, além de uma queda importante na hemoglobina basal.

Alternativa (a) Conduta adequada: O tratamento da STA deve sempre incluir antibioticoterapia de amplo espectro. Isso ocorre porque é difícil distinguir entre infarto pulmonar e pneumonia, e a infecção é um gatilho frequente. A recomendação é cobrir germes comuns (com cefalosporina de terceira geração, como a ceftriaxona) e germes atípicos (com macrolídeos, como a azitromicina).

Alternativa (b) Conduta adequada: A transfusão de concentrado de hemácias (simples ou exsanguinotransfusão) é um pilar no tratamento da STA. Está indicada quando há hipoxemia (SpO₂ abaixo de 90% ou 92% em ar ambiente), progressão clínica ou queda acentuada da hemoglobina basal. A paciente apresenta SpO₂ de 88% e queda de 2,4 g/dL na hemoglobina, justificando a conduta.

Alternativa (c) Conduta adequada: Pacientes com anemia falciforme estão em um estado de hipercoagulabilidade crônica e possuem risco elevado para tromboembolismo pulmonar (TEP). Como os sintomas de TEP e STA se sobrepõem (dor torácica, dispneia, taquicardia e hipoxemia), a solicitação de angio-TC de tórax é pertinente para descartar embolia pulmonar, especialmente em casos de descompensação aguda.

Alternativa (d) Conduta INADEQUADA: A hidroxiureia é o principal tratamento modificador da doença na anemia falciforme, agindo através do aumento da hemoglobina fetal e redução da adesão celular, o que previne crises de dor e episódios de STA. Ela foi iniciada há duas semanas e não é a causa do quadro agudo.

Não existe recomendação para suspender a hidroxiureia durante um evento de STA, exceto se houver toxicidade medular importante (o que não é o caso, visto que a paciente apresenta leucocitose com neutrofilia). Portanto, suspender a medicação é o erro da questão.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 5

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro de anemia grave (Hb 6,4 g/dL), classificada morfológicamente como microcítica e hipocrômica (VCM e HCM baixos) com RDW elevado. Os estoques de ferro estão exauridos, como demonstram a ferritina muito baixa (20 pmol/L) e a saturação de transferrina crítica (6%). Além disso, trata-se de um paciente idoso, portador de Doença Renal Crônica (DRC) estágio 4, que apresenta sintomas de instabilidade clínica ou má perfusão tecidual (dor torácica e dispneia aos esforços), sugerindo sofrimento miocárdico pela baixa oferta de oxigênio.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ INCORRETA (CONDUTA INADEQUADA):

A prescrição de eritropoietina (EPO) é a conduta inadequada neste momento por dois motivos principais. Primeiro, a eritropoietina não deve ser iniciada ou terá sua eficácia nula se não houver estoques adequados de ferro (ferritina e saturação de transferrina). No caso, o paciente tem uma deficiência absoluta de ferro grave. Segundo, o paciente apresenta sintomas de urgência (dor torácica e anemia severa com Hb < 7 g/dL), e a EPO demora semanas para elevar os níveis de hemoglobina, não sendo adequada para o manejo agudo de um paciente sintomático. Portanto, a prioridade é a estabilização e a reposição de ferro.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO CORRETAS (CONDUTAS ADEQUADAS):

b) Prescrição de sal férrico parenteral: Está correta. O paciente possui deficiência absoluta de ferro (ferritina < 100 ng/mL e saturação < 20% no contexto da DRC). Em pacientes com doença renal crônica avançada e anemia grave, a reposição por via parenteral (intravenosa) é preferível à via oral, pois garante uma reposição mais rápida, contorna problemas de absorção e prepara o organismo para uma futura resposta à eritropoietina.

c) Solicitação de endoscopia digestiva alta e colonoscopia: Está correta. Em um homem de 62 anos com anemia ferropriva (deficiência de ferro), é obrigatório

investigar a causa da perda. A principal suspeita deve ser perda crônica pelo trato gastrointestinal, sendo necessário excluir neoplasias (como câncer de cólon) ou lesões ulcerosas, independentemente da presença de doença renal.

d) Transfusão de concentrado de hemácias: Está correta. Embora em pacientes estáveis o gatilho transfusional costume ser $Hb < 7$ g/dL, a presença de sintomas isquêmicos (dor torácica/angina) e dispneia em um paciente com $Hb 6,4$ g/dL torna a transfusão uma medida imediata necessária para restaurar a oferta de oxigênio aos tecidos e evitar um infarto agudo do miocárdio ou descompensação cardíaca.

Questão 6

O caso clínico descreve um paciente com um quadro clássico de artrite gotosa aguda (podagra), caracterizado por dor, edema e calor na primeira articulação metatarsal-falangeana. O ponto central para a resolução da questão é a presença de doença renal crônica (DRC) avançada, com clearance de creatinina de 18 mL/min/1,73 m².

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O ibuprofeno é um anti-inflamatório não esteroideal (AINE). O uso de AINEs é terminantemente contraindicado em pacientes com insuficiência renal moderada a grave (especialmente com clearance abaixo de 30-60 mL/min). O uso dessas drogas pode levar à piora aguda da função renal, retenção hídrica e hipercalemia, agravando o quadro de base do paciente.

Alternativa B (Correta): Em pacientes com contraindicação aos AINEs e à colchicina (que deve ser evitada ou usada com extrema cautela em doses muito reduzidas em pacientes com clearance < 30 mL/min devido ao risco de toxicidade), os corticosteroides sistêmicos, como a prednisona, tornam-se a terapia de primeira escolha para o manejo da crise de gota. Eles oferecem controle inflamatório eficaz sem os riscos renais associados aos AINEs.

Alternativa C (Incorreta): Embora a artrocentese com análise de cristais de urato monossódico seja o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo de gota, o quadro clínico é extremamente típico de podagra em um paciente que já possui o diagnóstico prévio (pois já faz uso de alopurinol). Além disso, o exame físico cita a ausência de derrame articular significativo, o que dificultaria tecnicamente o procedimento. Em provas de residência, diante de um quadro clínico tão clássico e uma contraindicação medicamentosa clara, o foco é a escolha do tratamento medicamentoso seguro.

Alternativa D (Incorreta): O alopurinol é uma terapia de redução de urato. Uma regra fundamental no manejo da gota é nunca iniciar nem suspender ou alterar a dose do alopurinol durante uma crise aguda. Mudanças bruscas nos níveis séricos de ácido úrico podem prolongar a crise atual ou precipitar novos surtos. O fato de o ácido úrico estar em 4,5 mg/dL (valor normal) não exclui a crise, pois os níveis séricos podem baixar durante o evento agudo devido à deposição de cristais nos tecidos.

Resumo da conduta: O paciente apresenta uma crise de gota e tem DRC estágio 4. AINEs estão proibidos. O tratamento deve ser feito com corticoide oral. O alopurinol deve ser mantido na dose habitual.

Questão 7

A paciente apresenta cirrose hepática e um quadro de Lesão Renal Aguda (LRA), definida pelo aumento da creatinina de 0,7 mg/dL para 1,6 mg/dL (mais que o dobro do valor basal). Diante de um paciente cirrótico com piora da função renal, a conduta inicial deve focar em identificar a causa (pré-renal, infecciosa ou Síndrome Hepatorrenal) e remover fatores desencadeantes.

A alternativa (a) está correta como conduta inicial. A expansão volêmica com albumina (na dose de 1 g/kg/dia por 48 horas) é o passo fundamental para diferenciar a insuficiência renal pré-renal da Síndrome Hepatorrenal (SHR). Se a função renal melhorar após a albumina, confirma-se a causa pré-renal.

A alternativa (b) apresenta a conduta INADEQUADA e é o gabarito. A terlipressina, associada à albumina, é o tratamento de escolha para a Síndrome Hepatorrenal tipo AKI. No entanto, o diagnóstico de SHR é de exclusão. Antes de iniciar o vasoconstritor, é obrigatório suspender diuréticos e realizar o teste de expansão com albumina por dois dias. Portanto, prescrever terlipressina de imediato, sem antes tentar a expansão volêmica e excluir outras causas, está incorreto.

A alternativa (c) está correta como conduta inicial. Todo paciente cirrótico que interna com complicações (como lesão renal ou mal-estar) deve ser submetido à paracentese diagnóstica, mesmo na ausência de dor abdominal ou febre. Isso é necessário para excluir a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), que é um importante gatilho para a piora renal no cirrótico.

A alternativa (d) está correta como conduta inicial. Em casos de Lesão Renal Aguda, deve-se suspender drogas que possam reduzir a perfusão renal ou agravar a hipotensão. O carvedilol (betabloqueador) e os diuréticos (furosemida e espironolactona) devem ser interrompidos para tentar restaurar a estabilidade hemodinâmica e a filtração glomerular.

Questão 8

Esta questão exige a análise conjunta do quadro clínico, do eletrocardiograma (ECG) e da semiologia cardiovascular.

Análise do ECG:

O traçado eletrocardiográfico revela um ritmo sinusal com QRS alargado (duração superior a 120 ms). Observa-se a ausência de ondas Q nas derivações laterais (DI, aVL, V5 e V6), associada a ondas R largas e entalhadas nessas mesmas derivações (padrão em torre). Em V1, o complexo QRS é predominantemente negativo (padrão QS ou rS). Esses achados são patognomônicos de Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE).

Relação entre o BRE e a ausculta cardíaca:

A segunda bulha cardíaca (B2) é composta pelo fechamento das valvas aórtica (A2) e pulmonar (P2). Em condições normais, o componente aórtico precede o pulmonar. No Bloqueio de Ramo Esquerdo, ocorre um atraso na ativação elétrica do ventrículo esquerdo, o que retarda a sua contração mecânica e, conseqüentemente, o fechamento da valva aórtica.

Com esse atraso, a valva aórtica (A2) passa a fechar depois da valva pulmonar (P2). Durante a inspiração, o atraso fisiológico de P2 faz com que este componente se aproxime de A2, podendo torná-los audíveis como um som único. Durante a expiração, P2 ocorre mais cedo, distanciando-se do componente A2 que está atrasado, o que torna o desdobramento audível. Esse fenômeno, no qual o desdobramento da B2 aparece na expiração e desaparece na inspiração, é chamado de desdobramento paradoxal.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O desdobramento constante (fixo) de B2 é o achado clássico da comunicação interatrial (CIA), não estando relacionado ao atraso na condução do ramo esquerdo.
- b) Correta. Como explicado, o atraso na ejeção do ventrículo esquerdo causado pelo BRE inverte a ordem de fechamento das valvas (P2 ocorre antes de A2), caracterizando o desdobramento paradoxal da segunda bulha.
- c) Incorreta. A hiperfonese de B1 (primeira bulha) está associada a condições como estenose mitral, estados hiperdinâmicos (febre, exercício) ou intervalo PR curto. O BRE não promove hiperfonese de B1; ao contrário, pode até gerar hipofonese de B1 pelo atraso na sístole ventricular.
- d) Incorreta. A hipofonese de B2 ocorre em situações de baixa mobilidade das valvas

semilunares, como na estenose aórtica calcificada grave, ou em estados de baixo débito/hipotensão severa. O achado principal do BRE é a alteração no tempo de fechamento (desdobramento), e não necessariamente a redução da intensidade do som.

Questão 9

O caso clínico descreve um paciente de 61 anos com quadro clássico de angina estável (dor torácica em aperto aos esforços e estresse emocional, com alívio em repouso). Para definir a propedêutica inicial, devemos analisar os fatores complicadores: o eletrocardiograma (ECG) e as comorbidades.

Análise do ECG: O traçado revela um bloqueio de ramo esquerdo (BRE). É possível observar um complexo QRS alargado (maior que 120 ms), com ausência de onda Q em I, aVL, V5 e V6, além de morfologia em "M" ou R serrilhado nessas mesmas derivações, associado a ondas S profundas e alargadas em V1 e V2.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A angiotomografia (angio-TC) de coronárias é um excelente exame inicial para pacientes com probabilidade pré-teste intermediária e que possuem limitações para outros exames. No caso deste paciente, o BRE impede a avaliação de isquemia pelo teste ergométrico e a asma brônquica contraindica o uso de certos estressores farmacológicos na cintilografia. A angio-TC permite avaliar a anatomia coronariana de forma não invasiva.

b) INCORRETA. A cineangiocoronariografia (cateterismo) é um exame invasivo. Embora seja o padrão-ouro para o diagnóstico de doença arterial coronariana, ele é reservado como passo inicial para pacientes de muito alto risco ou após a positividade de exames não invasivos. Não é a conduta inicial padrão para um quadro de angina estável sem critérios de gravidade imediata.

c) INCORRETA. A cintilografia de perfusão miocárdica é uma opção válida para quem tem BRE (pois avalia imagem e não apenas o traçado elétrico). No entanto, em pacientes com BRE, o estresse físico pode gerar falsos positivos na parede septal; por isso, prefere-se o estresse farmacológico. O problema aqui é que o dipiridamol (assim como a adenosina) é um broncoconstritor e está formalmente contraindicado em pacientes com asma brônquica ativa ou sintomática (presença de sibilos ao exame físico), pelo risco de crise asmática grave.

d) INCORRETA. O teste ergométrico é contraindicado ou considerado não diagnóstico na presença de bloqueio de ramo esquerdo (BRE). Isso ocorre porque o BRE altera a

repolarização ventricular basal, tornando impossível a interpretação de alterações do segmento ST durante o esforço para fins de diagnóstico de isquemia.

Questão 10

DIAGNÓSTICO:

O quadro clínico descreve um paciente com hipocalcemia decorrente de hipoparatiroidismo pós-cirúrgico (complicação comum após tireoidectomia total). Os sinais de formigamento, fraqueza e a presença do sinal de Trousseau (contratura carpal ao inflar o manguito) são clássicos de irritabilidade neuromuscular pela hipocalcemia. Os exames confirmam cálcio baixo (7,3 mg/dL) e fósforo elevado (5,4 mg/dL), o que corrobora a ausência de paratormônio (PTH), já que o PTH normalmente promove a excreção renal de fósforo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Insuficiência cardíaca: Incorreta. O cálcio é fundamental para a contração do miocárdio. A hipocalcemia grave ou crônica pode reduzir a contratilidade cardíaca, levando a uma cardiomiopatia reversível e insuficiência cardíaca congestiva. Portanto, é uma complicação possível.

Alternativa b) Laringoespasma: Incorreta. O laringoespasma é uma manifestação de tetania aguda decorrente da hipocalcemia. A redução do cálcio extracelular aumenta a excitabilidade das fibras nervosas, podendo causar contrações musculares involuntárias graves na laringe, sendo uma emergência médica.

Alternativa c) Osteoporose: CORRETA. No hipoparatiroidismo, a ausência de PTH reduz a reabsorção óssea (o osso para de liberar cálcio para o sangue). Diferente do que ocorre no hiperparatiroidismo, aqui a densidade mineral óssea costuma estar aumentada, e não diminuída. Portanto, a osteoporose não é uma complicação desse distúrbio; pelo contrário, o osso tende a ser mais denso (embora com qualidade mineral alterada).

Alternativa d) Síndrome rígido-acinética: Incorreta. A hipocalcemia e a hiperfosfatemia crônicas (típicas do hipoparatiroidismo) podem levar à deposição de cálcio nos gânglios da base (conhecida como síndrome de Fahr). Essa calcificação intracerebral pode se manifestar clinicamente através de distúrbios do movimento, incluindo parkinsonismo ou síndrome rígido-acinética.

Questão 11

Para a resolução desta questão, o primeiro passo é a diferenciação entre transudato e exsudato através da aplicação dos Critérios de Light nos resultados da toracocentese.

Análise do Líquido Pleural (Critérios de Light):

Um líquido pleural é classificado como exsudato se apresentar pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Relação proteína pleural / proteína sérica superior a 0,5.
2. Relação LDH pleural / LDH sérico superior a 0,6.
3. LDH pleural superior a dois terços do limite superior da normalidade para o LDH sérico.

Cálculos para o caso:

- Relação proteína: $2,4 \text{ dividido por } 7,2 = 0,33$ (abaixo de 0,5).
- Relação LDH: $60 \text{ dividido por } 168 = 0,35$ (abaixo de 0,6).
- O valor absoluto do LDH pleural (60 U/L) também é baixo.

Conclusão: O líquido pleural é um transudato.

Análise das Alternativas:

Alternativa A - Insuficiência cardíaca congestiva: Incorreta. Embora a ICC seja a causa mais frequente de transudatos pleurais, o quadro clínico da paciente é totalmente divergente. Ela apresenta febre (37,9 °C), sudorese noturna profusa e perda de peso (sintomas constitucionais), além de linfonodomegalias mediastinais na tomografia. A ausência de sintomas típicos como ortopneia, edema e a descrição de uma área cardíaca normal na TC excluem esta hipótese.

Alternativa B - Linfoma: Correta. O linfoma é o diagnóstico mais provável para uma paciente jovem com sintomas B (febre, perda de peso e sudorese noturna) e linfonodomegalias mediastinais. É importante notar que, embora neoplasias frequentemente causem exsudatos por invasão pleural direta, o linfoma pode gerar um transudato por um mecanismo indireto: a obstrução da drenagem linfática no mediastino pelos linfonodos aumentados. Como a pleura ainda não foi infiltrada por células malignas ou inflamatórias, o líquido acumulado mantém características de transudato.

Alternativa C - Lúpus eritematoso sistêmico: Incorreta. O LES pode causar serosites (pleurite), mas o derrame pleural lúpico é classicamente um exsudato, acompanhado de outros sintomas sistêmicos (como artrite ou rash cutâneo) e não costuma cursar com linfonodomegalias mediastinais tão proeminentes quanto o linfoma.

Alternativa D - Tuberculose pleural: Incorreta. A tuberculose pleural é uma causa muito comum de derrame em jovens, apresentando febre e perda de peso. No entanto, o líquido da tuberculose é obrigatoriamente um exsudato com alta concentração proteica e LDH elevado, geralmente com predomínio de linfócitos e ADA elevado. Os dados laboratoriais de transudato tornam este diagnóstico impossível neste caso.

Questão 12

Análise do quadro: O paciente apresenta sinais clínicos, laboratoriais e de imagem de hepatopatia crônica avançada. O ultrassom mostra alterações morfológicas hepáticas (superfície irregular e nodular) e sinais indiretos de hipertensão portal (esplenomegalia e aumento do diâmetro da veia porta). A elastografia hepática de 26 kPa confirma o diagnóstico de cirrose com Hipertensão Portal Clinicamente Significativa (HPCS), definida por valores acima de 20-25 kPa. Como o paciente nega ascite, sangramento ou encefalopatia, a cirrose é classificada como compensada.

Alternativa a - Incorreta: Em pacientes com cirrose já estabelecida e rigidez hepática elevada (26 kPa), o foco do acompanhamento não é a repetição bienal da elastografia para fins diagnósticos. O manejo deve focar na vigilância de complicações, como o rastreamento de carcinoma hepatocelular com ultrassonografia a cada 6 meses e o manejo da hipertensão portal para evitar a descompensação.

