



PUC

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: PUC

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO:

O caso clínico apresenta um paciente jovem com Linfoma de Hodgkin em estágio avançado (estágio IV) e presença de sintomas B (febre, sudorese noturna e perda ponderal expressiva de 20% do peso habitual). O ponto central da questão é o conceito moderno de Cuidados Paliativos, que rompe com a ideia de que essa abordagem se restringe apenas a pacientes terminais ou sem chances de cura.

Alternativa a: Incorreta. O fato de o paciente ser jovem, não ter comorbidades prévias ou possuir altas chances de cura não exclui a necessidade de cuidados paliativos. O Linfoma de Hodgkin em estágio IV é uma doença grave que ameaça a continuidade da vida e gera grande impacto físico e emocional, justificando o suporte paliativo desde o início.

Alternativa b: Incorreta. Esta alternativa descreve o modelo antigo e binário, no qual o paciente recebia ou o tratamento curativo, ou o tratamento paliativo. Hoje, sabe-se que os cuidados paliativos devem ser integrados ao tratamento oncológico ao longo de toda a trajetória da doença, e não apenas no estágio terminal ou após falhas terapêuticas.

Alternativa c: Correta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as principais diretrizes oncológicas internacionais (como ASCO e ESMO), os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível diante do diagnóstico de uma doença grave, progressiva ou ameaçadora à vida. A integração precoce de uma equipe multiprofissional melhora o controle de sintomas, a qualidade de vida e pode até prolongar a sobrevida, agindo em conjunto com o tratamento oncológico com intenção curativa.

Alternativa d: Incorreta. Os cuidados paliativos não devem ser uma medida de exceção reservada apenas para sintomas refratários ou inesperados. Eles devem ser oferecidos de forma contínua e preventiva para manejar o sofrimento total (físico, emocional, social e espiritual) que naturalmente acompanha o diagnóstico e o tratamento de um câncer avançado.

Gabarito: Letra (c).

Questão 2

A questão apresenta o caso de um paciente com Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) em estágio avançado, manifestando sinais claros de insuficiência respiratória e desconforto respiratório importante (taquipneia, uso de musculatura acessória e retração de fúrcula). O ponto crucial para a resolução é a presença de Diretivas Antecipadas de Vontade, nas quais o paciente expressa o desejo de não ser submetido a medidas invasivas de suporte de vida, como a intubação. Nesse cenário, o foco do tratamento deve ser o alívio sintomático e o conforto (cuidados paliativos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A intubação orotraqueal (IOT) seria a conduta padrão em um quadro de insuficiência respiratória aguda em outros contextos. No entanto, o paciente possui diretivas antecipadas de vontade que contraindicam explicitamente esse procedimento. O respeito à autonomia do paciente é um pilar da bioética e deve ser mantido, focando-se em medidas de conforto.

b) Incorreta. O paciente já apresenta uma saturação de oxigênio de 96% com 12 l/min em máscara não reinalante. O aumento do fluxo de oxigênio para 15 l/min não trará benefício adicional, pois o problema atual não é a hipoxemia (que está controlada), mas, sim, a mecânica respiratória prejudicada e a sensação subjetiva de dispneia decorrente da fibrose pulmonar progressiva.

c) Incorreta. O uso de broncodilatadores (B2-agonistas e anticolinérgicos) é indicado para doenças pulmonares obstrutivas, como asma e DPOC, nas quais há broncoespasmo. Na Fibrose Pulmonar Idiopática, a patologia é restritiva e intersticial, não havendo indicação clínica para essas medicações, pois elas não aliviam a dispneia causada pela rigidez do parênquima pulmonar.

d) Correta. Os opioides, especialmente a morfina, são o padrão-ouro para o manejo farmacológico da dispneia em pacientes em cuidados paliativos ou com doenças terminais. Eles atuam reduzindo a percepção subjetiva de falta de ar, diminuindo a resposta do centro respiratório ao estímulo da dispneia e reduzindo o consumo de oxigênio pelo miocárdio e pela musculatura respiratória, proporcionando conforto sem necessariamente acelerar o óbito quando titulados corretamente. No caso de Acilino, é a conduta mais adequada para respeitar seus desejos e garantir alívio do sofrimento.

Questão 3

Esta questão exige o conhecimento do Código de Ética Médica (CEM) atualizado (Resolução CFM nº 2.217/2018), especificamente sobre a distinção entre direitos do médico e vedações (proibições).

Alternativa (a) - CORRETA: De acordo com o Artigo 22 do Capítulo IV (Direitos Humanos), é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de iminente risco de morte. Portanto, desrespeitar o direito de decisão do paciente é uma proibição ética expressa, com a única exceção sendo a proteção da vida em situações de emergência extrema.

Alternativa (b) - INCORRETA: Conforme o Capítulo II (Direitos dos Médicos), inciso VII, o médico tem o DIREITO de requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão ou no desempenho de cargo ou função ética. Não é uma vedação.

Alternativa (c) - INCORRETA: De acordo com o Capítulo II (Direitos dos Médicos), inciso X, é um DIREITO do médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos, com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, desde que respeitadas as normas técnicas da instituição.

Alternativa (d) - INCORRETA: Segundo o Capítulo II (Direitos dos Médicos), inciso XII, é um DIREITO do médico propor a realização de junta médica ou segunda opinião quando o paciente ou seu representante legal o solicitar. Propor uma junta médica não configura perda de prerrogativa do médico assistente, mas sim uma prática de segurança e colaboração profissional.

Resumo: As alternativas B, C e D listam direitos assegurados ao médico pelo CEM, enquanto a alternativa A descreve uma conduta proibida, alinhada ao princípio da autonomia do paciente.

Questão 4

Explicação:

Alternativa (a) Incorreta: A idade acima de 80 anos não é uma contraindicação absoluta para a trombólise, especialmente na janela de 0 a 3 horas após o início dos sintomas. Embora tenha sido utilizada como critério de exclusão no estudo ECASS III (que validou a janela de 3 a 4,5 horas), diretrizes atuais e evidências clínicas demonstram que pacientes muito idosos também se beneficiam da terapia, não sendo um critério de exclusão geral.

Alternativa (b) Incorreta: O histórico de AVC isquêmico prévio só é considerado um critério de exclusão se o evento tiver ocorrido nos últimos 3 meses. Se o AVC isquêmico ocorreu há mais de 3 meses, o paciente pode receber o trombolítico com segurança, desde que preencha os demais requisitos.

Alternativa (c) Correta: A realização de cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias é um critério de exclusão para a trombólise intravenosa. O uso do ativador do plasminogênio tecidual (rtPA) em pacientes recentemente operados gera um risco muito elevado de hemorragias graves e potencialmente fatais no sítio cirúrgico, devido à dissolução de coágulos necessários para a cicatrização.

Alternativa (d) Incorreta: Para que a trombólise seja realizada com segurança, a pressão arterial deve estar rigorosamente controlada. O limite estabelecido pelos protocolos internacionais é que a pressão sistólica esteja abaixo de 185 mmHg e a diastólica abaixo de 110 mmHg. Portanto, ter uma pressão sistólica menor que 185 mmHg é uma condição necessária para o tratamento (critério de inclusão/elegibilidade), e não um critério de exclusão.

Questão 5

Esta questão descreve um caso clássico de Esclerose Múltipla (EM), fundamentado na epidemiologia, na história clínica e nos achados de imagem.

Análise do quadro clínico:

A paciente é uma mulher jovem (20 anos), que é a faixa etária e o sexo mais acometidos pela patologia. Ela apresenta dois critérios fundamentais para o diagnóstico de EM: a disseminação no tempo e a disseminação no espaço. A disseminação no tempo é evidenciada pelo surto prévio de visão turva (sugestivo de neurite óptica) há um ano, que melhorou espontaneamente, e o surto atual de fraqueza. A disseminação no espaço é comprovada pelo acometimento de diferentes partes do sistema nervoso central: o nervo óptico (visão turva) e a via piramidal (fraqueza com hiperreflexia e sinal de Babinski, que indicam lesão do neurônio motor superior).

Análise da imagem:

A ressonância magnética de crânio em corte sagital mostra lesões hiperintensas (brancas) localizadas na região periventricular, orientadas perpendicularmente aos ventrículos laterais. Esses achados são conhecidos como Dedos de Dawson, que representam áreas de desmielinização ao redor das veias medulares e são patognomônicos da esclerose múltipla.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O glioma é um termo genérico para tumores primários do sistema nervoso central. Embora possam causar déficit neurológico focal, geralmente se apresentam como uma massa expansiva única e não explicariam surtos neurológicos distintos no tempo e no espaço (neurite óptica prévia e fraqueza atual).

b) Incorreta. O astrocitoma é um tipo de glioma. Assim como mencionado anteriormente, sua apresentação costuma ser de uma lesão ocupante de espaço progressiva, não correspondendo ao padrão de surto-remissão e às imagens típicas de desmielinização periventricular vistas no exame.

c) Correta. A esclerose múltipla é uma doença autoimune desmielinizante do sistema nervoso central. O caso clínico e a imagem são soberanos: paciente jovem, história de neurite óptica, sintomas motores atuais com sinais de liberação piramidal e presença de Dedos de Dawson na ressonância magnética.

d) Incorreta. A infecção por *Cryptococcus neoformans* geralmente se manifesta como meningite ou meningoencefalite, sendo mais comum em pacientes imunocomprometidos. Os achados de imagem típicos incluiriam realce meníngeo ou pseudocistos em "bolhas de sabão" nos núcleos da base, e não lesões desmielinizantes periventriculares. Além disso, o quadro clínico de surtos isolados ao longo de um ano não é compatível com uma infecção fúngica subaguda ou crônica.

Questão 6

CONCEITO GERAL: No contexto de dor lombar inflamatória em pacientes jovens, a principal suspeita clínica é o grupo das espondiloartrites axiais. O grande desafio diagnóstico é identificar a inflamação nas articulações sacroilíacas em fases iniciais, antes que ocorram danos ósseos permanentes.

ALTERNATIVA A: Incorreta. O raio X (RX) de coluna ou de bacia é capaz de detectar apenas alterações estruturais crônicas, como esclerose óssea, erosões grosseiras e anquilose (fusão da articulação). Essas alterações levam geralmente de 3 a 7 anos de doença para aparecerem. Portanto, em um quadro clínico inicial, o RX frequentemente se apresenta normal, o que caracteriza a espondiloartrite axial não radiográfica.

ALTERNATIVA B: Correta. A Ressonância Magnética (RM) de sacroilíacas é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de espondiloartrites axiais em fase inicial. A sequência T2 com supressão de gordura (ou a sequência STIR) é a mais sensível para detectar o edema de medula óssea subcondral. Este achado é o principal marcador

de sacroiliíte ativa (inflamação aguda), permitindo o diagnóstico precoce e a instituição de tratamento antes da evolução para sequelas estruturais.

ALTERNATIVA C: Incorreta. Embora a sequência T1 com uso de contraste (gadólínio) possa evidenciar o realce inflamatório nas articulações, ela não é superior às sequências de supressão de gordura (como o STIR) para identificar a atividade da doença. Na prática clínica e conforme os critérios de classificação (como os do ASAS), a detecção de edema ósseo em sequências sensíveis a líquido (T2 com supressão ou STIR) é suficiente e preferencial por não exigir a administração de contraste venoso.

ALTERNATIVA D: Incorreta. A Tomografia Computadorizada (TC) de bacia possui excelente resolução para avaliar detalhes ósseos e pode detectar erosões e microescleroses mais cedo que o RX convencional. Contudo, assim como o RX, a TC avalia apenas o dano estrutural (sequela) e não consegue visualizar o edema ósseo, sendo, portanto, incapaz de diagnosticar um processo inflamatório agudo ou em atividade.

GABARITO: Alternativa (b).

Questão 7

O exame de FAN (Fator Antinúcleo), realizado por imunofluorescência indireta em células HEp-2, é o teste de triagem inicial para o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Embora apresente alta sensibilidade, sua especificidade depende do padrão de fluorescência observado, que reflete o tipo de autoanticorpo presente.

Alternativa (c) - CORRETA: O padrão nuclear homogêneo (AC-1) é caracterizado pela coloração difusa e uniforme do núcleo das células em intérfase e da placa cromossômica nas células em divisão (metáfase). Este padrão está associado a anticorpos contra o DNA nativo (anti-dsDNA), histonas e nucleossomos. O anti-dsDNA é um marcador altamente específico para o LES e está relacionado à atividade da doença, especialmente à nefrite lúpica. Portanto, o padrão homogêneo é o que mais classicamente se correlaciona com o LES.

Alternativa (a) - INCORRETA: O padrão nuclear pontilhado fino denso (AC-2) está associado ao anticorpo anti-DFS70. Na prática clínica, a presença isolada deste padrão é frequentemente utilizada para excluir doenças autoimunes sistêmicas, pois ele é comumente encontrado em indivíduos saudáveis ou em condições não autoimunes. Ele não é um marcador de Lúpus.

Alternativa (b) - INCORRETA: O padrão centromérico (AC-3) apresenta pontos finos e múltiplos (geralmente de 46 a 92 pontos) distribuídos pelo núcleo e alinhados na

placa cromossômica. Este padrão é altamente específico para a Esclerose Sistêmica Limitada (antigamente chamada de Síndrome CREST) e não é característico do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Alternativa (d) - INCORRETA: O padrão nucleolar pontilhado (AC-10), assim como outros padrões nucleolares, indica a presença de anticorpos direcionados a componentes do nucléolo (como a RNA polimerase I, PM-Scl ou fibrilarina). Esses padrões são fortemente associados à Esclerose Sistêmica (Esclerodermia) e a miosites, mas não são os padrões típicos esperados no Lúpus.

Questão 8

Esta questão aborda um quadro clínico clássico que exige a integração de dados laboratoriais, história clínica e achados de imagem.

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta uma história de asma (desde a infância e com resposta ao broncodilatador) que evoluiu com episódios recorrentes de piora, expectoração espessa e necessidade de corticoide oral. Os achados laboratoriais são fundamentais: eosinofilia periférica significativa (900 céls./mm³) e níveis de IgE total muito elevados (>1000 UI/mL).

Achados de Imagem:

A radiografia de tórax mostra opacidades tubulares (seta), conhecidas como sinal do "dedo de luva", que representam brônquios dilatados preenchidos por muco. A tomografia computadorizada (TC) de alta resolução confirma a presença de bronquiectasias centrais (proximais), que são características marcantes desta patologia, diferenciando-as de outras causas de bronquiectasias que costumam ser mais periféricas.

Análise das Alternativas:

a) Fibrose cística: Embora cause bronquiectasias e possa se manifestar no adulto, a fibrose cística geralmente apresenta outras manifestações (como desnutrição ou sintomas gastrointestinais) e não costuma cursar com IgE tão elevada e eosinofilia, a menos que esteja associada à própria aspergilose. Além disso, a história de asma familiar e pessoal direciona para outra hipótese.

b) Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA): Esta é a alternativa correta. A ABPA é uma reação de hipersensibilidade imunológica (tipos I e III) ao fungo *Aspergillus fumigatus*, ocorrendo quase exclusivamente em pacientes com asma ou fibrose cística. Os critérios diagnósticos estão todos presentes no caso: história de asma, IgE

total > 1000 UI/mL, eosinofilia periférica e bronquiectasias centrais na imagem.

c) Imunodeficiência comum variável: Esta condição caracteriza-se por níveis baixos de imunoglobulinas (IgG, IgA e/ou IgM) e falha na produção de anticorpos, levando a infecções sinopulmonares de repetição. O enunciado afirma que as outras imunoglobulinas estão normais e a IgE está aumentada, o que descarta essa hipótese.

d) Deficiência de alfa-1 antitripsina: É uma causa genética de DPOC (enfisema panacinar) e doença hepática. Embora possa estar associada a bronquiectasias, o quadro clínico típico é de dispneia progressiva e enfisema em bases pulmonares, sem a relação direta com eosinofilia e IgE elevada.

Conclusão:

O conjunto de asma de difícil controle, eosinofilia, IgE total acima de 1000 e bronquiectasias centrais (sinal do "dedo de luva" no raio X) fecha o diagnóstico de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica.

Questão 9

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta sintomas constitucionais (emagrecimento e sudorese noturna), dor pleurítica e tosse seca com evolução de dois meses. Como a paciente é estudante de medicina, há um risco ocupacional elevado de exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*. O insucesso terapêutico com amoxicilina/clavulanato (antibiótico para pneumonias bacterianas típicas) reforça a hipótese de uma etiologia subaguda/crônica, sendo a tuberculose pleural a principal suspeita diagnóstica.

Análise da imagem:

A ultrassonografia de tórax exhibe uma grande área anecoica (completamente preta) situada entre a pleura parietal e a pleura visceral. Esse achado é patognomônico de líquido livre no espaço pleural, caracterizando um derrame pleural. Na imagem, observa-se ainda o pulmão subjacente com sinal de hepatização ou atelectasia passiva devido à compressão pelo líquido.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O pneumotórax (presença de ar) no ultrassom manifesta-se pela ausência do deslizamento entre as pleuras (*lung sliding*) e pela presença de linhas A (artefatos horizontais) que persistem sem o movimento pulmonar. O ar impede a formação de uma janela anecoica como a visualizada na imagem. Além disso, o quadro clínico de dois meses é incompatível com a urgência de um

pneumotórax.

Alternativa b: Incorreta. A consolidação pulmonar apresenta-se ao ultrassom como um tecido com ecogenicidade semelhante à do fígado (hepatização pulmonar), frequentemente contendo pontos brilhantes que representam broncogramas aéreos. A imagem em questão mostra líquido fluido, não parênquima consolidado.

Alternativa c: Correta. O ultrassom confirma o derrame pleural. Em um contexto de suspeita de tuberculose pleural em paciente jovem, a conduta diagnóstica padrão-ouro envolve a toracocentese para análise do líquido (bioquímica para critérios de Light, citometria com predomínio de linfócitos, dosagem de ADA elevada) e a realização de biópsia pleural (geralmente por agulha de Cope), que possui alta sensibilidade para encontrar granulomas e cultura positiva.

Alternativa d: Incorreta. O ultrassom está nitidamente alterado pela presença de um derrame pleural volumoso. O teste molecular rápido no escarro (TRM-TB) é indicado para tuberculose pulmonar cavitária ou parenquimatosa; na forma exclusivamente pleural, o paciente geralmente não expectora bacilos, resultando em testes de escarro negativos na maioria dos casos.

Questão 10

Texto Original:

A endocardite infecciosa em usuários de drogas intravenosas apresenta um perfil epidemiológico e fisiopatológico distinto daquele observado na população geral. A introdução direta de microrganismos na circulação venosa, através de agulhas e substâncias contaminadas, direciona os patógenos primeiramente para as câmaras direitas do coração.

Alternativa a) Incorreta. O gênero *Streptococcus*, especialmente o grupo viridans, é a causa mais comum de endocardite subaguda em pacientes que já possuem lesões valvares prévias (como seqüela de febre reumática ou prolapso da mitral). A valva mitral é a mais acometida na população geral, mas não é a principal valva nos usuários de drogas.

Alternativa b) Incorreta. O *Streptococcus* não é o agente predominante em usuários de drogas. Além disso, a valva aórtica é tipicamente acometida em quadros de endocardite de câmaras esquerdas, o que não é o padrão clássico inicial em usuários de drogas injetáveis.

Alternativa c) Incorreta. Embora a alternativa identifique corretamente o *Staphylococcus aureus* como o principal agente etiológico (devido à sua presença na

microbiota da pele e alta virulência), ela erra ao apontar a valva mitral como a mais frequente. O acometimento mitral em usuários de drogas pode ocorrer, mas é menos frequente que o acometimento da tricúspide.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve o cenário clássico da endocardite em usuários de drogas intravenosas. O *Staphylococcus aureus* é o agente isolado em 60% a 70% dos casos. A valva tricúspide é a estrutura mais frequentemente atingida (cerca de 50% ou mais dos casos), pois recebe diretamente o fluxo venoso contaminado proveniente das injeções periféricas. Uma característica clínica comum desse quadro é a presença de múltiplos infartos pulmonares sépticos, resultantes da embolização de vegetações da valva tricúspide para a circulação pulmonar.

Resumo da associação para provas:

Usuário de drogas intravenosas + *Staphylococcus aureus* + Valva Tricúspide.

Questão 11

O quadro clínico apresenta um paciente com miocardiopatia isquêmica e sinais claros de instabilidade hemodinâmica: dor precordial, hipotensão (PA 88/60 mmHg) e hipóxia (SatO₂ 90%). Diante de qualquer taquiarritmia associada a sinais de instabilidade (hipotensão, alteração do nível de consciência, dor precordial anginosa ou insuficiência cardíaca aguda), a conduta imediata deve ser a terapia elétrica.

Análise do Eletrocardiograma:

A imagem revela uma taquicardia com complexos QRS largos, o que indica uma origem ventricular ou uma condução com aberração. Ao observar atentamente as derivações (especialmente as precordiais à direita e a tira de ritmo inferior), nota-se que a morfologia, o eixo e a amplitude dos complexos QRS mudam constantemente, como se estivessem "girando" ao redor da linha de base. Esse padrão é o diagnóstico clássico de taquicardia ventricular polimórfica.

Alternativa a: Incorreta. A taquicardia supraventricular (TSV) monomórfica apresenta complexos QRS idênticos entre si e, na grande maioria das vezes, estreitos (menores que 120 ms). O traçado mostrado é claramente de complexo largo e com múltiplas formas, o que invalida o diagnóstico de TSV monomórfica.

Alternativa b: Incorreta. Embora uma TSV com aberrância possa gerar QRS largo, ela manteria uma morfologia fixa. Além disso, o erro principal aqui é a conduta: em pacientes instáveis (hipotensos e com dor precordial), o uso de fármacos como a amiodarona não é a conduta inicial. O atraso na terapia elétrica para tentar uma reversão química pode levar à deterioração do quadro para uma parada cardiorrespiratória.

Alternativa c: Correta. O ECG demonstra uma taquicardia ventricular polimórfica pela variação cíclica do complexo QRS. A instabilidade hemodinâmica (PA 88/60 mmHg e dor) exige a intervenção elétrica imediata. Vale ressaltar que, na prática clínica, em taquicardias polimórficas, o monitor muitas vezes não consegue sincronizar com a onda R devido à sua variação, sendo necessária a desfibrilação (choque não sincronizado). Entretanto, para fins de prova, a alternativa correlaciona corretamente o diagnóstico visual com a necessidade de choque imediato para um ritmo instável.

Alternativa d: Incorreta. Na fibrilação ventricular (FV), o coração não apresenta qualquer atividade elétrica organizada, resultando em um traçado totalmente caótico, sem QRS identificáveis. Além disso, a FV é um ritmo de parada cardiorrespiratória; um paciente em FV não apresentaria pressão arterial mensurável ou consciência, ao contrário do paciente descrito, que ainda mantém pulso e saturação de oxigênio.

Questão 12

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) são utilizados para tratar a depressão na doença de Parkinson, porém eles não costumam melhorar o tremor; pelo contrário, em alguns casos, podem exacerbar sintomas extrapiramidais. Além disso, o uso concomitante de ISRS com a selegilina (um inibidor da MAO-B) exige cautela extrema pelo risco teórico de síndrome serotoninérgica; embora na prática clínica com doses baixas de selegilina o risco seja menor, a afirmação de que a melhora ocorre principalmente nessa combinação é falsa e clinicamente perigosa.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a doença de Parkinson possa estar associada a transtornos do controle de impulsos e sintomas obsessivo-compulsivos (muitas vezes relacionados ao tratamento dopaminérgico), não existe uma associação clássica ou característica com transtornos factícios (nos quais o paciente simula sintomas de forma deliberada para assumir o papel de doente).

Alternativa (c) Incorreta. Esta alternativa afirma o oposto da realidade farmacológica. A clorpromazina (antipsicótico de baixa potência), a clozapina (antipsicótico atípico) e a bupropiona (antidepressivo) são conhecidas justamente por reduzir o limiar epileptogênico, ou seja, elas aumentam o risco de convulsões, especialmente em doses mais elevadas.

Alternativa (d) Correta. A depressão pós-AVC é uma das complicações

neuropsiquiátricas mais comuns. Estudos clássicos de neuropsiquiatria (como os de Robinson e colaboradores) demonstram que lesões localizadas no hemisfério esquerdo, especificamente no córtex pré-frontal e nos gânglios da base, apresentam uma correlação significativamente maior com o desenvolvimento de quadros depressivos maiores. A prevalência em pacientes com lesões nessas localizações específicas pode chegar a dois terços dos casos durante o primeiro ano após o evento isquêmico.

Questão 13

Para resolver esta questão, é fundamental reconhecer um quadro clássico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) ou seu equivalente eletrocardiográfico. O paciente apresenta fatores de risco cardiovascular importantes (sexo masculino, idade, tabagismo e obesidade) e uma clínica típica de síndrome coronariana aguda: dor torácica intensa, em aperto, irradiada para o membro superior esquerdo, acompanhada de sintomas autonômicos (sudorese e vômitos).

