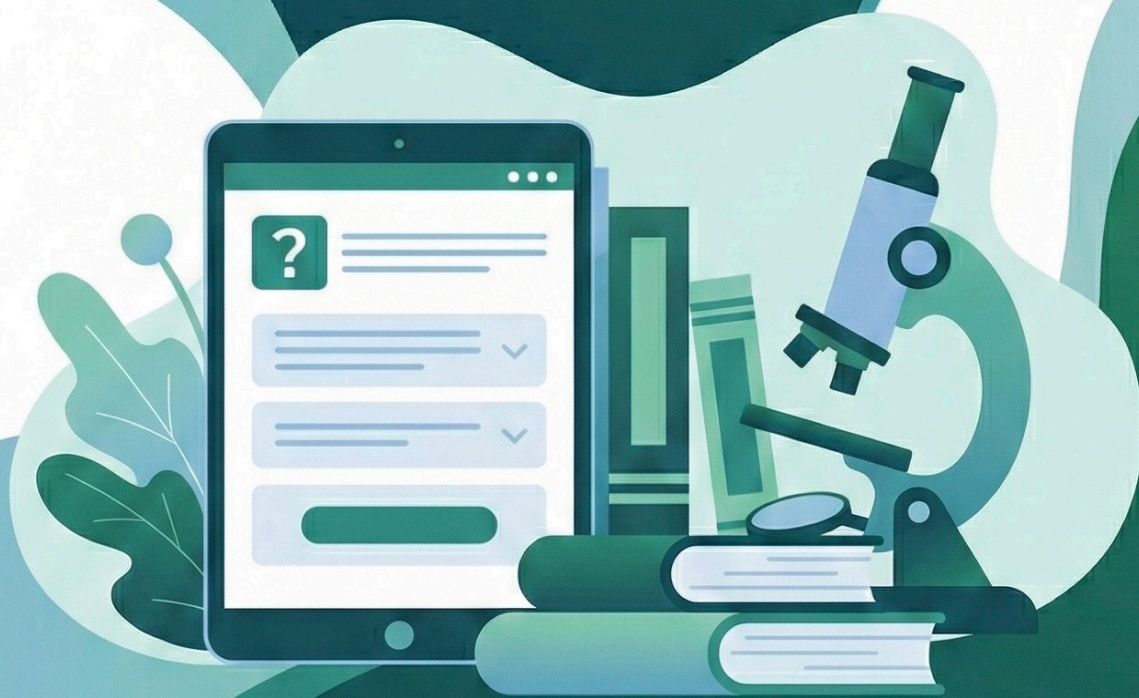




UNESP

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: UNESP

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve um recém-nascido (RN) de 36 semanas (pré-termo tardio) nascido de cesariana eletiva, sem que a mãe tenha entrado em trabalho de parto. Esses dois fatores — a prematuridade limítrofe e a ausência de trabalho de parto — são os principais fatores de risco para a Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN). A TTRN ocorre devido ao retardo na reabsorção do líquido pulmonar fetal. Durante o parto vaginal ou no trabalho de parto, o aumento de catecolaminas e a compressão torácica ajudam a drenar esse líquido; na ausência desses processos, o líquido permanece nos alvéolos, dificultando as trocas gasosas.

O RN apresenta taquipneia (80 irpm) e sinais de desconforto respiratório (tiragem e batimento de aletas nasais) logo após o nascimento, o que corrobora a hipótese de TTRN.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) CORRETA: O diagnóstico mais provável é a Taquipneia Transitória do RN (TTRN). A conduta inicial para estabilização inclui o uso de CPAP nasal, que fornece uma pressão positiva contínua, ajudando a recrutar os alvéolos e facilitando a absorção do líquido pulmonar residual. Além disso, a manutenção da normotermia e a monitoração constante (frequência cardíaca e saturação de O₂ pré-ductal) são pilares do cuidado neonatal precoce para garantir que o bebê não evolua com fadiga ou hipóxia.