Alternativa b - Correta: Conforme as diretrizes do Consenso de Baveno VII, pacientes com Doença Hepática Crônica Avançada Compensada que possuem rigidez hepática pela elastografia transitória maior que 25 kPa têm diagnóstico de Hipertensão Portal Clinicamente Significativa (HPCS). Nesses casos, está indicado o início de betabloqueadores não seletivos (preferencialmente o carvedilol) para prevenir a primeira descompensação clínica (principalmente o aparecimento de ascite) e reduzir a mortalidade, independentemente da realização de endoscopia prévia.

Alternativa c - Incorreta: O rastreamento endoscópico para varizes esofágicas só poderia ser dispensado se o paciente preenchesse os critérios de Baveno VI/VII (rigidez hepática menor que 20 kPa E plaquetas maiores que 150.000/mm³). Embora o paciente tenha plaquetas de 152.000/mm³, sua rigidez hepática é de 26 kPa, ultrapassando o limite de segurança. Portanto, se não for optado pelo início imediato do betabloqueador pelo critério de elastografia > 25 kPa, a endoscopia estaria indicada.

Alternativa d - Incorreta: O termo descompensada refere-se à presença de complicações clínicas manifestas, como ascite, hemorragia digestiva varicosa ou

encefalopatia hepática. O enunciado deixa claro que o paciente nega tais eventos e o ultrassom confirma a ausência de líquido livre na cavidade abdominal. Portanto, trata-se de cirrose compensada com hipertensão portal clinicamente significativa.

Questão 13

O cerne desta questão é o conceito de Início Rápido da Terapia Antirretroviral (TARV) versus as exceções em que o retardamento da terapia é mandatário para evitar a Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI). Atualmente, a recomendação geral é iniciar a TARV o mais precocemente possível, preferencialmente em até sete dias após o diagnóstico (estratégia "Test and Treat").

Alternativa a) Incorreta. Na tuberculose pulmonar, a recomendação geral é iniciar o tratamento da tuberculose primeiro e a TARV logo em seguida. Em pacientes com imunossupressão grave (CD4 abaixo de 50), a TARV deve ser iniciada em até duas semanas. Embora não seja obrigatoriamente em sete dias para todos, a tuberculose pulmonar não representa a contraindicação clássica de adiamento prolongado quando comparada às infecções do Sistema Nervoso Central.

Alternativa b) Incorreta. Pacientes assintomáticos, independentemente da contagem de linfócitos T CD4, são os candidatos ideais para o início rápido da TARV. O início imediato reduz a morbimortalidade e a transmissibilidade do vírus (Conceito de I=I: Indetectável é igual a Intransmissível).

Alternativa c) Correta. A criptococose meníngea é a principal contraindicação ao início rápido da TARV. O início precoce dos antirretrovirais nestes pacientes pode causar uma SIRI grave no Sistema Nervoso Central, levando ao aumento crítico da pressão intracraniana e à morte. As diretrizes nacionais e internacionais recomendam adiar o início da TARV por 4 a 6 semanas (alguns protocolos sugerem até 10 semanas) após o início do tratamento antifúngico, garantindo que a carga fúngica no líquido tenha sido reduzida antes da recuperação imunológica.

Alternativa d) Incorreta. A coinfeção HIV/HBV (Hepatite B) é uma indicação prioritária de início de TARV. Como o esquema terapêutico padrão do HIV geralmente inclui o Tenofovir (TDF) e a Lamivudina (3TC), que possuem atividade potente contra o vírus da hepatite B, o tratamento precoce ajuda a controlar ambas as infecções e previne a progressão da cirrose e do carcinoma hepatocelular.

Resumo: O início da TARV deve ser adiado principalmente em infecções oportunistas do Sistema Nervoso Central, como a Criptococose Meníngea e a Tuberculose Meníngea, pelo risco de desfechos fatais decorrentes da inflamação excessiva no cérebro durante a recuperação da imunidade.

Questão 14

Para resolver esta questão, é fundamental identificar que o paciente apresenta um quadro de declínio cognitivo com a presença de possíveis causas reversíveis ou fatores contribuintes que devem ser investigados e tratados antes da prescrição de medicamentos específicos para demências degenerativas, como a doença de Alzheimer.

Análise das alternativas:

a) Prescrever inibidor da colinesterase: Esta é a conduta INADEQUADA e, portanto, o gabarito. Os inibidores da colinesterase (como donepezila, rivastigmina e galantamina) são indicados para o tratamento sintomático da doença de Alzheimer e outras demências degenerativas. No entanto, o paciente apresenta exames laboratoriais alterados que sugerem causas potencialmente reversíveis ou tratáveis de prejuízo cognitivo (hipotireoidismo e possível neurosífilis), além de sintomas de distúrbio do sono. Iniciar o tratamento específico para demência sem antes abordar essas condições é um erro na prática clínica inicial.

b) Prescrever levotiroxina: O paciente apresenta um quadro de hipotireoidismo subclínico (TSH elevado com T4 livre normal). Em idosos com queixas cognitivas e TSH acima de 7-10 mUI/L, a reposição de levotiroxina pode ser considerada para observar se há melhora dos sintomas de memória e concentração, sendo uma conduta aceitável dentro da investigação de causas reversíveis.

c) Solicitar polissonografia: O paciente queixa-se de insônia, despertares noturnos e sonolência diurna excessiva. Distúrbios do sono, como a apneia obstrutiva do sono, são causas frequentes de déficit de atenção e memória em idosos. A polissonografia é o exame padrão-ouro para investigar essas patologias que, se tratadas, podem reverter o prejuízo cognitivo.

d) Solicitar punção lombar: O paciente apresenta sorologia positiva para sífilis (IgG reagente para *Treponema pallidum*) associada a um quadro de declínio cognitivo. Nestes casos, é mandatória a realização do estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) por meio da punção lombar para descartar neurosífilis (forma terciária da doença), que é uma causa tratável de demência. O diagnóstico no líquido baseia-se na celularidade, bioquímica e, principalmente, no teste VDRL.

Questão 15

DIAGNÓSTICO: O quadro clínico da paciente, caracterizado por dor intensa no andar superior do abdome, náuseas e vômitos, associado a exames laboratoriais com amilase e lipase acima de três vezes o valor de referência (amilase 590 U/L e lipase 1340 U/L), confirma o diagnóstico de Pancreatite Aguda. Além disso, os exames mostram sinais de gravidade e desidratação, como hemoconcentração (hemoglobina 16,7 g/dL), taquicardia (128 bpm) e disfunção renal pré-renal (ureia e creatinina elevadas).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Dieta oral suspensa): Esta conduta é **CORRETA** e adequada para o manejo inicial. Na fase aguda da pancreatite, especialmente em pacientes com dor intensa e vômitos, a suspensão da via oral ajuda no controle sintomático e na estabilização do quadro. Embora a nutrição deva ser iniciada precocemente assim que tolerada, o jejum na admissão é uma prática padrão.

Alternativa B (Meropenem IV): Esta conduta é **INADEQUADA** (Gabarito). O uso de antibióticos na pancreatite aguda não deve ser feito de forma profilática, independentemente da gravidade do quadro. O uso de antibióticos de amplo espectro, como o meropenem, está indicado apenas quando há suspeita ou confirmação de infecção (como necrose pancreática infectada, que geralmente ocorre após 7 a 14 dias de evolução, ou focos infecciosos extrapancreáticos, como pneumonia e infecção urinária). O uso precoce e indiscriminado aumenta o risco de infecções fúngicas e resistência bacteriana.

Alternativa C (Morfina IV): Esta conduta é **CORRETA**. O controle da dor é um dos pilares fundamentais no tratamento da pancreatite aguda. Analgésicos potentes, incluindo opioides como a morfina ou o fentanil, são recomendados para garantir o conforto da paciente. O antigo conceito de que a morfina seria contraindicada por causar espasmo no esfíncter de Oddi foi refutado pela literatura médica atual, não havendo evidência de prejuízo clínico.

Alternativa D (Ressuscitação volêmica com solução cristalóide): Esta conduta é **CORRETA** e é a medida terapêutica mais importante na fase inicial. A paciente apresenta sinais claros de depleção de volume (taquicardia, ureia e creatinina elevadas, hematócrito alto). A infusão de soluções cristalóides (como Ringer Lactato ou Soro Fisiológico) é essencial para restaurar a perfusão tecidual e tentar prevenir a progressão para necrose pancreática ou falência múltipla de órgãos.

Portanto, a única prescrição inadequada para o caso inicial é a antibioticoterapia profilática com Meropenem.

Questão 16

A questão descreve um achado incidental de um nódulo hipervascular de 1,9 cm no colo do pâncreas em uma paciente idosa e assintomática. Diante de um nódulo sólido pancreático com realce pelo contraste (hipervascular), a principal hipótese diagnóstica é a de um Tumor Neuroendócrino Pancreático (TNEp), que se diferencia do adenocarcinoma ductal pancreático por este último ser tipicamente hipovascular e muito mais agressivo.

Alternativa A: Incorreta. A indicação cirúrgica imediata, como a enucleação, não é a conduta inicial recomendada para um achado incidental sem que haja, antes, uma caracterização diagnóstica precisa. Embora a enucleação seja uma técnica que preserva o parênquima, é necessário primeiro confirmar a natureza da lesão e seu potencial de malignidade (grau histológico).

Alternativa B: Correta. A ecoendoscopia (EUS) com punção por agulha fina (FNA) é o padrão-ouro para a avaliação de massas pancreáticas. Ela permite a coleta de material para estudo citopatológico e, fundamentalmente nos tumores neuroendócrinos, a avaliação do índice de proliferação celular (Ki-67). Essas informações são cruciais para definir se a conduta será cirúrgica ou se o acompanhamento conservador é seguro, especialmente em uma paciente de 70 anos com uma lesão menor que 2,0 cm.

Alternativa C: Incorreta. Assim como a alternativa A, propõe um tratamento cirúrgico definitivo (pancreatectomia central) sem diagnóstico prévio. A pancreatectomia central é uma cirurgia de grande porte, com risco significativo de complicações, como fístulas pancreáticas, e só deve ser indicada após a confirmação da necessidade de ressecção da lesão.

Alternativa D: Incorreta. Embora existam protocolos de observação para pequenos tumores neuroendócrinos (geralmente menores que 1,0 ou 1,5 cm), um nódulo de 1,9 cm está no limite em que a maioria dos consensos recomenda investigação ativa. Apenas tranquilizar e repetir o exame em seis meses, sem uma biópsia prévia, pode retardar o tratamento de uma neoplasia com potencial de crescimento e metástase. Portanto, a investigação diagnóstica com ecoendoscopia deve preceder a decisão de apenas observar.

Questão 17

Para resolver esta questão, é necessário aplicar as definições do Terceiro Consenso Internacional de Definições para Sepse e Choque Séptico (Sepsis-3), publicado em 2016 e amplamente adotado na prática médica atual.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Esta é a alternativa correta. O paciente apresenta uma fonte de infecção clara (secreção com mau cheiro na ferida operatória) e uma disfunção orgânica aguda importante (elevação de 5 pontos no escore SOFA). O quadro evolui para choque séptico porque, mesmo após a reposição volêmica adequada, o paciente mantém a necessidade de vasopressores para garantir uma pressão arterial média (PAM) de pelo menos 65 mmHg e apresenta um lactato sérico elevado (7 mmol/L, sendo que o ponto de corte do consenso é superior a 2 mmol/L). A presença simultânea desses critérios define o choque séptico.

Alternativa b) Esta alternativa está incorreta. Embora a cirurgia de grande porte gere uma Resposta Metabólica ao Trauma (REMIT), o quadro descrito é nitidamente de natureza infecciosa. A presença de secreção fétida na ferida, a confusão mental e a gravidade da instabilidade hemodinâmica (necessidade de aminas) e metabólica (lactato de 7) indicam uma patologia infecciosa sistêmica e não apenas o estresse cirúrgico esperado.

Alternativa c) Esta alternativa está incorreta por ser menos específica. De acordo com o consenso Sepsis-3, a sepse é definida apenas como uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (clinicamente identificada pelo aumento de 2 ou mais pontos no escore SOFA). Como o paciente em questão já apresenta hipotensão refratária a volume e hiperlactatemia, ele preenche critérios para a subcategoria mais grave e específica, que é o choque séptico. Em provas de residência, deve-se sempre optar pelo diagnóstico mais preciso disponível.

Alternativa d) Esta alternativa está incorreta. O conceito de SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica), baseado em critérios como temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e contagem de leucócitos, foi descontinuado como critério definidor de sepse em 2016. A SIRS é considerada muito inespecífica, podendo estar presente em diversas condições não infecciosas. Além disso, o quadro do paciente já demonstra falência orgânica e choque, o que ultrapassa os critérios de SIRS.

Resumo dos critérios Sepsis-3 aplicados ao caso:

1. Infecção + Aumento de SOFA maior ou igual a 2 pontos = Sepse.

2. Sepsis + Necessidade de vasopressor para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg + Lactato superior a 2 mmol/L (após reposição volêmica) = Choque Séptico.

Questão 18

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com sintomas compressivos (empachamento, saciedade precoce), perda ponderal e uma massa volumosa (18 cm) no retroperitônio contendo gordura macroscópica. Essas características são clássicas de um sarcoma de retroperitônio, sendo o lipossarcoma o subtipo histológico mais provável devido à presença de gordura na tomografia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A laparotomia mediana (incisão na linha média do abdome) é, de fato, a via de escolha para a maioria dessas cirurgias. Ela oferece uma ampla exposição do campo operatório, facilitando o controle vascular dos grandes vasos retroperitoneais e permitindo a ressecção em bloco da tumoração, que é fundamental para o sucesso do tratamento.

Alternativa B (Incorreta - Gabarito): Esta é a afirmação errada da questão. Ao contrário do que ocorre em outros sítios anatômicos, a grande maioria (cerca de 70% a 80%) dos tumores primários do retroperitônio é maligna. Dentre estes, os sarcomas de tecidos moles são os mais prevalentes, com destaque para o lipossarcoma e o leiomiossarcoma.

Alternativa C (Correta): Em tumores retroperitoneais volumosos e com características radiológicas sugestivas de sarcoma (como a presença de gordura macroscópica), a biópsia percutânea pré-operatória é geralmente evitada se a lesão for ressecável. Os motivos são o risco de disseminação de células neoplásicas pelo trajeto da agulha (seeding) e o fato de que o resultado da biópsia raramente mudaria a conduta inicial, que é a cirurgia. A biópsia fica reservada para casos de dúvida diagnóstica (suspeita de linfoma ou tumor germinativo) ou quando se planeja quimioterapia neoadjuvante.

Alternativa D (Correta): O tratamento padrão-ouro e a única modalidade com potencial curativo para os sarcomas retroperitoneais é a ressecção cirúrgica completa com margens livres (R0). Devido ao tamanho e localização, muitas vezes é necessário ressecar órgãos adjacentes em bloco para garantir que não fiquem restos tumorais, já que a recorrência local é a principal causa de falha no tratamento.

Questão 19

Alternativa A (Incorreta): A taxa de infusão de potássio por via intravenosa deve ser feita com cautela para evitar arritmias graves e parada cardíaca. Em situações habituais, a velocidade recomendada é de 10 a 20 mmol/hora (mEq/h). Em casos de hipocalcemia extrema com risco de vida, pode-se chegar a 40 mmol/h, mas sempre sob monitorização eletrocardiográfica contínua e preferencialmente em acesso venoso central, devido ao risco de flebite e toxicidade cardíaca. A taxa de 40-60 mmol/h citada na alternativa é excessiva e perigosa.

Alternativa B (Incorreta): O distúrbio do magnésio associado à hipocalcemia refratária é a HIPOmagnesemia, e não a hipermagnesemia. O magnésio atua como um cofator que inibe os canais ROMK nos túbulos renais; quando o magnésio está baixo, ocorre uma perda excessiva de potássio na urina. Cerca de 40% a 60% dos pacientes com hipocalcemia apresentam hipomagnesemia concomitante, e a correção do potássio muitas vezes só é efetiva após a reposição do magnésio.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve as alterações eletrocardiográficas clássicas da hipocalcemia. À medida que os níveis de potássio caem, observa-se inicialmente o achatamento ou inversão da onda T, seguido pelo infradesnívelamento do segmento ST e o surgimento da onda U (uma deflexão positiva logo após a onda T, mais visível nas derivações precordiais de V2 a V4). Em casos graves, pode ocorrer prolongamento do intervalo QU e predisposição a arritmias ventriculares como o Torsades de Pointes.

Alternativa D (Incorreta): A dosagem de potássio urinário é útil para diferenciar a origem da perda. Um potássio urinário baixo (geralmente menor que 15-20 mEq/L) indica que o rim está tentando conservar potássio, sugerindo que a causa da perda é extrarrenal (como perdas gastrointestinais por diarreia ou baixa ingestão). Quando o potássio urinário está elevado (maior que 20-30 mEq/L) na presença de hipocalcemia, a etiologia é de origem renal (como uso de diuréticos, hiperaldosteronismo ou tubulopatias).

Questão 20

A Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT) representa o esforço do organismo para sobreviver à agressão, mobilizando substratos energéticos e mantendo a volemia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O trauma ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona. A aldosterona atua nos túbulos renais promovendo a reabsorção de sódio e água, mas

sua ação implica obrigatoriamente a secreção (excreção) de potássio e íons de hidrogênio. Portanto, a excreção urinária de potássio está aumentada, e não reduzida.

Alternativa b) Correta. Durante a fase inicial da REMIT (especialmente na fase de fluxo ou "flow phase"), ocorre um aumento na liberação dos hormônios contrarreguladores, que incluem o glucagon, as catecolaminas, o cortisol e o hormônio do crescimento (GH). O GH atua promovendo a lipólise e antagonizando a ação da insulina, contribuindo para o estado de hiperglicemia necessária para fornecer energia aos tecidos nobres e à cicatrização.

Alternativa c) Incorreta. O processo descrito (conversão de lactato em glicose no fígado) é chamado de gliconeogênese (formação de nova glicose a partir de compostos não glicídicos, como lactato, aminoácidos e glicerol) por meio do Ciclo de Cori. A glicogênese, termo citado na alternativa, refere-se à síntese de glicogênio a partir da glicose para armazenamento, processo que está inibido durante a resposta aguda ao estresse.

Alternativa d) Incorreta. A albumina é considerada uma proteína de fase aguda negativa. Durante a REMIT, o fígado prioriza a síntese de proteínas de fase aguda positiva (como proteína C-reativa, fibrinogênio e haptoglobina) em detrimento da albumina. Além disso, ocorre um aumento da permeabilidade vascular que favorece o escape da albumina para o meio extravascular, resultando na queda dos seus níveis séricos.