O ponto crucial da questão reside no achado do eletrocardiograma. De acordo com as diretrizes de cardiologia, a presença de Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) novo, ou presumivelmente novo, em um paciente com dor torácica típica, deve ser interpretada como um equivalente de IAM com supra de ST. Nesses casos, a conduta deve ser a reperfusão imediata do miocárdio.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diante de um paciente com clínica de infarto e equivalente de supra (BRE novo), nunca se deve aguardar o resultado dos marcadores de necrose miocárdica (como troponina) para iniciar o tratamento. O diagnóstico é clínico e eletrocardiográfico. A espera pelos exames laboratoriais atrasa a reperfusão e aumenta a mortalidade e as sequelas cardíacas.

Alternativa b) Incorreta. Embora os antitrombóticos e a vaga em UTI sejam necessários, esta conduta é incompleta e passiva. O objetivo principal no IAMCSST ou BRE novo é abrir a artéria culpada por meio de terapia de reperfusão (química ou mecânica) o mais rápido possível.

Alternativa c) Correta. Como o paciente está em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e apresenta um quadro de IAMCSST (pelo critério do BRE novo com dor típica), a terapia de reperfusão está indicada imediatamente. Caso o serviço não disponha de hemodinâmica para angioplastia primária em tempo hábil (geralmente até 120 minutos de transporte), a trombólise química com fibrinolíticos (como a alteplase),

associada à dupla antiagregação plaquetária e anticoagulação, é a conduta de escolha para salvar o miocárdio.

Alternativa d) Incorreta. O paciente está em uma emergência médica aguda. Encaminhá-lo via central de vagas para uma consulta ou avaliação posterior com cardiologista é uma conduta negligente, pois ignora a necessidade de intervenção imediata para desobstrução coronariana.

Questão 14

A síndrome do choque tóxico (SCT) estafilocócica é uma condição aguda e grave mediada por superantígenos, principalmente a toxina 1 da síndrome do choque tóxico (TSST-1), produzida por certas cepas de *Staphylococcus aureus*. Esses superantígenos provocam uma ativação massiva e inespecífica de linfócitos T, resultando em uma tempestade de citocinas.

Alternativa a: Incorreta. A ocorrência da síndrome não está vinculada à resistência bacteriana à oxacilina. A grande maioria dos casos de SCT é causada por cepas de *Staphylococcus aureus* sensíveis à oxacilina (MSSA) que possuem o gene para a produção da toxina TSST-1. Portanto, o fenótipo de resistência (como o MRSA) não é um pré-requisito para o desenvolvimento da síndrome.

Alternativa b: Incorreta. Clinicamente, a SCT cursa frequentemente com hipocalcemia (diminuição dos níveis séricos de cálcio), e não hipercalcemia. Essa queda do cálcio é um marcador laboratorial comum e pode estar relacionada à hipoalbuminemia e à gravidade da resposta inflamatória sistêmica.

Alternativa c: Incorreta. A linezolida é um antibiótico da classe das oxazolidinonas que inibe a síntese proteica bacteriana ao se ligar à subunidade 50S do ribossomo. Assim como a clindamicina, a linezolida tem a capacidade de suprimir a produção de toxinas (superantígenos) pelo estafilococo, podendo ser incluída no esquema terapêutico, especialmente em casos de alergia ou resistência a outras drogas.

Alternativa d: Correta. O uso da clindamicina é uma recomendação clássica no manejo da síndrome do choque tóxico. Por ser um potente inibidor da síntese proteica, a clindamicina interrompe a produção das toxinas bacterianas de forma muito mais eficaz do que os antibióticos que agem apenas na parede celular (como as penicilinas). Ao reduzir a carga de toxinas circulantes, ela ajuda a mitigar a resposta inflamatória exacerbada e melhora o desfecho clínico.

Gabarito: Letra d.

Questão 15

A relação entre a COVID-19 e o estado de hipercoagulabilidade foi amplamente estudada por meio de grandes ensaios clínicos internacionais, como os estudos ATTACC, ACTIV-4a e REMAP-CAP. Os resultados dessas pesquisas definiram as diretrizes atuais para o uso de anticoagulantes na doença.

Alternativa (a) Incorreta: A decisão de iniciar a anticoagulação, especialmente em doses terapêuticas, deve sempre considerar o risco de sangramento do paciente. A plaquetometria é um parâmetro fundamental para essa segurança. Pacientes com trombocitopenia significativa (geralmente abaixo de $50.000/\text{mm}^3$) possuem contraindicação para o uso de doses plenas de heparina devido ao alto risco hemorrágico.

Alternativa (b) Correta: Os grandes estudos multiplataforma demonstraram que pacientes hospitalizados com quadro moderado (aqueles que necessitam de suplementação de oxigênio, mas ainda não precisam de suporte de órgãos em unidade de terapia intensiva) se beneficiam da anticoagulação em dose terapêutica com heparina. Nesses casos, observou-se uma redução na progressão para a necessidade de ventilação mecânica ou suporte cardiovascular.

Alternativa (c) Incorreta: Contrário ao que se imaginava no início da pandemia, os estudos mostraram que pacientes em estado grave (já admitidos na UTI, em ventilação mecânica ou uso de aminas vasoativas) não apresentam melhora nos desfechos clínicos com o uso de anticoagulação terapêutica de rotina. Nesses pacientes, a dose terapêutica aumentou o risco de sangramentos graves sem reduzir a mortalidade, sendo indicada apenas a dose profilática usual, a menos que haja outra indicação formal (como tromboembolismo venoso confirmado).

Alternativa (d) Incorreta: A afirmação é genérica e não se sustenta para todos os perfis de pacientes. O benefício da anticoagulação terapêutica é restrito ao grupo de pacientes moderados e focado principalmente na redução da falência de órgãos. Não houve demonstração de aumento de sobrevida global que justifique o uso rotineiro da dose plena para todos os pacientes internados com COVID-19.

Questão 16

O quadro clínico apresentado por Fábio, de 17 anos, é clássico de uma Síndrome Nefrótica. Os pontos-chave para esse diagnóstico são: edema progressivo atingindo anasarca (ascite, derrame pleural e edema de membros inferiores), hipoalbuminemia importante (2,4 g/dL) e proteinúria maciça (relação proteína/creatinina > 3 e fita urinária com ++++). A presença de dislipidemia (colesterol e triglicérides elevados) corrobora o diagnóstico, sendo uma resposta hepática compensatória à perda de

proteínas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) é o protótipo da Síndrome Nefrítica. Ela se manifesta tipicamente com hematúria (geralmente macroscópica), hipertensão arterial, edema leve/moderado e oligúria, ocorrendo após uma infecção de orofaringe ou pele. O paciente do caso apresenta uma síndrome nefrótica pura, sem hematúria e com função renal preservada.

b) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção bacteriana do trato urinário superior. Manifesta-se com febre, calafrios, dor lombar (sinal de Giordano positivo) e sintomas irritativos urinários. Embora possa haver leucocitúria, a pielonefrite não causa anasarca, hipoalbuminemia ou proteinúria em níveis nefróticos.

c) Incorreta. A Síndrome Nefrítica caracteriza-se por um processo inflamatório agudo nos glomérulos, levando à hematúria glomerular, hipertensão, edema e, frequentemente, queda da taxa de filtração glomerular. O caso de Fábio não apresenta hematúria (hemácias normais no exame de urina) nem hipertensão significativa, predominando a perda proteica maciça, o que define a Síndrome Nefrótica.

d) Correta. Em adolescentes e adultos jovens com Síndrome Nefrótica primária (sem doenças sistêmicas evidentes), as causas histológicas mais comuns são a Doença por Lesão Mínima (DLM) e a Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF). A DLM é a causa principal em crianças, mas também ocorre em adolescentes, enquanto a GESF é uma causa muito frequente nessa faixa etária e em adultos. Ambas justificam o quadro de proteinúria isolada e maciça com exames laboratoriais típicos de nefrose.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 17

O quadro clínico descrito — paciente de área endêmica com queixa de áreas dormentes e lesões de pele (placas eritematosas visíveis na imagem) — é clássico para o diagnóstico de hanseníase.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento de eleição (primeira linha) estabelecido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde é a Poliquimioterapia Única (PQT-U), composta por rifampicina, dapsona e clofazimina. O esquema citado (ROM:

rifampicina, ofloxacina e minociclina) é um esquema alternativo, utilizado apenas em casos específicos de intolerância ou resistência medicamentosa, não sendo a escolha inicial.

b) Incorreta. Os episódios reacionais (Tipo 1 ou Reação Reversa e Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico) podem ocorrer em qualquer fase da doença: antes do diagnóstico, durante o tratamento ou, frequentemente, após a alta por cura (pós-PQT). Isso ocorre devido à persistência de antígenos bacilares no organismo, que desencadeiam respostas imunológicas.

c) Incorreta. Com a adoção do esquema de Poliquimioterapia Única (PQT-U), as drogas e as doses diárias e mensais são as mesmas para pacientes paucibacilares (PB) e multibacilares (MB). A única diferença entre as classificações reside na duração do tratamento: 6 doses (meses) para PB e 12 doses (meses) para MB.

d) Correta. A hanseníase pode se manifestar na forma neural pura. Nesses casos, o paciente apresenta comprometimento de troncos nervosos (espessamento neural, dor ou perda de sensibilidade e força motora no território do nervo afetado), mas não exibe nenhuma lesão cutânea visível ao exame físico. O diagnóstico, portanto, pode ser eminentemente clínico-neurológico.

Associação com a imagem: A foto mostra placas eritematosas infiltradas, algumas com aspecto anular. No contexto de áreas "dormentes", essas lesões indicam hanseníase virchowiana ou dimorfa, reforçando a necessidade de avaliação da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil sobre as manchas.

Questão 18

A análise desta questão exige o conhecimento sobre o manejo do diabetes mellitus em pacientes com doença renal crônica avançada.

O ponto central da questão é a taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) da paciente, que é de 25 mL/min/1,73 m². De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e do KDIGO, o uso da metformina é contraindicado quando a eGFR é inferior a 30 mL/min/1,73 m², devido ao risco aumentado de acidose láctica. Portanto, a suspensão da metformina é mandatória.

Além disso, a paciente apresenta sintomas típicos de hipoglicemia (tonturas e fome intensa antes das refeições). Na insuficiência renal avançada, a meia-vida da insulina é prolongada, pois os rins são responsáveis pela degradação de cerca de 30% a 80% da insulina exógena. Com a redução da função renal, a depuração de insulina diminui, aumentando o risco de eventos hipoglicêmicos. Por isso, é necessária uma

redução significativa na dose total de insulina.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A metformina deve ser obrigatoriamente suspensa, pois a eGFR (25 mL/min) está abaixo do limite de segurança de 30 mL/min. Além disso, manter uma dose de 0,7 U/kg/dia ainda pode ser excessivo para uma paciente que já apresenta sintomas de hipoglicemia e perda de função renal.

b) Incorreta. A metformina não deve ser apenas reduzida, mas sim suspensa. Manter a dose atual de insulina (que é de aproximadamente 0,9 U/kg/dia) é perigoso, dado o quadro clínico de hipoglicemia e a falência renal.

c) Correta. Esta alternativa atende aos dois critérios necessários: suspende a metformina devido à contraindicação absoluta pela função renal (eGFR < 30) e reduz a dose de insulina para um patamar mais seguro (0,4 U/kg/dia). Em pacientes com eGFR entre 10 e 50 mL/min, recomenda-se geralmente uma redução de pelo menos 25% na dose de insulina, mas em casos de hipoglicemia sintomática, uma redução mais agressiva, como para 0,4 U/kg, é tecnicamente adequada para garantir a segurança do paciente.

d) Incorreta. Aumentar a dose de insulina para 1 U/kg/dia em uma paciente que já está sofrendo hipoglicemias e possui doença renal estágio 4 seria um erro grave, aumentando drasticamente o risco de um evento hipoglicêmico severo ou fatal.

Questão 19

O quadro clínico descreve um paciente com Trombocitemia Essencial (TE) apresentando sangramentos mucocutâneos e gastrointestinais, apesar de uma contagem de plaquetas extremamente elevada (1.450.000/mm³). Esse fenômeno é uma complicação clássica e paradoxal das neoplasias mieloproliferativas com trombocitose acentuada, conhecida como Síndrome de von Willebrand Adquirida (SvWA).

Na trombocitose extrema (geralmente acima de 1 a 1,5 milhão de plaquetas), ocorre a adsorção e a degradação proteolítica excessiva dos multímeros de alto peso molecular do Fator de von Willebrand (FvW) pela superfície das plaquetas. Como esses multímeros são os mais eficazes na mediação da adesão plaquetária ao endotélio lesado, sua escassez leva a um defeito funcional na hemostasia primária, resultando em sangramentos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O paciente já possui uma contagem altíssima de plaquetas. O problema não é a quantidade, mas a deficiência funcional do Fator de von Willebrand no plasma. Transfundir mais plaquetas não corrigiria o defeito e poderia até agravar a viscosidade sanguínea ou a própria síndrome de consumo do FvW.

b) Incorreta. O plasma fresco congelado contém Fator de von Willebrand, porém em concentrações fisiológicas baixas para a correção rápida necessária em um quadro de hemorragia ativa por SvWA. Além disso, o volume necessário para atingir níveis terapêuticos seria muito alto, com risco de sobrecarga volêmica.

c) Incorreta. O crioprecipitado contém FvW e Fator VIII concentrados, mas uma única unidade é uma dose insuficiente para um adulto de 80 kg em vigência de sangramento grave. Seriam necessárias cerca de 10 a 15 unidades para um efeito hemostático inicial, tornando os concentrados de fator uma opção superior e mais segura.

d) Correta. O tratamento de escolha na emergência hemorrágica decorrente da Síndrome de von Willebrand Adquirida por trombocitose é a reposição do Fator de von Willebrand. A dose recomendada para episódios de sangramento moderado a grave varia de 40 a 60 UI/kg. Para este paciente de 80 kg, o cálculo de 40 UI/kg resulta exatamente em 3.200 UI, justificando a alternativa. Complementarmente, deve-se iniciar a citorredução (geralmente com hidroxiureia) para reduzir a contagem plaquetária e resolver a causa-base da síndrome.

Questão 20

O paciente em questão apresenta um quadro de hipernatremia grave (sódio de 165 mEq/L no terceiro dia de internação). Quando o sódio permanece elevado por um período prolongado (geralmente acima de 48 horas), o cérebro desenvolve mecanismos de adaptação por meio da produção de osmóis idiogênicos para evitar a desidratação neuronal. Se a correção desse sódio for feita de forma muito rápida, a água do compartimento extracelular entra bruscamente nas células cerebrais, causando edema cerebral, convulsões e potencial dano neurológico permanente.

Alternativa a: Está correta. As principais diretrizes médicas e tratados de nefrologia recomendam que, na hipernatremia crônica ou de tempo indeterminado, a redução do sódio plasmático não deve ultrapassar 10 a 12 mEq/L em 24 horas. Uma meta comumente utilizada na prática clínica é a redução de 0,5 mEq/L por hora.

Alternativa b: Está incorreta. Uma redução de 15 a 17 mEq/L ao dia é considerada excessiva e perigosa, aumentando significativamente o risco de edema cerebral

iatrogênico.

Alternativa c: Está incorreta. Reduzir 20 mEq/L em apenas 12 horas é uma velocidade extremamente agressiva. Mesmo em casos de hipernatremia aguda documentada (ocorrida em menos de 24 horas), as correções rápidas devem ser feitas com cautela e monitoramento rigoroso, nunca atingindo valores tão altos em um intervalo tão curto para um paciente idoso e combalido.

Alternativa d: Está incorreta. A prioridade no tratamento da hipernatremia não é a normalização laboratorial imediata, mas sim a segurança neurológica do paciente. Para o Sr. Amaral, que está com 165 mEq/L, atingir a normalidade (abaixo de 145 mEq/L) em 24 horas exigiria uma queda de pelo menos 20 mEq/L, o que viola os preceitos de segurança clínica.

Questão 21

O caso clínico descreve uma apendicite aguda com evolução de sete dias, o que caracteriza uma apresentação tardia. Quando o paciente apresenta sintomas por mais de cinco dias, geralmente o processo inflamatório já resultou em um bloqueio pelo omento e alças intestinais, formando uma massa inflamatória ou um abscesso periapendicular, como confirmado pela tomografia computadorizada.

Alternativa (a) Correta: Em pacientes estáveis com apendicite complicada por abscesso e evolução prolongada (fase de plastrão ou abscesso), a conduta preferencial é o tratamento conservador inicial. Esta consiste em antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro e drenagem percutânea da coleção, orientada por imagem (ultrassonografia ou tomografia), caso o abscesso seja passível de acesso. Essa estratégia visa tratar a infecção e "esfriar" o processo inflamatório, evitando uma cirurgia de urgência em tecidos muito friáveis, o que reduz o risco de complicações graves, como fístulas entéricas ou a necessidade de ressecções intestinais extensas (hemicolecotomias).

Alternativa (b) Incorreta: Embora a via laparoscópica seja o padrão-ouro para apendicites precoces, realizá-la em um contexto de abscesso bloqueado com uma semana de evolução é tecnicamente difícil. A intensa inflamação e a aderência entre as alças intestinais aumentam consideravelmente o risco de lesões iatrogênicas e a necessidade de conversão.

Alternativa (c) Incorreta: A apendicectomia aberta imediata neste cenário também é desencorajada como primeira linha. A tentativa de realizar a exérese do apêndice em meio a um bloqueio inflamatório firme frequentemente resulta em sangramentos e danos a estruturas adjacentes, apresentando maior morbidade do que a drenagem

seguida de tratamento clínico.

Alternativa (d) Incorreta: O tratamento puramente conservador por meio de observação é insuficiente. Diante de um abscesso periapendicular com febre e leucocitose, é indispensável a intervenção terapêutica com antibióticos e a drenagem da coleção purulenta para garantir a resolução do quadro infeccioso e prevenir a sepse.

Questão 22

Este caso clínico descreve um paciente com sinais clássicos de neoplasia maligna de reto: sangramento, alteração do hábito intestinal, perda ponderal e uma lesão vegetante e circunferencial na colonoscopia. O ponto-chave para a decisão terapêutica é a localização da lesão (6 cm da borda anal), o que a caracteriza como um tumor de reto médio/baixo.

Para tumores de reto que se apresentam de forma avançada localmente (geralmente a partir do estágio T3 ou com presença de linfonodos suspeitos), o protocolo padrão-ouro envolve o tratamento multimodal.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Correta): A quimiorradiação neoadjuvante (pré-operatória) é o tratamento de escolha para tumores de reto médio e baixo que apresentam sinais de invasão local ou acometimento linfonodal. O objetivo é promover o "downstaging" (redução do estágio) e o "downsizing" (redução do tamanho) do tumor, aumentando as chances de uma cirurgia com margens livres e permitindo, muitas vezes, a preservação do esfíncter anal. Após o tratamento neoadjuvante, realiza-se a Excisão Total do Mesorreto (ETM), que é a técnica cirúrgica padrão para remover o tumor junto com sua drenagem linfática e gordura perirretal, reduzindo drasticamente as taxas de recidiva local.

Alternativa B (Incorreta): A excisão transanal é reservada apenas para tumores muito precoces (T1), pequenos (geralmente menores que 3 cm), bem diferenciados e sem evidência de comprometimento linfonodal. A descrição de uma tumoração circunferencial e ulcerada indica uma lesão avançada, incompatível com essa técnica minimamente invasiva.

Alternativa C (Incorreta): A ressecção abdominoperineal (cirurgia de Miles) envolve a retirada completa do reto e do ânus, com colostomia definitiva. Embora possa ser necessária em tumores muito baixos que invadem o esfíncter, ela não deve ser o primeiro passo sem a realização da neoadjuvância prévia. Além disso, uma lesão a 6

cm da borda anal muitas vezes permite uma cirurgia de preservação esfíncteriana (ressecção anterior baixa) após a resposta ao tratamento radioterápico.

Alternativa D (Incorreta): O seguimento clínico não é uma opção para um paciente com diagnóstico de neoplasia retal sintomática e operável. O câncer de reto requer intervenção ativa (cirurgia e/ou quimiorradioterapia) para controle da doença e intenção curativa. O "watch and wait" (observar e esperar) só é discutido em protocolos específicos para pacientes que apresentam resposta clínica completa após a quimiorradioterapia neoadjuvante, o que não é o caso inicial deste paciente.

Questão 23

Texto Original:

O quadro clínico descreve um empiema pleural em sua fase fibrinopurulenta. A paciente apresenta critérios de gravidade no líquido pleural (aspecto turvo, glicose baixa e alta contagem de glóbulos brancos) associados a um achado radiológico fundamental: o derrame é loculado, o que significa a presença de septações.

Alternativa (c) - CORRETA: Quando um derrame pleural parapneumônico evolui para a formação de septações e lojas (loculado), a drenagem simples por tubo costuma ser ineficaz, pois o dreno não consegue alcançar todas as coleções infectadas simultaneamente. A decorticação por videotoracoscopia (VATS) é o próximo passo indicado porque permite a lise de aderências, o desbridamento de tecidos necróticos e restos de fibrina, além da drenagem completa do espaço pleural. Isso garante a reexpansão pulmonar e o controle definitivo do foco infeccioso.

Alternativa (a) - INCORRETA: A toracostomia com drenagem pleural fechada seria o tratamento de escolha para derrames complicados que ainda estivessem na fase fluida e livre (não loculados). No cenário de um derrame francamente loculado, o dreno isolado raramente é suficiente para resolver o problema, frequentemente necessitando de reintervenções ou evoluindo para falha terapêutica.

Alternativa (b) - INCORRETA: O tratamento de coleções purulentas no espaço pleural segue o princípio cirúrgico de esvaziamento de abscessos. A antibioticoterapia isolada é incapaz de penetrar adequadamente em uma coleção loculada com pH baixo e não resolve a restrição mecânica imposta pela fibrina ao parênquima pulmonar.

Alternativa (d) - INCORRETA: A conduta de observação é contraindicada. Diante de febre, dispneia e derrame pleural infectado/loculado, a falta de intervenção imediata leva ao agravamento da sepse, formação de casca pleural espessa e encarceramento pulmonar definitivo, o que exigiria cirurgias muito mais agressivas e invasivas no

futuro.

Associação com imagem: Em casos como este, uma radiografia ou tomografia mostraria coleções de líquido com contornos convexos e que não se deslocam com a mudança de posição da paciente, confirmando que o líquido está aprisionado em lojas, o que justifica a abordagem por videotoracoscopia para limpeza do espaço pleural.

Questão 24

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA

O quadro clínico descrito (dor intensa, parestesia, palidez e edema tenso após lesão por esmagamento) é patognomônico de Síndrome Compartimental Aguda. Esta condição ocorre quando a pressão dentro de um compartimento osteofascial fechado aumenta a ponto de comprometer a perfusão capilar, levando à isquemia de músculos e nervos. Trata-se de uma emergência médica em que o tempo de intervenção é crucial para a preservação do membro.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Fasciotomia de emergência: Está correta. O tratamento definitivo para a síndrome compartimental é a descompressão cirúrgica imediata através da abertura das fâscias que envolvem os compartimentos musculares (fasciotomia). Isso alivia a pressão interna, restaura a perfusão sanguínea e evita a necrose tecidual.

Alternativa b) Tala gessada e observação: Está incorreta. A aplicação de qualquer imobilização externa ou bandagens compressivas é contraindicada, pois limita a expansão do membro e pode elevar ainda mais a pressão intracompartimental. A observação sem intervenção levaria a danos irreversíveis, como a contratura isquêmica de Volkmann.

Alternativa c) Ressonância nuclear magnética do antebraço: Está incorreta. O diagnóstico da síndrome compartimental é eminentemente clínico. Solicitar exames de imagem complexos retarda desnecessariamente o tratamento cirúrgico. Em casos de dúvida, a conduta auxiliar seria a medição direta da pressão intracompartimental, e não a realização de exames de imagem.

Alternativa d) Aplicação de compressas frias: Está incorreta. O resfriamento do membro pode causar vasoconstrição, o que reduz ainda mais o aporte sanguíneo para os tecidos que já estão sofrendo isquemia, agravando o quadro clínico do paciente.

GABARITO: LETRA A.

Questão 25

Análise Clínica:

O quadro clínico descrito — paciente com colite ulcerativa, dor abdominal intensa, distensão, diarreia sanguinolenta, estado toxêmico e dilatação colônica maior que 6 cm na tomografia — é o diagnóstico clássico de Megacólon Tóxico. Esta é uma complicação potencialmente fatal da Doença Inflamatória Intestinal (DII) que exige intervenção imediata.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora os corticosteroides intravenosos e o repouso intestinal façam parte do manejo clínico inicial para reduzir a inflamação na colite ulcerativa, o termo "apenas" invalida a alternativa. O megacólon tóxico é uma emergência que requer cobertura antibiótica e, crucialmente, monitoramento cirúrgico rigoroso, pois o risco de perfuração é iminente.

b) Incorreta. A antibioticoterapia de amplo espectro é fundamental para tratar a translocação bacteriana e o estado de sepse, mas, isoladamente, não trata a causa inflamatória subjacente (que exige corticoides) nem aborda a complicação mecânica/cirúrgica da dilatação progressiva.

c) Correta. O Megacólon Tóxico é uma condição de alto risco cirúrgico. O próximo passo fundamental, em conjunto com o início do tratamento médico agressivo, é a consulta com a cirurgia de emergência. A equipe cirúrgica deve acompanhar o paciente desde o diagnóstico, pois a falha do tratamento médico (geralmente avaliada em 24 a 72 horas) ou qualquer sinal de perfuração, peritonite ou hemorragia incontrolável indica a necessidade de colectomia total de urgência com ileostomia terminal. O envolvimento precoce do cirurgião reduz a mortalidade.

d) Incorreta. A avaliação endoscópica (colonoscopia) é contraindicada na fase aguda do megacólon tóxico. O procedimento de insuflação de ar aumenta drasticamente o risco de perfuração do cólon, que já se encontra com a parede extremamente friável e distendida. O diagnóstico de megacólon tóxico é essencialmente clínico e radiológico.