Alternativa b) INCORRETA: A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), ou Doença da Membrana Hialina, é causada pela deficiência de surfactante e é mais comum em prematuros extremos (geralmente abaixo de 34 semanas). Embora possa ocorrer em bebês de 36 semanas, a história de cesariana sem trabalho de parto direciona fortemente para TTRN. Além disso, a administração de surfactante é reservada para casos confirmados de SDR com necessidade de suporte ventilatório significativo, não sendo a primeira escolha para TTRN.

Alternativa c) INCORRETA: Embora o diagnóstico de TTRN esteja correto nesta alternativa, a conduta de oferecer oxigênio inalatório para manter a saturação acima de 96% é inadequada. Alvos de saturação tão elevados podem causar toxicidade pelo oxigênio (estresse oxidativo). Além disso, o CPAP nasal é mais eficaz que o oxigênio inalatório simples (como em um capacete de oxigênio), pois a pressão positiva auxilia diretamente na fisiopatologia de reabsorção do líquido.

Alternativa d) INCORRETA: Reitera o erro no diagnóstico de SDR. O uso de ventilador manual em T e a administração de surfactante na primeira hora de vida são condutas agressivas indicadas para bebês com alta probabilidade de deficiência de surfactante ou insuficiência respiratória grave, o que não é o tratamento padrão para a Taquipneia Transitória do RN, que é uma condição autolimitada e geralmente benigna.

Questão 2

Este caso clínico apresenta um recém-nascido de 14 dias com sinais clássicos de alerta para sepse neonatal tardia. Os sintomas de recusa alimentar, vômitos, hipoatividade e desconforto respiratório grave (taquipneia, gemência, batimento de aleta nasal e retrações) em um bebê tão jovem indicam uma condição sistêmica grave que exige estabilização imediata e internação hospitalar.

A análise das alternativas fundamenta-se nos protocolos de estabilização do recém-nascido grave:

Alternativa (a) Incorreta. Embora o jejum, o raio X e a internação sejam necessários, a intubação orotraqueal (IOT) não é o primeiro passo obrigatório para todos os pacientes com desconforto respiratório. A decisão pela IOT deve ser precedida pela avaliação da resposta à suplementação de oxigênio e suportes menos invasivos, como o CPAP, a menos que o paciente apresente apneia ou sinais iminentes de insuficiência respiratória grave que não respondam a medidas iniciais.

Alternativa (b) Incorreta. A temperatura de 37,3 °C não justifica o uso de antitérmicos no recém-nascido. Além disso, a conduta de "observação em pronto atendimento" é inadequada para um neonato com 14 dias apresentando sinais de sepse e desconforto respiratório importante; este paciente tem indicação absoluta de internação em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve as medidas de suporte e estabilização recomendadas para um recém-nascido criticamente enfermo. O jejum e a passagem de sonda gástrica são fundamentais para prevenir a aspiração, dado o risco de vômitos e o esforço respiratório. A monitorização e a hidratação venosa garantem o suporte hemodinâmico. A avaliação da suplementação de oxigênio e suporte respiratório (seja por cateter, CPAP ou IOT, dependendo da evolução) segue a lógica da progressão do suporte ventilatório. A solicitação de internação é mandatária pela gravidade do quadro.

Alternativa (d) Incorreta. Realizar apenas a expansão volêmica e oxigênio por cateter

com "observação da evolução" é uma conduta incompleta e perigosa. O recém-nascido com sinais de sepse e desconforto respiratório grave necessita de monitorização contínua, proteção de via aérea (jejum/sonda) e uma estrutura hospitalar completa para investigação diagnóstica e tratamento antibiótico precoce.

Em resumo, diante de um recém-nascido com sinais de gravidade, a prioridade é a estabilização clínica (ABC), monitorização e garantia de suporte em ambiente hospitalar adequado, conforme preconizado pela alternativa (c).

Questão 3

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso descreve um recém-nascido (RN) a termo (37 semanas) que, após os passos iniciais da reanimação neonatal (prover calor, posicionar a cabeça e estimular), permanece em apneia e apresenta frequência cardíaca (FC) de 60 bpm.

De acordo com as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), o passo mais importante na reanimação do RN em sala de parto é a ventilação pulmonar. Se o RN apresenta apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm após os passos iniciais, deve-se iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) nos primeiros 60 segundos de vida (o chamado Minuto de Ouro).