Questão 21

Para resolver esta questão, devemos seguir um passo a passo sistemático de análise da gasometria arterial e do ionograma.

1. Análise do pH:

O valor de referência para o pH sanguíneo situa-se entre 7,35 e 7,45. O paciente apresenta um pH de 7,18, o que caracteriza uma acidemia grave.

2. Identificação do distúrbio primário:

Observamos que o bicarbonato (HCO_3) está em 13 mEq/L (referência: 22 a 26 mEq/L) e o Base Excess (BE) está em -12 mEq/L. A redução do bicarbonato e do BE aponta para uma acidose metabólica como o distúrbio primário.

3. Avaliação da resposta compensatória:

Em uma acidose metabólica, o pulmão deve compensar reduzindo a PaCO_2 através da hiperventilação. Para verificar se a compensação está adequada ou se há um

distúrbio respiratório associado, utilizamos a Fórmula de Winters para calcular a PaCO₂ esperada:

PaCO₂ esperada = $(1,5 \times \text{HCO}_3) + 8$ (com margem de erro de +/- 2).

Calculando: $(1,5 \times 13) + 8 = 19,5 + 8 = 27,5$.

A faixa de PaCO₂ esperada para este paciente seria entre 25,5 e 29,5 mmHg.

Como a PaCO₂ real medida foi de 36 mmHg (valor superior ao limite da compensação esperada), o paciente não está conseguindo lavar CO₂ adequadamente, o que caracteriza uma acidose respiratória concomitante. Portanto, estamos diante de uma acidose mista.

4. Cálculo do Ânion Gap (AG):

O Ânion Gap nos ajuda a identificar a etiologia da acidose metabólica. A fórmula é: $\text{AG} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$.

Substituindo os valores do enunciado: $135 - (97 + 13) = 135 - 110 = 25 \text{ mEq/L}$.

O valor de referência normal do Ânion Gap situa-se entre 8 e 12 mEq/L. Um resultado de 25 mEq/L indica uma acidose metabólica com ânion gap aumentado, o que, no contexto clínico deste paciente (pós-operatório de colectomia com sinais de choque, como hipotensão e taquicardia), sugere acidose lática por hipoperfusão tecidual.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora exista acidose metabólica com ânion gap aumentado, a alternativa é incompleta por não reconhecer o distúrbio respiratório associado (PaCO₂ de 36 mmHg, quando deveria ser menor que 29,5 mmHg).

b) Incorreta. O cálculo do ânion gap (25 mEq/L) mostra que ele está aumentado, não normal. Além disso, ignora o componente respiratório do distúrbio.

c) Correta. O paciente possui acidose mista (metabólica por baixo bicarbonato e respiratória por PaCO₂ acima da compensação esperada) e o cálculo do ânion gap resultou em um valor elevado (25 mEq/L).

d) Incorreta. O distúrbio é misto, porém o ânion gap está aumentado, e não normal. Para ser considerado normal, o valor deveria estar próximo de 12 mEq/L.

Questão 22

Análise do caso clínico:

O paciente de 17 anos apresenta um quadro clássico de dor abdominal migratória (inicia-se na região periumbilical e se localiza na fossa ilíaca direita), acompanhada de anorexia e náuseas. O exame físico revela febre baixa e o sinal do psoas positivo

(dor à hiperextensão da coxa direita), o que sugere que o apêndice está em posição retrocecal. Os exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda, reforçando a hipótese de processo infeccioso agudo.

Alternativa a (Incorreta/Gabarito): Esta afirmação está errada por dois motivos principais. Primeiro, em pacientes jovens de 17 anos, a ultrassonografia é frequentemente o primeiro exame de imagem solicitado para evitar a radiação ionizante. Segundo, caso a tomografia computadorizada (TC) seja necessária, o protocolo ideal exige o uso de contraste intravenoso para aumentar a sensibilidade e a especificidade do exame, permitindo observar o realce das paredes do apêndice e a inflamação da gordura adjacente. A TC sem contraste não é considerada o melhor exame para o diagnóstico diferencial neste contexto.

Alternativa b (Correta): A radiografia simples de abdome tem baixíssima sensibilidade para o diagnóstico de apendicite aguda. Achados como o apendicólito (cálculo de fezes calcificado) ocorrem em menos de 10% dos casos. Outros sinais, como o apagamento da linha do músculo psoas ou níveis hidroaéreos localizados, são inespecíficos e não confirmam o diagnóstico com precisão.

Alternativa c (Correta): O quadro clínico é muito sugestivo de apendicite devido à cronologia da dor e aos sintomas associados (anorexia e febre). A observação de que não é a apresentação clássica justifica-se pela ausência de sinal de descompressão dolorosa (sinal de Blumberg negativo) e pela dor provocada pela manobra do psoas. Isso indica que o apêndice está localizado atrás do ceco (posição retrocecal), onde o peritônio parietal anterior não é diretamente irritado, alterando os achados típicos da palpação.

Alternativa d (Correta): A contagem de 12.050 leucócitos/ mm^3 (leucocitose), somada à presença de 6% de bastonetes (desvio à esquerda), é um indicador laboratorial típico de uma resposta inflamatória sistêmica decorrente de uma infecção bacteriana aguda, como a apendicite.

Questão 23

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora as variações anatômicas existam e devam ser respeitadas, a causa mais comum de lesão da via biliar durante a colecistectomia videolaparoscópica não é a presença de anomalias congênitas, mas sim a percepção errônea da anatomia (misperception). Em cerca de 70% a 80% dos casos, o cirurgião acredita estar dissecando o ducto cístico quando, na verdade, está manipulando o ducto hepático comum ou o colédoco. A inflamação na colecistite aguda agrava esse

risco por distorcer os planos de dissecação.

Alternativa (b) Correta: Estudos epidemiológicos e séries de casos demonstram que as lesões mais graves e complexas (incluindo lesões vasculares associadas a lesões ductais extensas) ocorrem em procedimentos considerados difíceis, que frequentemente terminam em conversão para a técnica aberta. Muitas vezes, a lesão ocorre justamente no período de maior dificuldade técnica que precede a decisão de converter, ou durante a tentativa desesperada de controle de sangramento ou identificação de estruturas em um campo operatório inflamado e com anatomia distorcida.

Alternativa (c) Incorreta: As variações de ductos biliares que costumam causar problemas em colecistectomias são geralmente ductos aberrantes ou acessórios provenientes do lado direito (ductos do setor posterior direito, por exemplo) que desembocam no ducto cístico ou ducto hepático comum. Um ducto biliar aberrante anterior esquerdo não é um achado comum nem a principal preocupação anatômica nesta região durante este procedimento.

Alternativa (d) Incorreta: O triângulo hepatocístico é fundamental para a obtenção da "Visão Crítica de Segurança". Seus limites estão descritos incorretamente na alternativa. Os limites corretos são: inferiormente pelo ducto cístico, superiormente pela borda inferior do fígado (segmentos IV e V) e medialmente pelo ducto hepático comum. A alternativa afirma incorretamente que o ducto hepático comum forma o limite lateral, quando, na verdade, ele é o limite medial em relação à vesícula biliar.

Questão 24

O caso clínico apresenta uma paciente de 37 anos com um achado incidental de colecistolitíase (pedra na vesícula) durante investigação de dor pélvica. O cálculo é único e mede 3 cm. As vias biliares estão normais e a paciente é assintomática do ponto de vista biliar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a dor atual pareça estar relacionada ao cisto ovariano, o médico tem o dever de informar a paciente sobre todos os achados relevantes nos exames complementares. O diagnóstico de colecistolitíase requer orientações específicas sobre possíveis sintomas futuros (cólica biliar, colecistite) e sobre as opções de manejo.

b) Incorreta. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) não é o tratamento de escolha para litíase biliar. Ela apresenta baixa eficácia e altas taxas de

recorrência dos cálculos, sendo raramente utilizada na prática atual. O tratamento definitivo, quando indicado, é a remoção cirúrgica da vesícula biliar.

c) Correta. A conduta padrão para colecistolitíase assintomática é a observação clínica (expectante). No entanto, cálculos grandes (geralmente maiores do que 3 cm) representam uma indicação relativa de colecistectomia profilática, mesmo em pacientes assintomáticos, devido à associação estatística com um risco aumentado de desenvolvimento de câncer de vesícula biliar a longo prazo. Portanto, é fundamental orientar a paciente sobre a história natural da doença, o risco de complicações e os prós e contras da colecistectomia videolaparoscópica para que uma decisão compartilhada seja tomada.

d) Incorreta. A colangiorressonância e a ecoendoscopia são exames avançados indicados para a pesquisa de coledocolitíase (cálculos nos canais biliares). No caso em questão, a ultrassonografia mostrou vias biliares de calibre normal e não há sinais clínicos ou laboratoriais (como icterícia ou alteração de enzimas hepáticas) que justifiquem a investigação de cálculos na via biliar principal.

Resumo didático:

Cálculos biliares assintomáticos, em geral, não exigem cirurgia imediata, exceto em situações específicas: cálculos > 3 cm, vesícula em porcelana, pólipos da vesícula associados a cálculos, anomalias congênitas ou em pacientes que serão submetidos a certas cirurgias bariátricas ou transplantes. No caso desta paciente, o tamanho do cálculo (3 cm) motiva a conversa detalhada sobre a cirurgia.

Questão 25

A questão descreve um quadro clínico e ultrassonográfico típico da neoplasia maligna mais frequente da tireoide. O ponto chave para a resolução é a associação entre a alta prevalência e a presença de microcalcificações.

Alternativa a) Incorreta. O carcinoma anaplásico é o tipo mais raro (menos de 2 por cento dos casos) e o mais agressivo de todos os tumores da tireoide. Ele costuma se manifestar em pacientes idosos como uma massa cervical de crescimento extremamente rápido, com invasão de estruturas adjacentes e sintomas compressivos, o que não condiz com a apresentação típica de um nódulo isolado de 3 cm.

Alternativa b) Incorreta. O carcinoma folicular é o segundo tipo mais comum. No entanto, as microcalcificações não são um achado característico deste tumor. Além disso, existe uma limitação técnica importante: a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) não consegue diferenciar o adenoma folicular do carcinoma folicular, pois o

diagnóstico de malignidade exige a visualização de invasão da cápsula tumoral ou de vasos sanguíneos na análise histopatológica (biópsia), algo que a citologia da PAAF não permite.

Alternativa c) Incorreta. O carcinoma medular de tireoide (CMT) deriva das células parafoliculares (células C) e representa apenas cerca de 5 por cento dos tumores malignos da glândula. Pode estar associado a síndromes genéticas (NEM 2) e cursa com elevação de calcitonina. Embora possa apresentar calcificações, não é o tipo mais comum solicitado pela questão.

Alternativa d) Correta. O carcinoma papilífero é a alternativa correta por ser o tipo mais comum de câncer de tireoide, correspondendo a mais de 80 por cento dos casos. Os achados ultrassonográficos de nódulo sólido e hipoecoico com microcalcificações são altamente sugestivos deste tipo histológico (as microcalcificações correspondem aos chamados corpos psamomatosos). Além disso, a PAAF é o método de escolha para o diagnóstico, pois as células desse tumor apresentam características nucleares específicas que permitem ao patologista sugerir ou confirmar a malignidade com alta precisão.

Gabarito: Letra D.

Questão 26

Análise do caso: O quadro clínico de disfagia progressiva (sólidos para líquidos) de longa duração (seis anos), associado à perda ponderal leve, sugere fortemente um distúrbio motor do esôfago, sendo a acalasia (megaesôfago) a principal hipótese diagnóstica.

Alternativa (a) - INCORRETA: Esta é a alternativa errada e, portanto, o gabarito da questão. A esofagoscopia (endoscopia digestiva alta) é um exame fundamental no início da investigação para descartar causas mecânicas e orgânicas, como o câncer de esôfago ou estenoses (chamadas de pseudoacalasia), além de avaliar a mucosa. No entanto, ela é um exame morfológico e não funcional. Ela não permite avaliar a função peristáltica do esôfago de forma direta ou fidedigna; essa avaliação é feita exclusivamente por exames funcionais, como a manometria.

Alternativa (b) - CORRETA: A impedanciometria esofágica, especialmente quando associada à manometria, é uma ferramenta útil para avaliar o movimento do bolo alimentar dentro do esôfago (trânsito esofágico). Ela ajuda a identificar se o conteúdo deglutido está sendo efetivamente transportado ou se há resíduo, fornecendo dados sobre a dinâmica de esvaziamento e a funcionalidade do órgão durante a deglutição.

Alternativa (c) - CORRETA: A manometria esofágica é considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico de acalasia. Ela mede as pressões dentro do corpo do esôfago e dos esfíncteres. Os achados clássicos que confirmam a doença são a ausência de ondas peristálticas organizadas (aperistalse) e o relaxamento incompleto ou ausente do esfíncter esofágico inferior após a deglutição.

Alternativa (d) - CORRETA: O esofagograma baritado é um estudo radiológico contrastado simples e muito informativo. Em pacientes com acalasia, ele demonstra o retardo no esvaziamento do contraste para o estômago, a dilatação do corpo esofágico e o afilamento da porção distal, classicamente descrito como sinal do bico de pássaro ou chama de vela. É essencial também para a classificação radiológica do megaesôfago, o que orienta a escolha do tratamento.

Questão 27

Para a indicação de cirurgia bariátrica, o paciente deve atender a critérios de IMC (maior que 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m² com comorbidades) e ter apresentado falha no tratamento conservador prévio. Além dos critérios físicos, a avaliação da saúde mental é um pilar crucial, pois o sucesso do procedimento depende da capacidade de adesão às mudanças drásticas de estilo de vida.

Alternativa (a) Correta: Transtornos mentais não controlados, como depressão grave, psicoses ou transtornos de ansiedade sem tratamento adequado, são considerados contra-indicações relativas ou temporárias. A cirurgia bariátrica é um estressor físico e psicológico significativo; portanto, o paciente deve estar psiquiatricamente estável antes de operar para evitar descompensações no pós-operatório e garantir que consiga seguir as restrições dietéticas.

Alternativa (b) Incorreta: O alcoolismo ativo é uma contra-indicação absoluta. No entanto, o histórico de alcoolismo em paciente que já mantém abstinência por um período mínimo (geralmente estabelecido em pelo menos 6 meses pelas diretrizes brasileiras e pelo Conselho Federal de Medicina) deixa de ser uma contra-indicação impeditiva, desde que haja acompanhamento especializado para evitar recaídas, as quais são um risco conhecido após a cirurgia.

Alternativa (c) Incorreta: O nível de escolaridade não constitui contra-indicação ao procedimento. É dever da equipe multidisciplinar adaptar a comunicação e os métodos de ensino para que a paciente, independentemente de sua instrução formal, compreenda os riscos e os cuidados necessários. Apenas a incapacidade de entender o procedimento ou de prover autocuidado (como em casos de demência ou retardo mental grave sem suporte familiar) seria um impedimento.

Alternativa (d) Incorreta: O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma das principais indicações para a cirurgia bariátrica em pacientes obesos. O procedimento é altamente eficaz no controle metabólico, levando muitas vezes à remissão da doença. Portanto, o diabetes é uma comorbidade que justifica a indicação cirúrgica, e não um fator impeditivo.

Questão 28

ANÁLISE DO CASO

O ponto central desta questão é o manejo de um achado incidental de nódulo hepático em um paciente com fator de risco importante para hepatopatia crônica. Embora o laudo da ultrassonografia sugira um hemangioma, o paciente é um homem de 65 anos com histórico de etilismo crônico diário, o que o coloca em alto risco para cirrose e, conseqüentemente, Carcinoma Hepatocelular (CHC).

Na ultrassonografia, o hemangioma típico é caracterizado como uma lesão hiperecogênica, bem delimitada e homogênea. O nódulo descrito é hipocogênico, o que foge ao padrão clássico e aumenta a necessidade de investigação. Além disso, em pacientes com risco para cirrose, qualquer nódulo sólido deve ser investigado com exames de imagem dinâmicos (com contraste) para avaliar o padrão de vascularização.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Não se pode afirmar que a lesão é benigna baseando-se apenas em uma ultrassonografia sugestiva, especialmente em um paciente etilista. O diagnóstico diferencial com o carcinoma hepatocelular é obrigatório neste contexto. Tranquilizar o paciente sem investigação adicional seria um erro grave de conduta.

Alternativa B (Incorreta): O acompanhamento com ultrassonografia só seria uma opção se o diagnóstico de uma lesão benigna já estivesse firmado ou se o nódulo fosse muito pequeno (geralmente menor que 1 cm) em pacientes sem fatores de risco. No caso de um nódulo de 3,2 cm em um paciente com risco de hepatopatia, o diagnóstico deve ser esclarecido prontamente.

Alternativa C (Incorreta): A biópsia hepática não é o primeiro passo na investigação de nódulos hepáticos. Devido ao risco de sangramento e de disseminação tumoral (seeding), a biópsia é reservada para casos onde os exames de imagem com contraste (Tomografia ou Ressonância) são inconclusivos. O Carcinoma Hepatocelular pode ser diagnosticado apenas por métodos de imagem se apresentar o padrão de realce arterial seguido de lavagem (wash-out).

Alternativa D (Correta): Esta é a conduta preconizada pelos protocolos internacionais (como o AASLD e EASL). Diante de um nódulo hepático em paciente com risco para cirrose (etilismo crônico), é necessário realizar um exame de imagem com contraste venoso (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética) para observar o comportamento vascular da lesão. A avaliação laboratorial da função hepática busca identificar sinais de cirrose subjacente, e a dosagem de alfa-fetoproteína serve como marcador tumoral auxiliar na investigação de Carcinoma Hepatocelular.

Questão 29

Alternativa a: Incorreta. No tratamento cirúrgico do carcinoma espinocelular (CEC), o objetivo primordial é a cura oncológica por meio da exérese com margens de segurança adequadas. A dificuldade na reconstrução não deve justificar a redução dessas margens, pois margens insuficientes ou econômicas elevam significativamente o risco de recidiva local e progressão da doença.

Alternativa b: Incorreta. Embora a excisão cirúrgica convencional ou a cirurgia de Mohs sejam os tratamentos de escolha, a curetagem e a eletrocoagulação podem ser utilizadas em casos selecionados de CEC de baixo risco, pequenos e superficiais (como o CEC in situ ou T1 bem-diferenciados em áreas de baixo risco). Portanto, não é correto afirmar que possuem índices de sucesso péssimos para todos os casos iniciais.

Alternativa c: Incorreta. Pacientes transplantados e em uso de imunossupressores possuem um risco drasticamente aumentado de desenvolver câncer de pele não melanoma, especialmente o carcinoma espinocelular. Nesses pacientes, o CEC não apenas é mais frequente, como também costuma ser mais agressivo e apresentar crescimento mais rápido devido à falha na vigilância imunológica.