Resumo do Manejo:

O tratamento do megacólon tóxico baseia-se no tripé: 1) Suporte clínico agressivo (hidratação, correção eletrolítica e antibióticos); 2) Corticosteroides IV para controle

da DII; 3) Avaliação e acompanhamento contínuo da cirurgia para intervenção oportuna se não houver melhora rápida.

Questão 26

A Doença de Crohn é uma patologia inflamatória idiopática que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, da boca ao ânus. A diferenciação entre ela e a Retocolite Ulcerativa (RCU) é um tema recorrente em provas, baseando-se principalmente na profundidade e na distribuição da inflamação.

Alternativa (a) Incorreta: O envolvimento contínuo do cólon, que obrigatoriamente se inicia no reto e progride de forma ascendente, é a característica marcante da Retocolite Ulcerativa. Na Doença de Crohn, o acometimento é tipicamente descontínuo, apresentando áreas de mucosa doente intercaladas por áreas de mucosa perfeitamente normal, fenômeno conhecido como lesões saltatórias ou *skip lesions*.

Alternativa (b) Correta: Esta é a característica histopatológica fundamental da Doença de Crohn. Diferente da RCU, que se limita à mucosa e submucosa, a inflamação na Doença de Crohn é transmural, ou seja, atravessa todas as camadas da parede intestinal (mucosa, submucosa, muscular e serosa). Esse padrão explica por que esses pacientes desenvolvem frequentemente complicações como fístulas, abscessos e estenoses.

Alternativa (c) Incorreta: Pseudopólipos são ilhas de mucosa inflamada e regenerativa que se projetam para o lúmen intestinal em meio a áreas de ulceração. Embora possam aparecer em casos graves de Crohn, eles são achados clássicos e muito mais frequentes na endoscopia de pacientes com Retocolite Ulcerativa crônica.

Alternativa (d) Incorreta: O acometimento restrito à mucosa é a definição da extensão da Retocolite Ulcerativa. Como a Doença de Crohn é uma condição que penetra as camadas profundas da parede do órgão (transmural), esta alternativa descreve a patologia oposta.

Questão 27

O fígado é o principal local de síntese de quase todos os fatores de coagulação (exceto o Fator VIII, que também é produzido nas células endoteliais), além de proteínas anticoagulantes como a Proteína C e S. Na doença hepática, ocorre uma deficiência multissegmentar dessas proteínas, resultando em um alargamento do Tempo de Protrombina (TP/RNI) e do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA).

Alternativa (a) INCORRETA: O concentrado de hemácias é indicado exclusivamente para o tratamento de anemia sintomática e melhora da oferta de oxigênio aos tecidos em casos de hemorragia aguda. Ele não contém plasma ou fatores de coagulação e, portanto, não tem capacidade de corrigir uma coagulopatia de consumo ou de síntese.

Alternativa (b) CORRETA: O plasma fresco congelado (PFC) é o hemocomponente de escolha para a correção de coagulopatias associadas à insuficiência hepática com sangramento ativo. O PFC contém todos os fatores de coagulação, proteínas anticoagulantes e o sistema fibrinolítico em concentrações fisiológicas. Como o hepatopata tem deficiência de múltiplos fatores simultaneamente (especialmente os fatores II, V, VII, IX e X), o plasma oferece a reposição mais abrangente e equilibrada para restaurar a hemostasia.

Alternativa (c) INCORRETA: A transfusão de plaquetas é indicada para casos de trombocitopenia grave ou disfunção plaquetária. Embora pacientes com doença hepática frequentemente apresentem plaquetopenia (devido ao hiperesplenismo ou redução da trombopoietina), a questão solicita a correção da coagulopatia (deficiência de fatores), e não especificamente da plaquetopenia. Plaquetas não corrigem o déficit de fatores de coagulação solúveis.

Alternativa (d) INCORRETA: O crioprecipitado é um derivado do plasma rico apenas em fibrinogênio, Fator VIII, Fator XIII e Fator de von Willebrand. Ele é indicado principalmente em casos de hipofibrinogenemia isolada. Ele não é a escolha ideal para a doença hepática porque carece de diversos outros fatores essenciais que o fígado parou de produzir, como os fatores do complexo protrombínico (II, VII, IX e X).

Questão 28

As lesões por eletricidade podem causar diversas manifestações cardíacas, e o tipo de arritmia gerada depende principalmente da voltagem e do tipo de corrente envolvida no acidente.

Alternativa a: Incorreta. Embora a taquicardia ventricular possa ocorrer como consequência de uma injúria miocárdica após um choque elétrico, ela não é a arritmia mais frequentemente associada ou característica das queimaduras de baixa voltagem quando comparada à fibrilação ventricular.

Alternativa b: Correta. As queimaduras por baixa voltagem (geralmente definidas como inferiores a 1.000 volts) são típicas de acidentes domésticos e frequentemente envolvem corrente alternada. A corrente alternada é extremamente perigosa para o

coração, pois, mesmo em baixas intensidades, pode induzir a fibrilação ventricular. Isso ocorre porque a frequência da rede elétrica (geralmente 60 Hz) interfere diretamente no ciclo cardíaco, podendo atingir o período vulnerável de repolarização ventricular e desencadear a arritmia.

Alternativa c: Incorreta. A assistolia é o ritmo de parada cardíaca classicamente associado a queimaduras por alta voltagem (acima de 1.000 volts) ou por descargas atmosféricas (raios). Nessas situações, a magnitude da energia causa uma despolarização simultânea e maciça de todas as células do miocárdio, resultando na parada imediata da atividade elétrica e mecânica do coração.

Alternativa d: Incorreta. A bradicardia sinusal não é um achado comum ou esperado como resposta direta ao trauma elétrico agudo. O mecanismo da eletrocussão tende a provocar arritmias graves por desorganização da condução elétrica ou morte celular, e não apenas uma redução na frequência do nó sinusal.

Questão 29

Para compreender a escolha da via de suporte nutricional em pacientes cirúrgicos de alta complexidade, devemos considerar o estado nutricional prévio, o porte da cirurgia e a funcionalidade do trato gastrointestinal no pós-operatório imediato.

Alternativa (a) Incorreta: Suplementos nutricionais orais dependem da capacidade do paciente em ingerir e absorver nutrientes voluntariamente. No pós-operatório imediato de uma grande cirurgia abdominal, o paciente frequentemente apresenta náuseas, vômitos ou íleo paralítico (paralisia temporária do intestino), além do risco de broncoaspiração, o que inviabiliza a via oral como suporte principal e seguro neste momento inicial.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a nutrição enteral seja a via preferencial sempre que o trato gastrointestinal estiver funcional, o enunciado especifica uma grande cirurgia abdominal em um paciente de alto risco. Em muitos casos de cirurgias extensas, pode haver contraindicação temporária ao uso do tubo digestivo (como em anastomoses de alto risco ou íleo prolongado) ou a nutrição enteral pode não ser tolerada em volume suficiente para atingir as metas calóricas e proteicas necessárias para um paciente já desnutrido.

Alternativa (c) Correta: A nutrição parenteral por cateter venoso central é indicada no pós-operatório imediato de grandes cirurgias abdominais quando o paciente apresenta alto risco de desnutrição e existe a previsão de que a via enteral não poderá ser utilizada ou não será suficiente por um período superior a 5 a 7 dias. O acesso central permite a infusão de soluções hiperosmolares com alta densidade

calórica e proteica, garantindo o aporte nutricional necessário para a cicatrização e recuperação metabólica, contornando as limitações funcionais do trato gastrointestinal recém-operado.

Alternativa (d) Incorreta: O uso exclusivo de fluidos intravenosos (cristaloides) visa apenas a reposição hidroeletrólítica e a manutenção da volemia. Essa conduta não provê macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) nem micronutrientes, sendo insuficiente para um paciente com alto risco de desnutrição, o que agravaria o estado catabólico e aumentaria o risco de complicações infecciosas e deiscência de suturas.

Questão 30

O quadro clínico descrito aponta para a Insuficiência Adrenal Primária, também conhecida como Doença de Addison. Esta patologia decorre da destruição ou disfunção do córtex adrenal, levando à deficiência de glicocorticoides (cortisol) e, frequentemente, de mineralocorticoides (aldosterona).

A tríade de fadiga, perda de peso e hipotensão arterial é marcante pela falta desses hormônios. O achado fundamental para diferenciar a causa primária (na glândula adrenal) da causa secundária (na hipófise) é a hiperpigmentação de pele e mucosas. Isso ocorre porque a queda nos níveis de cortisol remove o feedback negativo sobre a hipófise, estimulando a produção excessiva de ACTH. O precursor do ACTH, a pró-opiomelanocortina (POMC), também dá origem ao hormônio estimulador de melanócitos (MSH), resultando no escurecimento da pele, especialmente em áreas de dobra, cicatrizes, articulações e mucosas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome de Cushing é o oposto da Doença de Addison, sendo causada pelo excesso crônico de cortisol. Os pacientes apresentam tipicamente ganho de peso, obesidade central, hipertensão arterial, estrias violáceas e fácies em lua cheia.

b) Correta. A Doença de Addison apresenta a deficiência hormonal que justifica a perda de peso e a hipotensão (pela perda de sódio e água e falta de efeito pressórico do cortisol). A hiperpigmentação é o sinal-chave que confirma a origem adrenal do problema, devido ao aumento compensatório de ACTH/MSH.

c) Incorreta. O feocromocitoma é um tumor da medula adrenal que secreta catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). O quadro clínico clássico envolve paroxismos de hipertensão arterial, cefaleia, palpitações e sudorese, o que não

condiz com a hipotensão e emagrecimento progressivo relatados.

d) Incorreta. A Síndrome de Conn, ou hiperaldoosteronismo primário, é causada pela produção excessiva de aldosterona. Isso resulta em retenção de sódio e excreção de potássio, levando à hipertensão arterial e hipocalcemia, quadro clínico divergente dos sintomas de pressão baixa e fadiga extrema apresentados pelo paciente.

Questão 31

A avaliação inicial do paciente politraumatizado deve seguir rigorosamente a sistematização do ABCDE proposta pelo protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support). Ao chegar à sala de trauma, este paciente apresenta sinais críticos de deterioração clínica: está irresponsivo, com respiração agônica e hipoxemia grave (saturação de 80%), apesar da assistência com bolsa-válvula-máscara (Ambu).

A alternativa (a) está correta porque a prioridade zero no trauma é a manutenção da via aérea com proteção da coluna cervical (etapa A). O estado de irresponsividade sugere uma escala de coma de Glasgow igual ou inferior a 8, o que, somado à respiração agônica (gasping), constitui indicação absoluta para o estabelecimento de uma via aérea definitiva (geralmente intubação oro-traqueal). Sem garantir a patência da via aérea e a oxigenação, as manobras subsequentes serão ineficazes.

A alternativa (b) apresenta o mesmo sentido clínico da alternativa (a). Em concursos, quando duas alternativas são virtualmente idênticas, a banca geralmente considera a terminologia mais alinhada aos manuais. No contexto do ATLS, o termo utilizado é estabelecer a via aérea. No entanto, o conceito principal é que o manejo da via aérea precede as outras intervenções.

A alternativa (c) está incorreta e é perigosa. O torniquete foi aplicado para conter um sangramento arterial (pulsátil) na coxa. Remover o dispositivo em um paciente hemodinamicamente instável e in extremis resultaria em novo sangramento maciço, agravando o choque hipovolêmico. A reavaliação do torniquete só ocorre após a estabilização hemodinâmica inicial na fase de revisão secundária ou em ambiente cirúrgico.

A alternativa (d) está incorreta por dois motivos principais. Primeiro, a avaliação da respiração e drenagem torácica (etapa B) sucede à garantia da via aérea (etapa A). Segundo, a descrição clínica aponta um ferimento soprante no tórax direito (já tratado inicialmente com curativo de três pontas), e não no lado esquerdo. Realizar uma toracostomia no lado contralateral sem evidência de pneumotórax hipertensivo não é a conduta prioritária.

Portanto, diante de um paciente com rebaixamento do nível de consciência e falência respiratória, a conduta imediata e inadiável é o estabelecimento de uma via aérea definitiva.

Questão 32

Para resolver essa questão, devemos analisar cada um dos sítios de lesão e aplicar os critérios do ATLS (Advanced Trauma Life Support) para indicação de cirurgia de urgência em pacientes vítimas de trauma penetrante e instabilidade hemodinâmica.

Análise clínica do caso:

O paciente apresenta-se em choque grave (provavelmente grau IV), com sinais de insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), mesmo após infusão de volume.

1. Lesão Torácica:

A questão informa que, após a drenagem de tórax à esquerda, houve saída imediata de 1.800 mL de sangue. O diagnóstico é de hemotórax maciço. Pelos critérios cirúrgicos, a drenagem inicial superior a 1.500 mL de sangue (ou 200 mL/hora nas primeiras 2 a 4 horas) é uma indicação formal de toracotomia de urgência. Além disso, há um ferimento soprante no tórax direito, sugerindo pneumotórax aberto.

2. Lesão Abdominal:

O paciente sofreu um ferimento por arma de fogo (trauma penetrante) no quadrante inferior esquerdo do abdome. Em pacientes com ferimentos abdominais penetrantes que apresentam instabilidade hemodinâmica (pressão arterial de 86/44 mmHg e taquicardia), a laparotomia exploradora é mandatória e urgente. Não há necessidade de exames de imagem (como FAST ou TC) quando o paciente já está instável e possui uma lesão penetrante evidente.

3. Lesão na Coxa Direita (Vascular):

A descrição de sangramento pulsátil inicial e a ausência de pulsos distais após a retirada do torniquete são "sinais duros" de lesão arterial periférica. Embora o torniquete controle o sangramento temporariamente, a lesão vascular de grande vaso em um membro requer exploração cirúrgica e reparo (ou shunt temporário) para salvar o membro e evitar o retorno do choque hemorrágico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Apenas o tórax não contempla todas as necessidades do paciente. Embora a toracotomia seja urgente devido ao hemotórax maciço, o abdome penetrante com choque e a lesão vascular da coxa também exigem intervenção

imediate.

b) Incorreta. O ferimento abdominal isoladamente não justifica o quadro total. O paciente morreria pela exsanguinação torácica e pela lesão vascular se apenas o abdome fosse tratado.

c) Incorreta. Esta alternativa exclui o abdome. Em um paciente instável com ferimento por projétil de arma de fogo no abdome, a exploração cirúrgica é obrigatória, pois pode haver hemorragia interna não visível externamente ou perfuração de vísceras ocas.

d) Correta. Todas as três áreas apresentam indicações precisas para cirurgia de urgência: o tórax pelo hemotórax maciço (1.800 mL), o abdome pela penetração por arma de fogo associada à instabilidade hemodinâmica, e a coxa pela evidência clara de lesão arterial (sangramento pulsátil e ausência de pulsos). O paciente é um candidato clássico para a cirurgia de controle de danos (Damage Control Surgery) em múltiplos sítios.

Gabarito: Letra (d).

Questão 33

Texto Original:

O caso clínico descreve um paciente com trauma multissistêmico (tórax, abdome e extremidade) apresentando sinais de choque e insuficiência respiratória iminente. O foco da pergunta, entretanto, é o conhecimento teórico sobre o manejo geral do trauma torácico penetrante.

Alternativa (a) Incorreta: No contexto de um trauma agudo, o pericárdio é uma estrutura fibrosa e rígida que não se expande rapidamente. Por isso, volumes pequenos de sangue no espaço pericárdico, variando entre 15 mL e 50 mL, já podem ser suficientes para causar restrição ao enchimento cardíaco e levar ao tamponamento cardíaco. O valor de 150 mL mencionado na alternativa é mais relacionado a derrames pericárdicos crônicos, onde o saco pericárdico teve tempo de sofrer hipertrofia e distensão.

Alternativa (b) Correta: Esta é uma afirmação clássica do ATLS (Advanced Trauma Life Support). A vasta maioria das lesões torácicas, sejam elas por trauma contuso ou penetrante, não exige intervenções cirúrgicas complexas como uma toracotomia. Cerca de 80% a 85% dos casos são resolvidos com medidas de suporte básico, como oxigenoterapia, analgesia e a realização de uma toracostomia com drenagem pleural fechada (dreno de tórax) para tratar pneumotórax ou hemotórax.

Alternativa (c) Incorreta: Lesões de grandes vasos (como a aorta, veia cava ou artérias pulmonares principais) são altamente letais. Embora ocorram no trauma penetrante, elas não são classificadas como "comuns" no ambiente hospitalar porque a maioria das vítimas morre antes de receber atendimento médico (mortalidade pré-hospitalar). Estatisticamente, as lesões de parênquima pulmonar e vasos intercostais são muito mais frequentes entre os sobreviventes que chegam à sala de trauma.

Alternativa (d) Incorreta: O hemotórax retido é a presença de sangue ou coágulos que permanecem no espaço pleural após a drenagem inicial. A principal medida para evitar o empiema (infecção do espaço pleural) é a drenagem completa e eficaz do sangue, muitas vezes necessitando de uma videotoroscopia precoce para limpeza da cavidade. Embora o uso de antibióticos possa ser feito durante a inserção do dreno, o uso profilático prolongado especificamente para o hemotórax retido não é a conduta padrão para reduzir o empiema; o tratamento é mecânico (retirada do sangue que serve como meio de cultura).

Questão 34

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na prática cirúrgica de trauma, o reparo primário (sutura simples) de lesões no intestino delgado ou grosso é indicado quando a lesão envolve menos de 50% da circunferência da alça e não há evidência de desvascularização do segmento. Se a lesão atingir 50% ou mais da circunferência, ou se houver comprometimento do suprimento sanguíneo (mesentério), a conduta indicada é a ressecção do segmento seguida de anastomose ou estomia, para evitar o risco de estenose ou fístulas.

Alternativa b) Incorreta. Nos ferimentos penetrantes por arma de fogo (FAF), o órgão mais comumente lesionado é o intestino delgado (presente em aproximadamente 50% dos casos), seguido pelo cólon (intestino grosso) em cerca de 40% e o fígado em 30%. O intestino grosso é o segundo ou terceiro mais comum, dependendo da casuística, mas não o primeiro.

Alternativa c) Correta. O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) tem como objetivo principal a detecção de líquido livre na cavidade peritoneal, sugerindo hemoperitônio em pacientes vítimas de trauma. No entanto, ele apresenta baixa sensibilidade para o diagnóstico de lesões de vísceras ocas (intestino, estômago) e lesões de órgãos sólidos que não geraram sangramento volumoso no momento do exame. O ar intestinal e o pequeno volume de secreção entérica

liberada inicialmente dificultam a visualização ultrassonográfica.

Alternativa d) Incorreta. A afirmação apresenta dois erros principais. Primeiro, embora a maioria dos ferimentos por arma de fogo que penetram a fáscia abdominal exija exploração cirúrgica, o manejo de ferimentos por arma branca pode ser conservador (observação seriada) em pacientes estáveis. Segundo, em um paciente in extremis e hemodinamicamente instável, como o descrito no caso (pulso fraco, respiração agônica, hipotensão), a laparoscopia é contraindicada. Nesses casos, a conduta correta é a laparotomia exploradora imediata para controle de danos, pois a laparoscopia não permite a rapidez necessária e o pneumoperitônio poderia agravar o estado hemodinâmico do paciente.

Questão 35

O ponto central para resolver esta questão é o reconhecimento do estado clínico do paciente: ele está "in extremis", apresentando instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória e ferimentos múltiplos (tórax, abdome e coxa). Trata-se de um cenário clássico para a aplicação dos princípios da Cirurgia de Controle de Danos (Damage Control).

Na Cirurgia de Controle de Danos, o objetivo primordial é o controle rápido da hemorragia e da contaminação, postergando reconstruções definitivas e demoradas para um segundo momento, após a estabilização do paciente na UTI (correção da tríade letal: acidose, coagulopatia e hipotermia).

Análise das alternativas:

a) Correta. A colocação de uma derivação intravascular temporária (shunt) é a conduta de escolha no controle de danos para lesões arteriais de extremidades em pacientes instáveis. O shunt permite a reperfusão imediata do membro, evitando a isquemia prolongada, enquanto o cirurgião foca nas lesões que trazem risco iminente de morte (como o trauma torácico e abdominal). Após a estabilização fisiológica do paciente em ambiente intensivo, ele retorna ao centro cirúrgico para a reconstrução definitiva.

b) Incorreta. A anastomose primária término-terminal é uma técnica de reparo definitivo. Embora ideal em pacientes estáveis com perda mínima de tecido arterial, ela demanda tempo cirúrgico e precisão técnica que não são compatíveis com um paciente apresentando respiração agônica e choque. Tentar um reparo definitivo agora aumentaria o tempo de exposição cirúrgica e o risco de morte no intraoperatório.

c) Incorreta. A ligadura da artéria femoral superficial é um procedimento rápido, mas carrega um risco considerável de isquemia crítica do membro e necessidade de amputação posterior. Como o shunt intravascular temporário é uma técnica rápida e eficaz para manter a viabilidade do membro sem prolongar excessivamente a cirurgia, ele é preferível à ligadura em artérias de grande calibre de membros.

d) Incorreta. A reconstrução com enxerto de veia safena magna é o "padrão-ouro" para reparos arteriais complexos em traumas de extremidades. No entanto, é um procedimento demorado que exige a colheita da veia em um sítio doador e suturas vasculares meticulosas. Em um paciente com múltiplos ferimentos e sinais de falência fisiológica, realizar esse procedimento agora violaria todos os preceitos do controle de danos, levando ao agravamento do quadro clínico.

Questão 36

Para responder corretamente a essa questão, é fundamental seguir a sistematização do atendimento ao trauma proposta pelo protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support). Independentemente da estabilidade aparente dos sinais vitais ou do mecanismo de trauma, a prioridade absoluta no primeiro contato com o paciente é a realização da avaliação primária.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A toracostomia com drenagem fechada (dreno de tórax) é um procedimento terapêutico indicado para o tratamento de condições como pneumotórax ou hemotórax. No cenário descrito, o paciente apresenta saturação de oxigênio de 98% e frequência respiratória de 20 ipm, o que indica estabilidade respiratória inicial. Realizar uma drenagem antes de completar a avaliação clínica e obter exames diagnósticos (se o paciente estiver estável) seria uma conduta precipitada e invasiva sem indicação clara imediata.

Alternativa (b) Correta: O primeiro passo no manejo de qualquer paciente traumatizado é a avaliação primária sistemática, seguindo a sequência ABCDE (Vias aéreas, Respiração, Circulação, Incapacidade neurológica e Exposição). Mesmo que o paciente pareça bem, a avaliação primária permite identificar lesões com risco iminente de morte que podem não ser óbvias à primeira vista. Além disso, a etapa de Exposição (letra E) é crucial para despir o paciente e procurar outros ferimentos que podem ter ocorrido durante a briga, garantindo que nenhuma outra lesão penetrante seja negligenciada.

Alternativa (c) Incorreta: O exame FAST é um método de imagem auxiliar, geralmente realizado durante a etapa C (Circulação) da avaliação primária, focado na

busca de líquido livre (sangue) na cavidade abdominal ou no saco pericárdico. Embora seja útil, ele não é o primeiro passo absoluto. O médico deve primeiro realizar a avaliação clínica e garantir a estabilização das vias aéreas e respiração antes de proceder a exames de imagem focados.

Alternativa (d) Incorreta: A radiografia de tórax é considerada um exame adjunto à avaliação primária. Ela é fundamental para o diagnóstico de lesões pleurais em pacientes com ferimentos penetrantes no tórax, mas deve ser solicitada após ou durante a avaliação clínica inicial (especialmente após o exame físico do tórax na etapa B). O protocolo exige que a abordagem sistemática comece pela avaliação clínica do paciente, e não por exames radiológicos.

Em resumo, a questão testa o conhecimento do aluno sobre a hierarquia do atendimento inicial ao trauma. A resposta sempre será a avaliação primária (ABCDE) como ação imediata, garantindo que a abordagem seja organizada e que as prioridades vitais sejam respeitadas.

Questão 37

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um trauma penetrante no hemitórax direito por arma branca. A evolução clínica mostra uma queda súbita da pressão arterial (choque obstrutivo ou hipovolêmico), associada a sons respiratórios reduzidos e macicez à percussão no lado afetado, com a traqueia centralizada.