Para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais, a recomendação é iniciar a VPP com ar ambiente, ou seja, oxigênio a 21%. A concentração de oxigênio só deve ser aumentada se não houver melhora clínica, sempre guiada pela oximetria de pulso.

Análise das alternativas:

Alternativa a) CORRETA. Esta é a conduta padrão. Para um RN de 37 semanas com FC de 60 bpm e apneia, a prioridade absoluta é iniciar a VPP. O equipamento preconizado é o balão autoinflável com máscara facial, e a concentração inicial de oxigênio deve ser de 21%.

Alternativa b) INCORRETA. Embora o ventilador manual em T seja uma interface superior ao balão autoinflável em alguns aspectos, a máscara laríngea não é a primeira escolha de interface (usa-se primeiro a máscara facial). Além disso, a concentração inicial de oxigênio entre 30% e 60% é excessiva para um RN a termo no início da reanimação.

Alternativa c) INCORRETA. O uso de oxigênio a 100% logo no início da reanimação é contraindicado devido ao risco de lesão tecidual por excesso de radicais livres. Além disso, a massagem cardíaca só deve ser iniciada após 30 segundos de VPP técnica e efetivamente realizada, caso a FC permaneça abaixo de 60 bpm.

Alternativa d) INCORRETA. A intubação traqueal e a massagem cardíaca não são os primeiros passos. A grande maioria dos RNs responde bem à VPP por máscara facial. A massagem cardíaca nunca deve ser iniciada antes de se garantir uma ventilação adequada por pelo menos 30 segundos.

Gabarito: Letra A.

Questão 4

Essa questão aborda as recomendações atuais sobre o clampeamento do cordão umbilical em recém-nascidos (RN) com boa vitalidade.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o clampeamento tardio seja, sim, um fator protetor contra a anemia ferropriva e seja indicado para prematuros menores de 34 semanas, a recomendação não se restringe a eles. O clampeamento tardio é a conduta padrão para todos os recém-nascidos com boa vitalidade, inclusive os a termo (como o do caso clínico), visando justamente à proteção das reservas de ferro.

Alternativa (b) Correta: De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o RN a termo com boa vitalidade, o clampeamento deve ser realizado de forma tardia (após 1 a 3 minutos ou após a cessação das pulsações). Essa conduta garante a transfusão placentária de cerca de 70 a 100 mL de sangue, o que aumenta os níveis de hemoglobina nas primeiras 24 horas e melhora significativamente os estoques de ferro (ferritina) até os 3 a 6 meses de vida, reduzindo o risco de anemia no primeiro ano.

Alternativa (c) Incorreta: Não há evidências suficientes para recomendar a ordenha (milking) do cordão como prática rotineira em substituição ao clampeamento tardio em RNs a termo. Além disso, em prematuros extremos, a ordenha tem sido associada a um risco aumentado de hemorragia intraventricular em alguns estudos, não sendo a técnica de escolha prioritária frente ao clampeamento tardio fisiológico.

Alternativa (d) Incorreta: Atualmente, as recomendações do Ministério da Saúde e da SBP indicam que, se a gestante vivendo com HIV realizou o pré-natal adequado e apresenta carga viral indetectável ou baixa, o clampeamento tardio pode ser realizado. O risco de transmissão vertical nessa circunstância é considerado mínimo

perante os benefícios hematológicos para o lactente. O clampeamento imediato em mães HIV-positivas deixou de ser uma regra absoluta para todos os casos.

Questão 5

A conduta diante de uma adolescente com síndrome de Down (T21) exige um acompanhamento multiprofissional e a vigilância de comorbidades específicas associadas à alteração genética, além das orientações habituais da hebiatria.

Alternativa (a) incorreta: O acompanhamento da pessoa com síndrome de Down prioriza a inclusão na rede regular de ensino e não em escolas especiais como regra. Além disso, a solicitação de TSH e T4L é mandatória anualmente para pacientes com T21, independentemente de histórico familiar, devido à altíssima prevalência de hipotireoidismo nessa população. A alternativa também falha ao não abordar a investigação da queixa clínica de dor cervical.