Alternativa d: Correta. O carcinoma espinocelular que se desenvolve sobre cicatrizes de queimaduras antigas, úlceras crônicas ou processos inflamatórios prolongados é conhecido como úlcera de Marjolin. Esses tumores são classicamente mais agressivos, possuem maior grau de indiferenciação e apresentam um risco de metástase significativamente maior quando comparados aos carcinomas espinocelulares que surgem em pele sã ou apenas fotoexposta.

Questão 30

Analise das alternativas:

Alternativa a) Está correta. O uso de telas no reparo de hérnias inguinais (técnica de tensão zero, como a de Lichtenstein) é o padrão-ouro na cirurgia moderna. A tela fornece um reforço mecânico e estimula uma resposta fibrótica que fortalece a parede posterior do canal inguinal, reduzindo drasticamente as taxas de recidiva em comparação às técnicas que utilizam apenas suturas (com tensão).

Alternativa b) Está correta. O tabagismo compromete a biologia do colágeno e a microcirculação, essenciais para uma cicatrização firme, o que aumenta o risco de a hérnia retornar. Já a hipertrofia prostática causa aumento crônico da pressão intra-abdominal devido ao esforço miccional. Esse aumento de pressão é um dos principais fatores mecânicos para a recidiva da hérnia e para o surgimento de complicações pós-operatórias, como retenção urinária aguda. Portanto, a cessação do tabagismo e a avaliação urológica são condutas pré-operatórias adequadas.

Alternativa c) Esta é a alternativa ERRADA, sendo o gabarito da questão. O fato de a hérnia ser redutível não anula a indicação cirúrgica, especialmente em um paciente sintomático que apresenta episódios de dor em cólica. Em pacientes idosos e com comorbidades, a estratégia deve ser a otimização das doenças de base (controle do diabetes, perda de peso e tratamento da próstata) para a realização de uma cirurgia eletiva segura. Adiar indefinidamente ou evitar a cirurgia apenas por ser redutível expõe o paciente ao risco de encarceramento ou estrangulamento futuro. Uma cirurgia de urgência em um paciente idoso e pluripatológico carrega taxas de morbimortalidade muito superiores a uma cirurgia eletiva bem planejada.

Alternativa d) Está correta. O diabetes mellitus descontrolado (hiperglicemia) prejudica a função dos neutrófilos e a cicatrização, enquanto a obesidade aumenta o espaço morto e dificulta a vascularização do tecido subcutâneo. Ambos são fatores de risco classicamente associados ao aumento de infecção do sítio cirúrgico. A otimização desses parâmetros no pré-operatório é fundamental para o sucesso do procedimento.

Questão 31

Alternativa (a) INCORRETA: A dermatomiosite juvenil (DMJ) apresenta uma predominância no sexo feminino, e não no masculino. Outro ponto crucial é que, embora a dermatomiosite no adulto tenha uma forte associação com neoplasias malignas (síndrome paraneoplásica), essa correlação é extremamente rara na faixa etária pediátrica. O diagnóstico clínico baseia-se na fraqueza muscular proximal e simétrica associada a lesões cutâneas típicas, como o heliótropo e as pápulas de

Gottron.

Alternativa (b) INCORRETA: Apesar de a hepatite autoimune e a colangite esclerosante poderem se manifestar inicialmente com sinais de cirrose descompensada, a maior porcentagem dos casos em pediatria é diagnosticada em fases mais precoces. Os pacientes costumam apresentar quadros de hepatite aguda ou crônica insidiosa, caracterizados por fadiga, icterícia flutuante e elevação de transaminases, permitindo o diagnóstico antes que complicações graves como ascite e hemorragia digestiva por varizes esofágicas se estabeleçam.

Alternativa (c) CORRETA: Esta afirmação descreve com precisão as repercussões endócrinas da tireoidite de Hashimoto, que é a causa mais comum de hipotireoidismo adquirido em crianças e adolescentes. A deficiência de hormônios tireoidianos impacta diretamente o crescimento linear, resultando em baixa estatura e redução da velocidade de crescimento. Além disso, há um atraso na maturação esquelética (idade óssea atrasada) e interferência no desenvolvimento puberal, geralmente manifestada como puberdade tardia.

Alternativa (d) INCORRETA: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) de início pediátrico é reconhecido por ser mais grave e agressivo do que a forma que acomete adultos. Em crianças e adolescentes, há uma maior incidência de envolvimento de órgãos vitais, sendo o comprometimento do sistema nervoso central e a nefrite lúpica mais frequentes e severos nessa população. O prognóstico em longo prazo depende muito do controle dessas manifestações graves precoces.

Questão 32

Análise dos Parâmetros Antropométricos:

A criança tem 5 anos e 6 meses. Para essa faixa etária (5 a 19 anos), utilizamos as curvas de IMC por idade da Organização Mundial da Saúde (OMS).

- IMC Escore-Z entre +2 e +3: Obesidade.
- IMC Escore-Z acima de +3: Obesidade Grave.

No caso, o enunciado informa um IMC de 21,5 com Escore-Z = +3. Em crianças acima de 5 anos, um desvio padrão de +3 caracteriza o diagnóstico de obesidade grave.

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): O manejo da obesidade infantil não deve ser baseado em dietas restritivas de macronutrientes (como restringir carboidratos) com o objetivo de levar o peso ao Escore-Z zero rapidamente. O foco no tratamento pediátrico é a reeducação alimentar e a mudança de estilo de vida. Restrições severas podem

comprometer o crescimento e o desenvolvimento da criança, além de favorecer distúrbios alimentares futuros.

Alternativa B (Incorreta): Embora a seletividade alimentar possa sugerir carências nutricionais, a conduta de iniciar reposição medicamentosa de ferro, vitamina A e vitamina D de forma empírica não é a prioridade frente ao quadro de obesidade grave. A suplementação deve ser baseada em protocolos clínicos específicos (como a suplementação de rotina de vitamina D em certas faixas etárias) ou após comprovação de deficiência laboratorial/clínica. Além disso, a criança consome fontes de ferro e proteínas (frango e ovo).

Alternativa C (Correta): Com um Escore-Z de IMC = +3 aos 5 anos e 6 meses, a criança é classificada com obesidade grave. O protocolo de manejo da obesidade infantil recomenda o incentivo à prática de atividades físicas (combate ao sedentarismo) e a investigação de comorbidades metabólicas. Por se tratar de obesidade grave, é mandatória a avaliação laboratorial para rastreamento de dislipidemias (perfil lipídico) e alterações no metabolismo da glicose (glicemia de jejum), visto que essas complicações podem surgir precocemente.

Alternativa D (Incorreta): O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) caracteriza-se por uma esquia na ingestão alimentar que leva à perda de peso significativa, deficiência nutricional grave ou dependência de suplementação enteral/oral para manter a nutrição. Embora a criança apresente uma dieta monótona e seletiva (comum na infância), o quadro ponderal é de excesso de peso (obesidade), o que afasta, inicialmente, a gravidade clínica típica do TARE, que geralmente cursa com desnutrição ou déficit de crescimento. O comportamento descrito é mais compatível com seletividade alimentar associada a maus hábitos decorrentes do consumo de alimentos ultraprocessados.

Questão 33

Esta questão aborda os fundamentos da educação inclusiva e as diretrizes legais vigentes no Brasil (como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e a Lei Brasileira de Inclusão). O ponto central para resolvê-la é entender a mudança de paradigma do modelo de "integração" para o de "inclusão".

Alternativa (a) CORRETA: De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/2015), o aluno com deficiência que apresente necessidade comprovada de apoio para atividades de higiene, alimentação, locomoção ou comunicação tem direito a um profissional de apoio escolar (monitor ou mediador) no ambiente escolar.

Alternativa (b) INCORRETA (Gabarito): Esta afirmativa descreve o antigo conceito de "integração", no qual a criança deveria se esforçar para se "ajustar" aos padrões da escola comum. O conceito atual, e meta da educação especial, é a "inclusão". Na inclusão, são o sistema educacional, a escola, o currículo e os métodos de ensino que devem ser modificados e adaptados para acolher e atender às necessidades específicas de cada aluno, independentemente de sua condição. Portanto, a meta é a adaptação do sistema ao aluno, e não o contrário.

Alternativa (c) CORRETA: Tanto a Constituição Federal quanto a LDB (Art. 58) e o ECA estabelecem que o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência deve ocorrer preferencialmente na rede regular de ensino, visando ao convívio social e à igualdade de oportunidades.

Alternativa (d) CORRETA: A formação continuada e a capacitação docente são exigências legais e pedagógicas. Para que a inclusão seja efetiva, os professores devem receber treinamento adequado para lidar com as diversas deficiências e transtornos globais do desenvolvimento, desenvolvendo estratégias pedagógicas que facilitem o aprendizado e a permanência desses alunos na escola.

Questão 34

Análise do Quadro Clínico:

Filomena apresenta um quadro de diarreia aguda que evoluiu com sinais de desidratação. Os achados de enoftalmia leve (olhos fundos), sede e diminuição da diurese classificam a criança no Plano B de hidratação (alguma desidratação), de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Embora o tempo de enchimento capilar de quatro segundos seja um sinal de alerta para perfusão tecidual, a presença de sede e a ausência de alteração do nível de consciência (como letargia ou coma) indicam que a criança ainda tem condições de receber hidratação por via oral.

Alternativa (a) Incorreta. A administração de soro fisiológico 0,9% em bolus de 20ml/kg é a conduta preconizada para o Plano C, indicado quando há desidratação grave ou choque séptico/hipovolêmico. No caso em questão, a paciente está consciente e aceitando líquidos (com sede), o que permite iniciar o tratamento de forma menos invasiva.

Alternativa (b) Incorreta. Esta alternativa descreve uma conduta de hidratação venosa que não segue os protocolos atuais de expansão rápida. Atualmente, utiliza-se apenas solução isotônica (Soro Fisiológico 0,9%) para expansão, sem adição de glicose nessa fase inicial. Além disso, a hidratação venosa não é a escolha inicial para crianças que conseguem beber.

Alternativa (c) Incorreta. A gastroclise (hidratação por sonda nasogástrica) é indicada dentro do Plano B apenas quando a criança apresenta falha na hidratação oral, como em casos de vômitos persistentes (mais de 4 em 1 hora), distensão abdominal grave ou se a criança não conseguir ingerir o volume necessário após um período de observação. Não é a conduta inicial.

Alternativa (d) Correta. A Terapia de Reidratação Oral (TRO) é a conduta inicial mais adequada para pacientes no Plano B. A presença de sede é um forte indicativo de que a via oral será bem-sucedida. A TRO é mais segura, evita picadas desnecessárias e tem menor custo, sendo o padrão-ouro para o manejo da desidratação leve a moderada na pediatria. O quadro de fezes explosivas e assadura sugere uma intolerância transitória à lactose por lesão da mucosa intestinal, mas isso não contraindica a TRO com sais de reidratação padrão.

Conclusão: A presença de sede e a consciência da paciente orientam para o Plano B, cujo tratamento inicial é sempre a Terapia de Reidratação Oral.

Questão 35

A questão apresenta uma lactente de 12 meses com quadro de diarreia aguda que evoluiu com sinais clássicos de má absorção de carboidratos, especificamente a intolerância secundária à lactose. Os pontos-chave para o diagnóstico são: fezes explosivas e volumosas, distensão abdominal e a presença de assadura (dermatite amoniaca) importante, causada pela acidez das fezes resultante da fermentação do açúcar não absorvido pelas bactérias intestinais. Além disso, a paciente apresenta sinais de desidratação (enoftalmia, sede e tempo de enchimento capilar prolongado).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora os probióticos possam reduzir o tempo de duração de quadros de diarreia aguda viral, eles não tratam a causa fisiopatológica instalada no caso (a má absorção osmótica). Manter a dieta habitual com lactose em uma criança com sinais claros de intolerância secundária e assadura grave prolongaria o quadro e o desconforto.

Alternativa B (Incorreta): O quadro clínico é compatível com diarreia osmótica/viral, e não invasiva. Não há relato de febre alta, toxemia ou presença de sangue nas fezes (disenteria) que justifique o uso de azitromicina ou qualquer outro antimicrobiano. O uso indiscriminado de antibióticos pode, inclusive, piorar a disbiose intestinal.

Alternativa C (Incorreta): A substituição por hidrolisado proteico é indicada para

casos de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). A história clínica de Filomena (início súbito, fezes explosivas e distensão) direciona para uma deficiência transitória de lactase após um insulto infeccioso à mucosa intestinal, e não para uma etiologia alérgica mediada pela proteína do leite.

Alternativa D (Correta): A suspensão temporária da lactose é a medida mais indicada. Lesões na borda em escova dos enterócitos (comuns após episódios de gastroenterite) reduzem a produção de lactase. A lactose não digerida exerce efeito osmótico (atraindo água para o lúmen) e é fermentada no cólon, gerando gases e ácidos orgânicos, o que explica as fezes explosivas, a distensão e a dermatite perianal química. A retirada temporária permite a recuperação da mucosa e a cessação rápida desses sintomas. Vale ressaltar que, em paralelo, a estabilização hemodinâmica e a reidratação da paciente devem ser priorizadas conforme os protocolos de manejo da desidratação.

Questão 36

A questão solicita a identificação da alternativa incorreta com base na legislação de proteção à criança e ao adolescente, especificamente em relação ao enfrentamento do abuso e da exploração sexual.

Alternativa (a) Correta: A abordagem da violência sexual intrafamiliar é essencialmente complexa. Por envolver vínculos afetivos e de dependência, além de repercussões psicológicas, sociais e jurídicas, o manejo não pode ser estritamente médico. A equipe de saúde deve atuar de forma interdisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) para garantir o suporte integral à vítima e o encaminhamento correto aos órgãos de proteção.

Alternativa (b) Correta: Esta afirmação baseia-se no princípio da responsabilidade compartilhada, previsto no Artigo 70 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O dever de prevenir a violação de direitos não é exclusivo do Estado ou da família, mas de toda a sociedade, incluindo vizinhos, professores, profissionais de saúde e qualquer cidadão que tome conhecimento de uma situação de risco.

Alternativa (c) Incorreta (Gabarito): Esta é a alternativa errada porque a competência para determinar o afastamento de uma criança ou adolescente do convívio familiar é da autoridade judiciária (juiz). Embora o Conselho Tutelar possua diversas atribuições para aplicar medidas de proteção (como encaminhamento a serviços de saúde ou matrícula em escolas), o afastamento do lar é uma medida extrema e jurisdicional. Ao Conselho Tutelar cabe comunicar o fato ao Ministério Público ou à autoridade judiciária para que a medida legal seja tomada. A autoridade policial atua na repressão ao crime e na segurança imediata, mas também não tem competência

legal para decidir sobre o afastamento familiar definitivo ou prolongado.

Alternativa (d) Correta: O texto reflete literalmente o disposto no Artigo 5º do ECA. Este artigo estabelece o princípio da proteção integral, assegurando que nenhuma criança ou adolescente sofra negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão, prevendo punição para qualquer ação ou omissão que viole seus direitos fundamentais.

Questão 37

A questão exige o conhecimento das Diretrizes de 2020 da American Heart Association (AHA) para Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). O objetivo é identificar a alternativa INCORRETA.

Alternativa A (Correta): Esta afirmação é verdadeira. A miocardite aguda, especialmente quando associada a sinais de instabilidade elétrica (arritmias, bloqueios) ou hemodinâmica (baixo débito), representa um risco iminente de parada cardiorrespiratória (PCR). As diretrizes enfatizam que esses pacientes devem ser monitorados e tratados precocemente em ambiente de terapia intensiva pediátrica devido à sua alta complexidade e fragilidade miocárdica.

Alternativa B (Incorreta - Gabarito): Esta é a alternativa errada, pois as recomendações para o manejo da hipertensão pulmonar são opostas ao que foi descrito. Em crises de hipertensão pulmonar, o objetivo é reduzir a resistência vascular pulmonar. A acidemia (pH baixo) é um potente vasoconstritor pulmonar e deve ser evitada; o ideal é manter um pH neutro ou levemente alcalino. Além disso, embora a intubação tenha riscos, ela é frequentemente necessária para garantir a oxigenação e ventilação adequadas, evitando a hipóxia e a hipercapnia, que também pioram a hipertensão pulmonar.

Alternativa C (Correta): A recomendação atual da AHA 2020 é que a pressão cricoide (manobra de Sellick) não seja realizada de forma rotineira durante a intubação endotraqueal em pediatria. Estudos demonstraram que essa manobra pode dificultar a visualização da glote, reduzir as taxas de sucesso na primeira tentativa de intubação e que não há evidências sólidas de que ela realmente previna a aspiração de conteúdo gástrico em crianças.

Alternativa D (Correta): Após o retorno da circulação espontânea, pacientes que permanecem com encefalopatia (alteração do nível de consciência) têm alto risco de apresentar crises não convulsivas. Por isso, a diretriz recomenda o monitoramento contínuo por eletroencefalografia (EEG) para detecção e tratamento imediato dessas crises, visando minimizar a lesão cerebral secundária.

Questão 38

ANÁLISE DA QUESTÃO

O objetivo da questão é identificar a alternativa INCORRETA sobre a dor abdominal aguda na infância, com foco especial na apendicite aguda, que é a principal suspeita no caso clínico apresentado.

ALTERNATIVA A (INCORRETA/GABARITO): A afirmação está errada porque define a apendicite aguda como a causa mais comum de dor abdominal cirúrgica em lactentes. Na verdade, a apendicite é extremamente rara em lactentes (crianças de 29 dias a 2 anos). Nessa faixa etária específica, a causa cirúrgica mais comum é a intussuscepção intestinal (ou invaginação). A apendicite aguda assume o posto de principal causa de abdome agudo cirúrgico em crianças em idade escolar e adolescentes. Embora a parte final da alternativa esteja correta (diagnóstico difícil e apresentação atípica em crianças pequenas), o erro reside na definição epidemiológica para o grupo dos lactentes.

ALTERNATIVA B (CORRETA): A radiografia simples de abdome não é o exame de escolha para o diagnóstico (sendo a ultrassonografia preferencial na pediatria), mas pode, sim, apresentar sinais indiretos importantes. O apagamento da linha do músculo psoas e a presença de escoliose antálgica sugerem processo inflamatório retroperitoneal. A alça sentinela (dilatação de alça próxima ao foco) e níveis hidroaéreos indicam íleo paralítico localizado. A presença de um fecalito (apendicolito) calcificado é um sinal altamente específico para apendicite em crianças com dor abdominal.

ALTERNATIVA C (CORRETA): Em crianças menores de 3 anos, o diagnóstico é frequentemente tardio porque os sintomas são inespecíficos (irritabilidade, recusa alimentar, diarreia) e a criança não consegue localizar a dor. Além disso, o omento (epíplon) é menos desenvolvido nessa idade, o que dificulta o bloqueio da infecção. Isso resulta em taxas de perfuração muito elevadas, que podem chegar a 80-100% nessa faixa etária, ocorrendo rapidamente após o início dos sintomas.