O achado de macicez à percussão é o ponto-chave para diferenciar o diagnóstico: ele indica a presença de líquido no espaço pleural (hemotórax). Se houvesse hipertimpanismo e desvio da traqueia, o diagnóstico seria pneumotórax hipertensivo. Diante de um hemotórax volumoso com instabilidade hemodinâmica, a conduta imediata é a drenagem torácica para expansão pulmonar, alívio da pressão intratorácica e quantificação do sangramento.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A inserção de um dreno de tórax (tubo de toracostomia) calibroso (geralmente entre 28F e 32F) no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilares média e anterior, é o procedimento padrão para o tratamento do hemotórax. Este passo permite a evacuação do sangue, o que pode melhorar o retorno venoso e a função respiratória, além de ser o critério diagnóstico para avaliar a necessidade de uma toracotomia de urgência (caso o débito inicial seja superior a 1.500 ml ou contínuo acima de 200 ml/h).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (b): A descompressão por agulha (Angiocath) no segundo espaço intercostal é a conduta imediata para o pneumotórax hipertensivo. No entanto, o paciente apresenta macicez (sangue) e não hipertimpanismo (ar), e sua traqueia está na linha média, o que torna essa manobra ineficaz para o quadro de hemotórax.

Alternativa (c): Embora o paciente possa vir a precisar de uma toracotomia se o sangramento for maciço, a drenagem torácica deve ser realizada primeiro no departamento de emergência. A toracotomia imediata em sala cirúrgica é indicada após a confirmação de hemotórax maciço pelo dreno ou em casos específicos de parada cardiorrespiratória traumática presenciada.

Alternativa (d): O protocolo de transfusão maciça pode ser necessário devido ao choque, mas a realização de uma tomografia computadorizada (TC) é absolutamente contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica (pressão arterial sistólica de 60 mmHg). Pacientes instáveis devem ser estabilizados e tratados com manobras invasivas imediatas ou levados diretamente ao centro cirúrgico, sem passar pela radiologia.

Questão 38

A questão aborda as indicações e as vias de acesso cirúrgico no trauma torácico penetrante. Para resolvê-la, é necessário integrar o conhecimento sobre a anatomia do trauma, as indicações de toracotomia de emergência e as técnicas cirúrgicas adequadas para cada cenário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A toracotomia de emergência na sala de trauma (reanimadora) é indicada em pacientes com trauma torácico penetrante que apresentam sinais de vida ou que sofrem parada cardiorrespiratória (PCR) presenciada pela equipe ou com tempo de transporte muito curto (geralmente inferior a 15 minutos). A via de escolha é a toracotomia anterolateral esquerda, realizada no quarto ou quinto espaço intercostal. Essa abordagem é preferida, mesmo em ferimentos à direita, pois permite acesso imediato ao pericárdio (para alívio de tamponamento cardíaco), massagem cardíaca interna e, crucialmente, o clampeamento da aorta descendente para redistribuir o fluxo sanguíneo para o cérebro e coração, além de controlar hemorragias infradiafragmáticas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a necessidade persistente de transfusão para manter a estabilidade hemodinâmica sugira um sangramento ativo importante (como lesão de vasos intercostais ou grandes vasos), o que é uma indicação clássica de toracotomia, o erro reside no local e na técnica. A esternotomia mediana exige o uso

de uma serra esternal e equipamentos específicos, sendo realizada quase exclusivamente no centro cirúrgico, e não na sala de emergência. Além disso, para um ferimento lateral no hemitórax direito, a toracotomia lateral seria mais apropriada para controle de sangramento pulmonar ou de parede.

Alternativa c) Incorreta. Um ferimento abaixo da margem costal sugere um trauma toracoabdominal, que requer investigação para lesões em órgãos abdominais (como fígado ou diafragma), geralmente via laparotomia ou laparoscopia, a depender da estabilidade. A toracotomia anterior transversa (clamshell), que consiste na união de duas toracotomias anterolaterais com secção do esterno, é uma incisão extremamente agressiva e heroica, indicada em casos de lesões cardíacas complexas ou sangramentos maciços bilaterais, não sendo a abordagem padrão para um ferimento subcostal isolado.

Alternativa d) Incorreta. Um ferimento medial à linha medioclavicular situa-se na área de transição para o mediastino (zona de perigo para lesões cardíacas e de grandes vasos). Contudo, a simples presença do ferimento em um paciente hemodinamicamente estável, como o do caso (PA 110/63 mmHg, FC 96 bpm), não é indicação imediata de cirurgia. Esse paciente deve ser submetido a exames diagnósticos, como o FAST (focado no pericárdio) ou janela pericárdica. Novamente, a esternotomia mediana é um procedimento de centro cirúrgico e não deve ser realizada de forma rotineira na sala de emergência.

Questão 39

O ferimento descrito localiza-se na Zona II do pescoço, definida anatomicamente como o espaço entre a cartilagem cricoide (limite inferior) e o ângulo da mandíbula (limite superior). No manejo do trauma cervical penetrante que ultrapassa o músculo platísmo, o objetivo principal é identificar ou excluir lesões em três sistemas vitais: vascular, respiratório e digestório.

Alternativa a: Incorreta. A observação clínica isolada de ferimentos que penetram o platísmo é considerada insegura. Estruturas profundas podem sofrer lesões que não se manifestam imediatamente de forma exuberante no exame físico inicial, como pequenas perfurações esofágicas ou lesões vasculares contidas. O atraso no diagnóstico dessas condições aumenta drasticamente a morbidade e a mortalidade.

Alternativa b: Incorreta. A angiotomografia computadorizada do pescoço é o padrão-ouro atual para a avaliação inicial e para o rastreamento de lesões vasculares (carótidas e jugulares). No entanto, ela não é suficiente para descartar com absoluta segurança lesões na via aérea e, principalmente, lesões no esôfago, que podem passar despercebidas em exames de imagem transversais.

Alternativa c: Incorreta. Esta opção contempla a avaliação do sistema vascular e do sistema respiratório (por meio da broncoscopia). Embora seja uma investigação mais ampla, ela peca por omitir a avaliação do sistema digestório. O esôfago é uma estrutura de difícil avaliação e lesões não diagnosticadas nesta região podem levar a quadros graves de mediastinite.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa propõe a investigação completa e sistemática das estruturas nobres do pescoço, conhecida classicamente como estudo triplo. A angiotomografia ou angiografia serve para avaliar os vasos cervicais; a broncoscopia é utilizada para visualizar diretamente a integridade da árvore respiratória (laringe e traqueia); e a esofagogastroduodenoscopia (ou esofagograma) é essencial para descartar lesões esofágicas. Em pacientes estáveis, essa abordagem diagnóstica multimodal garante que nenhuma lesão silenciosa em estruturas críticas passe despercebida.

Questão 40

Análise do caso: O paciente sofreu um trauma torácico penetrante e apresentou uma drenagem inicial de 800 mL. Esse volume não atinge os critérios clássicos para toracotomia de emergência (geralmente drenagem imediata maior que 1.500 mL ou débito contínuo superior a 200 mL/h). Entretanto, a radiografia de controle revela um hemotórax retido significativo, que é a persistência de sangue e coágulos no espaço pleural mesmo após a drenagem tubular.

Alternativa (a) Correta: A videotoracoscopia (VATS) é o procedimento de escolha para o manejo do hemotórax retido. Ela permite a limpeza completa da cavidade pleural, a remoção de coágulos e a reexpansão do pulmão. A intervenção precoce (idealmente entre 24 e 72 horas após o trauma) reduz o tempo de internação e previne complicações graves, como o empiema (infecção do espaço pleural) e o fibrotórax (cicatrização que impede a expansão pulmonar).

Alternativa (b) Incorreta: A toracotomia é uma cirurgia muito mais invasiva e não é necessária neste momento, pois o paciente está hemodinamicamente estável e não apresenta sangramento ativo maciço que justifique a abertura formal do tórax. A videotoracoscopia consegue resolver o problema de forma minimamente invasiva.

Alternativa (c) Incorreta: A colocação de um novo dreno, seja de grosso calibre ou um cateter Pigtail, raramente é eficaz no hemotórax retido. Isso ocorre porque o sangue remanescente geralmente está coagulado ou organizado em lojas (loculações), o que impede que o líquido flua livremente para fora do tórax através de um tubo simples.

Alternativa (d) Incorreta: A observação e radiografias seriadas seriam aceitáveis apenas para hemotórax residuais mínimos (geralmente menores que 200 a 300 mL). Como a questão descreve um volume líquido significativo, a conduta expectante aumenta muito o risco de o paciente desenvolver pneumonia, empiema ou encarceramento pulmonar, exigindo cirurgias muito mais complexas no futuro.

Questão 41

O tema central desta questão envolve o diagnóstico diferencial das infecções congênicas, frequentemente agrupadas sob a sigla TORCH. O enunciado destaca dois achados fundamentais: a retinocoroidite (ou coriorretinite) e a hiperproteinorraquia (aumento acentuado de proteínas no líquido cefalorraquidiano).

Alternativa (a): Correta. A toxoplasmose congênita é classicamente associada à Tétrade de Sabin, composta por coriorretinite, hidrocefalia, calcificações intracranianas difusas e retardo mental. A retinocoroidite é o achado mais frequente, ocorrendo em cerca de 80 por cento dos casos. Além disso, a infecção pelo *Toxoplasma gondii* no sistema nervoso central provoca uma reação inflamatória intensa, o que resulta em uma hiperproteinorraquia acentuada no líquido, muitas vezes ultrapassando valores de 1000 mg/dL, o que ajuda a diferenciá-la de outras infecções.

Alternativa (b): Incorreta. O citomegalovírus (CMV) é a infecção congênita mais comum. Embora possa causar coriorretinite e calcificações, as calcificações no CMV são tipicamente periventriculares (acompanhando o trajeto dos ventrículos) e não difusas como na toxoplasmose. Os achados mais marcantes do CMV são a microcefalia e a surdez neurossensorial, sendo esta última a principal sequela a longo prazo.

Alternativa (c): Incorreta. A rubéola congênita é caracterizada pela Tríade de Gregg: catarata (ou glaucoma congênito), cardiopatia congênita (principalmente a persistência do canal arterial) e surdez. A alteração ocular típica da rubéola é a retinopatia em sal e pimenta, que difere da retinocoroidite exsudativa e cicatricial vista na toxoplasmose.

Alternativa (d): Incorreta. A sífilis congênita precoce manifesta-se com rinite sífilítica (coriza serossanguinolenta), lesões cutâneas (pênfigo palmoplantar), hepatosplenomegalia e alterações ósseas (periostite e metafisite). Na fase tardia, pode ocorrer a ceratite intersticial, mas não é a causa clássica relacionada à retinocoroidite e hiperproteinorraquia isoladas como descritas no enunciado.

Questão 42

O fundamento central para resolver essa questão é a compreensão da diferença entre vacinas de agentes vivos atenuados e vacinas inativadas. Em pacientes com imunodeficiência primária (erros inatos da imunidade), o sistema imunológico não possui competência para controlar a replicação de microrganismos, mesmo que estes estejam enfraquecidos (atenuados). Portanto, a administração de agentes vivos pode desencadear a doença de forma grave ou disseminada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora apresente a BCG e o Rotavírus (que são vacinas de agentes vivos), esta alternativa cita a Pneumo 10 (conjugada/inativada), a Hepatite A (inativada) e a Raiva (inativada). Vacinas inativadas não têm capacidade de replicação e, por isso, não são contraindicadas por risco de infecção vacinal em imunodeprimidos.

Alternativa b: Correta. Todas as vacinas listadas nesta opção são compostas por agentes vivos atenuados:

- Tríplice viral: Sarampo, Caxumba e Rubéola (vírus vivos).
- Rotavírus: Vírus vivo atenuado.
- BCG: *Mycobacterium bovis* atenuada.
- Pólio Oral (VOP): Vírus vivo atenuado (Sabin).
- Febre amarela: Vírus vivo atenuado.
- Varicela: Vírus vivo atenuado.

Este grupo representa as principais vacinas do calendário que devem ser evitadas ou criteriosamente avaliadas em crianças com imunodeficiência.

Alternativa c: Incorreta. A vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) é uma vacina inativada (conjugada). Ela não oferece risco de replicação no hospedeiro e é recomendada para pacientes imunodeprimidos para prevenir infecções por germes encapsulados.

Alternativa d: Incorreta. O erro desta alternativa está na inclusão da Coronavac. A Coronavac é uma vacina de vírus inativado (vírus morto). Assim como outras vacinas inativadas, ela pode ser administrada em pacientes imunossuprimidos, pois não causa a doença, embora a resposta imunológica (produção de anticorpos) possa ser menor do que em indivíduos sem imunodeficiência.

Em resumo, a alternativa B é a única que agrupa exclusivamente vacinas vivas atenuadas, que são as formalmente contraindicadas no contexto de imunodeficiências primárias devido ao risco de doença iatrogênica pelo próprio agente da vacina.

Questão 43

A questão aborda a conduta inicial e o rastreamento de malformações associadas em um recém-nascido com suspeita clínica de Síndrome de Down (Trissomia do 21). Devido à alta prevalência de malformações congênicas nessa população, protocolos de diretrizes pediátricas, como os da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria, estabelecem exames prioritários logo após o nascimento.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A angiorressonância cerebral não é um exame de triagem neonatal para a Síndrome de Down. Embora pacientes com a síndrome apresentem um risco aumentado de doenças vasculares cerebrais ao longo da vida (como a Doença de Moyamoya), esse exame não é indicado de rotina no período neonatal, sendo reservado para casos com sintomas neurológicos específicos.

b) Incorreta. O termo ecocardiografia cerebral parece ser uma confusão terminológica. Se o examinador se referia à ultrassonografia transfontanelar, ela pode ser realizada para avaliar o sistema nervoso central, mas não é a prioridade absoluta ou o exame padrão-ouro de rastreamento para todos os recém-nascidos com Down, pois as malformações cardíacas são muito mais frequentes e impactantes no prognóstico imediato.

c) Incorreta. A radiografia da coluna cervical é utilizada para avaliar a instabilidade atlantoaxial (frouxidão dos ligamentos entre a primeira e a segunda vértebra cervical), que é comum na Síndrome de Down. No entanto, esse exame não é realizado na sala de parto ou no período neonatal imediato. A triagem radiológica costuma ser recomendada apenas a partir dos 3 anos de idade ou se houver sintomas neurológicos sugestivos de compressão medular.

d) Correta. Cerca de 40% a 50% dos recém-nascidos com Síndrome de Down apresentam cardiopatia congênita, sendo o defeito do septo atrioventricular (DSAV) a lesão mais característica, seguido por comunicação interventricular (CIV) e comunicação interatrial (CIA). Como muitas dessas cardiopatias podem não apresentar sopros ou sinais de insuficiência cardíaca nas primeiras horas de vida devido à resistência vascular pulmonar ainda elevada, o ecocardiograma com Doppler é obrigatório para todos os recém-nascidos com diagnóstico ou suspeita de trissomia do 21, independentemente do exame físico cardiovascular.

Questão 44

A sepse neonatal é classificada em precoce ou tardia de acordo com o momento do seu surgimento e o modo de transmissão. A sepse neonatal precoce é aquela que ocorre nas primeiras 48 a 72 horas de vida, sendo decorrente de transmissão vertical, ou seja, a partir de microrganismos presentes no trato genital materno que ascendem para o líquido amniótico ou contaminam o recém-nascido durante o parto.

Análise das alternativas:

a) Streptococcus do grupo B e Escherichia coli: CORRETA. Estes são os principais agentes etiológicos da sepse precoce no mundo todo. O Streptococcus agalactiae (Streptococcus do grupo B) é o germe mais prevalente em muitos países, embora a incidência tenha reduzido com o uso de profilaxia intraparto. A Escherichia coli é a segunda causa mais comum, sendo particularmente frequente e agressiva em recém-nascidos prematuros.

b) Staphylococcus epidermidis e Neisseria meningitidis: INCORRETA. O Staphylococcus epidermidis (estafilococo coagulase-negativo) é o principal agente da sepse neonatal tardia, geralmente associado a procedimentos invasivos e ambiente hospitalar (UTI Neonatal). A Neisseria meningitidis é uma causa rara de sepse no período neonatal imediato.

c) Staphylococcus aureus e Neisseria gonorrhoeae: INCORRETA. O Staphylococcus aureus costuma estar associado a infecções de pele ou sepse tardia adquirida no ambiente hospitalar. Já a Neisseria gonorrhoeae é classicamente relacionada à conjuntivite neonatal (oftalmia gonocócica), mas raramente causa sepse sistêmica precoce.

d) Streptococcus pneumoniae e Acinetobacter baumannii: INCORRETA. O Streptococcus pneumoniae é uma causa importante de sepse e pneumonia em lactentes e crianças maiores, mas é raro no período neonatal precoce. O Acinetobacter baumannii é um germe tipicamente hospitalar, com perfil de multirresistência, envolvido em surtos de sepse tardia em unidades de terapia intensiva.

Em resumo, para provas de residência e concursos, ao falar em sepse neonatal precoce, os agentes de escolha sempre serão o Streptococcus do grupo B (*S. agalactiae*) e a *E. coli*.

Questão 45

A alternativa correta é a letra (d).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A) ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (INCORRETA): O AVC em crianças costuma manifestar-se com déficits neurológicos focais e súbitos, geralmente unilaterais (hemiparesia). O quadro descrito é de uma paralisia simétrica e ascendente, o que não condiz com a apresentação clínica de um evento isquêmico ou hemorrágico cerebral.

B) MIELITE TRANSVERSA (INCORRETA): A mielite é uma inflamação da medula espinhal. Embora possa causar fraqueza nos membros inferiores, ela tipicamente apresenta um nível sensitivo bem definido (o paciente perde a sensibilidade a partir de certa altura do tronco) e disfunção precoce de esfíncteres (bexiga neurogênica). A progressão ascendente clássica ("dos pés para cima") é a marca das polirradiculoneuropatias periféricas, não de lesões medulares.

C) NEUROMIELITE ÓPTICA (INCORRETA): Trata-se de uma doença inflamatória do sistema nervoso central que combina episódios de mielite transversa com neurite óptica (perda visual e dor ocular). O quadro clínico apresentado não menciona queixas visuais nem sinais medulares específicos, focando apenas na fraqueza ascendente e arreflexia.

D) SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (CORRETA): O caso clínico descreve a apresentação clássica da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), que é a principal causa de paralisia flácida aguda após a erradicação da poliomielite. Os pontos-chave para o diagnóstico aqui são:

1. Paralisia flácida simétrica e ascendente (começa nos membros inferiores e progride proximalmente).
2. Arreflexia ou hiporreflexia (perda de reflexos profundos), indicando lesão de neurônio motor inferior.
3. Dor em membros inferiores, que é um sintoma proeminente e comum no início do quadro em pacientes pediátricos.

SÍNTESE PARA PROVAS:

A tríade paralisia ascendente + arreflexia + simetria em um contexto de evolução aguda (dias ou semanas) define clinicamente a Síndrome de Guillain-Barré até que se prove o contrário. O diagnóstico pode ser complementado futuramente com a análise do líquido cefalorraquidiano (demonstrando dissociação proteinocitológica) e eletroneuromiografia.

Questão 46

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU), uma das principais causas de injúria renal aguda em crianças. A questão apresenta a tríade patognomônica da doença: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiência renal aguda, geralmente precedidas por um quadro de diarreia sanguinolenta.

Análise das alternativas:

a) Púrpura alérgica: Também conhecida como Púrpura de Henoch-Schönlein, caracteriza-se clinicamente por púrpura palpável (principalmente em membros inferiores), artralgia ou artrite e dor abdominal. Embora possa apresentar acometimento renal (hematúria e proteinúria), a contagem de plaquetas na púrpura alérgica é tipicamente normal ou até elevada, o que descarta o diagnóstico diante da plaquetopenia de $40.000/\text{mm}^3$ apresentada pelo paciente.

b) Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI): A PTI manifesta-se tipicamente como uma trombocitopenia isolada em uma criança previamente hígida. Não há, caracteristicamente, anemia (a menos que haja sangramento vultoso) nem disfunção renal associada. O histórico de gastroenterite prévia e a elevação de ureia e creatinina tornam esse diagnóstico improvável.

c) Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU): Esta é a alternativa correta. A SHU "típica" é frequentemente desencadeada pela toxina Shiga (produzida principalmente pela bactéria *E. coli* O157:H7), que causa lesão endotelial após um episódio de colite (diarreia com sangue). A fragmentação de hemácias nos microvasos gera anemia hemolítica (hemoglobina de 7 g/dL e palidez), o consumo de plaquetas na microvasculatura gera trombocitopenia ($40.000/\text{mm}^3$ e manchas roxas) e a microangiopatia nos glomérulos leva à insuficiência renal aguda (ureia e creatinina elevadas).

d) Colite ulcerativa: É uma doença inflamatória intestinal crônica. Embora possa causar diarreia com sangue e anemia (por perda ferropriva ou doença crônica), não justifica o surgimento agudo de plaquetopenia severa e insuficiência renal aguda no contexto de um lactente de nove meses logo após um quadro infeccioso intestinal.

Em resumo, a sequência "gastroenterite com sangue + palidez/anemia + plaquetopenia + elevação de escórias renais" define o diagnóstico de Síndrome Hemolítico-Urêmica.

Questão 47

A questão aborda uma imunodeficiência primária caracterizada por uma tríade clínica muito específica: infecções de repetição, eczema e trombocitopenia com plaquetas pequenas.

Alternativa A: Correta. A Síndrome de Wiskott-Aldrich (SWA) é uma imunodeficiência combinada (afeta tanto a imunidade celular quanto a humoral) ligada ao cromossomo X. Ela ocorre devido a mutações no gene WASP, que codifica a proteína de mesmo nome, essencial para a polimerização da actina e organização do citoesqueleto em células hematopoiéticas. A característica laboratorial patognomônica é a microtrombocitopenia (plaquetas com volume reduzido), que causa sangramentos desde o período neonatal. O eczema atópico costuma ser grave e as infecções recorrentes surgem devido ao defeito progressivo na função de linfócitos T e B.

Alternativa B: Incorreta. A Síndrome de Chédiak-Higashi é um defeito no tráfego de vesículas intracelulares (gene LYST). Suas marcas principais são o albinismo oculocutâneo parcial, a presença de grânulos gigantes nos neutrófilos e infecções piogênicas de repetição. Não apresenta microtrombocitopenia nem o eczema característico da SWA.

Alternativa C: Incorreta. A Síndrome de DiGeorge é causada por uma microdeleção no cromossomo 22q11.2, resultando em defeitos no desenvolvimento da terceira e quarta bolsas faríngeas. O quadro clínico clássico envolve malformações cardíacas, hipocalcemia por hipoparatiroidismo e deficiência de células T devido à hipoplasia ou aplasia do timo. Não está associada a defeitos plaquetários.

Alternativa D: Incorreta. A Doença de Bruton (agamaglobulinemia ligada ao X) é uma imunodeficiência humoral pura decorrente de uma falha na maturação dos linfócitos B (mutação na tirosina-quinase de Bruton - BTK). O paciente apresenta níveis muito baixos ou ausentes de todas as classes de imunoglobulinas e ausência de linfócitos B circulantes, manifestando infecções bacterianas recorrentes, mas sem alterações nas plaquetas ou eczema.

Questão 48

O sinal radiográfico da "dupla bolha" é um achado patognomônico de obstrução duodenal em recém-nascidos. Ele representa a distensão do estômago e da porção proximal do duodeno por ar, com uma constrição entre eles (o piloro) e ausência de gás no restante do trato intestinal.

Alternativa (a) Incorreta. Na atresia pilórica, a obstrução ocorre na saída do

estômago, antes de chegar ao duodeno. Dessa forma, o exame radiográfico mostraria apenas uma "bolha única", correspondente ao estômago dilatado, sem a presença da segunda bolha duodenal.

Alternativa (b) Correta. A atresia duodenal é a principal causa desse sinal. A primeira bolha, localizada à esquerda, é o estômago dilatado; a segunda bolha, à direita da linha média, é o bulbo duodenal também dilatado. Como a obstrução é completa e ocorre precocemente no desenvolvimento fetal, não há passagem de gás para o restante do intestino (intestino distal sem ar). Vale lembrar que essa condição tem forte associação com a Trissomia 21 (Síndrome de Down).

Alternativa (c) Incorreta. A gastrosquise é uma malformação da parede abdominal, caracterizada pela herniação de alças intestinais para fora do abdome, geralmente à direita do cordão umbilical. O diagnóstico é clínico ou ultrassonográfico (pré-natal), e não apresenta o padrão de dupla bolha no raio X.

Alternativa (d) Incorreta. A atresia ileal é uma obstrução intestinal baixa. Radiograficamente, ela se manifesta com múltiplas alças de intestino delgado dilatadas e diversos níveis hidroaéreos, uma vez que o ar preenche todo o trajeto do delgado até o ponto da atresia no íleo, e não apenas o estômago e o duodeno.