Alternativa (b) correta: Esta alternativa contempla as orientações gerais de saúde essenciais para a adolescência (alimentação, higiene do sono, exercícios, vacinas e controle do uso de telas) e as necessidades específicas da T21. Aos 14 anos, a orientação vocacional e a escolaridade são temas fundamentais para o desenvolvimento da autonomia. Quanto aos exames laboratoriais, o hemograma (pelo risco de anemias e desordens hematológicas) e o rastreio de função tireoidiana (TSH e T4L) devem ser anuais. A avaliação visual deve ser periódica devido à alta incidência de erros refrativos e catarata. O RX de coluna cervical é corretamente indicado aqui: embora o rastreio em pacientes assintomáticos seja controverso em algumas diretrizes recentes, a presença de dor cervical em um paciente com T21 é um sinal de alerta para instabilidade atlantoaxial, exigindo investigação radiológica imediata.

Alternativa (c) incorreta: A afirmação de que o estudo radiológico não é mais necessário está errada para este cenário clínico. A dor cervical é um sintoma que obriga o médico a descartar a subluxação atlantoaxial, uma complicação grave que pode levar à compressão medular. Além disso, as diretrizes atuais de saúde pública e educação defendem a inclusão escolar em escolas regulares, e não o isolamento em educação especial.

Alternativa (d) incorreta: O aconselhamento sobre sexualidade e a prevenção de abusos são pilares do cuidado. É um erro técnico afirmar que a orientação contraceptiva não é relevante. Embora a fertilidade possa estar reduzida, especialmente no sexo masculino, mulheres com síndrome de Down podem ser férteis e engravidar. Portanto, a contracepção e a educação sexual são essenciais para garantir a saúde reprodutiva e a proteção da adolescente.

Questão 6

Análise do Quadro Clínico:

A paciente de 5 anos apresenta um quadro de início recente (há 2 meses), caracterizado por regressão de marcos do desenvolvimento já adquiridos (controle esfinteriano, manifestada pela enurese secundária), além de alterações de humor e comportamento (irritabilidade, sono agitado, desatenção e isolamento social). O ponto crucial da anamnese é a associação temporal com dois fatores determinantes: o nascimento de um irmão há 3 meses (um estressor psicossocial clássico na infância, que gera sentimentos de perda de exclusividade e ansiedade) e o uso excessivo e disfuncional de telas (4 horas diárias, inclusive durante as refeições, o que prejudica a interação social e a regulação emocional). O exame físico e neurológico normal afasta causas orgânicas imediatas.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento cujos sinais devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento. No caso descrito, os sintomas surgiram de forma aguda/subaguda em uma criança de 5 anos que não apresentava queixas prévias, configurando uma mudança de comportamento (regressão), e não um padrão de desenvolvimento atípico persistente desde a primeira infância.

Alternativa (b) Correta: O diagnóstico de regressão comportamental é uma resposta comum em crianças diante de mudanças significativas na dinâmica familiar, como o nascimento de um irmão. A criança "retrocede" a comportamentos de etapas anteriores (como urinar na cama ou pedir colo) como forma de expressar sofrimento ou buscar a atenção dos pais. O uso abusivo de telas (acima do limite de 1 hora por dia recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria para essa faixa etária) agrava a irritabilidade, a desatenção e o isolamento. A conduta inicial deve focar na reorganização da rotina, higiene digital e suporte emocional à criança.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a desatenção seja mencionada, o diagnóstico de TDAH exige que os sintomas persistam por pelo menos 6 meses, manifestem-se em diferentes ambientes e não sejam melhor explicados por fatores estressores agudos ou outros transtornos. O início súbito após o nascimento do irmão e a presença de enurese direcionam o raciocínio para uma questão reacional, e não para um transtorno neurobiológico crônico como o TDAH. Além disso, o tratamento farmacológico não é a primeira linha para crianças nessa idade sem antes abordar os fatores ambientais.