ALTERNATIVA D (CORRETA): Os sistemas de escore são ferramentas valiosas para a triagem. O Escore de Alvarado e o PAS (Pediatric Appendicitis Score) são os mais conhecidos. Eles pontuam critérios como migração da dor, anorexia, náuseas/vômitos, defesa em quadrante inferior direito, dor à descompressão, febre, leucocitose e desvio à esquerda no hemograma. Pacientes com pontuações baixas podem ser observados ou liberados, enquanto pontuações altas indicam necessidade de avaliação cirúrgica ou exames de imagem confirmatórios.

RESUMO: A alternativa A é a errada porque a apendicite aguda é a principal causa

cirúrgica em escolares e adolescentes, não em lactentes.

Questão 39

Texto Original:

O caso apresenta um lactente de 12 meses com quadro de diarreia crônica iniciada aos 8 meses, logo após a introdução alimentar (leite de vaca e glúten). O paciente apresenta sinais de má absorção e impacto nutricional, como redução do ganho de peso, anemia ferropriva e hipoalbuminemia.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. A pesquisa de leucócitos nas fezes é, de fato, um exame inespecífico. Sua presença indica que há um processo inflamatório na mucosa intestinal, o que pode ocorrer em diversas situações, como infecções bacterianas invasivas, doença inflamatória intestinal ou algumas formas de alergia alimentar.

Alternativa b) Esta afirmação está correta e reflete a propedêutica clássica das diarreias. Fezes volumosas, pastosas e com restos alimentares (lenteria) apontam para um distúrbio no intestino delgado, onde ocorre a maior parte da absorção de nutrientes. A presença de muco e sangue é tipicamente associada a processos inflamatórios ou infecciosos que atingem o cólon (intestino grosso).

Alternativa c) Esta afirmação está correta. A utilização de marcadores bioquímicos, como a dosagem de albumina e o hemograma (citados no enunciado), é fundamental para estratificar a gravidade da desnutrição e as deficiências de micronutrientes secundárias à síndrome disabsortiva, permitindo planejar a terapia nutricional.

Alternativa d) Esta afirmação é a INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. Na investigação de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), a melhora clínica após a exclusão da proteína da dieta (fase de exclusão) é apenas sugestiva. O padrão-ouro para a confirmação diagnóstica é o Teste de Provocação Oral (TPO), que consiste na reintrodução orientada e supervisionada do alimento para observar se os sintomas reaparecem. Sem o TPO, existe o risco de manter restrições dietéticas prolongadas e desnecessárias baseadas apenas em melhoras coincidentes. O teste de provocação só costuma ser dispensado em casos de reações alérgicas imediatas graves e típicas (anafilaxia) com exames de IgE específica positivos.

Questão 40

Para avaliar o desenvolvimento da linguagem em uma criança de 3 anos e 6 meses (42 meses), é fundamental conhecer os marcos esperados para cada faixa etária, correlacionando o vocabulário e a complexidade gramatical.

Alternativa a) Incorreta (pois é um marco adequado): Aos 3 anos, a criança já desenvolveu a capacidade de interagir socialmente por meio da fala. Ela utiliza pronomes interrogativos e consegue formular perguntas simples para obter informações ou iniciar diálogos, como perguntar nomes ou localizações.

Alternativa b) Incorreta (pois é um marco adequado): Nesta fase, ocorre a consolidação de conceitos cognitivos espaciais e quantitativos. A criança já diferencia tamanhos (grande e pequeno) e entende noções rudimentares de quantidade (muito, pouco, um, todos), integrando essas palavras ao seu vocabulário cotidiano.

Alternativa c) Incorreta (pois é um marco adequado): A nomeação de objetos familiares e de uso frequente (como partes do corpo, roupas e brinquedos) é um marco que se inicia por volta dos 18 aos 24 meses. Aos 3 anos e meio, essa habilidade não só está presente, como também está ampliada para objetos menos imediatos.

Alternativa d) Correta (Gabarito - marco inadequado para a idade): A descrição de falar cerca de 20 palavras e entender cerca de 50 é característica de uma criança muito mais jovem, tipicamente entre 18 e 20 meses de idade. Uma criança de 3 anos e 6 meses deve possuir um vocabulário produtivo muito mais vasto, geralmente entre 500 e 1.000 palavras, sendo capaz de construir frases completas com 3 a 4 elementos (sujeito, verbo e complemento). Apresentar um vocabulário de apenas 20 palavras nesta idade configura um atraso significativo de linguagem que exige investigação imediata.

Questão 41

Esta questão apresenta um caso clássico de cardiopatia congênita acianogênica com hiperfluxo pulmonar manifestando-se no lactente.

Análise do quadro clínico:

O paciente tem 2 meses e meio de idade, época em que a resistência vascular pulmonar termina de cair significativamente após o nascimento. Isso permite que o sangue passe com maior facilidade do lado esquerdo para o lado direito do coração (shunt esquerda-direita). O resultado é o hiperfluxo pulmonar, que causa congestão (levando à "chieira" e dificuldade respiratória) e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, como a hepatomegalia (fígado a 2 cm do rebordo costal). O dado

semiológico crucial é o sopro holossistólico na borda esternal esquerda.

Explicação das alternativas:

a) Comunicação interventricular (CIV): É a alternativa correta. A CIV é a cardiopatia congênita mais comum. O sopro típico é holossistólico (ou pansistólico), de alta frequência, melhor audível na borda esternal esquerda baixa. Como o shunt depende da queda da resistência pulmonar, os sintomas de cansaço e insuficiência cardíaca costumam surgir justamente entre a 4ª e a 8ª semana de vida, exatamente como descrito no caso.

b) Forame oval patente: É uma condição muito comum e geralmente assintomática na infância. Não produz sopro cardíaco significativo nem causa insuficiência cardíaca ou hepatomegalia em um lactente desta idade. É apenas um orifício funcional que não se fechou completamente, sem gerar repercussão hemodinâmica de hiperfluxo.

c) Persistência do canal arterial (PCA): Embora também cause hiperfluxo pulmonar e insuficiência cardíaca, o sopro característico da PCA é o sopro contínuo (em "maquinaria"), melhor audível na região infraclavicular esquerda e borda esternal esquerda superior, e não um sopro holossistólico ao longo da borda esternal. Além disso, costuma cursar com pulsos amplos (pediosos e radiais fáceis de palpar).

d) Síndrome de Eisenmenger: Representa o estágio final e tardio de uma cardiopatia de hiperfluxo não tratada. Ocorre quando a pressão pulmonar se torna tão alta que ultrapassa a pressão sistêmica, invertendo o shunt para direita-esquerda. Isso causa cianose central e policitemia. Um lactente de 2 meses e meio é jovem demais para ter desenvolvido essa síndrome, e o enunciado afirma que o paciente está acianótico.

Questão 42

Esta questão aborda o manejo clínico da dengue em pediatria, fundamentado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Para resolvê-la, é fundamental classificar corretamente o paciente em um dos grupos de estadiamento (A, B, C ou D).

O paciente apresenta febre e petéquias no tronco. De acordo com o protocolo vigente, a presença de manifestações hemorrágicas espontâneas na pele (como petéquias) ou prova do laço positiva, na ausência de sinais de alarme, classifica o paciente obrigatoriamente no Grupo B.

Análise das alternativas:

a) Correta. O manejo do Grupo B exige a solicitação obrigatória de um hemograma

completo. Enquanto o resultado do exame é aguardado, deve-se iniciar a hidratação oral imediata (reposição volêmica conforme o peso da criança). A conduta subsequente (internação ou acompanhamento ambulatorial) dependerá dos resultados laboratoriais, especificamente do hematócrito (para verificar hemoconcentração) e da contagem de plaquetas.

b) Incorreta. A observação por 48 horas em unidade de saúde sem a realização de exames laboratoriais não é a conduta preconizada para o Grupo B. A observação em leito de transição é indicada para pacientes do Grupo C ou enquanto se aguarda o resultado dos exames do Grupo B para definir o destino do paciente.

c) Incorreta. Esta conduta seria aplicada ao Grupo A (pacientes sem sinais de alarme, sem condições especiais e sem manifestações hemorrágicas). Como a criança apresenta petéquias, ela não pode ser enviada para casa sem a avaliação laboratorial prévia (hemograma), pois as petéquias indicam maior risco de evolução para formas graves.

d) Incorreta. A hidratação venosa e a internação hospitalar são indicadas para os Grupos C (presença de sinais de alarme) e D (dengue grave/choque). Embora o paciente tenha apresentado um episódio de vômito e dor abdominal, o enunciado descreve a dor como leve e apenas um episódio isolado de vômito, o que não preenche os critérios de "dor abdominal intensa e contínua" ou "vômitos persistentes" que definiriam o Grupo C. Portanto, a hidratação venosa imediata seria precoce neste momento.

Resumo do Manejo para o Grupo B:

1. Hidratação oral imediata.
2. Solicitação obrigatória de Hemograma Completo.
3. Avaliação do hematócrito: se houver hemoconcentração, o paciente é reclassificado para o Grupo C e deve receber hidratação venosa. Se o hematócrito estiver normal, pode-se considerar o seguimento ambulatorial com reavaliação diária.

Questão 43

O caso clínico descreve uma criança de 9 anos com quadro agudo (4 dias) de febre e linfadenomegalia cervical. Os linfonodos possuem características de benignidade: são pequenos (até 2 cm), móveis, fibroelásticos e sem sinais flogísticos (dor, calor ou rubor). Diante desse cenário em pediatria, as causas mais comuns são as infecções virais sistêmicas ou regionais.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A biópsia de linfonodo é um procedimento invasivo indicado apenas quando há suspeita de malignidade ou em casos de linfadenopatia persistente sem diagnóstico após investigação inicial. Sinais de alerta para biópsia incluem: linfonodos endurecidos, fixos a planos profundos, tamanho superior a 2 cm que não regride após 4 a 6 semanas ou presença de sintomas sistêmicos, como perda de peso e sudorese noturna, o que não é o caso desta criança com apenas 4 dias de evolução.

Alternativa b) Incorreta. O ecocardiograma para pesquisa de coronariopatia (aneurismas) é indicado na doença de Kawasaki. Para esse diagnóstico, seriam necessários pelo menos 5 dias de febre persistente associada a outros critérios clínicos, como conjuntivite bilateral não purulenta, alterações em lábios e cavidade oral, exantema polimorfo e alterações nas extremidades. A criança do caso apresenta apenas febre e linfadenopatia de início recente.

Alternativa c) Correta. A principal suspeita diagnóstica para um quadro agudo de febre e linfadenomegalia cervical bilateral ou unilateral, com características fibroelásticas e sem sinais inflamatórios exuberantes, é a síndrome mononucleose-like. Essa síndrome pode ser causada pelo vírus Epstein-Barr (mononucleose infecciosa), citomegalovírus (CMV), toxoplasmose ou HIV agudo. Portanto, a solicitação de sorologias para esses agentes é o passo inicial mais adequado e menos invasivo para o diagnóstico.

Alternativa d) Incorreta. A tuberculose ganglionar manifesta-se geralmente de forma subaguda ou crônica, com linfonodos que tendem a aderir uns aos outros (confluentes) e podem evoluir com fistulização. Além disso, o Teste Rápido Molecular (TRM) em escarro é utilizado para o diagnóstico da forma pulmonar da doença. Para o diagnóstico da forma ganglionar, seria necessária a análise do material do próprio linfonodo (aspirado ou biópsia).

Resumo: Diante de uma linfadenopatia cervical aguda e benigna ao exame físico em uma criança, a conduta correta é investigar causas infecciosas comuns, como as infecções virais (CMV e EBV), antes de partir para procedimentos invasivos ou exames de alta complexidade.

Questão 44

Esta questão aborda o diagnóstico e o manejo da meningite bacteriana aguda em uma paciente pediátrica, com foco na interpretação do líquido cefalorraquidiano (líquor) coletado após o início da antibioticoterapia.

Análise do quadro clínico e laboratorial:

A paciente apresenta a tríade clássica de febre, cefaleia e alteração do nível de consciência/convulsão. O líquido, embora colhido após o início da ceftriaxona (o que caracteriza uma meningite "decapitada"), ainda mantém características nitidamente bacterianas: pleocitose (aumento de células) com predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos), hipoglicorraquia acentuada (glicose de 22 para uma glicemia de 112) e hiperproteínoorraquia importante. O Gram negativo é comum quando a punção ocorre após o início do antibiótico, pois a esterilização do líquido pode ser rápida, especialmente para o meningococo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de corticosteroides (dexametasona) na meningite bacteriana tem como objetivo reduzir a resposta inflamatória e as sequelas (como a surdez). No entanto, para ser eficaz, deve ser administrado antes ou junto com a primeira dose de antibiótico. Iniciá-la no terceiro dia de tratamento não traz os benefícios comprovados e não é recomendado pelos protocolos clínicos.

b) Incorreta. Uma nova punção lombar não é indicada rotineiramente se o paciente apresentar melhora clínica. Os resultados atuais (bioquímica e citologia) já são suficientemente alterados para sustentar o diagnóstico de meningite bacteriana, mesmo com Gram negativo.

c) CORRETA. Diante de um quadro clínico compatível e um líquido com perfil bioquímico e citológico francamente bacteriano, o tratamento deve ser completado, independentemente da negatividade do Gram ou da cultura (que pode ser influenciada pelo tratamento prévio). O tempo de tratamento para meningites bacterianas varia geralmente entre 7 e 14 dias (dependendo do agente isolado ou provável); portanto, a manutenção por 10 dias é uma conduta adequada e segura para garantir a cura e evitar recidivas.

d) Incorreta. Suspender o antibiótico seria um erro grave. A ausência de bactérias no Gram não exclui infecção bacteriana, especialmente após o uso de ceftriaxona. Os parâmetros líquóricos (proteína muito alta e glicose muito baixa) indicam uma agressão bacteriana severa que exige o curso completo de tratamento.

Questão 45

O quadro clínico descrito — primeiro episódio de sibilância em um lactente de 3 meses, precedido por pródromos virais (febre, coriza e tosse) e apresentando sinais de esforço respiratório com achados radiológicos de aprisionamento aéreo (hiperinsuflação) — é o diagnóstico clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA).

O tratamento da Bronquiolite Viral Aguda é focado em medidas de suporte, uma vez que não existem terapias específicas que alterem significativamente o curso da doença. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de broncodilatadores inalatórios (como o salbutamol) não é recomendado rotineiramente para o tratamento da bronquiolite, pois a fisiopatologia da doença envolve edema e excesso de secreção na via aérea, e não broncoespasmo mediado por musculatura lisa. Além disso, o palivizumabe é um anticorpo monoclonal indicado apenas para a profilaxia em populações de alto risco (prematuros extremos e cardiopatas) durante a sazonalidade do vírus sincicial respiratório, não tendo utilidade no tratamento da doença instalada.

Alternativa (b) Incorreta: A adrenalina inalatória não deve ser utilizada rotineiramente no tratamento hospitalar. Embora diretrizes passadas permitissem um teste terapêutico no ambiente de urgência, evidências atuais mostram que ela não reduz o tempo de internação. Quanto à sonda nasogástrica, ela é indicada apenas se o paciente apresentar desconforto respiratório grave que impeça a alimentação segura por via oral, o que não é a conduta prioritária imediata antes da oxigenação.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de corticosteroides (oral ou venoso) é contraindicado na bronquiolite viral aguda, pois diversos estudos demonstraram que eles não reduzem a gravidade dos sintomas nem o tempo de hospitalização. A soroterapia venosa também não é regra; a preferência é manter a hidratação por via oral ou enteral, reservando o soro venoso apenas para casos de desidratação clínica ou impossibilidade de ingestão.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão de suporte. A oxigenioterapia está indicada para este paciente, pois sua saturação de oxigênio é de 89% (o alvo terapêutico em bronquiolite geralmente é manter a saturação igual ou superior a 90-92%). A lavagem nasal com soro fisiológico é essencial, pois os lactentes pequenos são respiradores nasais preferenciais e a obstrução das narinas por secreções aumenta significativamente o esforço respiratório.

Em resumo, por se tratar de uma patologia autolimitada, o tratamento consiste em garantir a oxigenação adequada e a permeabilidade das vias aéreas superiores até a resolução do quadro.

Questão 46

Explicação detalhada da questão:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento da sífilis na gestante não deve ser restrito ao primeiro trimestre. O Ministério da Saúde recomenda que os testes sejam realizados na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (ou em caso de abortamento/natimorto) e em situações de exposição de risco ou violência sexual. A detecção em qualquer fase da gestação é crucial para iniciar o tratamento e prevenir a sífilis congênita.

Alternativa b) Correta. O FTA-Abs é um teste treponêmico, o que significa que ele detecta anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*. Na grande maioria dos indivíduos, uma vez que o teste treponêmico se torna reagente, ele assim permanece por toda a vida, fenômeno conhecido como "cicatriz sorológica". Por essa razão, ele é excelente para confirmar o diagnóstico, mas é inadequado para o acompanhamento da resposta ao tratamento ou para identificar novas infecções.

Alternativa c) Incorreta. O teste rápido disponível no SUS é um teste treponêmico. Embora seja a ferramenta preferencial para agilizar o diagnóstico e o início imediato do tratamento em gestantes, ele não serve para o acompanhamento. Como permanece positivo mesmo após a cura, não permite distinguir uma infecção ativa de uma infecção passada e tratada. O acompanhamento da resposta terapêutica deve ser feito obrigatoriamente com testes não treponêmicos, como o VDRL.

Alternativa d) Incorreta. O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) é classificado como um teste não treponêmico, e não treponêmico. Ele detecta anticorpos anticardiolipina e não é específico para o *Treponema pallidum*. No fluxograma diagnóstico, o VDRL é utilizado tanto para auxiliar no diagnóstico (quando realizado após um teste rápido positivo) quanto para o seguimento mensal da gestante, visando observar a queda dos títulos (ex.: de 1:32 para 1:8) que indica sucesso terapêutico.