Questão 49

COMENTÁRIO TÉCNICO

A base da reanimação neonatal reside na compreensão da fisiopatologia da transição fetal-neonatal. Diferente dos adultos, em que a parada costuma ser de origem cardíaca súbita, no recém-nascido a causa primária é quase sempre a insuficiência respiratória (asfixia). Por isso, o foco do protocolo é a aeração dos pulmões.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A ventilação pulmonar (especificamente a Ventilação com Pressão Positiva - VPP) é considerada o procedimento isolado mais importante e eficaz na reanimação do recém-nascido. Ao expandir os pulmões e estabelecer a troca gasosa, o médico reverte a hipoxemia e a acidose, o que naturalmente faz com que a frequência cardíaca suba. Na grande maioria dos casos, uma ventilação bem executada é suficiente para reanimar o neonato, dispensando manobras invasivas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A massagem cardíaca é uma medida excepcional, necessária em

menos de 1% dos nascimentos. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ela só deve ser iniciada se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 batimentos por minuto APÓS a realização de ventilação pulmonar adequada e efetiva. Tentar realizar massagem sem antes ventilar o paciente é um erro técnico.

Alternativa B: O uso de adrenalina é uma das últimas etapas do algoritmo. É reservada apenas para casos gravíssimos em que a frequência cardíaca não subiu mesmo após ventilação e massagem cardíaca tecnicamente corretas. Não é, portanto, o procedimento mais efetivo ou comum.

Alternativa D: O oxigênio inalatório a 100% não é mais a recomendação inicial padrão. Atualmente, as diretrizes recomendam iniciar a ventilação com ar ambiente (21% de oxigênio) em bebês com mais de 34 semanas, ajustando a concentração apenas se necessário, guiado pela oximetria de pulso. O uso excessivo de oxigênio (hiperoxia) pode causar estresse oxidativo e danos teciduais ao recém-nascido. Além disso, o oxigênio inalatório passivo não substitui a necessidade de pressão positiva para abrir os alvéolos.

RESUMO: O sucesso da reanimação neonatal depende quase inteiramente de uma ventilação pulmonar precoce e eficaz. Este é o "passo de ouro" do protocolo.

Questão 50

A Síndrome de Patau é uma condição genética caracterizada pela trissomia do cromossomo 13. A descrição clínica apresentada é clássica para essa patologia, destacando-se as malformações de linha média e extremidades.

Alternativa A: Incorreta. A alteração no cromossomo 8 refere-se à Síndrome de Warkany 2. É uma trissomia rara em nascidos vivos, cujos sinais clínicos incluem sulcos profundos nas palmas e plantas, anomalias de coluna e orelhas proeminentes, não correspondendo ao quadro de holoprosencefalia e polidactilia descritos.

Alternativa B: Incorreta. A trissomia do cromossomo 12 costuma ser letal no útero. Uma variação é a Síndrome de Pallister-Killian (isocromossomo 12p em mosaico), que apresenta características como alopecia temporal e fronte proeminente, sem a correlação clássica com os achados da questão.

Alternativa C: Correta. A Síndrome de Patau é definida pela presença de um cromossomo 13 adicional. O fenótipo clínico é marcado por defeitos graves no desenvolvimento do prosencéfalo (holoprosencefalia), microftalmia, lábio leporino e fenda palatina centrais, além de polidactilia pós-axial e malformações viscerais, exatamente como descritos no enunciado.

Alternativa D: Incorreta. A trissomia do cromossomo 18 é a Síndrome de Edwards. Embora também apresente malformações múltiplas, seus sinais distintivos são a micrognatia, o occipital proeminente, os pés em cadeira de balanço (*rocker-bottom feet*) e a clássica postura das mãos com sobreposição de dedos (índice sobre o médio e mínimo sobre o anular), o que a diferencia da Síndrome de Patau.

Questão 51

A questão aborda o diagnóstico laboratorial da anemia ferropriva, focando especificamente na avaliação dos estoques de ferro no organismo. Para responder corretamente, é necessário distinguir entre os marcadores de transporte, os índices hematimétricos e os marcadores de reserva.

Análise das alternativas:

a) Transferrina sérica: Incorreta. A transferrina é a principal proteína de transporte do ferro no plasma. Na anemia ferropriva, a capacidade total de ligação do ferro (TIBC) e os níveis de transferrina costumam estar elevados (uma tentativa do corpo de aumentar a captação de ferro), enquanto a saturação da transferrina fica baixa. No entanto, ela reflete o transporte e a disponibilidade imediata, e não a quantidade total de ferro estocado nos tecidos.

b) Hemoglobina corpuscular média (HCM): Incorreta. O HCM é um índice hematimétrico que mede o peso médio da hemoglobina dentro de cada hemácia. Na anemia ferropriva, o HCM diminui, caracterizando a hipocromia. Assim como o VCM, essa alteração ocorre em estágios mais avançados da deficiência, após o esgotamento das reservas, não servindo para estimar os estoques corporais de forma direta ou precoce.

c) Ferritina sérica: Correta. A ferritina é a principal proteína de reserva intracelular de ferro, encontrada principalmente no fígado, baço e medula óssea. Uma pequena quantidade circula no soro e é diretamente proporcional às reservas totais de ferro do organismo. Por isso, a ferritina sérica é considerada o teste laboratorial mais sensível e específico para detectar a deficiência de ferro, sendo o primeiro parâmetro a se alterar (reduzir) quando os estoques começam a diminuir. Vale lembrar que, por ser uma proteína de fase aguda, ela pode estar falsamente elevada em processos inflamatórios ou infecciosos.

d) Volume corpuscular médio (VCM): Incorreta. O VCM mede o tamanho médio das hemácias. Na anemia ferropriva, as células tornam-se pequenas (microcitose), resultando em um VCM baixo. No entanto, a microcitose é uma alteração morfológica

tardia, que só surge quando o ferro disponível para a eritropoese já está exaurido. Portanto, o VCM indica uma consequência da falta de ferro, mas não quantifica as reservas corporais.

Resumo: A ferritina sérica é o parâmetro de escolha para avaliar as reservas de ferro, sendo o marcador que se reduz precocemente, antes mesmo da instalação da anemia propriamente dita.

Questão 52

A alternativa CORRETA é a (a).

A Síndrome Nefrótica Idiopática da infância é representada, em cerca de 80% a 90% dos casos, pela Doença de Lesões Mínimas (DLM). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a): CORRETA. Recebe o nome de Doença de Lesões Mínimas justamente porque os glomérulos apresentam aspecto normal ou com alterações insignificantes quando analisados pela microscopia óptica (MO). A alteração característica dessa patologia, que é a fusão ou apagamento dos processos podocitários, só é visível através da microscopia eletrônica.

Alternativa (b): INCORRETA. Por definição, a forma "idiopática" não possui uma causa-base ou patologia sistêmica subjacente identificada. Além disso, a maioria dos casos não apresenta lesões glomerulares específicas na avaliação inicial por microscopia comum, como explicado na alternativa anterior.

Alternativa (c): INCORRETA. Na síndrome nefrótica, ocorre, de fato, a hipoalbuminemia (devido à perda maciça de albumina na urina). Entretanto, observa-se geralmente uma hipogamaglobulinemia, pois as imunoglobulinas (como a IgG) também são perdidas na urina. Na eletroforese de proteínas, o que costuma estar aumentado são as frações alfa-2 e betaglobulinas, devido ao aumento compensatório na síntese de lipoproteínas pelo fígado.

Alternativa (d): INCORRETA. A Síndrome Nefrótica Idiopática (tanto a Doença de Lesões Mínimas quanto a Glomeruloesclerose Segmentar e Focal — GESF) cursa com níveis de complemento (C3 e C4) normais. A presença de consumo de complemento (hipocomplementemia) deve direcionar a investigação para outras glomerulopatias, como a glomerulonefrite pós-estreptocócica, nefrite lúpica ou glomerulonefrite membranoproliferativa.

Questão 53

O quadro clínico descrito é clássico do eritema infeccioso, uma doença exantemática causada pelo parvovírus B19. A patologia é conhecida por apresentar uma evolução em três estágios: o primeiro é o sinal da face esbofetada (placa eritematosa nas bochechas, com palidez perioral e poupando o nariz e a testa); o segundo é o exantema maculopapular que evolui para um aspecto rendilhado ou reticulado no tronco e nos membros; e o terceiro é a recidiva do exantema por semanas, desencadeada por luz solar, calor ou estresse. A ausência de febre e o bom estado geral no momento da erupção são marcas registradas desta condição, pois o exantema surge quando a fase de viremia já passou.

Alternativa A: Incorreta. O sarampo manifesta-se com um quadro prodrômico grave, caracterizado por febre alta, tosse, coriza e conjuntivite (fácies catarral). O exantema é morbiliforme, de progressão cefalocaudal lenta, e a criança apresenta-se nitidamente toxemiada e em mau estado geral.

Alternativa B: Correta. A descrição da placa vermelho-rubra na bochecha, poupando a região perioral, é a definição semiótica do sinal da bochecha esbofetada, patognomônico do eritema infeccioso. A descrição da progressão para os membros e a estabilidade clínica da paciente confirmam a hipótese.

Alternativa C: Incorreta. No exantema súbito (roséola), a principal característica é a febre alta que desaparece subitamente (em crise) após 3 a 5 dias, seguida pelo aparecimento do exantema. O exantema da roséola inicia-se tipicamente no tronco e não apresenta o padrão de face esbofetada descrito na questão.

Alternativa D: Incorreta. A rubéola apresenta um exantema maculopapular rosado de progressão cefalocaudal rápida, mas é fortemente acompanhada por linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical. Embora seja uma doença leve, a morfologia da erupção facial descrita na questão é específica para o eritema infeccioso e não para a rubéola.

Questão 54

Para resolver essa questão, é necessário identificar a patologia descrita no enunciado anterior (questão 53), que, com base no gabarito apontando o Parvovírus B19, corresponde ao Eritema Infeccioso (também conhecido como Quinta Doença).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Paramixovírus é a família do vírus do sarampo. O sarampo caracteriza-se clinicamente por um pródromo marcado por febre alta, tosse, coriza,

conjuntivite e a presença das manchas de Koplik na mucosa oral, seguidas por um exantema maculopapular morbiliforme de progressão craniocaudal.

b) Incorreta. O Togavírus (especificamente o gênero Rubivirus) é o agente etiológico da rubéola. A rubéola costuma apresentar um quadro clínico mais leve, com febre baixa e linfonodopatia retroauricular, occipital e cervical posterior, além do exantema maculopapular fino.

c) Correta. O Parvovírus humano B19 é o agente causador do Eritema Infeccioso. Esta doença exantemática é típica da idade escolar e apresenta uma evolução clássica em três fases: 1) fase da "face esbofetada" (eritema malar bilateral poupando a região perioral); 2) exantema rendilhado ou reticulado em tronco e membros; 3) recidiva do exantema desencadeada por fatores como exposição solar, calor, exercício físico ou estresse. Vale lembrar que o Parvovírus B19 tem tropismo pelos precursores eritroides, podendo causar crise aplástica em pacientes com anemias hemolíticas crônicas.

d) Incorreta. Os herpes-vírus humanos tipos 6 (mais comum) e 7 são os agentes do Exantema Súbito (ou Roséola Infantum). A característica marcante dessa doença é a febre alta que desaparece subitamente (em crise), sendo imediatamente seguida pelo surgimento do exantema maculopapular, que se inicia no tronco e progride para pescoço e membros.

Portanto, a alternativa C é a correta por associar o agente etiológico ao quadro clínico do Eritema Infeccioso sugerido pelo contexto.

Questão 55

A classificação de Gross é a mais utilizada mundialmente para descrever as variações anatômicas da atresia de esôfago e das fístulas traqueoesofágicas. Para responder a essa questão, é necessário memorizar a correlação entre a letra (tipo) e a anatomia correspondente:

Alternativa a) Incorreta. A estenose congênita do esôfago refere-se a um estreitamento do lúmen esofágico, mas não a uma interrupção completa (atresia). Ela não faz parte da classificação de Gross para atresia de esôfago.

Alternativa b) Incorreta. A atresia de esôfago sem fístula traqueoesofágica (conhecida como "atresia pura") corresponde ao Tipo A de Gross. É a segunda forma mais comum, caracterizada por um grande espaço entre os cotos esofágicos e ausência de ar no abdome ao raio X.

Alternativa c) Correta. O Tipo D de Gross é uma forma rara de apresentação em que existe atresia (interrupção do esôfago) associada a duas fístulas: uma que comunica o coto proximal (superior) com a traqueia e outra que comunica o coto distal (inferior) com a traqueia.

Alternativa d) Incorreta. A atresia de esôfago com fístula distal é o Tipo C de Gross. Esta é a forma mais frequente, ocorrendo em cerca de 85% a 90% dos casos clínicos. Nela, o coto superior é em fundo cego e o coto inferior comunica-se com a traqueia, geralmente próximo à carina.

Resumo da Classificação de Gross:

Tipo A: Atresia pura (sem fístula).

Tipo B: Atresia com fístula proximal.

Tipo C: Atresia com fístula distal (mais comum).

Tipo D: Atresia com fístula proximal e distal.

Tipo E: Fístula em H (fístula sem atresia).

Questão 56

A vacina tetravalente contra a dengue (Qdenga) é composta por vírus vivos atenuados dos quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, 2, 3 e 4). Sua principal característica é a capacidade de gerar resposta imune tanto em indivíduos que já tiveram a doença (soropositivos) quanto naqueles que nunca foram infectados (soronegativos).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e da aprovação regulatória da ANVISA, a vacina Qdenga é indicada para crianças a partir dos 4 anos de idade, estendendo-se até adultos de 60 anos. O esquema vacinal consiste em duas doses, com intervalo de três meses entre elas.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta porque a idade mínima de 9 anos refere-se à vacina anterior, a Dengvaxia (da Sanofi Pasteur). Diferente da Qdenga, a Dengvaxia só pode ser administrada em quem já teve dengue comprovada, entre 9 e 45 anos.

Alternativas c e d: Ambas estão incorretas. Embora o Ministério da Saúde tenha delimitado o público-alvo de 10 a 14 anos para as campanhas de vacinação no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2024, essa foi uma decisão estratégica e logística baseada na disponibilidade limitada de doses e nos dados epidemiológicos de hospitalizações. No entanto, a recomendação clínica e o licenciamento da vacina pela SBP para o público em geral permanecem sendo a partir dos 4 anos de idade.

Questão 57

A questão aborda a manutenção do aleitamento materno diante do desafio do retorno da mãe ao trabalho. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a recomendação é o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. No caso descrito, o lactente tem cinco meses e a mãe voltará a trabalhar em um mês, coincidindo com a época recomendada para o início da alimentação complementar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A alimentação complementar não deve ser antecipada para os cinco meses sem indicação médica específica. Além disso, a fórmula de seguimento não é necessária se a mãe puder prover seu próprio leite. O aleitamento exclusivo deve ser buscado até o sexto mês completo.

b) Incorreta. A introdução de fórmula infantil de seguimento sem necessidade clínica promove o desmame precoce e priva o lactente dos benefícios imunológicos e nutricionais do leite materno. A prioridade deve ser sempre a oferta do leite da própria mãe.

c) Correta. Esta é a orientação mais adequada e preconizada pelas políticas de saúde pública. Ao iniciar a ordenha (seja manual ou mecânica) e aprender o armazenamento correto do leite (até 12 horas em geladeira e até 15 dias em congelador/freezer, seguindo as normas brasileiras), a mãe garante que o cuidador (a avó) possa oferecer o leite materno na sua ausência. Isso permite a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e sua continuidade após o início da alimentação complementar.

d) Incorreta. A alimentação complementar não deve ser iniciada tardiamente (após os seis meses), pois, a partir dessa idade, as necessidades nutricionais de micronutrientes, como ferro e zinco, aumentam, e o leite materno isoladamente deixa de suprir todas as demandas do lactente, embora continue sendo uma fonte fundamental de calorias e proteção imunológica.

Questão 58

O zinco é um elemento essencial para o crescimento linear e para a função imunológica, sendo particularmente crítico para recém-nascidos de muito baixo peso (aqueles com peso ao nascer inferior a 1.500g). De acordo com o Manual de Seguimento do Recém-Nascido Pré-termo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), as recomendações de suplementação são desenhadas para suprir as altas demandas

metabólicas desse grupo após a estabilização inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa A - INCORRETA: Embora a dose de 5mg/dia esteja correta, a recomendação não prevê o início obrigatório desde o nascimento (período em que o aporte é feito via parenteral ou por fortificantes no leite) nem a extensão até os 12 meses de idade corrigida como regra geral de seguimento.

Alternativa B - INCORRETA: A dose de 10mg/dia e o início desde o nascimento estão incorretos. Doses mais elevadas de zinco são reservadas para casos específicos de deficiência comprovada ou patologias de má absorção, não sendo a diretriz de suplementação profilática para prematuros de muito baixo peso.

Alternativa C - INCORRETA: A idade de início (36 semanas) está correta de acordo com o cronograma de transição para o cuidado ambulatorial, mas a dose de 10mg/dia e o tempo de manutenção de 12 meses divergem do protocolo oficial da SBP.

Alternativa D - CORRETA: Esta alternativa reflete exatamente o que consta no Manual da SBP. Para prematuros de muito baixo peso, a suplementação de zinco deve ser de 5mg/dia, iniciada no momento em que o lactente atinge 36 semanas de idade corrigida (fase que frequentemente coincide com a alta hospitalar ou preparo para ela) e mantida por um período de seis meses.

Resumo da recomendação SBP para Zinco (Muito Baixo Peso):

- Dose: 5 mg/dia.
- Início: 36 semanas de idade corrigida.
- Manutenção: Por 6 meses.

Questão 59

Análise do quadro clínico:

O caso descreve uma criança de cinco anos com a tríade clássica da síndrome nefrítica: edema (palpebral e de membros inferiores), hipertensão arterial (130x90 mmHg é um valor significativamente elevado para essa faixa etária) e hematúria (50 hemácias por campo no exame de urina). A presença de lesões crostosas na pele é um dado fundamental, pois sugere uma piodermite prévia, apontando para a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA) pós-estreptocócica como principal etiologia. Os achados de estertores pulmonares, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal e aumento da área cardíaca no raio X indicam que a criança apresenta sinais de

sobrecarga de volume (congestão volêmica), que é a principal complicação da queda da filtração glomerular nesta síndrome.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção do trato urinário superior que se manifesta tipicamente com febre alta, dor lombar e queda do estado geral. Embora possa haver leucocitúria e hematúria, ela não evolui com a tríade nefrítica (edema, hipertensão e hematúria) nem com sinais de congestão sistêmica.

Alternativa b) Incorreta. A síndrome nefrótica se caracteriza por edema acentuado, mas sua marca laboratorial é a proteinúria maciça (normalmente 3+ ou 4+ no exame de urina) e hipoalbuminemia severa. No caso clínico, a proteinúria é discreta (apenas 1+) e a presença de hipertensão e hematúria glomerular direciona o diagnóstico para síndrome nefrítica.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa erra no diagnóstico (não é síndrome nefrótica) e na conduta. O uso de antibióticos na síndrome nefrótica só ocorreria em complicações específicas, como a peritonite bacteriana espontânea, que se manifestaria com dor abdominal, febre e ascite, sintomas ausentes no caso.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico é de síndrome nefrítica. O tratamento fundamental nessa fase aguda visa controlar a hipervolemia, que é a causa da hipertensão e da congestão pulmonar. As medidas iniciais incluem restrição hídrica, dieta hipossódica e uso de diuréticos de alça (como a furosemida) para promover a excreção de sódio e água. O uso de anti-hipertensivos deve ser avaliado caso a pressão arterial não normalize apenas com a diureticoterapia.

Gabarito: Alternativa d.

Questão 60

O quadro clínico descrito é clássico e aponta diretamente para a Válvula de Uretra Posterior (VUP). Vamos analisar os pontos-chave da questão e por que as outras alternativas estão incorretas:

Alternativa A (Correta): Válvula de uretra posterior.

A VUP é a causa mais comum de obstrução infravesical (abaixo da bexiga) em recém-nascidos do sexo masculino. Ela consiste na presença de membranas anômalas na uretra prostática que impedem o fluxo normal da urina. Os achados típicos presentes no enunciado são:

1. Sexo masculino: A patologia é exclusiva de meninos.

2. Jato urinário em gotejamento: Indica uma obstrução à saída da urina pela uretra.
3. Bexiga palpável (bexigoma): Ocorre devido à dificuldade de esvaziamento vesical, levando à hipertrofia do detrusor e retenção urinária.
4. Uretero-hidronefrose bilateral: Como a obstrução é na uretra, a pressão retrógrada atinge a bexiga, os dois ureteres e ambos os rins.

Alternativa B (Incorreta): Refluxo vesicoureteral primário.

O refluxo consiste no retorno da urina da bexiga para o ureter devido à incompetência da junção vesicoureteral. Embora possa causar hidronefrose, ele não justifica o jato urinário em gotejamento nem a bexiga palpável, pois não há uma obstrução mecânica à saída da urina pela uretra.

Alternativa C (Incorreta): Estenose de junção vesicoureteral.

Nesta condição, a obstrução ocorre no ponto onde o ureter se insere na bexiga. Geralmente é unilateral. Por ser uma obstrução supravesical (acima da bexiga), ela não causa distensão da bexiga nem alteração no jato urinário.

Alternativa D (Incorreta): Obstrução de junção ureteropélvica.

É a causa mais comum de hidronefrose neonatal, mas a obstrução ocorre na saída da pelve renal para o ureter. Portanto, o ureter tem calibre normal (não há uretero-hidronefrose, apenas hidronefrose) e a bexiga não é afetada. Além disso, costuma ser unilateral e não altera o jato urinário.

Resumo: Diante de um recém-nascido do sexo masculino com bexigoma, jato urinário fraco e dilatação bilateral de todo o trato urinário superior, o diagnóstico de Válvula de Uretra Posterior deve ser a primeira e principal hipótese diagnóstica.

Questão 61

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Está incorreta. O exemplo "Me fale um pouco mais sobre essa dor" é uma pergunta aberta e facilitadora. Perguntas abertas são aquelas que permitem ao paciente expressar seus sentimentos e percepções com suas próprias palavras, sem que o examinador imponha limites ou direcione a resposta para um "sim" ou "não".

Alternativa b: Está incorreta. O exemplo "Sua dor piora com a claridade?" é uma pergunta fechada, pois restringe a resposta do paciente a uma confirmação ou negação ("sim" ou "não"). Perguntas focadas são perguntas abertas que direcionam o paciente para um tema específico já mencionado, mas ainda permitindo que ele fale livremente sobre aquele tópico.

Alternativa c: Está incorreta. Embora "Como eu posso te ajudar?" seja uma pergunta aberta, ela é considerada uma pergunta de abertura ou exploratória geral, sendo a forma mais ampla de iniciar a entrevista. A definição dada na alternativa (dar liberdade focando em um assunto) descreve melhor as perguntas abertas focadas, e não a pergunta de abertura citada.

Alternativa d: Está correta. As perguntas fechadas são técnicas de comunicação utilizadas para obter dados específicos, confirmar suspeitas clínicas ou coletar informações objetivas no final da investigação de um sintoma. Elas limitam a resposta do paciente a uma ou poucas palavras, como ocorre ao questionar a idade, o estado civil ou a presença de um sinal clínico pontual. O exemplo "Qual é a sua idade?" encaixa-se perfeitamente nesta definição.

Questão 62

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a Comunicação Clínica, especificamente as técnicas de facilitação e escuta ativa dentro do Método Clínico Centrado na Pessoa. O objetivo inicial de uma consulta é permitir que o paciente apresente sua narrativa e suas preocupações sem interrupções precoces, o que é conhecido como o tempo de fala livre.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Ecoar ou parafrasear consiste em repetir as últimas palavras do paciente ou reescrever uma frase curta com o mesmo sentido. Essa técnica demonstra que o médico está ouvindo atentamente e sinaliza para o paciente que ele pode continuar desenvolvendo aquele raciocínio. É uma técnica facilitadora clássica.

Alternativa B (CORRETA/GABARITO): Perguntas focadas ou fechadas (que exigem respostas curtas como "sim" ou "não") são restritivas por natureza. Se o médico inicia a consulta com perguntas focadas, ele assume o controle da narrativa e impede que o paciente exponha suas demandas de forma livre. Para estimular a fala no início da consulta, devem-se utilizar perguntas abertas (Ex.: "O que trouxe o senhor aqui hoje?"). Portanto, esta é a alternativa que apresenta uma conduta incorreta para o objetivo proposto.

Alternativa C (Incorreta): Resumir periodicamente o que o paciente disse ajuda a organizar o pensamento do próprio paciente e confirma se o médico compreendeu a história corretamente. Ao ouvir o resumo, o paciente frequentemente se sente

estimulado a adicionar detalhes importantes que haviam sido esquecidos ou a corrigir informações, mantendo o fluxo da comunicação.

Alternativa D (Incorreta): O silêncio acompanhado de linguagem não verbal adequada (contato visual, inclinação do corpo para frente, balançar a cabeça positivamente) é uma das ferramentas mais poderosas para estimular a fala. Muitas vezes, o paciente precisa de alguns segundos para organizar pensamentos complexos ou dolorosos. Interromper esse silêncio precocemente pode bloquear a revelação de demandas importantes (as chamadas demandas ocultas).

RESUMO DIDÁTICO

Para garantir que o paciente fale livremente nos primeiros minutos, o médico deve utilizar técnicas facilitadoras (abertas) e evitar técnicas inibidoras (fechadas). O uso de perguntas focadas deve ser reservado para as etapas posteriores da consulta, durante a anamnese dirigida, para esclarecer pontos específicos após a narrativa livre ter sido concluída.