Alternativa (d) Incorreta: O Transtorno de Conduta é caracterizado por um padrão

persistente de violação de direitos básicos de outras pessoas ou de normas sociais importantes (como agressividade física, roubo ou destruição de propriedade). O quadro da paciente é de retração e sofrimento interno, não de comportamento antissocial ou desafiador grave. A terapia ABA é o padrão-ouro para TEA, e não a conduta primária para regressão por estresse psicossocial.

Gabarito: Letra (b).

Questão 7

A paciente de 11 anos apresenta um quadro clínico compatível com Síndrome Metabólica (SM). Para crianças e adolescentes entre 10 e 16 anos, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estabelece que o diagnóstico de SM requer a presença de obesidade abdominal (circunferência abdominal maior ou igual ao percentil 90) associada a pelo menos dois dos seguintes critérios: triglicérides maiores ou iguais a 150 mg/dL; HDL menor que 40 mg/dL; pressão arterial sistólica maior ou igual a 130 mmHg ou diastólica maior ou igual a 85 mmHg; e glicemia de jejum maior ou igual a 100 mg/dL (ou diagnóstico prévio de DM2).

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de síndrome metabólica pode ser realizado na infância e na adolescência. A partir dos 10 anos de idade, já existem critérios diagnósticos bem estabelecidos pela IDF e por sociedades de pediatria. Antes dos 10 anos, embora o diagnóstico formal não seja tipicamente fechado, a presença de componentes da síndrome já exige intervenção clínica.

Alternativa B: Incorreta. A glicemia de jejum da paciente é de 106 mg/dL. Para o diagnóstico de síndrome metabólica, o ponto de corte da glicemia de jejum alterada é maior ou igual a 100 mg/dL. Portanto, esse valor é, sim, suficiente para ser contabilizado como um dos critérios positivos para a síndrome no contexto desta paciente.

Alternativa C: Correta. A paciente preenche múltiplos critérios: obesidade abdominal (maior que o percentil 90), triglicérides elevados (168 mg/dL), HDL baixo (37 mg/dL), glicemia de jejum alterada (106 mg/dL) e pressão arterial elevada (maior que o percentil 95). A presença de acantose nigricans reforça a resistência insulínica. O tratamento inicial e fundamental para a SM em pediatria baseia-se na mudança do estilo de vida (combate ao sedentarismo e melhora da qualidade alimentar), sendo ideal o acompanhamento por equipe multiprofissional (médico, nutricionista, educador físico e psicólogo).

Alternativa D: Incorreta. Na pediatria, valores de pressão arterial acima do percentil 95 para idade, sexo e estatura definem hipertensão arterial. Portanto, os valores da

paciente não estão normais e indicam, de forma inequívoca, um aumento do risco cardiovascular futuro se não houver intervenção terapêutica.

Questão 8

O paciente apresenta um quadro de Estado de Mal Epiléptico (EME), definido como uma crise convulsiva com duração superior a 5 minutos. O manejo segue uma sequência cronológica e farmacológica bem estabelecida pelos protocolos de pediatria e de neurologia.

No caso clínico, o paciente já recebeu duas doses de benzodiazepínicos: a primeira via intranasal (0,5 mg/kg) pela equipe pré-hospitalar e a segunda via intravenosa (0,2 mg/kg) no pronto-socorro. Pelos protocolos atuais, após o insucesso de duas doses de benzodiazepínicos adequadamente administradas, deve-se progredir imediatamente para a segunda etapa do tratamento, que consiste no uso de anticonvulsivantes de longa ação.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Insistir em doses repetidas de benzodiazepínicos além do recomendado (geralmente o limite são duas doses) aumenta o risco de efeitos colaterais graves, como depressão respiratória e hipotensão, além de retardar o tratamento eficaz da crise. Aguardar mais 20 minutos em um paciente que já está em crise há 25 minutos é contraindicado, pois quanto maior a duração da crise, maior o risco de lesão neuronal e menor a resposta aos fármacos.

Alternativa B: Incorreta. Embora o fenobarbital seja uma droga de segunda linha (sendo a primeira escolha em neonatos), a dose de ataque para o tratamento do Estado de Mal Epiléptico é de 20 mg/kg. A dose de 5 mg/kg citada na alternativa é insuficiente para o controle de uma crise estabelecida, sendo mais próxima de uma dose de manutenção.