Questão 47

Análise do quadro clínico:

A paciente encontra-se no segundo estágio do parto (período expulsivo) com sinais de sofrimento fetal agudo (bradicardia fetal persistente de 90 bpm) e exaustão materna. O feto está em apresentação cefálica, no plano +2 de De Lee (cabeça baixa na pelve) e em variedade de posição occipito-esquerda anterior (OEA). Diante da hipóxia fetal, a conduta imediata deve ser a extração fetal pela via mais rápida disponível.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O fórceps é indicado para abreviar o período expulsivo quando há comprometimento do bem-estar fetal e as condições de aplicabilidade estão presentes (dilatação total, bolsa rota, feto em plano baixo e conhecimento da variedade de posição). Com o feto no plano +2 de De Lee, a cabeça está profundamente encaixada, o que torna a cesariana tecnicamente mais difícil e demorada, com alto risco de lacerações uterinas e dificuldade de extração da cabeça fetal impactada.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Embora o vácuo extrator seja uma opção para o parto operatório vaginal, o fórceps é geralmente preferido em casos de sofrimento fetal agudo grave, como uma bradicardia de 90 bpm, por permitir uma extração mais rápida e ter menores taxas de falha de tração. Não se pode afirmar que o vácuo é superior ao fórceps em efetividade nesta situação específica de emergência.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A variedade de posição occipito-esquerda anterior (OEA) é uma posição favorável e uma das mais comuns para a aplicação de instrumentos. A necessidade de uma pequena rotação (45 graus) para a posição occipitopúbica não contraindica o uso de fórceps ou vácuo extrator.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. Não existe contraindicação ao uso de fórceps em pacientes primíparas; pelo contrário, o esforço de puxo prolongado e a exaustão materna em primigestas são indicações frequentes para o uso do instrumento. Além disso, o vácuo extrator não está contraindicado para a rotação mínima necessária neste caso, embora o fórceps seja mecanicamente mais eficiente para correções de posição.

Questão 48

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

A paciente é uma primigesta de 35 semanas que apresenta hipertensão (140 x 90 mmHg) associada a um sintoma neurológico importante: cefaleia persistente. Segundo os critérios diagnósticos atuais, a presença de hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação acompanhada de sinais de gravidade (como cefaleia, distúrbios visuais, dor epigástrica ou alterações laboratoriais) define o quadro como Pré-eclâmpsia com Sinais de Gravidade.

Em gestações com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas, a conduta recomendada diante de uma pré-eclâmpsia com sinais de gravidade é a interrupção da gestação, uma vez que os riscos de manter a gravidez (como evolução para eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta ou morte fetal) superam os riscos

da prematuridade tardia.

Análise das Alternativas:

Alternativa A - Incorreta: A conduta expectante para controle pressórico e avaliação fetal por dopplervelocimetria é reservada para casos de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade antes do termo ou, em centros especializados, para casos graves com menos de 34 semanas sob vigilância rigorosa. Com 35 semanas e sintomas neurológicos, a conduta deve ser a resolução.

Alternativa B - Correta: Esta alternativa segue os protocolos da FEBRASGO e do Ministério da Saúde. A indução do parto é a via preferencial se as condições maternas e fetais permitirem (neste caso, o feto tem cardiocografia reativa). O uso do sulfato de magnésio é obrigatório e fundamental para a profilaxia de crises convulsivas (eclâmpsia) em qualquer paciente que apresente pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, especialmente sintomas premonitórios como a cefaleia.

Alternativa C - Incorreta: O manejo ambulatorial é contraindicado para pacientes com sinais de gravidade. A metildopa é um medicamento utilizado para o controle crônico da pressão arterial, mas não trata a causa da pré-eclâmpsia nem previne as complicações agudas. O encaminhamento para pré-natal de alto risco sem internação imediata coloca a vida da mãe e do feto em risco.

Alternativa D - Incorreta: A nifedipina (especialmente a de liberação imediata) é usada para o tratamento de crises hipertensivas agudas (PA maior ou igual a 160 x 110 mmHg), o que não é o caso atual da paciente (140 x 90 mmHg). Realizar curva pressórica ambulatorial é inadequado, pois a paciente já apresenta critérios para internação e resolução do parto.

Questão 49

Análise do Partograma:

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto. No eixo vertical esquerdo, observamos a dilatação cervical (representada pelos triângulos); no eixo vertical direito, acompanhamos a descida da apresentação fetal (planos de De Lee, representados pelos círculos que indicam a variedade de posição).

Alternativa A (Correta): Ao analisar os triângulos, nota-se que a dilatação cervical atinge os 10 cm (dilatação completa) na hora 8 do registro. A curva de dilatação permanece sempre à esquerda da linha de alerta, o que caracteriza um trabalho de parto com evolução normal (eutócica). Em relação à estática fetal, os símbolos

iniciais (horas 1 e 2) mostram a sutura sagital disposta horizontalmente com o lambda à direita da pelve materna, caracterizando a variedade occipitodireita transversa (ODT). No registro final (hora 8), o círculo mostra a sutura sagital verticalizada com o lambda voltado para a sínfise púbica, confirmando que houve a rotação interna para occipitopúbica (OP).

Alternativa B (Incorreta): O polo cefálico na hora 8 já ultrapassou o plano zero de De Lee há bastante tempo. Pelos registros, ele se encontra em planos baixos (+3 ou +4), indicando que a descida ocorreu de forma satisfatória. Além disso, a imagem mostra a rotação para a posição anterior (púbica) e não sacra.

Alternativa C (Incorreta): A evolução é tecnicamente perfeita e dentro da normalidade, pois a progressão da dilatação acompanhou o tempo esperado sem cruzar a linha de alerta. A variedade de posição occipitopúbica (OP) é justamente a posição ideal e mais comum para o desprendimento do feto no parto vaginal.

Alternativa D (Incorreta): O fato de a dilatação ter permanecido em 3 cm nas duas primeiras horas pode representar o final da fase latente ou o início da fase ativa. O critério de normalidade no partograma é definido principalmente após os 4 cm de dilatação; como a curva progrediu de forma constante após esse ponto, sem atrasos, a evolução é normal. Além disso, a insinuação do polo cefálico em variedade transversa (como ODT ou OET) é um mecanismo fisiológico frequente, especialmente em bacias ginecoides ou platipeloides, não configurando distocia.

Questão 50

O nervo pudendo é a estrutura central quando estudamos a inervação somática da região perineal. Ele tem origem no plexo sacral, especificamente nas raízes de S2, S3 e S4. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O nervo pudendo deixa a pelve através do forame isquiático maior, passando inferiormente ao músculo piriforme. Ele contorna a espinha isquiática e o ligamento sacroespinal para entrar no períneo através do forame isquiático menor, ingressando no canal do pudendo (canal de Alcock). O ligamento uterossacro é uma estrutura de sustentação uterina e não serve como via de saída para este nervo.

Alternativa b) Correta. Esta é a definição clássica do nervo pudendo. Ele é o principal nervo somático (voluntário e sensitivo) do períneo. Ele fornece sensibilidade para a genitália externa e pele da região anal e perineal, além de fornecer inervação motora para os músculos do assoalho pélvico, incluindo o esfíncter externo do ânus e o esfíncter externo da uretra.

Alternativa c) Incorreta. O nervo pudendo divide-se classicamente em três ramos principais: 1) Nervo retal inferior, 2) Nervo perineal e 3) Nervo dorsal do clitóris (ou do pênis). O nervo vesical não faz parte das ramificações do pudendo; a inervação da bexiga é predominantemente autonômica, coordenada pelos nervos esplâncnicos pélvicos (parassimpático) e pelo plexo hipogástrico (simpático).

Alternativa d) Incorreta. Embora o nervo passe próximo aos forames isquiáticos, a referência anatômica precisa e utilizada na prática clínica para a realização do bloqueio do nervo pudendo (muito comum em procedimentos obstétricos e cirurgias perineais) é a espinha isquiática. O médico localiza a espinha por palpação vaginal ou retal e deposita o anestésico em sua proximidade, onde o nervo passa antes de entrar no canal de Alcock.

Questão 51

RESUMO DO CASO

Paciente primigesta, 16 semanas e 3 dias, tipo sanguíneo B negativo. Exames mostram glicemia de jejum de 91 mg/dL (normal), hemoglobina de 11,5 g/dL (normal para gestação), IgG positivo para toxoplasmose (imunidade prévia) e glicosúria em urina de rotina.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A glicemia de jejum de 91 mg/dL é considerada normal, pois o ponto de corte para o diagnóstico de diabetes gestacional no primeiro trimestre é maior ou igual a 92 mg/dL. A presença de glicosúria na gestação é um achado frequente e, na maioria das vezes, fisiológico, decorrente do aumento da taxa de filtração glomerular e da redução do limiar renal para glicose. Não há indicação para antecipar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75 g), que deve ser realizado rotineiramente entre 24 e 28 semanas.

Alternativa B (Incorreta): O perfil sorológico da toxoplasmose (IgG positivo e IgM negativo) demonstra que a paciente já teve contato prévio com o parasita e possui imunidade. Dessa forma, não há risco de infecção primária ou transmissão vertical, tornando desnecessárias as orientações de prevenção primária. Além disso, a eletroforese de hemoglobina AA é o padrão normal, não havendo necessidade de avaliar o padrão paterno.

Alternativa C (Incorreta): De acordo com a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a anemia na gestação é definida por valores de hemoglobina menores que 11 g/dL. Com 11,5 g/dL, a paciente não está anêmica. A dose de 160

mg de ferro elementar é uma dose terapêutica (indicada para tratamento de anemia instalada), enquanto para esta paciente estaria indicada apenas a suplementação profilática de 40 mg de ferro elementar por dia, conforme a rotina de pré-natal a partir da 20ª semana.

Alternativa D (Correta): Por ser Rh negativo, é mandatório realizar a pesquisa de anticorpos irregulares pelo teste de Coombs indireto para avaliar se houve aloimunização. Se o resultado for negativo, o teste deve ser repetido periodicamente (mensalmente a partir da 24ª semana ou conforme protocolo institucional). O agendamento da próxima consulta em quatro semanas segue o padrão de atendimento pré-natal para esta idade gestacional, que deve ser mensal até as 28 semanas.

Questão 52

O quadro clínico descrito é clássico de uma mastite lactacional. A paciente apresenta os sinais cardinais de inflamação (dor, calor, rubor e tumor) em uma área localizada da mama, associados a sintomas sistêmicos (febre alta de 39 graus) e um fator predisponente claro: a fissura mamilar, que serve como porta de entrada para bactérias da pele e da orofaringe do lactente, sendo o **Staphylococcus aureus** o agente mais comum.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O abscesso mamário é uma complicação da mastite. Embora o quadro seja sugestivo de uma inflamação intensa, o exame físico descreve especificamente a ausência de "pontos de flutuação". A flutuação é o sinal clínico patognomônico de coleção líquida (pus), indicando abscesso. Na ausência deste sinal e de secreção purulenta, o diagnóstico primário permanece como mastite. A drenagem cirúrgica só está indicada se houver abscesso confirmado.

b) Incorreta. A ectasia ductal é uma condição benigna que geralmente ocorre em mulheres no climatério ou pós-menopausa, caracterizada pela dilatação dos ductos subareolares. Não costuma cursar com febre alta aguda ou sinais inflamatórios exuberantes relacionados ao puerpério imediato como os descritos no caso.

c) Correta. O diagnóstico é de mastite lactacional. O tratamento padrão envolve o uso de antibióticos que cubram cocos Gram-positivos (especialmente **S. aureus**), sendo a cefalexina ou a amoxicilina (muitas vezes associada ao clavulanato) escolhas adequadas e seguras para o lactente. O ponto crucial da conduta é o esvaziamento mamário: a paciente deve ser orientada a manter a amamentação em ambas as mamas, começando pela mama sadia para estimular o reflexo de ejeção e depois

passando para a mama afetada, ou realizar a ordenha manual/mecânica após as mamadas. A interrupção do aleitamento na mama afetada, como sugerido pela cunhada da paciente, favorece a estase láctea e a progressão para abscesso.

d) Incorreta. Embora o diagnóstico de mastite esteja correto, o ciprofloxacino não é a primeira escolha para o tratamento de mastite lactacional. Antibióticos da classe das quinolonas devem ser evitados como primeira linha durante a amamentação quando existem opções mais seguras e eficazes para os germes mais comuns da pele, como as cefalosporinas de primeira geração ou penicilinas.

Questão 53

Alternativa A (Correta): O teste de avidéz do IgG é utilizado para estimar o tempo de infecção pela toxoplasmose quando a gestante apresenta IgM e IgG positivos no início do pré-natal. Uma avidéz elevada indica que a produção de anticorpos IgG já está madura, o que ocorre geralmente após 12 a 16 semanas da infecção inicial. Se a gestante estiver com 10 semanas de gestação e o teste de avidéz for alto, conclui-se que a infecção ocorreu há pelo menos 12 semanas, ou seja, antes do período da concepção, o que exclui o risco de transmissão vertical para o feto.

Alternativa B (Incorreta): As recomendações para prevenção da toxoplasmose focam em evitar o consumo de carnes cruas ou malpassadas, lavar rigorosamente frutas e hortaliças e evitar o contato com fezes de felinos ou terra contaminada. O consumo de ovos e leite não pasteurizado está mais comumente associado a outros patógenos, como *Salmonella* (ovos) e *Listeria* ou *Brucella* (leite), não sendo o foco principal da prevenção da toxoplasmose.

Alternativa C (Incorreta): O teste de avidéz avalia a força de ligação dos anticorpos da classe IgG aos antígenos do parasita. Portanto, é imprescindível que o IgG esteja positivo para que o teste seja realizado. Em casos de IgM positivo e IgG negativo, a hipótese é de uma infecção aguda muito recente (na fase de "janela" de viragem do IgG) ou um resultado falso-positivo de IgM. Nesses casos, a conduta correta é repetir a sorologia em duas a três semanas para observar a soroconversão, e não solicitar avidéz.

Alternativa D (Incorreta): O *Toxoplasma gondii* é um protozoário parasita intracelular obrigatório, e não uma bactéria. Embora a afirmação de que ele pode ser transmitido ao feto durante a gestação (transmissão vertical) esteja correta, o erro na classificação biológica do agente torna a alternativa incorreta.

Questão 54

A hiperplasia endometrial sem atipias é uma condição benigna caracterizada pela proliferação excessiva das glândulas endometriais em relação ao estroma, geralmente causada pelo estímulo estrogênico contínuo e sem a contraposição adequada da progesterona. O risco de progressão para câncer de endométrio é muito baixo, em torno de 1% a 3%, o que permite um tratamento conservador clínico em vez de cirúrgico.

Alternativa a: Incorreta. A ablação endometrial consiste na destruição cirúrgica da camada funcional do endométrio para o controle de sangramento uterino anormal. No entanto, ela não é recomendada para o tratamento de hiperplasias. O principal motivo é que a ablação gera cicatrizes e sinéquias na cavidade uterina que dificultam ou impedem o acompanhamento citológico e histológico futuro, essencial para garantir que a hiperplasia não recidive ou evolua.

Alternativa b: Incorreta. O uso de progestágenos orais de forma contínua ou cíclica (como o acetato de medroxiprogesterona) é uma opção de tratamento válida. Contudo, quando comparado ao sistema intrauterino, o progestágeno oral apresenta taxas de regressão da doença ligeiramente menores e taxas de recorrência mais altas após a interrupção do tratamento. Além disso, os efeitos colaterais sistêmicos costumam ser mais frequentes, o que pode comprometer a adesão da paciente a longo prazo.

Alternativa c: Correta. O Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG) é atualmente considerado o tratamento de primeira escolha (padrão-ouro) para hiperplasias sem atipias. Ele promove a liberação local e contínua de progestágeno, resultando em uma concentração endometrial muito superior à alcançada pela via oral. Isso garante taxas de regressão superiores a 90%, excelente controle do sangramento e menor taxa de recorrência. É a estratégia mais eficiente para o manejo ambulatorial prolongado, com menos efeitos colaterais sistêmicos e maior comodidade posológica.

Alternativa d: Incorreta. O uso de estrogênio isolado é contraindicado nesse cenário, pois o estrogênio é o próprio agente causador da proliferação endometrial desordenada. Administrar estrogênio conjugado sem a oposição de progesterona em uma paciente com diagnóstico de hiperplasia aumentaria o risco de persistência da doença e de progressão para lesões pré-malignas ou malignas. O tratamento deve ser focado no uso de progestágenos para reverter o efeito estrogênico.

Questão 55

A dor pélvica crônica (DPC) é definida como uma dor contínua ou recorrente de pelo menos seis meses de duração, localizada na pelve, na parede abdominal anterior, abaixo do umbigo, nas costas ou nas nádegas. Ela exige uma abordagem diagnóstica ampla, considerando as origens ginecológica, urológica, gastrointestinal, musculoesquelética e psicológica.

Alternativa (a): Está correta. A avaliação detalhada da dor é o primeiro passo para o diagnóstico. Investigar se a dor é cíclica ou acíclica ajuda a diferenciar patologias como a endometriose (tipicamente cíclica no início). O uso de escalas visuais e questionários validados permite quantificar a dor e monitorar a eficácia do tratamento ao longo do tempo.

Alternativa (b): Está errada e é o gabarito da questão. A história obstétrica é fundamental na investigação da dor pélvica crônica, e não apenas da aguda. O histórico de partos pode estar relacionado a diversas causas de dor crônica, como a síndrome de congestão pélvica (comum em multíparas), lesões de nervos periféricos (como o nervo pudendo) decorrentes do esforço de expulsão ou uso de fórceps, e sequelas de lacerações perineais ou episiotomias que resultam em dispareunia e dor vulvar crônica.

Alternativa (c): Está correta. O sistema musculoesquelético é frequentemente negligenciado, mas desempenha um papel crucial na DPC. Assimetrias posturais, discrepâncias no comprimento dos membros e alterações na marcha podem causar ou perpetuar dores pélvicas por meio de pontos-gatilho miofasciais e sobrecarga da musculatura do assoalho pélvico.

Alternativa (d): Está correta. Existe uma correlação epidemiológica robusta entre a dor pélvica crônica e o histórico de traumas psicológicos e abusos. Além disso, a dor crônica e a depressão compartilham vias neurobiológicas. A depressão pode ser tanto um fator predisponente quanto uma consequência do isolamento e do sofrimento causados pela dor persistente, sendo essencial a triagem de saúde mental nessas pacientes.

Questão 56

Análise da Questão:

O ponto-chave para resolver esta questão é a identificação correta do assinclitismo. O assinclitismo ocorre quando a sutura sagital do feto não está centralizada no canal de parto, ou seja, ela está deslocada para a frente (em direção à sínfise púbica) ou para trás (em direção ao sacro).

No caso descrito, a sutura sagital está mais próxima à sínfise púbica e distante do sacro. Isso significa que o osso parietal posterior do feto está descendo primeiro no canal de parto. Essa condição é denominada assinclitismo posterior ou obliquidade de Litzmann.

Alternativa A: Incorreta. Em pacientes primigestas que não estão sob efeito de analgesia, o período expulsivo pode durar até 3 horas (de acordo com recomendações da ACOG e manuais do Ministério da Saúde), desde que haja progressão da descida e o bem-estar fetal seja mantido. Indicar cesariana após apenas 1 hora de período expulsivo sem sinais de sofrimento ou parada de progressão é uma conduta precoce e desnecessária.

Alternativa B: Incorreta. A descrição anatômica dada (sutura sagital próxima à sínfise) caracteriza o assinclitismo posterior, e não o anterior (que seria a obliquidade de Naegele). Além disso, o assinclitismo por si só não é uma indicação absoluta de cesariana imediata, pois pode ser um movimento fisiológico de adaptação da cabeça aos diâmetros da bacia.