Questão 63

Alternativa a) Incorreta. Nas consultas de recém-nascidos, o Ministério da Saúde estabelece que o acolhimento, o apoio ao aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê são prioridades absolutas. A orientação sobre amamentação não deve ser vista como um obstáculo à gestão do tempo, mas sim como uma das intervenções mais eficazes para a redução da morbimortalidade neonatal. O exame físico é essencial, mas deve ser realizado de forma integrada ao aconselhamento.

Alternativa b) Incorreta. A recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria para a prevenção da anemia ferropriva em crianças nessa faixa etária é a suplementação profilática com ferro elementar, e não o rastreamento laboratorial sistemático (exames de sangue) em todas as crianças assintomáticas. O foco é a prevenção via suplementação e orientação nutricional.

Alternativa c) Incorreta. O conceito de "evitar excesso de apego" é clinicamente inadequado. As diretrizes de saúde da criança enfatizam a importância do apego seguro e do vínculo afetivo para o desenvolvimento emocional e cognitivo saudável. O fortalecimento dos laços entre a criança e seus cuidadores é um fator de proteção para a saúde mental.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve precisamente os marcos do desenvolvimento psicossocial abordados nos manuais de Atenção Básica. Por volta

dos dois anos de idade, a criança entra em uma fase de individuação e busca por autonomia (frequentemente chamada de "adolescência do bebê"). A orientação aos pais sobre como equilibrar a imposição de limites necessários com o estímulo à independência é uma prática essencial da puericultura nessa etapa.

Questão 64

Alternativa A (Correta): Esta alternativa reflete dados epidemiológicos reais discutidos em documentos como o Mapa da Violência e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No período citado, houve uma redução da mortalidade por armas de fogo na população branca, enquanto os índices na população negra subiram drasticamente. Na saúde pública e na sociologia, essa disparidade é atribuída ao racismo estrutural, que resulta em menor proteção social e maior vulnerabilidade dessa população aos determinantes externos de saúde e violência.

Alternativa B (Incorreta): O preenchimento do campo raça/cor é obrigatório em todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde, conforme estabelecido pela Portaria nº 344, de 2017. A coleta desse dado é fundamental para a análise da situação de saúde, permitindo identificar desigualdades e planejar ações de equidade. Não cabe ao profissional decidir se o preenchimento é pertinente ou não.

Alternativa C (Incorreta): Estudos como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que a percepção de saúde não é igual entre essas populações, mesmo quando ajustada pela renda. A população negra frequentemente apresenta uma autopercepção de saúde pior, o que está ligado ao impacto acumulado do racismo ao longo da vida, à menor qualidade do cuidado recebido e à maior exposição a riscos sociais que a renda, isoladamente, não consegue mitigar.

Alternativa D (Incorreta): A afirmação está incorreta tanto do ponto de vista estatístico quanto conceitual. A incidência de sífilis em gestantes é um marcador de vulnerabilidade social e falha na assistência pré-natal, atingindo de forma desproporcional mulheres pretas e pardas. O colorismo (discriminação baseada na tonalidade da pele) e o racismo estrutural impactam diretamente o acesso à saúde e a qualidade do tratamento, sendo determinantes centrais na prevalência de doenças infectocontagiosas.

Questão 65

Para compreender esta questão, é necessário revisitar os princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade (MFC), amplamente baseados na obra de Ian McWhinney e nos atributos da Atenção Primária à Saúde de Barbara Starfield.

Alternativa a) Incorreta. Embora o médico de família atenda a todas as faixas etárias e ciclos de vida, a MFC não é uma simples soma de outras especialidades (Pediatria, Ginecologia e Clínica Médica). A MFC é uma especialidade com corpo de conhecimento próprio, centrada no Método Clínico Centrado na Pessoa e na abordagem sistêmica, e não meramente uma atuação técnica fragmentada de outras áreas.

Alternativa b) Incorreta. A atuação da MFC é centrada na pessoa, e não na unidade de saúde ou exclusivamente em programas verticais de gestão. O foco está no contexto do indivíduo, de sua família e de sua comunidade. Os programas de saúde (como Hiperdia ou Pré-natal) são ferramentas organizacionais, mas o cuidado deve ser individualizado e adaptado às necessidades reais da população adscrita.

Alternativa c) Incorreta. A adscrição (cadastramento e territorialização) é essencial para o exercício da MFC. Sem um território definido e uma população sob sua responsabilidade, o médico não consegue exercer a continuidade do cuidado (longitudinalidade) nem realizar o diagnóstico comunitário, que são pilares da especialidade.

Alternativa d) Correta. A relação médico-pessoa é, de fato, o alicerce da Medicina de Família e Comunidade. Um dos princípios clássicos de McWhinney afirma que o médico de família é um recurso para uma população específica, e o vínculo estabelecido ao longo do tempo permite um melhor manejo das incertezas, maior adesão ao tratamento e uma compreensão profunda do processo saúde-doença. O compromisso do médico é com a pessoa, independentemente da presença ou ausência de doença.

Questão 66

Esta questão aborda o manejo clínico de cefaleias na Atenção Primária e a identificação de sinais de alerta (*red flags*) que indicam a necessidade de investigação urgente para afastar causas secundárias graves.

Análise do quadro clínico:

Embora a paciente tenha um histórico sugestivo de enxaqueca (dor pulsátil, unilateral, com náuseas e fotofobia no período pré-menstrual), a apresentação atual traz elementos de gravidade que mudam completamente a conduta:

1. Início durante atividade física intensa.
2. Descrição como "a pior dor de cabeça da vida" (cefaleia em trovoada ou *thunderclap*).
3. Ocorrência de desmaio (síncope).
4. Presença de rigidez de nuca ao exame físico (sinal meníngeo).
5. Turvação visual.

Esses achados são sinais clássicos de alerta (critérios SNOOP) e levantam a principal suspeita diagnóstica de Hemorragia Subaracnoide (HSA), uma emergência neurológica com alta morbimortalidade. Mesmo com o exame neurológico focal normal, a presença de rigidez de nuca e a intensidade da dor exigem avaliação imediata em ambiente hospitalar com tomografia de crânio e, se necessário, coleta de líquido.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Priorizar a demanda administrativa/laboral da paciente em detrimento de sinais clínicos de gravidade é um erro grave de conduta. Mediar e liberar a paciente sem investigar a causa secundária coloca sua vida em risco, uma vez que analgésicos podem mascarar temporariamente os sintomas de uma hemorragia intracraniana.

Alternativa (b) Incorreta. O topiramato é uma medicação para profilaxia (prevenção) de enxaqueca e não deve ser iniciado em um quadro agudo com sinais de alarme. O encaminhamento ambulatorial é inadequado, pois a paciente necessita de propedêutica de urgência.

Alternativa (c) Correta. Diante de sinais de alarme como início súbito ao esforço, rigidez de nuca, síncope e a descrição de "pior dor da vida", a conduta imediata é o encaminhamento para um serviço de urgência e emergência para realização de exames de imagem e estabilização, visando excluir principalmente a Hemorragia Subaracnoide.

Alternativa (d) Incorreta. Embora o acolhimento e a avaliação psicossocial sejam pilares da Atenção Primária, eles não devem postergar o manejo de uma condição potencialmente fatal. Atribuir sintomas neurológicos agudos e sinais meníngeos apenas a pressões no trabalho ou transtornos de ansiedade é um equívoco diagnóstico perigoso neste contexto.

Questão 67

Esta questão aborda o manejo de uma paciente em uso crônico de benzodiazepínicos (Rivotril) sob a ótica do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a prevenção quaternária (evitar danos causados por intervenções médicas excessivas) seja um conceito aplicável ao caso, a recusa abrupta em renovar a receita não condiz com o Método Clínico Centrado na Pessoa. Amanda faz uso crônico há dois anos e já apresenta sintomas de abstinência (irritabilidade e insônia). A interrupção súbita pode causar riscos graves, como convulsões. Além disso, uma decisão unilateral do médico sem pactuação fere a aliança terapêutica.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa aplica os componentes do MCCP. Primeiro, explora a experiência da pessoa com a doença e com o tratamento (entender o significado do medicamento). Segundo, entende a pessoa como um todo (olhar integral sobre a vida e a saúde). Terceiro, busca um "terreno comum" para o plano terapêutico, propondo uma redução gradual (desmame), que é a conduta clínica segura para evitar a síndrome de abstinência, em vez de uma proibição impositiva.

Alternativa c) Incorreta. O erro principal aqui é a recomendação de "suspender o benzodiazepínico imediatamente". Clinicamente, isso é contraindicado para usuários de longa data devido aos sintomas de privação. Além disso, focar apenas no diagnóstico formal (depressão ou ansiedade) de forma isolada reflete um modelo puramente biomédico, e não o centrado na pessoa, que deve considerar o contexto e o sofrimento subjetivo.

Alternativa d) Incorreta. Renovar a receita sem questionamentos ou orientações é uma conduta omissiva. O MCCP não significa fazer apenas o que o paciente quer, mas sim construir um plano compartilhado que vise à saúde e à autonomia. O uso prolongado de Rivotril está associado a déficit cognitivo, risco de quedas e dependência; portanto, o médico tem o dever de informar esses riscos e propor alternativas para a promoção da saúde.

Conclusão: O plano ideal deve acolher o sofrimento da paciente (luto e dependência), explicar os riscos da manutenção do fármaco e pactuar uma estratégia de redução progressiva e segura, respeitando o tempo e o contexto de Amanda.

Questão 68

Para compreender os níveis de prevenção, utilizamos frequentemente a matriz de Leavell e Clark ou a classificação de Marc Jamouille. Esta questão foca na relação entre a percepção do paciente (sentir-se doente ou não) e a intervenção médica.

Alternativa A (Incorreta): A descrição apresentada refere-se à prevenção secundária, não à terciária. Na prevenção secundária, o paciente é assintomático (sente-se bem), mas a doença já está presente em sua fase inicial ou pré-clínica. O objetivo aqui é o rastreamento e o diagnóstico precoce para iniciar o tratamento oportuno e evitar sequelas. A prevenção terciária, por outro lado, ocorre quando a doença já é manifesta e busca-se a reabilitação ou a redução de incapacidades.

Alternativa B (Correta): A prevenção quaternária é um conceito que visa detectar indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (excesso de diagnóstico ou excesso de tratamento) e protegê-los de novos danos médicos (iatrogenia). Na matriz de Jamouille, isso ocorre frequentemente quando o paciente apresenta um sofrimento ou sintoma (sente que há algo errado), mas o médico não identifica uma patologia orgânica definida que justifique intervenções agressivas. O foco é a escuta ética e o princípio do "primum non nocere" (primeiro, não causar dano).

Alternativa C (Incorreta): Na prevenção primária, o objetivo é impedir que a doença surja, atuando sobre os fatores de risco ou causas (como vacinação e orientações de estilo de vida). Portanto, nessa fase, o paciente não apresenta a doença e geralmente se sente bem. Se o paciente já apresenta sintomas e o médico detecta uma doença, a oportunidade para a prevenção primária daquela patologia específica já passou.

Alternativa D (Incorreta): A prevenção secundária pressupõe que o paciente esteja assintomático (sinta-se bem), permitindo que exames de rastreio identifiquem a doença antes que ela cause sintomas clínicos. Quando o paciente já não se sente bem e o médico confirma a doença, estamos no campo do diagnóstico clínico e tratamento curativo tradicional, que visa impedir a progressão para estágios que exigiriam prevenção terciária (reabilitação).

Questão 69

Alternativa (a) Incorreta: Para que o rastreamento seja eficaz, a doença deve possuir, preferencialmente, uma fase pré-clínica longa. A fase pré-clínica é o intervalo entre o momento em que a doença pode ser detectada por um teste e o surgimento dos primeiros sintomas. Se essa fase for curta, a janela de oportunidade para o diagnóstico precoce é reduzida, dificultando o sucesso do rastreio.

Alternativa (b) Incorreta: Programas de rastreamento são ferramentas de saúde pública aplicadas de forma sistemática a populações ou grupos de risco (como mulheres de certa faixa etária para o câncer de mama), seguindo protocolos padronizados. O processo individualizado, feito durante uma consulta clínica de rotina, é tecnicamente chamado de busca de caso (case-finding), e não de programa de rastreamento populacional.

Alternativa (c) Correta: O conhecimento profundo da história natural da doença é um dos critérios fundamentais estabelecidos por Wilson e Jungner para a implementação de um rastreio. É necessário entender como a doença evolui da fase latente para a fase sintomática para garantir que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato realmente alterem o desfecho clínico e tragam benefícios superiores aos riscos do rastreamento.

Alternativa (d) Incorreta: O custo é um dos pilares mais importantes na decisão de implementar um programa de rastreamento. Recursos em saúde pública são finitos, e o programa deve demonstrar custo-efetividade. Isso significa que o gasto com testes, diagnósticos confirmatórios e tratamentos deve ser economicamente equilibrado em relação aos benefícios gerados e aos gastos totais do sistema de saúde.

Questão 70

O enunciado descreve uma situação em que o Médico de Família e Comunidade (MFC) atua como o organizador do fluxo assistencial do paciente, articulando-se com outro ponto da rede de atenção (o CAPS) para resolver um problema clínico e social. Para responder corretamente, devemos associar essa ação aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) propostos por Barbara Starfield.

Explicação das alternativas:

a) Longitudinalidade: Refere-se à existência de um vínculo terapêutico e acompanhamento do paciente ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doenças. Embora o MFC conheça Marina e seu filho, o foco da questão não é a duração do acompanhamento, mas sim a capacidade do médico de integrar o tratamento que o paciente recebe em diferentes serviços. Portanto, não é o atributo principal em evidência nesta ação específica.

b) Integralidade: Significa que a unidade de saúde deve estar preparada para oferecer um conjunto de serviços que atenda às necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, além de garantir o acesso a todos os níveis de

complexidade do sistema. Embora o médico esteja cuidando da saúde mental, o ponto central do caso é a sincronização entre a APS e o serviço especializado para viabilizar o ajuste terapêutico e o suporte à família.

c) Coordenação do cuidado (Gabarito): Este é o atributo que permite ao médico de APS atuar como o centro de comunicação e o responsável pela continuidade da atenção. A coordenação se manifesta quando o médico sincroniza as informações e as condutas entre diferentes serviços (neste caso, APS e CAPS). O uso do matriciamento como ferramenta para discutir o caso e realizar o ajuste medicamentoso conjunto é o exemplo clássico de coordenação do cuidado, garantindo que o paciente não fique "perdido" nos vazios entre os diferentes níveis de atenção.

d) Acesso/Primeiro contato: Refere-se à acessibilidade e à utilização do serviço de saúde como porta de entrada preferencial para cada nova necessidade de saúde. Embora Marina tenha tido facilidade em acessar a unidade e falar com o médico, o que permitiu a resolução efetiva do problema clínico complexo (a crise de esquizofrenia e a falha terapêutica) foi a articulação com o CAPS, e não apenas o fato de ela ter conseguido entrar na unidade.

Em resumo, a alternativa (c) está correta porque o médico exerceu o papel de ordenador da rede, utilizando o matriciamento para integrar o cuidado especializado (CAPS) com o acompanhamento territorial, garantindo a continuidade e a eficácia do tratamento.

Questão 71

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, cujos determinantes sociais e ambientais são cruciais para sua manutenção e propagação. Na região amazônica, a relação entre atividades econômicas predatórias e o perfil epidemiológico da doença é um tema recorrente em provas de residência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Existe uma correlação direta e bem documentada entre o garimpo ilegal e o aumento da malária. O desmatamento e as escavações para a extração de minérios criam coleções de águas paradas e ensolaradas, que são criadouros ideais para o mosquito *Anopheles darlingi*, principal vetor da doença. Além disso, a alta mobilidade dos trabalhadores, que circulam entre áreas endêmicas e áreas sem transmissão, aliada às condições precárias de moradia (geralmente em abrigos sem proteção contra mosquitos), facilita a disseminação do *Plasmodium*.

Alternativa b) Incorreta. Ao contrário do que afirma a alternativa, o garimpo ilegal é uma das atividades antropogênicas mais relatadas e impactantes em terras indígenas (como no território Yanomami). Ele é identificado como o principal motor de surtos graves de malária entre povos indígenas, pois desestrutura os serviços de saúde locais, polui rios e introduz o patógeno em populações vulneráveis.

Alternativa c) Incorreta. Devido à natureza clandestina, remota e itinerante do garimpo ilegal, essas áreas apresentam um enorme vazio assistencial. Embora as Unidades de Estratégia de Saúde da Família fluviais existam na Bacia Amazônica, elas dificilmente conseguem alcançar ou cobrir de forma sistemática os acampamentos de garimpo situados em áreas de difícil acesso ou protegidas por vigilância armada dos garimpeiros.

Alternativa d) Incorreta. Atualmente, a vacinação contra a malária (como a RTS,S/AS01) está sendo implementada de forma prioritária em regiões da África Subsaariana com alta transmissão por *Plasmodium falciparum* em crianças. No Brasil, o perfil predominante é de *Plasmodium vivax* e a vacina ainda não é uma estratégia de saúde pública responsável por uma queda considerável na incidência. O controle da malária no Brasil ainda se baseia no diagnóstico precoce, tratamento oportuno e controle vetorial.

Questão 72

A abordagem de Saúde Única (One Health) é um modelo transdisciplinar e integrado que reconhece que a saúde dos seres humanos, dos animais domésticos e silvestres, das plantas e do meio ambiente estão estreitamente relacionadas e são interdependentes. Este conceito é fundamental na saúde pública moderna para a prevenção de zoonoses, controle de resistência antimicrobiana e garantia da segurança alimentar.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A promoção da saúde na visão de Saúde Única rompe com o modelo puramente antropocêntrico. Ela entende que não é possível garantir a saúde humana de forma isolada se os ecossistemas estiverem degradados ou se houver desequilíbrios na saúde animal, que frequentemente atuam como sentinelas ou fontes de patógenos.

Alternativa b: Incorreta. A colaboração entre diferentes disciplinas e setores é o pilar principal desta estratégia. Problemas complexos, como pandemias e mudanças climáticas, exigem a atuação conjunta de médicos, veterinários, biólogos, engenheiros ambientais e outros profissionais para serem solucionados.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa define com precisão a essência da Saúde Única. O foco está na integração entre os quatro eixos (humano, animal, vegetal e ambiental) para buscar o equilíbrio do ecossistema e encontrar soluções colaborativas e sustentáveis para os desafios de saúde global.

Alternativa d: Incorreta. A premissa fundamental da Saúde Única é justamente a interdependência. Cerca de 60 por cento das doenças infecciosas humanas conhecidas e 75 por cento das doenças infecciosas emergentes são de origem zoonótica, o que demonstra que a saúde humana e a animal estão profundamente conectadas.

Questão 73

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) fundamenta-se no princípio da atenção diferenciada. Isso significa que a simples expansão da cobertura do SUS, sem a devida adaptação cultural, é insuficiente. A política reconhece que a eficácia do tratamento depende do respeito às crenças, valores e tradições de cada etnia, promovendo o diálogo entre o conhecimento biomédico e a medicina tradicional.

Alternativa B: Incorreta. A descentralização é um princípio organizativo importante, materializado pela criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No entanto, a descentralização sozinha não garante o acesso adequado. É indispensável que essa organização considere as particularidades epidemiológicas (quais doenças são mais comuns em determinado grupo) e culturais para que o serviço de saúde seja resolutivo e respeitoso.

Alternativa C: Correta. A efetivação da política de saúde indígena exige superar o modelo padrão de atendimento urbano. Isso inclui a criação de tecnologias apropriadas para áreas remotas e a adaptação dos serviços convencionais. O conceito central é a interculturalidade: as equipes de saúde devem estar preparadas para lidar com as especificidades operacionais (logística em áreas de difícil acesso) e culturais (língua, rituais e concepções de saúde/doença) dos povos indígenas.

Alternativa D: Incorreta. A diretriz da PNASPI busca a territorialização, ou seja, levar a assistência primária para dentro das terras indígenas através das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). A centralização em grandes cidades dificultaria o acesso geográfico, promoveria o desenraizamento cultural e sobrecarregaria o sistema sem resolver as demandas básicas de saúde nas aldeias.

CONCLUSÃO

A alternativa C está correta, pois contempla a necessidade de um modelo de atenção que seja, ao mesmo tempo, complementar ao SUS e diferenciado em sua execução, respeitando a diversidade sociocultural dos povos originários para garantir a equidade.

Questão 74

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central da questão é o impacto da poluição atmosférica, especificamente a oriunda de grandes queimadas de biomassa, sobre a saúde humana. As queimadas liberam uma mistura complexa de gases (monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio) e material particulado (MP). O material particulado fino (MP 2,5), por seu diâmetro reduzido, consegue ultrapassar a barreira alveolar, atingir a circulação sistêmica e desencadear processos inflamatórios e estresse oxidativo tanto local quanto sistemicamente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a fumaça possa causar irritações oculares e dermatites de contato em pessoas suscetíveis, o impacto sistêmico e a mortalidade associada à poluição do ar não estão centrados em infecções intestinais. O foco epidemiológico das queimadas está nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) respiratórias e vasculares.

Alternativa b) Incorreta. Este é um erro comum em provas. A poluição do ar não é um problema estritamente respiratório. A literatura médica e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprovam que a inalação de poluentes é um fator de risco maior para eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais (AVC), devido à inflamação endotelial e hipercoagulabilidade.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve com precisão a realidade fisiopatológica. A inalação de poluentes das queimadas agrava doenças respiratórias preexistentes (como asma, DPOC e bronquite) por meio de irritação direta e inflamação das vias aéreas. Simultaneamente, a translocação de partículas finas para o sangue e a liberação de mediadores inflamatórios sistêmicos aumentam significativamente o risco de eventos isquêmicos cardiovasculares, como o infarto.

Alternativa d) Incorreta. As queimadas têm um impacto massivo na saúde pública. A dispersão dos poluentes pode ser lenta, dependendo de condições climáticas (como inversão térmica), e a poluição pode viajar milhares de quilômetros, afetando áreas urbanas distantes do foco do incêndio. Além disso, as políticas governamentais muitas vezes não conseguem conter os efeitos imediatos da exposição aguda da população.

Gabarito: Letra (c).

Questão 75

EXPLICAÇÃO:

Esta questão aborda o princípio da Participação Popular no Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecido como Controle Social, que é um dos pilares organizativos do sistema, regulamentado principalmente pela Lei nº 8.142/1990.

Alternativa a) Incorreta. O controle social não deve ser realizado de forma isolada ou apenas por meio de queixas diretas aos gestores. A legislação brasileira instituiu os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias oficiais e deliberativas. Afirmar que os conselhos são pouco influentes é um erro conceitual, pois eles têm o poder legal de influenciar as decisões e fiscalizar a movimentação financeira e a execução das políticas de saúde.

Alternativa b) Correta. A participação popular é exercida de forma plena por meio dos Conselhos de Saúde. Em comunidades tradicionais, como a quilombola, essa participação é essencial para garantir a Equidade, permitindo que as especificidades culturais, sociais e territoriais sejam levadas em conta na formulação de políticas públicas. Os conselhos atuam tanto na discussão de demandas quanto na fiscalização e monitoramento das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Alternativa c) Incorreta. A participação popular não é intermediada ou restrita aos profissionais de saúde. De acordo com o princípio da paridade estabelecido na Lei nº 8.142/1990, os Conselhos de Saúde devem ser compostos por 50% de representantes dos usuários (comunidade). Os profissionais de saúde ocupam apenas 25% das vagas, enquanto os outros 25% são destinados a gestores e prestadores de serviços. A comunidade deve ter voz direta e ativa.

Alternativa d) Incorreta. A adesão a campanhas de saúde e vacinação faz parte do cuidado individual e coletivo, mas não caracteriza o conceito de Controle Social. A participação popular no SUS vai além de ser um receptor de orientações; ela pressupõe o envolvimento político na gestão, no planejamento, na fiscalização das

verbas e na avaliação dos resultados dos serviços de saúde prestados àquela comunidade.

Gabarito: Letra (b).

Questão 76

A classificação de risco da dengue, estabelecida pelo Ministério da Saúde, é fundamental para definir a conduta terapêutica e o local de atendimento do paciente. Ela é dividida em quatro grupos: A, B, C e D.

Alternativa a: Incorreta. O Grupo A engloba pacientes com suspeita de dengue que não apresentam sinais de alarme, não possuem condições clínicas especiais (como gestantes, idosos ou portadores de comorbidades) e não apresentam riscos sociais. Como a paciente do caso apresenta dor abdominal e vômitos, ela não pode ser classificada neste grupo.

Alternativa b: Incorreta. O Grupo B inclui pacientes com suspeita de dengue que também não possuem sinais de alarme, mas que apresentam alguma condição clínica especial, risco social ou prova do laço positiva. Embora seja um grupo que requer observação, a presença de sinais de alarme (dor abdominal e vômitos persistentes) eleva a classificação para o próximo nível.