Alternativa C: Correta. A fenitoína é uma das drogas de escolha para a segunda fase do tratamento do EME em lactentes e crianças. A dose recomendada é de 18 a 20 mg/kg, administrada por via intravenosa. A infusão deve ser lenta (não ultrapassando 1 mg/kg/minuto em crianças) e acompanhada de monitorização cardíaca e de pressão arterial, devido ao risco de arritmias e hipotensão associados ao diluente da medicação. Atualmente, o levetiracetam e o valproato de sódio também são opções válidas nesta etapa.

Alternativa D: Incorreta. A cetamina é um antagonista dos receptores NMDA utilizada no tratamento do Estado de Mal Epiléptico refratário ou super-refratário. Ela é

reservada para casos em que as drogas de primeira linha (benzodiazepínicos) e segunda linha (fenitoína, fenobarbital, levetiracetam ou valproato) falharam. Seu uso não precede a administração de anticonvulsivantes de longa ação.

Gabarito: Alternativa C.

Questão 9

A questão aborda o manejo da parada cardiorrespiratória (PCR) em pediatria, especificamente em um cenário de ritmo não chocável (Atividade Elétrica Sem Pulso – AESP) em um paciente asmático, seguindo as diretrizes do PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria) da American Heart Association (AHA) de 2020.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A desfibrilação com carga de 2 J/kg é o tratamento indicado para ritmos chocáveis, que são a Fibrilação Ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP). O caso descreve uma Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), que é um ritmo não chocável. Portanto, o uso do desfibrilador não está indicado neste momento.

Alternativa (b) Correta. No algoritmo de ritmos não chocáveis (AESP e assistolia), a conduta prioritária é o início imediato das compressões torácicas e a administração de adrenalina o mais rápido possível. A dose recomendada é de 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração 1:10.000), devendo ser repetida a cada 3 a 5 minutos enquanto persistir a PCR. Além disso, a identificação e o tratamento de causas reversíveis (os 6 Hs e 5 Ts) são fundamentais. No paciente asmático, deve-se ter atenção especial ao pneumotórax hipertensivo e à hipóxia.

Alternativa (c) Incorreta. A frequência das compressões torácicas deve ser mantida entre 100 e 120 por minuto, independentemente da presença de via aérea avançada. Reduzir a frequência para 80 por minuto comprometeria a pressão de perfusão coronariana e cerebral, diminuindo as chances de retorno à circulação espontânea.

Alternativa (d) Incorreta. Após a instalação de uma via aérea avançada (como a intubação orotraqueal), as compressões torácicas devem ser contínuas, sem interrupções para ventilação. A recomendação para evitar a hiperinsuflação pulmonar e o barotrauma no paciente asmático é utilizar uma frequência ventilatória mais baixa (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto) e permitir um tempo expiratório adequado, mas as compressões não devem ser interrompidas para esse fim.

Resumo do Manejo:

O ritmo é AESP (não chocável). A conduta padrão é RCP de alta qualidade, adrenalina precoce (0,01 mg/kg) e busca ativa por causas reversíveis. No contexto da asma, a principal preocupação é o aprisionamento de ar (auto-PEEP), que pode reduzir o retorno venoso e causar a PCR, além do risco de pneumotórax. Por isso, ventilações excessivas devem ser evitadas, mas a massagem cardíaca deve seguir o ritmo padrão de 100-120/min de forma contínua após a intubação.

Questão 10

A análise da questão deve seguir a sistematização do ATLS (Advanced Trauma Life Support), que prioriza o tratamento das condições que representam risco imediato à vida, seguindo a sequência ABCDE.

O paciente apresenta uma Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 7 pontos (abertura ocular 2 + resposta verbal 2 + resposta motora 3). De acordo com os protocolos de trauma pediátrico e adulto, qualquer paciente com ECG menor ou igual a 8 tem indicação formal de estabelecimento de uma via aérea definitiva (intubação orotraqueal). Isso ocorre porque, com esse nível de consciência, o paciente perde a capacidade de proteger a via aérea contra aspiração de secreções ou sangue (como o sangramento nasal relatado) e pode evoluir com hipóxia central ou obstrução.