Alternativa C: Correta. O assinclitismo posterior é frequentemente um mecanismo transitório. Durante o trabalho de parto, a cabeça fetal realiza movimentos de inclinação lateral para conseguir ultrapassar as resistências do trajeto pélvico. A conduta correta é observar a evolução do parto, acompanhando a descida e a rotação espontânea do feto, intervindo apenas se houver sinais de distocia (parada de progressão).

Alternativa D: Incorreta. O fórceps de Simpson é um instrumento de tração indicado para variedades de posição longitudinais (quando o bebê já está com o dorso para cima ou para baixo). Em variedades transversas (OTD), se houvesse indicação de fórceps, o modelo indicado seria o de Kielland, que possui a função de rotação. No entanto, realizar um fórceps no plano zero em uma primigesta sem analgesia e sem sinais de parada de progressão é uma conduta agressiva e tecnicamente difícil, não sendo a escolha inicial.

Questão 57

Esta questão aborda o seguimento pós-tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero, especificamente a Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau III (NIC III). De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde), o seguimento após a conização (tratamento excisional) com margens livres deve ser rigoroso para detectar precocemente possíveis recidivas ou persistência da doença.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O intervalo de 12 meses para a primeira citologia após o tratamento é muito longo e inseguro. Além disso, a paciente não deve retornar ao rastreamento trienal imediatamente após um único exame negativo, pois o risco de recidiva é maior nos primeiros cinco anos após o tratamento de uma lesão de alto grau.

b) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. Após o tratamento de NIC II ou NIC III com margens livres, a paciente deve realizar o controle citológico (associado à colposcopia, quando disponível) semestralmente no primeiro ano (aos 6 e 12 meses). Se ambos os resultados forem negativos, o acompanhamento passa a ser anual até que se completarem cinco anos do tratamento. Somente após cinco anos de exames anuais normais é que a paciente retorna à rotina de rastreamento citológico a cada três anos.

c) Incorreta. O acompanhamento semestral é indicado apenas no primeiro ano (6 e 12 meses). Realizar exames semestrais por 24 meses (6, 12, 18 e 24 meses) não é a recomendação padrão. Além disso, o retorno ao regime trienal após apenas dois anos é precoce demais para o histórico de NIC III.

d) Incorreta. O intervalo trimestral (3, 6, 9 e 12 meses) é desnecessário e sobrecarrega o sistema de saúde e a paciente sem evidências de benefício adicional em relação ao esquema semestral. Embora a segunda parte da alternativa (anual por cinco anos) esteja correta, a periodicidade inicial está equivocada.

Em resumo, o objetivo do seguimento pós-conização é garantir que a lesão foi totalmente erradicada. O protocolo de 6 e 12 meses, seguido de exames anuais por 5 anos, oferece o equilíbrio ideal entre segurança oncológica e custo-efetividade. Caso as margens estivessem comprometidas, a conduta poderia variar entre nova excisão (se a margem endocervical estivesse comprometida em mulheres que já completaram prole) ou seguimento citológico e colposcópico mais rigoroso, dependendo da idade e do tipo de margem afetada. No caso da questão, com margens livres, a alternativa B é a conduta de escolha.

Questão 58

O acretismo placentário ocorre devido a uma falha na formação da decídua basal, permitindo que as vilosidades coriônicas se fixem diretamente ou invadam o miométrio. O principal mecanismo fisiopatológico para esse fenômeno é a presença de cicatrizes uterinas ou processos inflamatórios prévios que danificam a interface endométrio-miometrial.

Alternativa (a): Incorreta. A cesariana é o principal fator de risco para o acretismo placentário, especialmente quando associada à placenta prévia. A infecção endometrial (endometrite) após um aborto também é um fator de risco, pois o processo inflamatório pode causar danos permanentes à decídua, facilitando a invasão trofoblástica anormal em gestações subsequentes.

Alternativa (b): Incorreta. Procedimentos cirúrgicos que acessam a cavidade uterina, como a curetagem e a miomectomia, provocam traumas no endométrio e podem deixar áreas de fibrose ou falhas na decídua. Essas cicatrizes cirúrgicas são locais propícios para a aderência anormal da placenta.

Alternativa (c): Incorreta. A fertilização *in vitro* (FIV) tem sido identificada em diversos estudos epidemiológicos como um fator de risco independente para o espectro do acretismo placentário. A placenta prévia é outro fator clássico e de altíssimo risco; quando uma paciente tem uma cicatriz de cesariana prévia e a placenta atual se implanta sobre essa cicatriz (placenta prévia), o risco de acretismo aumenta exponencialmente.

Alternativa (d): Correta. Esta é a alternativa que apresenta condições sem relação causal com o acretismo. A gravidez heterotópica (presença simultânea de uma gestação intrauterina e outra extrauterina) é uma complicação da gestação, mas não predispõe à aderência anormal da placenta na decídua. A infecção do trato urinário (ITU) é uma condição clínica comum na gestação, mas seu sítio de infecção é o sistema urinário, não afetando a estrutura do endométrio ou a formação da placenta. Por não serem fatores de risco, esta é a resposta a ser assinalada.

Questão 59

Alternativa (a) CORRETA: Durante a transição menopáusicas (perimenopausa), especialmente em sua fase inicial, ocorre um aumento na frequência de ciclos anovulatórios ou ciclos com fases lúteas inadequadas, o que resulta em níveis de progesterona menores do que os observados em mulheres na fase reprodutiva plena. Por outro lado, a produção de testosterona pelos ovários e pelas suprarrenais não sofre uma queda abrupta relacionada especificamente à transição menopáusicas; sua redução é gradual e associada ao envelhecimento cronológico, permanecendo

relativamente estável durante esse período de flutuação estrogênica.

Alternativa (b) INCORRETA: Em mulheres na pós-menopausa que apresentam sangramento uterino anormal, a ultrassonografia transvaginal é um método de triagem importante. O ponto de corte clássico para a espessura endometrial é de 4 a 5 mm. Se o endométrio estiver acima de 4 mm em uma paciente com sangramento, há indicação formal de investigação histológica (biópsia ou curetagem) para excluir hiperplasia ou câncer de endométrio.

Alternativa (c) INCORRETA: O risco de fraturas por osteoporose é determinado pelo somatório de dois fatores principais: a massa óssea máxima atingida até a idade adulta (pico de massa óssea) e a taxa de perda óssea que ocorre após a menopausa. Portanto, a massa óssea no momento da menopausa é, sim, um determinante crítico do risco futuro de fraturas.

Alternativa (d) INCORRETA: Na pós-menopausa, ocorre uma diminuição dos níveis de SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais) e não um aumento. Isso acontece porque o estrogênio estimula a produção hepática de SHBG; com a queda do estrogênio, o SHBG diminui. Essa redução do SHBG leva a um aumento da fração livre dos hormônios sexuais (especialmente da testosterona livre). A segunda parte da alternativa está correta (o SDHEA diminui com a idade), mas o erro no comportamento do SHBG invalida a questão.

Questão 60

Para compreender a questão, primeiro devemos analisar os dados do exame físico. A paciente apresenta prolapso de parede anterior de +3 cm e de parede posterior de +2 cm. Pelo sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), valores positivos indicam que o ponto de maior prolapso está além do hímen, caracterizando um prolapso avançado (estágio III ou IV).

Alternativa (a): CORRETA. O tratamento cirúrgico visa à correção anatômica dos compartimentos afetados. A colpoplastia anterior trata a cistocele (prolapso anterior) e a colpoperineoplastia trata a retocele/rotura perineal (prolapso posterior). Um conceito fundamental em uroginecologia é a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) oculta: grandes prolapsos podem causar uma angulação da uretra que impede a perda de urina. Ao corrigir cirurgicamente o prolapso e "esticar" a parede vaginal, essa obstrução é desfeita, podendo revelar uma incontinência que antes estava mascarada.

Alternativa (b): INCORRETA. Mudanças de hábito e fisioterapia pélvica são excelentes para prolapsos iniciais (estágios I e II) ou como coadjuvantes. Em casos de prolapso

avançado (+3 cm), a fisioterapia não consegue reverter a descida dos órgãos, apresentando baixas taxas de sucesso na resolução anatômica e sintomática completa.

Alternativa (c): INCORRETA. O estrogênio tópico é essencial na pós-menopausa para melhorar o trofismo da mucosa vaginal (epitélio), o que reduz sintomas de secura e irritação. No entanto, ele não tem a capacidade de aumentar o tônus muscular ou a resistência dos ligamentos e fâscias a ponto de reverter um prolapso de grandes proporções.

Alternativa (d): INCORRETA. O pessário é uma excelente alternativa para pacientes que possuem contraindicações cirúrgicas, que são muito idosas ou que não desejam operar. No entanto, para uma paciente de 55 anos, hígida (saudável) e com prolapso sintomático avançado, a cirurgia é frequentemente considerada a conduta de escolha para proporcionar uma solução definitiva e melhorar a qualidade de vida, não sendo o pessário obrigatoriamente a "primeira escolha" por ser conservador. Além disso, a fisioterapia isolada não corrigiria o defeito anatômico descrito.

Questão 61

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer a Portaria GM/MS número 3.148 de 2024, que atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. O enunciado exige que todas as doenças da alternativa sejam de notificação imediata (em até 24 horas) para os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a difteria seja de notificação imediata para as três esferas de gestão, a dengue (em casos suspeitos de rotina) e a leptospirose são doenças de notificação semanal. Na dengue, a notificação só passa a ser imediata para todos os níveis em caso de óbito suspeito.

Alternativa B: Incorreta. A influenza humana produzida por novo subtipo viral e as febres hemorrágicas (como o Ebola) são emergências de saúde pública que exigem notificação imediata integral. No entanto, a tuberculose é uma doença de notificação semanal, o que torna a alternativa incorreta.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa agrupa três condições que exigem comunicação em até 24 horas para o Município, o Estado e o Ministério da Saúde:

- Malária na região extra-amazônica: Diferente da região amazônica, onde a notificação é semanal, qualquer caso em área extra-amazônica é considerado alerta

máximo para evitar a reintrodução da doença.

- Raiva humana: Devido à letalidade de praticamente 100% e ao risco para a comunidade, a notificação deve ser imediata.
- Febre amarela: Pelo seu potencial epidêmico e gravidade clínica, exige resposta rápida de vigilância e imunização.

Alternativa D: Incorreta. O sarampo e a rubéola são doenças de notificação imediata para os três níveis de gestão, visto que o Brasil busca manter a eliminação dessas doenças. Contudo, a leishmaniose visceral é classificada como uma doença de notificação semanal.

Gabarito: Alternativa C.

Questão 62

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda os conceitos e o funcionamento da farmacovigilância no Brasil, fundamentada na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 406/2020 da Anvisa. O objetivo é identificar a afirmação que melhor descreve as atividades e a estrutura desse sistema.

Alternativa a: Incorreta. Diferentemente do que afirma a alternativa, a farmacovigilância moderna, conforme definida pela Anvisa e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem um escopo amplo. Ela abrange não apenas as reações adversas clássicas, mas também problemas de qualidade (desvios de qualidade), erros de medicação, uso não aprovado em bula (uso off-label), abuso de medicamentos, interações medicamentosas e casos de intoxicação.

Alternativa b: Incorreta. As vacinas são produtos biológicos e estão estritamente sob o escopo da farmacovigilância. Embora o Sistema de Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) possua particularidades e fluxos integrados com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a Anvisa mantém o monitoramento contínuo da segurança desses produtos. A existência de um sistema prévio não exclui as vacinas do monitoramento de segurança da farmacovigilância nacional.

Alternativa c: Incorreta. O erro desta alternativa está na palavra "apenas". O VigiMed é, de fato, o sistema eletrônico disponibilizado pela Anvisa para facilitar as notificações, mas ele é utilizado para o relato de suspeitas de eventos adversos relacionados tanto a medicamentos quanto a vacinas. Portanto, o escopo do sistema não é restrito exclusivamente a medicamentos em sentido estrito.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve a base operacional da farmacovigilância no mundo e no Brasil. Os sistemas de vigilância passiva ou voluntária (notificação espontânea) são fundamentais porque permitem monitorar toda a população que utiliza o medicamento após sua comercialização, em condições reais de uso. Isso gera um grande volume de dados a um custo operacional relativamente baixo para o Estado. A principal vantagem é a detecção precoce de "sinais de segurança", que são alertas sobre riscos raros ou novos que não foram detectados durante as fases de estudos clínicos antes da aprovação do medicamento.

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

Questão 63

A Febre Reumática (FR) é uma complicação tardia e não supurativa de uma faringotonsilite causada pelo *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A). No Brasil, ela permanece como um grave problema de saúde pública, intimamente ligado às condições socioeconômicas. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. Existe uma distinção fundamental entre os conceitos de profilaxia. A profilaxia primária consiste no diagnóstico e no tratamento corretos da faringotonsilite estreptocócica aguda para evitar que o primeiro surto de Febre Reumática ocorra. Já a profilaxia secundária é aquela realizada em pacientes que já tiveram a doença, por meio de doses regulares de penicilina benzatina, com o objetivo de evitar novos surtos (recorrências) que agravariam as lesões valvares (progressão). Portanto, a descrição da alternativa refere-se à profilaxia secundária, não à primária.

Alternativa B: Correta. A Febre Reumática é considerada uma doença da negligência social. A aglomeração populacional (especialmente em dormitórios e escolas) facilita a transmissão aérea do *Streptococcus pyogenes*. A carência de atendimento médico impede o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das faringites, enquanto as condições precárias de saneamento e higiene refletem o baixo nível socioeconômico da população mais vulnerável à doença.

Alternativa C: Incorreta. Embora existam pesquisas para o desenvolvimento de vacinas, o principal obstáculo (e não facilitador) é a enorme diversidade genética do *S. pyogenes*. A bactéria apresenta uma grande variedade de proteínas M (mais de 200 tipos diferentes), que são o principal alvo imunogênico. Essa alta variabilidade dificulta a criação de uma vacina que confira proteção contra todas as cepas

reumatogênicas.

Alternativa D: Incorreta. A primeira frase está correta: o tratamento precoce da faringotonsilite é, de fato, a base da prevenção primária. No entanto, a segunda parte da afirmação é falsa. A penicilina G benzatina continua sendo o padrão-ouro e é extremamente eficaz. Até hoje, não foi documentada resistência do *Streptococcus pyogenes* à penicilina na prática clínica. O insucesso terapêutico, quando ocorre, geralmente está ligado à falta de adesão ou a um erro diagnóstico, e não à resistência bacteriana ao antibiótico.

Questão 64

O caso clínico descreve uma criança de 3 anos com diagnóstico de Otite Média Aguda (OMA). Os critérios diagnósticos estão presentes: início súbito, otalgia intensa, febre e sinais inflamatórios na otoscopia (hiperemia e, principalmente, o abaulamento da membrana timpânica, que é o sinal mais fidedigno de efusão purulenta).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A conduta expectante (observação por 48 a 72 horas) é uma opção em casos selecionados de OMA leve em crianças acima de 6 meses de idade. No entanto, este paciente apresenta critérios de gravidade: febre alta (39,5°C) e otalgia intensa. Nessas situações, a antibioticoterapia deve ser iniciada prontamente, sem aguardar a ocorrência de otorreia (que indicaria perfuração timpânica).

Alternativa (b) Correta: O uso de antibióticos está indicado para esta criança devido à gravidade dos sintomas (febre maior ou igual a 39°C e dor intensa). A amoxicilina por via oral é o antibiótico de primeira escolha, pois apresenta excelente cobertura contra o **Streptococcus pneumoniae**, que é o principal agente bacteriano da OMA, além de ser uma droga segura e de baixo custo.

Alternativa (c) Incorreta: O acometimento bilateral é um critério isolado para indicação de antibiótico em crianças menores de 2 anos, mesmo em quadros leves. Para crianças acima de 2 anos, como no caso (3 anos), a indicação de tratamento imediato baseia-se na gravidade dos sintomas (dor e febre), independentemente de o quadro ser unilateral ou bilateral.

Alternativa (d) Incorreta: Embora casos de OMA leve possam ter resolução espontânea, a presença de sinais sistêmicos importantes (febre de 39,5°C) e sofrimento clínico (otalgia intensa) em uma criança de 3 anos torna a antibioticoterapia mandatória para acelerar a resolução do quadro e prevenir

complicações supurativas.

Resumo da conduta: Segundo as principais diretrizes (Sociedade Brasileira de Pediatria e Academia Americana de Pediatria), crianças de qualquer idade com OMA e sintomas graves (febre elevada, dor moderada a grave ou otalgia persistente por mais de 48h) devem receber tratamento antibiótico imediato com amoxicilina.

Questão 65

Análise da Afirmativa I: Correta. O princípio da universalidade é um dos pilares finalísticos do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Ele determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços, sem qualquer distinção de classe social, poder aquisitivo ou vínculo empregatício.

Análise da Afirmativa II: Correta. Conforme o Artigo 199 da Constituição Federal e a Lei 8.080/90, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. O setor privado pode participar do SUS de forma complementar, quando as unidades públicas não são suficientes para atender à demanda da população. Essa participação ocorre preferencialmente por meio de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, mediante contrato de direito público ou convênio. O termo "voluntária" refere-se ao fato de que a instituição privada não é obrigada a se conveniar ao SUS, sendo uma decisão de livre escolha da entidade.

Análise da Afirmativa III: Incorreta. A descrição apresentada refere-se ao conceito de igualdade formal, e não de equidade. O princípio da equidade reconhece que as pessoas são diferentes e possuem necessidades distintas. Portanto, equidade significa tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades, priorizando o atendimento a quem mais precisa para reduzir disparidades e alcançar a justiça social.

Análise da Afirmativa IV: Correta. O princípio da integralidade preconiza que o sistema de saúde deve oferecer um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade. Além disso, a integralidade exige que o profissional de saúde enxergue o paciente como um todo, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e não apenas o órgão doente ou o sintoma isolado.

Conclusão: Como as afirmativas I, II e IV estão corretas, a alternativa que atende ao enunciado é a letra (b).

Questão 66

Alternativa a: Incorreta. As Soluções de Reidratação Oral (SRO) distribuídas em envelopes possuem uma composição eletrolítica balanceada e osmolaridade padronizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O preparo deve seguir rigorosamente as instruções da embalagem, geralmente diluindo o conteúdo em um litro de água filtrada ou fervida. As receitas caseiras (soro caseiro) são medidas alternativas para quando não há acesso aos envelopes de SRO e possuem proporções diferentes de sal e açúcar, não devendo ser confundidas com as instruções de administração das soluções farmacológicas.

Alternativa b: Incorreta. A orientação atual em pediatria é manter a alimentação normal da criança durante os episódios de diarreia. O aleitamento materno deve ser mantido e até intensificado. A suspensão da alimentação pode levar à desnutrição e retardar a recuperação da mucosa intestinal, que necessita de nutrientes para sua regeneração.