Alternativa c: Correta. O Grupo C é caracterizado pela presença de pelo menos um sinal de alarme. De acordo com o protocolo oficial, são sinais de alarme: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural), hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosa e aumento repentino do hematócrito. A paciente descrita apresenta dois desses sinais (dor abdominal intensa e vômitos), o que a enquadra obrigatoriamente no Grupo C, exigindo internação para hidratação venosa imediata.

Alternativa d: Incorreta. O Grupo D é reservado para os casos de dengue grave, onde já existem sinais de choque (como pulso rápido e fino, extremidades frias, enchimento capilar lento), desconforto respiratório grave ou disfunção grave de órgãos. A questão afirma explicitamente que a paciente não apresenta sinais de choque, o que descarta a classificação no grupo D.

Questão 77

A questão aborda a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, pautada pela Política Nacional de Saúde Integral dessas populações (PNSIPCFA). Para responder corretamente, o candidato deve conhecer o perfil epidemiológico e os riscos ocupacionais e ambientais específicos desses territórios.

Alternativa a) Incorreta. O uso de agrotóxicos é uma das principais causas de intoxicações exógenas agudas e crônicas nessas regiões, ocorrendo tanto por ingestão de água e alimentos contaminados quanto pela exposição direta durante o manuseio e a aplicação. Além disso, o câncer de pele não é o único agravo de destaque; a exposição solar intensa também contribui para desidratação, insolação e afecções oculares (como o pterígio).

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve com precisão a realidade dessas populações. A exposição prolongada à radiação ultravioleta sem proteção adequada eleva o risco de neoplasias cutâneas. O manuseio de defensivos agrícolas sem Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é o principal fator de risco para intoxicações. Somado a isso, as atividades laborais em matas e áreas agrícolas predispõem a acidentes com animais peçonhentos (como serpentes e escorpiões) e a doenças osteomusculares devido ao esforço físico intenso, posturas inadequadas e carregamento de peso.

Alternativa c) Incorreta. Embora o estilo de vida possa ser fisicamente ativo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial e diabetes, não são raras. Essas populações atravessam processos de transição nutricional e envelhecimento, e o acesso limitado a serviços de saúde e medicamentos muitas vezes agrava o controle dessas patologias. Afirmar que tais doenças são raras é um erro epidemiológico.

Alternativa d) Incorreta. As doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, especialmente as osteomusculares (como lombalgias e tendinites), são extremamente relevantes e representam uma das principais causas de morbidade e afastamento do trabalho no campo. Elas não podem ser consideradas de menor relevância; pelo contrário, são problemas estruturais da saúde do trabalhador rural, independentemente do nível de inovação tecnológica aplicada na produção.

Questão 78

Análise Clínica e Laboratorial:

O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome icterícia (icterícia, colúria e acolia fecal), o que direciona a investigação para hepatites virais agudas ou obstruções biliares. O histórico de relações sexuais desprotegidas e vacinação incompleta reforça a hipótese infecciosa.

A interpretação da sorologia é a chave para resolver a questão:

1. Hepatite A: O marcador IgM é o anticorpo de fase aguda. Como o Anti-HAV IgM é reagente, o diagnóstico de Hepatite A aguda está confirmado. O Anti-HAV IgG também está reagente, o que é comum no curso da infecção aguda ou indica imunidade permanente após o quadro.
2. Hepatite B: O paciente possui HBsAg não reagente e Anti-HBc total não reagente, o que descarta infecção atual ou prévia. O Anti-HBs reagente de forma isolada indica que o paciente é imunizado via vacinação, apesar de ele referir vacinação incompleta (provavelmente recebeu as doses necessárias para gerar anticorpos ou não se recorda corretamente).
3. Hepatite C: O HCV não reagente descarta a infecção pelo vírus C.
4. Mononucleose (Epstein-Barr): O perfil de IgG reagente com IgM não reagente indica uma infecção passada (cicatriz sorológica), e não um quadro agudo no momento.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. Para Hepatite B aguda, o HBsAg deveria estar reagente e o Anti-HBc IgM também. O padrão do paciente (apenas Anti-HBs reagente) é de vacinação.
- b) Incorreta. O marcador para Hepatite C (HCV) resultou não reagente, invalidando esta hipótese. Além disso, a Hepatite C raramente se manifesta de forma aguda com icterícia exuberante.
- c) Correta. O diagnóstico de Hepatite A aguda é dado pela presença do marcador IgM reagente em um paciente com sintomas compatíveis. Atualmente, observa-se um aumento de casos de Hepatite A em adultos jovens devido à transmissão fecal-oral relacionada a práticas sexuais específicas.
- d) Incorreta. Embora o vírus Epstein-Barr possa causar hepatite e icterícia, o IgM não

reagente descarta a fase aguda da mononucleose infecciosa. O IgG isolado aponta apenas contato prévio com o vírus.

Questão 79

Para resolver esta questão, é necessário conhecer as diretrizes de rastreamento do Ministério da Saúde (MS) e do INCA, que diferem das recomendações de algumas sociedades de especialidade.

Alternativa A (Correta): O Ministério da Saúde recomenda a mamografia como método de rastreamento para mulheres de risco habitual. A periodicidade deve ser bienal (a cada 2 anos). A faixa etária alvo oficial descrita nos manuais do MS é de 50 a 69 anos; porém, muitas bancas de concurso utilizam o limite de 74 anos, baseando-se em diretrizes internacionais de força de evidência semelhante (como a USPSTF) ou em atualizações de discussões de saúde pública. O que define a alternativa como correta e característica do MS é, principalmente, o início aos 50 anos e o intervalo de 2 anos.

Alternativa B (Incorreta): O rastreamento anual iniciado aos 40 anos é a recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). O Ministério da Saúde não recomenda o rastreio sistemático antes dos 50 anos para mulheres de risco habitual, por considerar que os riscos (como resultados falso-positivos e biópsias desnecessárias) superam os benefícios nessa faixa etária.

Alternativa C (Incorreta): O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento populacional organizado para o câncer de próstata. A orientação oficial é que o rastreio não seja feito de forma rotineira. Em vez disso, recomenda-se a estratégia de diagnóstico precoce para homens com sinais e sintomas ou a decisão compartilhada, na qual o médico explica os riscos e possíveis benefícios do PSA para o paciente que solicita o exame espontaneamente.

Alternativa D (Incorreta): Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero, a faixa etária recomendada é dos 25 aos 64 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Além disso, a periodicidade não é anual de forma contínua: o exame deve ser realizado anualmente apenas nos dois primeiros anos; se ambos os resultados forem normais, as próximas coletas devem ser feitas a cada 3 anos.

Questão 80

Esta questão aborda a organização da agenda na Estratégia Saúde da Família, focando no atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) denominado Acesso (ou Primeiro Contato). O objetivo é identificar o modelo que melhor concilia a demanda espontânea com o acompanhamento crônico.

Alternativa A (Incorreta): Definir um número fixo e elevado de atendimentos por hora (como quatro ou mais) foca apenas em produtividade quantitativa e não garante a qualidade ou o atributo do acesso. O tempo de consulta deve ser flexível e centrado na pessoa, variando conforme a complexidade de cada caso. Impor metas rígidas de tempo pode prejudicar o vínculo e a resolutividade.

Alternativa B (Incorreta): O modelo de agendas divididas rigidamente por grupos de patologias ou ciclos de vida (como o "dia do hipertenso" ou "dia da gestante") é considerado ultrapassado. Esse formato cria barreiras de acesso, pois se um paciente hipertenso tiver uma queixa na terça-feira, mas o dia dele for apenas na segunda-feira, ele acaba não sendo atendido ou sobrecarrega prontos-socorros. A agenda moderna deve ser polivalente e capaz de atender diferentes demandas em qualquer turno.

Alternativa C (Correta): O Acesso Avançado (Advanced Access) é atualmente a estratégia mais recomendada para a gestão da clínica na Medicina de Família e Comunidade. O lema central é "faça o trabalho de hoje, hoje". O sistema busca reduzir o tempo de espera para consultas, idealmente resolvendo a demanda no mesmo dia ou em até 48 horas. Para isso, a agenda é reorganizada: deixa-se de agendar a maior parte das vagas com meses de antecedência e reserva-se uma parcela significativa (geralmente 50% ou mais) para a demanda espontânea do próprio dia, permitindo que o paciente consiga atendimento quando ele sente que precisa.

Alternativa D (Incorreta): Organizar a agenda apenas por ordem de chegada gera filas físicas precoces, desigualdade no acesso e não permite a estratificação de risco. Embora oferecer múltiplos canais de agendamento (telefone, aplicativos) seja positivo, isso é apenas uma ferramenta de marcação e não uma metodologia de gestão da clínica como o Acesso Avançado. O modelo de "ordem de chegada" puro costuma ser ineficiente para o acompanhamento longitudinal dos pacientes.

Questão 81

ALTERNATIVA A: INCORRETA. Embora as artérias uterinas sejam, de fato, ramos da divisão anterior da artéria ilíaca interna (também conhecida como hipogástrica), elas não acessam o útero na altura do fundo. A artéria uterina percorre o ligamento largo e atinge o útero na altura do istmo (transição entre o corpo e o colo uterino). A partir desse ponto, ela emite ramos descendentes para a vagina e ramos ascendentes que percorrem as faces laterais do corpo uterino em direção ao fundo.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Esta é uma das relações anatômicas mais importantes da pelve feminina, especialmente para a prática cirúrgica de histerectomia. O ureter atravessa o paramétrio (que compõe a base do ligamento cardinal) passando por baixo da artéria uterina, cerca de 1,5 a 2 cm lateralmente ao colo do útero. Esse cruzamento é conhecido classicamente pela regra mnemônica de que a "água (ureter) passa por baixo da ponte (artéria)". Após esse trajeto, o ureter entra na bexiga para compor o trígono vesical.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. Existe uma confusão comum entre a anatomia arterial e a venosa nesta alternativa. No caso das artérias, tanto a artéria ovariana direita quanto a esquerda são ramos diretos da aorta abdominal, originando-se logo abaixo da saída das artérias renais. A assimetria descrita na alternativa ocorre na drenagem venosa: a veia ovariana direita drena para a veia cava inferior, enquanto a veia ovariana esquerda drena para a veia renal esquerda.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A tuba uterina possui quatro segmentos principais: porção intersticial (ou intramural), istmo, ampola e infundíbulo. A porção mais estreita da tuba é a intersticial, que atravessa a musculatura do útero, ou o istmo. O infundíbulo é justamente o oposto: é a extremidade distal em formato de funil, que se abre próximo ao ovário e termina em fímbrias, sendo uma das porções de maior lúmen.

Questão 82

O ponto central desta questão é o manejo de lesões precursoras do câncer do colo do útero em pacientes que já possuem indicação cirúrgica por patologia benigna (leiomiomatose).

O diagnóstico de carcinoma *in situ* (NIC III) por meio de biópsia dirigida por colposcopia não exclui totalmente a possibilidade de carcinoma invasor em outras áreas do colo não biopsiadas. Antes de realizar uma histerectomia por doença benigna, é mandatório excluir a presença de câncer invasor, pois, caso ele exista, a cirurgia indicada seria radical (com margens e linfadenectomia), e não uma histerectomia simples.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerectomia tipo Piver 3 (Wertheim-Meigs) é uma cirurgia radical indicada para o tratamento de câncer do colo do útero invasor (estadiamentos iniciais como IB1). O carcinoma *in situ* é uma lesão pré-invasiva (estágio 0). Realizar uma cirurgia de tamanha morbidade sem a confirmação de invasão seria um supertratamento.

b) Incorreta. Embora a paciente tenha indicação de histerectomia total abdominal devido à leiomiomatose, realizar o procedimento diretamente na presença de um carcinoma *in situ* é um erro de conduta. A biópsia é apenas uma amostragem. Se a peça cirúrgica da histerectomia revelar, posteriormente, um câncer invasor, a paciente terá sido submetida a uma cirurgia incompleta (subtratada), o que compromete o prognóstico e dificulta a abordagem complementar.

c) Incorreta. A traquelectomia radical com linfadenectomia é uma técnica de preservação da fertilidade para pacientes com câncer de colo invasivo em estágios muito iniciais que desejam engravidar. A paciente tem 46 anos, prole provavelmente constituída e possui leiomiomatose sintomática, não havendo indicação para preservação uterina.

d) Correta. A exérese da zona de transformação (EZT) ou conização é o procedimento de escolha nesta situação. Ela possui dois objetivos: tratar a lesão de alto grau e, principalmente, fornecer uma peça cirúrgica completa para o estudo histopatológico minucioso. Esse estudo é o único capaz de excluir com segurança a invasão estromal (câncer invasor). Após o resultado do cone confirmar que se trata apenas de carcinoma *in situ*, a paciente poderá realizar a histerectomia para tratar sua leiomiomatose com total segurança oncológica. O teste de Schiller no intraoperatório ajuda a delimitar as margens da lesão para garantir a retirada de toda a área suspeita.

Questão 83

Esta questão aborda dois temas fundamentais na ginecologia e na ética médica: a escolha de métodos contraceptivos em adolescentes e a autonomia desse grupo etário frente ao sigilo médico e à autorização dos pais.

Alternativa A (Incorreta): Embora o preservativo seja essencial para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ele possui uma taxa de falha considerável no uso típico (cerca de 18%). Para uma jovem que busca evitar uma gestação indesejada e aumentou a frequência das relações, a estratégia de dupla

proteção (preservativo somado a um método de alta eficácia) é a conduta ideal e recomendada.

Alternativa B (Incorreta): A minipílula de noretisterona (0,35 mg) exige um rigor extremo no horário da tomada, com uma janela de tolerância de apenas 3 horas. Devido à rotina da maioria dos adolescentes, a taxa de falha por esquecimento ou atraso é elevada, não sendo a melhor indicação inicial. Se for escolhida uma pílula apenas de progestagênio, o desogestrel (75 mcg) seria preferível por permitir uma janela de 12 horas, mas ainda assim os métodos de longa duração (LARCs) seriam prioritários.

Alternativa C (Incorreta): O injetável trimestral de medroxiprogesterona de depósito é um método eficaz que frequentemente causa amenorreia (ausência de menstruação), o que pode ser um benefício para muitas usuárias. No entanto, é falso afirmar que ele leva à esterilidade. O que ocorre é um possível atraso no retorno da fertilidade (em média de 6 a 10 meses após a última dose), mas o método é totalmente reversível.

Alternativa D (Correta): De acordo com o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente tem direito ao sigilo e à autonomia sobre sua saúde reprodutiva, desde que possua capacidade de discernimento para compreender sua condição e as orientações fornecidas. No caso de prescrição e inserção de métodos contraceptivos (incluindo o DIU ou endoceptivo de levonorgestrel), o médico deve garantir o sigilo e não é obrigatória a autorização ou presença dos pais, desde que o adolescente seja considerado capaz de decidir por si mesmo e que não haja risco de vida envolvido. O Termo de Assentimento é o documento no qual o menor de idade expressa sua concordância com o procedimento.

Questão 84

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Turner, uma disgenesia gonadal que ocorre em indivíduos do sexo feminino (geralmente com cariótipo 45,X ou mosaicismo). Os principais achados que sustentam esse diagnóstico são: a baixa estatura acentuada (1,43 m aos 16 anos), o infantilismo sexual (ausência de desenvolvimento de mamas e pelos, Tanner 1), a amenorreia primária e o hipogonadismo hipergonadotrófico (FSH elevado, indicando que a hipófise está tentando estimular ovários que não funcionam). Os estigmas físicos citados, como o tórax em escudo (hipertelorismo mamilar), o encurtamento do quarto metacarpo (sinal de Archibald) e a fronte olímpica, são sinais dismórficos típicos da síndrome.

ALTERNATIVA A

Incorreta. Embora a paciente apresente obesidade grau II, esta não é a causa da amenorreia primária. A obesidade pode causar irregularidades menstruais por disfunção do eixo, mas não justifica a baixa estatura, as malformações físicas nem o nível elevado de FSH. O FSH alto confirma que o problema é a falência ovariana (causa hipergonadotrófica).

ALTERNATIVA B

Incorreta. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) costuma cursar com amenorreia secundária, sinais de hiperandrogenismo (como excesso de pelos e acne) e níveis de FSH normais ou baixos. A SOP não está associada a malformações congênitas nem à baixa estatura severa como a relatada.

ALTERNATIVA C

Correta. Pacientes com Síndrome de Turner possuem um risco significativamente aumentado de malformações congênitas em outros sistemas. Cerca de 30% a 50% apresentam anomalias cardiovasculares (como coarctação da aorta e valva aórtica bicúspide) e cerca de 30% apresentam malformações renais (como o rim em ferradura). Por isso, a realização de ecocardiograma e ultrassonografia de rins e vias urinárias é obrigatória na propedêutica inicial após o diagnóstico.

ALTERNATIVA D

Incorreta. Os agonistas de gonadorrelina (GnRH) são medicamentos usados para suprimir a puberdade em casos de puberdade precoce central. Nesta paciente, o FSH está elevado como uma resposta fisiológica à falta de estrogênio (ausência de feedback negativo). O tratamento adequado para a Síndrome de Turner envolve o uso de hormônio do crescimento (GH) para melhorar a estatura final e a terapia de reposição hormonal com estrogênios para promover o desenvolvimento sexual secundário e prevenir a osteoporose.

Questão 85

Análise do caso clínico:

A paciente de 29 anos apresenta um quadro de amenorreia secundária (10 meses sem menstruar), sintomas vasomotores (fogachos e sudorese noturna) e sinais de atrofia urogenital/disfunção sexual (dispareunia e redução de libido). Em uma mulher com menos de 40 anos, esse conjunto de sinais e sintomas é altamente sugestivo de Insuficiência Ovariana Prematura (IOP).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Está correta. O diagnóstico de Insuficiência Ovariana Prematura é bioquímico e requer a demonstração de hipogonadismo hipergonadotrófico. Os critérios clínicos e laboratoriais exigem pelo menos 4 meses de amenorreia e a confirmação de níveis elevados de FSH (geralmente acima de 25 ou 40 UI/L, dependendo da referência) em duas ocasiões distintas, com intervalo de 4 a 6 semanas entre as coletas.

Alternativa b) Está correta. A terapia hormonal (TH) convencional utilizada para tratar os sintomas do climatério não tem dose suficiente para inibir a ovulação. Como mulheres com IOP podem apresentar ovulações intermitentes e possuem uma chance de 5 a 10 por cento de gravidez espontânea após o diagnóstico, se a paciente não desejar gestar, deve-se associar um método contraceptivo ou utilizar a própria pílula anticoncepcional combinada como forma de terapia de reposição.

Alternativa c) Está correta. Em mulheres na menopausa fisiológica (por volta dos 50 anos), o objetivo da TH é utilizar a menor dose eficaz para controle de sintomas. Já na IOP, o objetivo é a reposição fisiológica, ou seja, devolver a essa mulher os níveis de estrogênio que ela deveria ter naturalmente na sua idade. Por isso, as doses de estrogênio na IOP são usualmente mais altas (ex: 2 mg de estradiol oral) do que as utilizadas na pós-menopausa tardia (ex: 1 mg ou 0,5 mg de estradiol oral).

Alternativa d) Está incorreta e é o gabarito da questão. O limite de cinco anos para a terapia hormonal estroprogestativa é uma recomendação frequentemente discutida para mulheres que iniciam a TH após a menopausa fisiológica, visando minimizar riscos a longo prazo (como o de câncer de mama). No entanto, na Insuficiência Ovariana Prematura, a recomendação é que a terapia hormonal seja mantida obrigatoriamente até, pelo menos, a idade média da menopausa natural (cerca de 50 a 51 anos). Interromper o tratamento após apenas cinco anos em uma paciente de 29 anos a deixaria precocemente exposta a riscos cardiovasculares, osteoporose e declínio cognitivo. Portanto, o uso não deve ser limitado a cinco anos neste contexto clínico.

Questão 86

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um teste treponêmico (teste rápido) positivo e um teste não treponêmico (VDRL) não reagente. Essa combinação de resultados pode ocorrer em três situações principais:

1. Sífilis primária muito inicial: o teste treponêmico costuma se tornar reagente cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, enquanto o VDRL pode demorar até 3 semanas para positivar.

2. Sífilis curada: o teste treponêmico pode permanecer positivo pelo resto da vida (cicatriz sorológica), enquanto o VDRL tende a negativar após o tratamento adequado.
3. Sífilis latente tardia: em casos muito antigos e sem tratamento, o VDRL pode apresentar quedas espontâneas de títulos até a negatividade.

O ponto crucial da questão é o perfil da paciente: "pessoa em situação de rua". De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, em populações em situação de vulnerabilidade (gestantes, vítimas de violência sexual ou pessoas com risco de perda de seguimento), a presença de apenas um teste reagente (seja ele treponêmico ou não treponêmico) é critério suficiente para o início imediato do tratamento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Diante de uma paciente em situação de rua com teste rápido positivo, deve-se realizar o tratamento imediato para não perder a oportunidade terapêutica. Como o VDRL ainda é negativo, a interpretação técnica mais provável é de uma sífilis primária em estágio inicial. O tratamento de escolha para sífilis primária é a penicilina G benzatina, 2,4 milhões de UI, em dose única.

Alternativa B (Incorreta): O esquema de três doses semanais de penicilina G benzatina (totalizando 7,2 milhões de UI) é reservado para casos de sífilis latente tardia, sífilis terciária ou sífilis de duração ignorada. Embora o tempo de infecção seja tecnicamente desconhecido por ela ser assintomática, o padrão laboratorial (TR+ e VDRL-) sugere fortemente uma fase inicial (primária), o que torna a dose única a conduta mais adequada para o quadro descrito.

Alternativa C (Incorreta): Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o teste rápido tem alto valor preditivo positivo. Aguardar novos exames ou trocar de metodologia geraria um atraso inaceitável para uma paciente com alta probabilidade de não retornar para consultas subsequentes. O protocolo brasileiro prioriza o tratamento imediato em vez da repetição de exames em grupos vulneráveis.

Alternativa D (Incorreta): O FTA-Abs é um teste treponêmico, assim como o teste rápido que já foi realizado. Não há justificativa para solicitar outro exame da mesma classe se um já é positivo. Além disso, o prazo de 3 semanas para esperar a positivação do VDRL é perigoso, pois permite a progressão da doença e a transmissão contínua, contrariando as diretrizes de saúde pública para populações vulneráveis.

Questão 87

Análise do caso clínico: A paciente de 58 anos apresenta sintomas típicos de cistite (disúria, polaciúria, urgência e hematúria). O fato de os sintomas serem recorrentes e relacionados à atividade sexual, somado à idade (pós-menopausa) e ao histórico de cirurgia vaginal prévia, direciona o diagnóstico para Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição.

Alternativa a: Incorreta. O estudo urodinâmico não é o exame inicial nem o padrão para diagnosticar ITU. O diagnóstico de cistite baseia-se na clínica e em exames de urina (EAS e urocultura). A urodinâmica é reservada para a investigação de incontinência urinária complexa ou disfunções miccionais de origem neurológica.

Alternativa b: Incorreta. Colpossuspensão retropúbica e slings (pubovaginais ou de uretra média) são tratamentos específicos para a Incontinência Urinária de Esforço. Não são indicações para o tratamento de ITU de repetição, que deve ser focado em antibioticoterapia e controle de fatores de risco.

Alternativa c: Incorreta. O comprometimento dos reflexos bulbocavernoso e clitoridiano, bem como do tônus anal, sugere uma causa neurológica para os sintomas urinários (bexiga neurogênica). Embora possível, não é o achado esperado ou comum para o perfil da paciente descrita, cujo quadro é tipicamente ligado a fatores hormonais e anatômicos locais.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve os principais fatores de risco para ITU de repetição na pós-menopausa. A deficiência de estrogênio leva à diminuição de lactobacilos e ao aumento do pH vaginal, favorecendo a colonização por enterobactérias. O prolapso genital e cirurgias vaginais prévias podem levar ao esvaziamento incompleto da bexiga (resíduo urinário elevado), facilitando a proliferação bacteriana. O histórico de ITUs prévias é, por si só, um dos preditores mais importantes para novos episódios.

Questão 88

Análise do caso clínico:

O achado de microcalcificações confluentes e irregulares (BI-RADS 4) é tipicamente mamográfico. A conduta em lesões BI-RADS 4 é a realização de biópsia para estudo histopatológico. O desafio principal aqui é que microcalcificações, em sua maioria, não são visíveis ao ultrassom, exigindo que o procedimento de coleta seja guiado pela própria mamografia.

Alternativa a: Está correta. A estereotaxia é o método de escolha para biopsiar lesões visíveis apenas na mamografia, como as microcalcificações suspeitas. Ela utiliza o

princípio da triangulação, com imagens de raios X obtidas de ângulos diferentes, para localizar a lesão no espaço tridimensional. Isso permite que a agulha de biópsia (seja de fragmento ou a vácuo) atinja o alvo com precisão milimétrica.

Alternativa b: Está incorreta. A biópsia guiada por ultrassom é excelente para nódulos e massas sólidas visíveis nesse exame. No entanto, microcalcificações raramente possuem tradução ultrassonográfica satisfatória. Tentar biopsiar microcalcificações pelo ultrassom sem que elas estejam associadas a um nódulo visível gera um alto risco de não coletar o material correto (erro de alvo).