Alternativa (a) Incorreta: O paciente apresenta taquicardia (140 bpm), que pode ser sinal precoce de choque, dor ou estresse. No entanto, a pressão arterial está normal para a idade (120 x 70 mmHg), o enchimento capilar é rápido (menor que 3 segundos) e os pulsos estão cheios. Não há sinais de choque descompensado que justifiquem a expansão volêmica imediata como prioridade antes de garantir a via aérea, especialmente diante de um Glasgow tão baixo.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta imediata. O paciente possui indicação de via aérea definitiva por rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 7). A técnica de escolha é a Intubação Orotraqueal em Sequência Rápida (IOTSR), que utiliza sedação e bloqueio neuromuscular para facilitar o procedimento e reduzir o aumento da pressão intracraniana. A estabilização manual da coluna cervical é obrigatória durante a manobra, retirando-se a parte frontal do colar cervical para permitir a visualização da glote sem movimentar o pescoço.

Alternativa (c) Incorreta: Exames de imagem fazem parte da avaliação secundária ou de exames complementares após a estabilização do paciente. Levar um paciente com Glasgow 7 para a sala de tomografia ou realizar radiografias antes de garantir a via aérea é um erro grave de conduta, pois o paciente pode aspirar ou parar de respirar durante o exame.

Alternativa (d) Incorreta: A ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM) é uma medida temporária de suporte respiratório utilizada quando o paciente não consegue manter oxigenação ou ventilação adequadas por conta própria. Embora possa ser usada para pré-oxigenar o paciente antes da intubação, a conduta definitiva e prioritária para um Glasgow de 7 é a intubação orotraqueal, e não apenas o suporte com máscara, que não protege a via aérea contra aspiração.

Questão 11

Análise do caso: O paciente é um pré-escolar de 3 anos que apresenta um quadro clínico clássico de febre recorrente com periodicidade regular (uma vez ao mês). Os sintomas associados — febre, faringite, adenite cervical (íngua no pescoço) e estomatite aftosa (aftas) — formam o conjunto de critérios diagnósticos da síndrome autoinflamatória mais comum da infância.

Alternativa (a) Incorreta: A febre familiar do Mediterrâneo é uma doença autoinflamatória genética, porém sua manifestação clínica principal envolve serosites, como peritonite (dor abdominal aguda), pleurite ou artrite. Embora cause febre recorrente, não apresenta como característica marcante a tríade de faringite, aftas e adenite cervical observada neste caso.

Alternativa (b) Incorreta: As imunodeficiências primárias costumam se manifestar com infecções graves, persistentes, causadas por microrganismos oportunistas ou germes comuns com evolução atípica (como pneumonias de repetição, abscessos profundos ou otites crônicas). O quadro do paciente é de episódios autolimitados, estereotipados e muito regulares, o que direciona o diagnóstico para uma síndrome de febre periódica, e não para uma falha no sistema imune em combater patógenos.

Alternativa (c) Incorreta: A amigdalite de repetição, geralmente de etiologia bacteriana (como pelo *Streptococcus pyogenes*), causa dor de garganta e febre, mas não costuma seguir um padrão cronológico tão preciso de recorrência mensal. Além disso, a presença de aftas orais não é um achado típico da faringoamigdalite bacteriana isolada.

Alternativa (d) Correta: O quadro é típico da Síndrome PFAPA, acrônimo em inglês para Periodic Fever (Febre Periódica), Aphthous stomatitis (Estomatite Aftosa), Pharyngitis (Faringite) e Adenitis (Adenite cervical). Esta síndrome acomete crianças geralmente antes dos 5 anos de idade. Os episódios são marcados por uma regularidade impressionante (parecem ter data marcada para ocorrer), duram cerca de 3 a 5 dias e a criança permanece completamente assintomática e com crescimento e desenvolvimento normais entre as crises. Um teste terapêutico comum é a administração de uma dose única de corticoide, que costuma cessar a

febre rapidamente, auxiliando no diagnóstico diferencial.