Alternativa c: Incorreta. Sucos de frutas, refrigerantes e bebidas esportivas são contraindicados para o tratamento da desidratação. Essas bebidas costumam apresentar alta osmolaridade devido ao elevado teor de açúcar, o que pode agravar a diarreia por um mecanismo osmótico (atraindo água para o lúmen intestinal). Além disso, possuem concentrações inadequadas de sódio e potássio para a reposição das perdas fecais.

Alternativa d: Correta. No manejo da diarreia (Plano A), uma das funções mais importantes do Agente Comunitário de Saúde e dos profissionais de saúde é capacitar os cuidadores a identificar sinais de perigo. A presença de vômitos persistentes, sangue nas fezes, recusa alimentar, sede excessiva ou sinais de desidratação (como a redução da diurese) indica que a terapia domiciliar não é suficiente e que a criança precisa de avaliação médica imediata para possível mudança para o Plano B ou C de reidratação.

Questão 67

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é um conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. O objetivo é recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos riscos e das doenças relacionadas a variáveis ambientais.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Avaliar os impactos à saúde causados pela exposição a

poluentes do ar não é algo que deve ser apenas "encaminhado" a outras autoridades. Esta é uma atribuição precípua do próprio setor saúde, por meio do programa VIGIAR. A vigilância deve realizar o monitoramento e a análise desses dados para subsidiar a tomada de decisão em saúde pública, e não meramente transferir a responsabilidade da avaliação.

Alternativa (b) Incorreta: Garantir o abastecimento de água potável é uma função executiva de saneamento básico, geralmente vinculada a empresas de águas e esgotos ou secretarias de infraestrutura/obras. A Vigilância em Saúde Ambiental, por meio do programa VIGIAGUA, tem como competência monitorar a qualidade da água consumida pela população (parâmetros de potabilidade) para assegurar que ela não represente risco à saúde, mas não é a responsável direta por prover a infraestrutura de abastecimento.

Alternativa (c) Incorreta: Embora identificar, caracterizar e acompanhar a saúde de populações expostas sejam ações corretas da vigilância, a "notificação judicial" dos responsáveis pela contaminação foge à competência técnica e administrativa do órgão de saúde. A notificação judicial é uma ação de natureza jurídica, cabendo a órgãos como o Ministério Público ou autoridades policiais e ambientais (como o IBAMA ou órgãos estaduais de meio ambiente). A saúde ambiental elabora o laudo técnico e notifica os órgãos competentes, mas não atua na esfera judicial diretamente.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve exatamente uma das frentes de atuação da VSA, especificamente o VIGIPEQ (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos). O monitoramento da exposição a substâncias como agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo é fundamental para prevenir agravos e doenças crônicas ou agudas decorrentes do contato ambiental ou ocupacional com esses agentes tóxicos. É uma ação direta de vigilância epidemiológica aplicada aos riscos ambientais químicos.

Questão 68

Alternativa a (Correta): Diversos estudos epidemiológicos e dados de órgãos de trânsito, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), confirmam que o fator humano é a causa de aproximadamente 90% dos acidentes de trânsito. Esse fator engloba comportamentos como excesso de velocidade, condução sob efeito de álcool, distração (uso de celular) e imperícia. Embora a infraestrutura das vias e as falhas mecânicas nos veículos tenham um papel importante na segurança, elas contribuem com uma porcentagem significativamente menor como causa direta das ocorrências quando comparadas às falhas de conduta humana.

Alternativa b (Incorreta): A afirmação é reducionista ao sugerir que basta o cumprimento da lei para evitar as lesões. A abordagem moderna de saúde pública utiliza o conceito de Sistemas Seguros, que reconhece que o ser humano é falível e que o sistema de trânsito deve ser projetado para perdoar esses erros. A prevenção depende de uma combinação de legislação, fiscalização, engenharia viária avançada, veículos mais seguros e atendimento médico de urgência eficaz, e não apenas da conduta individual.

Alternativa c (Incorreta): Embora cite grupos importantes, a alternativa falha ao não mencionar os pedestres, que representam uma das parcelas mais vulneráveis e impactadas pela mortalidade no trânsito brasileiro. No contexto da saúde pública, a prioridade de proteção deve seguir a ordem de vulnerabilidade: pedestres, ciclistas e motociclistas (usuários vulneráveis), seguidos pelos veículos de maior porte.

Alternativa d (Incorreta): É verdade que o perfil das vítimas fatais é predominantemente do sexo masculino e jovem. No entanto, a explicação de que isso ocorre exclusivamente porque as mulheres são mais prudentes é cientificamente frágil para uma questão de medicina. A maior mortalidade masculina está associada a fatores socioculturais complexos, maior exposição ao risco (maior número de homens trabalhando profissionalmente com motocicletas), maior prevalência de condução sob efeito de substâncias e padrões de comportamento de risco, e não apenas a um traço subjetivo de prudência.

Questão 69

Esta questão aborda o manejo epidemiológico de um caso confirmado de sarampo em um adolescente. Para resolver o problema, é necessário conhecer os critérios de transmissibilidade, diagnóstico e monitoramento da doença de acordo com os protocolos de vigilância epidemiológica.

Alternativa (a) Incorreta. O RT-PCR é um exame de biologia molecular com altíssima especificidade e sensibilidade para o vírus do sarampo. Um resultado detectável confirma o diagnóstico, independentemente do histórico vacinal. Pessoas vacinadas podem eventualmente contrair a doença devido à falha vacinal primária ou secundária (perda de imunidade ao longo do tempo); portanto, não se deve descartar o caso nem repetir o exame sob suspeita de falso-positivo apenas por esse motivo.

Alternativa (b) Correta. O período de transmissibilidade do vírus do sarampo compreende desde o início dos sintomas prodrômicos (febre, tosse, coriza e conjuntivite) até quatro dias após o aparecimento do exantema. Para fins de vigilância epidemiológica e bloqueio vacinal, considera-se o período crítico de contágio como os quatro dias que antecedem o surgimento das manchas na pele e

os quatro dias subsequentes. No caso descrito, o exantema surgiu em 04/08; logo, o período de busca de contatos deve retroceder até 31/07.

Alternativa (c) Incorreta. Embora o paciente tenha viajado no dia 28/07 e o exantema tenha aparecido no dia 04/08 (sete dias depois), a investigação de contatos em voos é rigorosa no sarampo devido ao alto poder de contágio do vírus por aerossóis. Além disso, a justificativa de que ele estava "assintomático" não exclui o risco, pois a transmissibilidade começa antes do exantema. Embora tecnicamente o voo estivesse um pouco fora da janela de quatro dias antes do exantema, a afirmativa peca pela justificativa técnica incorreta sobre a transmissibilidade.

Alternativa (d) Incorreta. O período máximo de incubação do sarampo é de 21 dias (variando geralmente de 7 a 18 dias). Portanto, o monitoramento de contatos que não desenvolveram sintomas deve ser feito por até 30 dias após a última exposição ao caso-índice para garantir que não houve transmissão secundária. Dois meses é um período excessivo e sem respaldo nos protocolos de saúde pública.

Questão 70

A questão aborda um marco da literatura e da saúde pública brasileira: o personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato. A descrição de indivíduos pálidos, tristes e com sangue pobre remete diretamente à anemia ferropriva grave causada por parasitose intestinal.

Alternativa a) Incorreta. A amebíase é causada pelo protozoário *Entamoeba histolytica*. Seu quadro clínico principal envolve dor abdominal e diarreia com muco e sangue (disenteria amébrica). Embora seja uma doença negligenciada, não é a patologia que define a condição clínica e histórica de Jeca Tatu.

Alternativa b) Correta. A ancilostomíase é a doença associada ao personagem. Ela é causada pelos helmintos *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*. O ciclo biológico desses parasitas envolve a fixação na mucosa do intestino delgado, onde eles utilizam dentes ou placas cortantes para romper capilares e se alimentar do sangue do hospedeiro. Essa espoliação crônica de ferro leva a uma anemia ferropriva acentuada, o que explica a palidez extrema (historicamente chamada de amarelão) e o cansaço crônico do personagem. Monteiro Lobato utilizou essa figura para demonstrar que o problema do trabalhador rural não era a preguiça inata, mas sim uma doença evitável com saneamento e uso de calçados, já que a infecção ocorre pela penetração da larva na pele.

Alternativa c) Incorreta. A ascariíase, causada pelo *Ascaris lumbricoides*, é uma das helmintíases mais comuns do mundo. Embora possa causar quadros de desnutrição,

dor abdominal e, em casos graves, obstrução intestinal (bolo de áscaris), ela não é a causa clássica da anemia profunda descrita literariamente como a "pobreza do sangue" de Jeca Tatu.

Alternativa d) Incorreta. A estrogiloidíase é causada pelo *Strongyloides stercoralis*. É uma patologia relevante, especialmente pela sua capacidade de autoinfestação e gravidade em pacientes imunossuprimidos, mas não guarda a relação histórica e simbólica com o amarelão descrito na obra *Urupês*, de 1914.

Questão 71

A questão aborda o manejo ético-legal e o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) em casos de morte por causa externa. No cenário descrito, o paciente faleceu em decorrência de uma intoxicação por organofosforado, o que caracteriza uma morte não natural (causa externa), independentemente de ter ocorrido assistência médica ou de o diagnóstico ser conhecido.

Em situações de morte por causas externas — que incluem acidentes, suicídios e homicídios — ou mortes suspeitas, o médico que prestou assistência não deve preencher a Declaração de Óbito. Nessas circunstâncias, a responsabilidade legal pela emissão do documento e pela realização da necropsia é do médico-perito do Instituto Médico-Legal (IML). O objetivo é garantir a investigação pericial e jurídica sobre a natureza do evento.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O médico assistente ou da emergência está impedido de assinar a DO em casos de suspeita de suicídio ou qualquer causa externa. Além disso, a tipificação da morte (se foi suicídio, acidente ou homicídio) é uma conclusão jurídica e pericial, não cabendo ao médico da assistência preencher tais informações na DO.

Alternativa b: Incorreta. Mesmo que se suspeite de depressão como fator contribuinte, o fato de o óbito ser decorrente de uma causa externa (intoxicação) obriga o encaminhamento ao IML. O médico da unidade de emergência não deve preencher o documento.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta prevista na legislação brasileira e nas normas do Conselho Federal de Medicina. Em mortes por causas externas, o corpo deve ser encaminhado ao IML para necropsia forense e emissão da DO pelo perito oficial, garantindo a adequada investigação das circunstâncias da morte.

Alternativa d: Incorreta. Embora o diagnóstico de intoxicação por organofosforado pareça claro clinicamente, o médico assistente não tem autoridade legal para emitir a DO em eventos violentos ou acidentais. O preenchimento da DO pelo médico da emergência nesses casos é um erro administrativo e ético.

Questão 72

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): A obesidade é central na fisiopatologia de diversas doenças crônicas. O tecido adiposo em excesso, especialmente a gordura visceral, atua como um órgão endócrino e inflamatório ativo, liberando adipocinas e citocinas pró-inflamatórias. Esse estado de inflamação crônica de baixo grau contribui diretamente para a resistência insulínica, disfunção endotelial e aterogênese. Por esses mecanismos, a obesidade é o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares (como hipertensão e infarto) e diversas neoplasias (como câncer de mama, cólon e próstata), que representam a maior carga de morbimortalidade por DCNTs no Brasil.

Alternativa B (Incorreta): Historicamente, a obesidade era associada a níveis socioeconômicos mais altos. No entanto, o Brasil passou por uma transição nutricional. Dados epidemiológicos recentes, como os da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e do Vigitel, mostram que o excesso de peso cresceu de forma generalizada. Atualmente, observa-se que o aumento da obesidade é muito expressivo em grupos de menor renda e escolaridade, muitas vezes devido ao menor custo e maior facilidade de acesso a alimentos ultraprocessados de alta densidade calórica e baixa qualidade nutricional.

Alternativa C (Incorreta): É incorreto afirmar que há ausência de políticas públicas. O Brasil é referência internacional em estratégias de promoção da saúde, possuindo o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade. O aumento dos casos decorre da complexidade do ambiente obesogênico atual, que envolve determinantes sociais, econômicos e industriais globais que desafiam a eficácia dessas políticas.

Alternativa D (Incorreta): A obesidade é uma condição multifatorial. Embora os fatores ambientais (consumo de ultraprocessados e sedentarismo) e medicamentosos sejam gatilhos fundamentais para a epidemia atual, a genética desempenha um papel crucial na suscetibilidade individual. Estudos mostram que fatores genéticos influenciam o controle do apetite, o metabolismo basal e a

distribuição do tecido adiposo. Portanto, existe uma interação constante entre a predisposição genética e o ambiente (interação gene-ambiente).

Questão 73

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clínico compatível com dengue, em meio a uma epidemia. Para definir a conduta, devemos classificar o caso de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Os pontos-chave para a classificação desta paciente são:

1. Sinais de Alarme: A paciente apresenta hemoconcentração evidente (hematócrito de 54,3%, sendo o valor de referência máximo para mulheres de 45%). O aumento do hematócrito acima do valor basal ou significativamente acima do valor de referência é um sinal de alarme clássico (extravasamento plasmático).
2. Comorbidades e Condições Especiais: Trata-se de uma idosa (66 anos) em uso de anticoagulante oral (rivaroxabana), o que aumenta consideravelmente o risco de complicações hemorrágicas.
3. Estabilidade Hemodinâmica: A pressão arterial está normal (120x80 mmHg), o que afasta, no momento, o diagnóstico de choque (Grupo D).

Com base na presença de sinal de alarme (hemoconcentração), a paciente é classificada como GRUPO C.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Pacientes classificados no Grupo C (presença de pelo menos um sinal de alarme) obrigatoriamente devem ser internados em leito de enfermaria para hidratação venosa imediata e monitorização contínua por pelo menos 48 horas. A presença da anticoagulação com rivaroxabana reforça a necessidade de vigilância hospitalar rigorosa.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é reservada para pacientes do Grupo D, que apresentam sinais de choque, desconforto respiratório grave ou disfunção orgânica grave. Embora a paciente precise de internação, ela está hemodinamicamente estável no momento da consulta, permitindo o manejo inicial em enfermaria.

Alternativa (c): O acompanhamento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS) é indicado apenas para pacientes dos Grupos A e B. Além disso, a afirmação sobre a

dosagem de RNI está tecnicamente incorreta para o caso: a rivaroxabana é um anticoagulante oral direto que não requer monitorização rotineira pelo RNI (o RNI é utilizado para monitorar a varfarina).

Alternativa (d): Esta conduta é baseada no manejo de casos leves (Grupo A), sem sinais de alarme ou condições de risco. Ignora o fato de a paciente apresentar hemoconcentração (sinal de alarme) e estar anticoagulada, situações que impedem o manejo domiciliar sob risco de evolução rápida para o choque ou sangramentos graves.

Questão 74

O enunciado aborda o conceito de prevenção primária de neoplasias por meio da imunização contra agentes infecciosos com potencial oncogênico. Ao prevenir a infecção inicial ou a cronicidade da doença, a vacina impede a sequência de eventos biológicos que levaria ao surgimento do câncer.

Alternativa (a) Incorreta. A vacina VIP protege contra a poliomielite, uma doença viral que ataca o sistema nervoso e pode causar paralisia. A vacina contra o rotavírus previne a gastroenterite grave em crianças. Nenhum dos dois vírus possui relação com o desenvolvimento de processos neoplásicos.

Alternativa (b) Incorreta. A vacina tríplice viral protege contra sarampo, caxumba e rubéola, enquanto a tetra viral inclui também a proteção contra varicela (catapora). Essas doenças são infecções agudas que, embora possam ter complicações graves, não estão associadas à carcinogênese a longo prazo.

Alternativa (c) Correta. O vírus da hepatite B (HBV) é uma das principais causas de hepatite crônica, que pode evoluir para cirrose e, conseqüentemente, para o carcinoma hepatocelular (câncer de fígado). A vacinação contra a hepatite B, ao evitar a infecção crônica, reduz drasticamente a incidência desse câncer. Já o papilomavírus humano (HPV) é o agente causal necessário para o câncer do colo do útero, além de estar ligado a cânceres de ânus, vagina, vulva, pênis e orofaringe. A vacina contra o HPV previne a infecção pelos subtipos oncogênicos (como 16 e 18), evitando as lesões precursoras e o câncer invasivo.

Alternativa (d) Incorreta. As vacinas pneumocócicas e meningocócicas são direcionadas contra bactérias (*Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*, respectivamente) que causam infecções agudas graves como pneumonia, meningite e sepse. Não há evidências de que esses agentes biológicos estejam envolvidos na gênese de tumores malignos.

Questão 75

Esta questão aborda o panorama epidemiológico do HIV/Aids no Brasil, baseando-se nos dados históricos e recentes publicados pelo Ministério da Saúde nos Boletins Epidemiológicos anuais.

Alternativa (a): CORRETA. Historicamente, desde o início da epidemia em 1980 até os dados atuais, a faixa etária que concentra o maior número de casos de Aids no país é a de adultos jovens, especificamente entre 25 e 39 anos. Além disso, embora a proporção entre os sexos tenha variado ao longo das décadas, o predomínio do sexo masculino permanece uma característica constante da série histórica, com uma razão de sexos que voltou a crescer nos últimos anos (atualmente em torno de 23 casos em homens para cada 10 casos em mulheres).

Alternativa (b): INCORRETA. A taxa de detecção em menores de 5 anos é, de fato, o indicador utilizado para monitorar a transmissão vertical do HIV. No entanto, o erro da alternativa está em afirmar que houve um aumento. Na realidade, o Brasil apresentou uma redução expressiva (cerca de 36% nos últimos 10 anos) nessa taxa, devido à eficácia das políticas de pré-natal, testagem das gestantes e uso de antirretrovirais para profilaxia da transmissão de mãe para filho.

Alternativa (c): INCORRETA. A questão descreve fenômenos reais ocorridos nas décadas de 1990 e 2000, conhecidos como pauperização e feminização da epidemia. Contudo, o erro está em afirmar que as mulheres se tornaram prevalentes (maioria) nos últimos 10 anos. O que se observa na última década é um fenômeno de remasculinização da epidemia, com o aumento da detecção especialmente em homens jovens e homens que fazem sexo com homens (HSH), mantendo o sexo masculino como o mais frequente.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora o Brasil venha apresentando uma tendência de queda na taxa de detecção nacional na última década (com reduções importantes nas regiões Sul e Sudeste), nem todas as regiões seguiram esse padrão de forma homogênea. Além disso, o dado específico de aumento de 20% exclusivamente na região Centro-Oeste não condiz com os registros oficiais. Algumas regiões, como Norte e Nordeste, apresentaram períodos de estabilidade ou oscilações, mas a afirmação categórica da alternativa está factualmente incorreta perante os dados do Boletim Epidemiológico.