Alternativa c: Está incorreta. A PAAF (aspiração por agulha fina) colhe apenas células para estudo citológico. Para a avaliação de microcalcificações, é obrigatório o estudo histopatológico (tecido), que permite avaliar a arquitetura da lesão e diferenciar, por exemplo, um carcinoma in situ de um invasor. Além disso, o termo "agulha fina" é incompatível com a técnica de vácuo (mamotomia), que utiliza agulhas de maior calibre.

Alternativa d: Está incorreta. A core biopsy é o procedimento de retirada de fragmentos com agulha grossa. Embora ela possa ser realizada sob orientação da estereotaxia, o termo isolado costuma se referir, na prática clínica, ao procedimento realizado por palpação ou guiado por ultrassom. A alternativa (a) é a resposta mais precisa porque especifica o método de localização (estereotaxia) indispensável para um achado que é estritamente mamográfico.

Questão 89

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) representam um espectro de sintomas físicos e emocionais que ocorrem ciclicamente na fase lútea do ciclo menstrual. Segue a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A característica definidora tanto da SPM quanto do TDPM é o seu caráter cíclico e a remissão dos sintomas após o início da menstruação. Para o diagnóstico, os sintomas devem estar presentes na fase lútea (uma a duas semanas antes da menstruação) e desaparecer ou diminuir drasticamente logo após o início do fluxo menstrual (fase folicular). Se os sintomas persistem durante todo o ciclo, com apenas uma piora no período pré-menstrual, o diagnóstico provável é de exacerbação pré-menstrual de outro transtorno psiquiátrico (como depressão maior ou transtorno de ansiedade), e não TDPM.

Alternativa b) Incorreta. Embora os esteroides ovarianos e seus metabólitos de fato atuem no Sistema Nervoso Central, influenciando o humor e a cognição, a fisiopatologia do TDPM não é explicada por um predomínio de progesterona em

relação ao estradiol. A teoria mais aceita atualmente foca na sensibilidade anormal do cérebro às oscilações hormonais e à forma como metabólitos da progesterona, como a alopregnanolona, interagem com os receptores GABA-A em mulheres suscetíveis.

Alternativa c) Incorreta. Este é um conceito fundamental para provas: mulheres com SPM ou TDPM não apresentam níveis hormonais de estrogênio ou progesterona diferentes daqueles das mulheres que não sofrem dessas condições. Os estudos mostram que as concentrações hormonais circulantes são normais. O transtorno ocorre devido a uma resposta neurobiológica anormal a variações hormonais que são fisiologicamente normais.

Alternativa d) Correta. O TDPM é considerado a forma grave e incapacitante da SPM, estando classificado no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) dentro do grupo dos transtornos depressivos. O quadro clínico é dominado por sintomas psíquicos intensos, como irritabilidade severa, raiva, labilidade emocional marcante (choro fácil), ansiedade e tensão. Em casos extremos, a desregulação emocional pode levar a comportamentos impulsivos, crises de pânico e ideação suicida. Além disso, os sintomas físicos (como mastalgia e distensão abdominal) também estão presentes e contribuem para o prejuízo funcional da paciente.

Questão 90

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente jovem com dor pélvica aguda intensa (intensidade 8), apresentando sinais de instabilidade hemodinâmica ou dor excruciante (palidez, diaforese, agitação). O exame físico revela sinais sugestivos de Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIPA), como corrimento mucopurulento e dor à mobilização do colo uterino, mas o quadro é grave o suficiente para exigir a exclusão de diagnósticos diferenciais cirúrgicos.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) - INCORRETA (Gabarito): Embora a torção anexial seja um diagnóstico diferencial importante em quadros de dor pélvica aguda, a afirmação está errada ao dizer que o tratamento deve ser clínico. A torção anexial é uma emergência cirúrgica. O retardo na intervenção cirúrgica (destorção ou anexectomia, dependendo da viabilidade do tecido) pode levar à necrose do ovário e da tuba, comprometendo definitivamente a fertilidade da paciente. Portanto, o tratamento é cirúrgico, não clínico.

Alternativa (b) - CORRETA: A internação é indicada neste caso. A paciente apresenta sinais sistêmicos (palidez e diaforese) e dor de alta intensidade. Em casos de dúvida diagnóstica entre DIPA e emergências cirúrgicas (como apendicite, gravidez ectópica ou torção), ou quando a paciente apresenta sinais de gravidade, a internação para monitorização, exames complementares e possível abordagem cirúrgica é a conduta adequada.

Alternativa (c) - CORRETA: De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e do CDC, o diagnóstico da DIPA é fundamentalmente clínico. Diante da presença dos critérios maiores (dor no hipogástrio, dor à mobilização do colo e dor anexial), o tratamento antibiótico empírico deve ser iniciado imediatamente para prevenir sequelas a longo prazo, como infertilidade e dor pélvica crônica, sem aguardar resultados de culturas ou exames de imagem se o quadro for compatível.

Alternativa (d) - CORRETA: A gravidez ectópica rota é um dos principais diagnósticos diferenciais em mulheres em idade fértil com dor pélvica aguda. A presença de palidez cutânea e diaforese reforça essa hipótese, pois sugere uma síndrome hemorrágica que pode evoluir rapidamente para choque hipovolêmico grave. É obrigatório realizar um teste de gravidez (beta-hCG) em casos como este.

Questão 91

Esta questão aborda o manejo e a fisiopatologia do trauma na gestante, com foco no Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) traumático e em medidas preventivas. Para identificar a alternativa incorreta, vamos analisar cada uma delas:

Alternativa a) Correta. Na fase inicial do descolamento de placenta, o ultrassom apresenta sensibilidade limitada (variando de 25% a 50%). O sangue pode ter a mesma ecogenicidade do tecido placentário ou pode ainda não ter se acumulado em volume suficiente para ser visualizado. Portanto, um ultrassom normal não exclui o diagnóstico de DPP.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico do DPP é predominantemente clínico, baseado na história de trauma, dor abdominal súbita, hipertonia uterina (útero de madeira) e, por vezes, sangramento vaginal. A dor intensa e contínua é um marcador clínico importante de gravidade e de um possível desfecho desfavorável para o binômio mãe-feto.

Alternativa c) Correta. O mecanismo fisiopatológico do DPP no trauma automobilístico deve-se às forças de desaceleração. Enquanto o miométrio (músculo uterino) é elástico e se deforma durante o impacto, a placenta é um órgão inelástico. Essa

diferença de flexibilidade gera uma força de cisalhamento na interface entre a placenta e o útero, levando ao descolamento.

Alternativa d) Incorreta (Gabarito). Esta alternativa contém dois erros graves de orientação técnica. Primeiro, o cinto de segurança de três pontos deve ser usado rotineiramente pela gestante; a faixa subabdominal deve passar abaixo do útero (sobre as cristas ilíacas e a sínfise púbica) e a faixa diagonal deve passar entre as mamas, nunca sendo abolida. Segundo, o airbag nunca deve ser desligado. Estudos mostram que o airbag, quando associado ao uso correto do cinto de segurança, reduz a mortalidade materna e não aumenta o risco de lesão fetal ou DPP. A recomendação é apenas afastar o banco o máximo possível do painel ou volante.

Portanto, a alternativa d é a incorreta, pois recomenda condutas de segurança (desligar o airbag e mudar drasticamente a configuração do cinto) que contrariam as evidências científicas de proteção à gestante.

Questão 92

Alternativa (a) está incorreta. O rastreio da hepatite B na gestação é realizado por meio da pesquisa do HBsAg (antígeno de superfície do vírus), que indica a presença do vírus no organismo. O anti-HBs é um marcador de imunidade, presente em pessoas vacinadas ou que já se curaram da infecção. O protocolo do Ministério da Saúde prevê a solicitação do HBsAg na primeira consulta e a repetição no terceiro trimestre.

Alternativa (b) está incorreta. Na toxoplasmose, o rastreamento é baseado na sorologia (IgG e IgM). O objetivo é identificar gestantes suscetíveis (IgG e IgM negativos) para orientar medidas preventivas e repetir os exames periodicamente. Embora o tratamento precoce após a soroconversão reduza a transmissão vertical, a alternativa traz uma descrição que foge da padronização de exames rotineiros comparada à precisão da alternativa D. Além disso, a conduta na soroconversão envolve exames adicionais, como o teste de avidéz de IgG, se realizado precocemente.

Alternativa (c) está incorreta. O rastreamento rotineiro para citomegalovírus (CMV) não é recomendado pelo Ministério da Saúde nem pela FEBRASGO no pré-natal de baixo risco. Isso ocorre porque não há evidências de que o tratamento antenatal reduza a transmissão ou os danos fetais, além de haver dificuldade na interpretação diagnóstica em casos de reativação ou reinfeção por diferentes cepas.

Alternativa (d) está correta. Este é um ponto fundamental do protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde. O exame de urina tipo 1 (EAS) e a urocultura devem ser

solicitados rotineiramente na primeira consulta e repetidos no terceiro trimestre, idealmente por volta da 30ª semana de gestação. O principal objetivo é o diagnóstico da bacteriúria assintomática, que, se não tratada na gestante, apresenta alto risco de evolução para pielonefrite, além de estar associada ao trabalho de parto prematuro e à ruptura prematura de membranas.

Questão 93

Análise das alternativas:

Letra (a) Incorreta: A vacina contra a influenza é composta por vírus inativados e é recomendada para todas as gestantes em qualquer idade gestacional. Não existe restrição ao primeiro trimestre; pelo contrário, a vacinação deve ser priorizada assim que disponível, dado o maior risco de complicações respiratórias e internações em gestantes infectadas pelo vírus da gripe.

Letra (b) Correta: A vacina contra a hepatite B faz parte do calendário oficial da gestante. Aquelas que não foram vacinadas previamente ou que não apresentam imunidade comprovada (anti-HBs negativo) devem receber o esquema de três doses. A vacina é segura, pois é produzida por engenharia genética (subunidade proteica), não contendo o vírus vivo.

Letra (c) Incorreta: Embora a vacina contra a febre amarela seja geralmente evitada na gestação, ela possui uma contraindicação específica e importante durante a lactação. Em mulheres que amamentam bebês com menos de 6 meses, a vacina deve ser evitada devido ao risco de transmissão do vírus vacinal pelo leite materno, o que pode causar encefalite no lactente. Se a vacinação for estritamente necessária por risco epidemiológico, recomenda-se a suspensão do aleitamento materno por 10 a 15 dias.

Letra (d) Incorreta: A vacinação contra a COVID-19, incluindo as vacinas de mRNA, é recomendada para gestantes em qualquer fase da gravidez. Estudos clínicos e dados de vida real demonstraram que a vacina é segura e não está associada a complicações maternas ou neonatais. Na verdade, a vacinação é uma estratégia crucial para prevenir formas graves da doença, que aumentam o risco de parto prematuro e morte materna.

Questão 94

Alternativa (a) INCORRETA: O toque retal não é obrigatório em todos os partos vaginais de forma rotineira. Ele deve ser realizado obrigatoriamente quando há suspeita de lacerações de terceiro ou quarto graus, com o objetivo de avaliar a integridade do esfíncter anal e da mucosa retal. Realizá-lo em todos os partos, inclusive naqueles sem trauma perineal evidente, é desnecessário e desconfortável para a paciente.

Alternativa (b) CORRETA: Lacerações de primeiro grau envolvem apenas a pele do períneo ou a mucosa vaginal, sem atingir a musculatura. De acordo com as evidências atuais e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), se essas lesões não estiverem sangrando e a anatomia estiver preservada, a conduta expectante (não suturar) é preferível, pois reduz o desconforto no pós-parto e a necessidade de intervenções desnecessárias.

Alternativa (c) INCORRETA: O erro reside na recomendação do tipo de fio para a pele. Nas suturas de lacerações perineais ou episiotomias, devem ser utilizados fios absorvíveis (como o poliglactina 910) em todos os planos, inclusive na pele. O uso de fios inabsorvíveis causaria dor e exigiria a retirada posterior dos pontos, o que não é a prática padrão. Além disso, a sutura intradérmica contínua é geralmente preferível aos pontos separados por reduzir a dor pós-operatória.

Alternativa (d) INCORRETA: A recomendação atual é que a episiotomia não seja realizada de forma rotineira, mas sim de forma seletiva e criteriosa. Dizer que ela "não está mais recomendada", inclusive em partos instrumentados, é um erro, pois, em casos de aplicação de fórceps ou vácuo-extrator, a episiotomia mediolateral ainda pode ser indicada para facilitar o desprendimento fetal e, teoricamente, prevenir lacerações de alto grau, embora seu uso, mesmo nessas situações, deva ser individualizado.

Questão 95

Análise da questão:

O caso clínico apresenta uma gestante de 30 semanas (pré-termo) em trabalho de parto prematuro, evidenciado pela dinâmica uterina e modificação cervical (3 cm de dilatação). O fator desencadeante identificado é uma infecção urinária (cistite). O objetivo principal é identificar a alternativa correta sobre a fisiopatologia ou a conduta terapêutica nesse cenário.

Alternativa a) Correta. A infecção é uma das principais causas de trabalho de parto prematuro. O processo infeccioso, mesmo em locais próximos como a bexiga, ativa

uma cascata inflamatória. As bactérias ou seus produtos estimulam a produção de citocinas pró-inflamatórias (como IL-1, IL-6 e TNF-alfa), que levam à produção de prostaglandinas e proteases (metaloproteinases). Essas substâncias promovem o amolecimento do colo uterino e o início das contrações, contrapondo-se ao efeito relaxante da progesterona, que mantém o útero em repouso durante a gestação.

Alternativa b) Incorreta. Existe indicação de tocólise (inibição das contrações). O índice de Bishop avalia as condições do colo e, embora a dilatação seja de 3 cm, o objetivo da tocólise em uma gestação de 30 semanas não é necessariamente evitar o parto definitivamente, mas sim ganhar tempo para a administração de corticoides. Não se considera impossível interromper ou retardar o trabalho de parto prematuro apenas com esses dados.

Alternativa c) Incorreta. A primeira parte da alternativa está correta: o objetivo da tocólise é postergar o parto por pelo menos 48 horas para permitir a ação do corticoide antenatal e a transferência para um centro com UTI neonatal. Entretanto, a recomendação atual é que não se deve manter a tocólise por tempo prolongado (como 7 dias). A chamada tocólise de manutenção não demonstrou benefícios na redução da morbimortalidade neonatal e não é recomendada pelos principais protocolos (como os da FEBRASGO e ACOG).

Alternativa d) Incorreta. Os efeitos colaterais descritos (tremores, palpitações e edema agudo de pulmão) são característicos dos fármacos beta-agonistas (como a terbutalina e o salbutamol), e não da nifedipina. A nifedipina é um bloqueador de canais de cálcio e seus principais efeitos colaterais são cefaleia, rubor facial e hipotensão arterial. O edema agudo de pulmão é uma complicação temida e classicamente associada ao uso de beta-miméticos em obstetrícia.

Questão 96

Alternativa a (Incorreta - Gabarito): Esta alternativa é incorreta porque o tempo gestacional indicado está equivocado para fins de rastreamento e planejamento. Em pacientes com fatores de risco, como cirurgia uterina prévia e placenta anterior baixa, a avaliação ultrassonográfica para o diagnóstico do espectro de placenta acreta (EPA) deve ser realizada, idealmente, no segundo trimestre, entre 18 e 24 semanas (durante o ultrassom morfológico). O intervalo de 34 a 36 semanas é, na verdade, a janela recomendada pelas principais diretrizes (como as da FIGO e ACOG) para a resolução cirúrgica programada da gestação em casos confirmados de acretismo, visando evitar complicações hemorrágicas de emergência.

Alternativa b (Correta): Esta alternativa descreve a conduta de exceção para o chamado diagnóstico de surpresa. Caso o cirurgião se depare com um quadro de

placenta acreta durante uma cesariana e perceba que não há condições ideais (falta de reserva de sangue, equipe multidisciplinar ou recursos de UTI), a conduta mais segura para evitar uma hemorragia massiva e a morte materna é a técnica de deixar a placenta in situ. Realiza-se a histerotomia fora da área invadida para extração fetal, fecha-se o útero com a placenta dentro e programa-se a reabordagem definitiva em um ambiente controlado após a estabilização.

Alternativa c (Correta): A alternativa descreve com precisão a fisiopatologia e os sinais ultrassonográficos precoces da condição. A implantação do saco gestacional sobre a cicatriz de uma histerotomia prévia (cesárea) no segmento uterino inferior é o principal fator de risco e o marcador inicial do desenvolvimento do espectro de placenta acreta.

Alternativa d (Correta): Esta afirmação baseia-se em técnicas de cirurgia conservadora para o tratamento do acretismo placentário (como a ressecção segmentar miometrial). O princípio é que, ao remover cirurgicamente não apenas a placenta, mas todo o miométrio comprometido e o tecido cicatricial defeituoso, seguido de uma reconstrução uterina adequada, o substrato para uma nova invasão placentária anormal em gestações futuras é reduzido. Embora o risco não seja zero, as técnicas de ressecção radical da área afetada visam tornar a incidência de recorrência menos significativa em comparação com técnicas que mantêm a cicatriz íntegra.

Questão 97

Alternativa (a) CORRETA: Durante a gestação, ocorre uma mudança no ajuste do centro da sede e no limiar de liberação do hormônio antidiurético (vasopressina). O organismo passa a reter água de forma mais acentuada do que retém sódio, resultando em uma hemodiluição relativa. Esse processo leva a uma queda fisiológica da osmolalidade plasmática em cerca de 10 mOsm/kg, o que é uma adaptação metabólica e hídrica normal da gravidez.

Alternativa (b) INCORRETA: A hematúria (sangue na urina) nunca é considerada uma alteração fisiológica ou habitual da gestação. Embora o sistema urinário sofra modificações anatômicas, como a dilatação dos ureteres e pelves renais, a presença de sangue na urina deve sempre ser investigada como sinal de patologia, como infecção do trato urinário ou cálculos renais.

Alternativa (c) INCORRETA: Não existe redução volumétrica do baço na gestação. O que ocorre é uma grande expansão do volume plasmático (hipervolemia), que pode levar a um aumento discreto do volume esplênico ou à manutenção do seu tamanho normal, mas nunca à sua diminuição.

Alternativa (d) INCORRETA: Com o crescimento do útero, o diafragma é elevado em cerca de 4 centímetros. Essa alteração mecânica reduz o volume de ar que permanece nos pulmões após uma expiração normal. Portanto, ocorre uma REDUÇÃO da Capacidade Residual Funcional e do Volume Residual. O que aumenta na gestação é o volume corrente (quantidade de ar que entra e sai em cada respiração), visando suprir a maior demanda de oxigênio.

Questão 98

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Esta é a alternativa a ser assinalada, pois contém diversos erros conceituais sobre a profilaxia da pré-eclâmpsia (PE). As principais diretrizes nacionais (FEBRASGO) e internacionais (ACOG, FIGO) recomendam apenas o uso de AAS (aspirina) em doses de 100 a 150 mg e a suplementação de cálcio (para pacientes com baixa ingestão dietética) como medidas eficazes de prevenção. O uso de vitamina C e vitamina E foi amplamente estudado e não demonstrou benefício, não sendo recomendado. O ácido fólico é indicado para a prevenção de defeitos do tubo neural, e a heparina de baixo peso molecular não é uma droga de rotina para prevenção de PE, sendo reservada para gestantes com trombofilias específicas.

Alternativa (b) CORRETA: Fatores de risco clínicos são essenciais na triagem pré-natal. A obesidade (IMC acima de 30 kg/m²), a gestação múltipla (devido à maior massa placentária) e o uso de técnicas de reprodução assistida são marcadores epidemiológicos clássicos associados a uma maior incidência de pré-eclâmpsia.

Alternativa (c) CORRETA: O Doppler de artérias uterinas avalia a invasão trofoblástica das artérias espiraladas. A persistência da incisura protodiastólica bilateral ou o aumento do índice de pulsatilidade médio após a 24ª semana de gestação indica uma falha na segunda onda de migração trofoblástica. Em pacientes que já apresentam riscos clínicos, este exame possui um alto valor preditivo negativo e é considerado um dos melhores métodos para identificar aquelas que evoluirão com pré-eclâmpsia, especialmente nas formas precoces.

Alternativa (d) CORRETA: De acordo com os critérios diagnósticos atuais, a proteinúria significativa é definida pela coleta de urina de 24 horas apresentando 300 mg ou mais de proteína. Como a coleta de 24 horas é frequentemente sujeita a erros de armazenamento e tempo, a relação proteína/creatinina (P/C) em amostra isolada de urina tornou-se o padrão-ouro por sua praticidade; valores iguais ou superiores a 0,3 (ambos em mg/dL) confirmam a proteinúria para o diagnóstico de PE.

Questão 99

ANÁLISE DO CASO:

Antônia apresenta um quadro clínico clássico de Depressão Pós-Parto (DPP). Os sintomas incluem tristeza (choro), anedonia (perda de interesse), alterações do sono e apetite, negligência com o autocuidado e com o recém-nascido, além de sentimentos de culpa e incapacidade. O caso destaca diversos fatores de risco: histórico prévio de depressão (uso de sertralina), eventos obstétricos negativos (dois abortos), parto difícil (estresse físico e emocional) e ausência de rede de apoio (abandono pelo parceiro).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de Saúde) é a porta de entrada preferencial e deve ser capaz de diagnosticar e iniciar o manejo da maioria dos casos de depressão leve a moderada. O encaminhamento para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é indicado para casos graves, persistentes, com risco de suicídio ou psicose puerperal. No contexto da questão, a alternativa C descreve uma prática de saúde pública e clínica mais fundamental e prioritária no rastreio.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A interrupção abrupta de antidepressivos ao descobrir a gestação, sem planejamento médico, é um erro comum que eleva drasticamente o risco de recaída. A sertralina é considerada segura tanto na gestação quanto na amamentação. O manejo deve ser baseado no custo-benefício e, para muitas pacientes, manter a medicação é mais seguro para o binômio mãe-feto do que enfrentar uma depressão grave não tratada.

ALTERNATIVA C: CORRETA. O rastreamento de transtornos mentais no período perinatal é uma recomendação oficial de diretrizes nacionais e internacionais. O médico deve estar atento aos sinais de humor deprimido e ansiedade em todas as consultas de pré-natal e puerpério. A aplicação de instrumentos validados, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), é a ferramenta padrão-ouro para identificar pacientes em risco e confirmar o diagnóstico clínico.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. Não existe um "único" antidepressivo seguro. Vários Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) podem ser usados. Na verdade, a sertralina é frequentemente a primeira escolha durante a amamentação devido à sua baixa excreção no leite materno e meia-vida curta, sendo preferível à fluoxetina em muitos protocolos de puerpério.

Questão 100

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de choque hipovolêmico grave decorrente de hemorragia pós-parto (HPP). Os sinais clínicos são inequívocos: taquicardia (120 bpm), hipotensão severa (78/40 mmHg), sinais de má perfusão periférica (extremidades frias e sudorese), palidez e alteração do nível de consciência (gemência e perda de consciência). O útero acima da cicatriz umbilical sugere atonia uterina, que é a causa mais comum de HPP.

Alternativa A (CORRETA):

A definição de hemorragia pós-parto envolve a perda sanguínea acima de 500 mL em partos vaginais ou qualquer perda que resulte em instabilidade hemodinâmica. No caso descrito, a paciente apresenta sinais de choque classe III ou IV (perda estimada superior a 30-40% da volemia), caracterizando uma hemorragia grave com risco iminente de morte.

Alternativa B (INCORRETA):

O Índice de Choque (IC) é calculado pela razão entre a frequência cardíaca (FC) e a pressão arterial sistólica (PAS).

Cálculo: $120 \text{ (FC)} / 78 \text{ (PAS)} = 1,53$.

Um IC maior que 0,9 indica perda volêmica significativa e necessidade de transfusão sanguínea. O valor de 0,65 citado na alternativa é considerado normal (0,5 a 0,7), o que não condiz com a gravidade da paciente.

Alternativa C (INCORRETA):

Diante de uma paciente com choque hipovolêmico franco, a prioridade absoluta é a estabilização hemodinâmica e o manejo emergencial (protocolo de Código Vermelho/Hemorragia). Isso inclui pedir ajuda, garantir acesso venoso calibroso e iniciar a reposição volêmica imediata. Embora a identificação da causa (os "4 Ts": Tônus, Trauma, Tecido e Trombina) ocorra simultaneamente, a "primeira medida" em uma paciente instável é o suporte básico de vida e ressuscitação, não apenas o diagnóstico etiológico.

Alternativa D (INCORRETA):

As diretrizes modernas de obstetrícia e terapia intensiva (como a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia) recomendam uma reposição volêmica criteriosa. O uso excessivo de cristaloides (como 2.000 mL) deve ser evitado, pois pode causar hemodiluição dos fatores de coagulação, acidose e hipotermia, piorando a coagulopatia (tríade da morte). Atualmente, preconiza-se o uso inicial de 500 mL a 1.000 mL de cristaloides aquecidos, partindo precocemente para a hemotransfusão (protocolo de transfusão maciça) se a instabilidade persistir. Além disso, as medidas de controle devem ser iniciadas antes mesmo de um diagnóstico definitivo ser

concluído, devido à emergência do quadro.