Questão 12

A doença celíaca é uma enteropatia crônica de natureza autoimune, desencadeada pela intolerância permanente ao glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. O glúten é um complexo proteico encontrado no trigo, no centeio e na cevada. O único tratamento eficaz é a exclusão total e definitiva desses cereais e de seus derivados da dieta.

Analise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O trigo de quibe é um derivado direto do trigo, sendo rico em glúten. Em relação à aveia, embora não contenha as proteínas tóxicas do glúten em sua forma pura, ela é frequentemente processada nos mesmos equipamentos que o trigo, o centeio e a cevada, sofrendo contaminação cruzada. Na prática clínica e em provas de residência, a aveia costuma ser listada entre os alimentos a serem evitados ou consumidos com cautela apenas se houver certificação de ausência de glúten.

Alternativa b: Incorreta. A farinha de trigo e o centeio são dois dos principais cereais proibidos para pacientes celíacos por conterem glúten (gliadina e secalina, respectivamente).

Alternativa c: Incorreta. A farinha Panko é um tipo de farinha de rosca de origem japonesa, produzida a partir de pão de farinha de trigo, sendo, portanto, contraindicada. O amido de milho e a farinha de mandioca são seguros, mas a presença da farinha Panko torna a alternativa errada.

Alternativa d: Correta. Todos os itens listados são naturalmente isentos de glúten. O fubá é derivado do milho; a tapioca é proveniente da mandioca; e o arroz (farinha de arroz) é um cereal permitido. Esses alimentos formam a base das substituições seguras para o paciente celíaco.

Questão 13

Análise do caso: Trata-se de um lactente de 18 meses, faixa etária em que a exploração do ambiente e a fase oral são predominantes, tornando a ingestão de corpos estranhos um evento comum. O início súbito de engasgo, tosse, sialorreia (excesso de saliva) e dispneia enquanto a criança brincava sozinha é a descrição clássica para a ingestão ou aspiração de um corpo estranho. A estabilização clínica posterior (ausência de dispneia e sialorreia no atendimento) pode indicar que o

objeto progrediu pelo trato digestório ou que a via aérea foi parcialmente desobstruída, mas a investigação permanece obrigatória.

Alternativa a: Correta. A principal hipótese é a ingestão de corpo estranho. Diante da suspeita, a conduta inicial padrão é realizar o exame físico completo (avaliando sinais de obstrução de via aérea ou perfuração) e solicitar radiografias para localização do objeto. Devem ser solicitados raios X de toda a trajetória possível: região cervical, tórax e abdome. A solicitação em duas incidências (frente e perfil) é essencial, pois alguns objetos, como moedas ou baterias de disco, podem ser visualizados apenas em uma das posições ou podem ser diferenciados entre si pela forma como se posicionam no esôfago versus traqueia.

Alternativa b: Incorreta. Embora a hipótese diagnóstica esteja correta, a tomografia computadorizada não é o exame de triagem inicial. O raio X simples é o padrão-ouro inicial por ser rápido, amplamente disponível, ter menor dose de radiação e ser suficiente para identificar a maioria dos corpos estranhos radiopacos (como moedas e metais). A tomografia é reservada para casos em que o raio X é negativo, mas a suspeita clínica persiste, ou quando há suspeita de complicações como perfuração e abscesso.

Alternativa c: Incorreta. A ingestão de cáusticos geralmente apresenta um contexto de ingestão de produtos de limpeza ou químicos, cursando com lesões em mucosa oral, dor intensa ao deglutir e possível instabilidade hemodinâmica, dependendo da substância. O quadro de "engasgo súbito" e "tosse" é muito mais sugestivo de um objeto sólido causando obstrução mecânica do que uma queimadura química.

Alternativa d: Incorreta. A intoxicação exógena por fármacos ou drogas costuma apresentar sintomas sistêmicos, como alteração do nível de consciência, alterações pupilares, convulsões ou alterações de sinais vitais, e não um quadro súbito de engasgo mecânico. Além disso, o lavado gástrico possui indicações muito restritas na pediatria moderna, sendo contraindicado em diversas situações (como ingestão de cáusticos ou hidrocarbonetos) e não teria utilidade na remoção de um corpo estranho sólido.

Resumo da conduta: Em pediatria, a tríade de início súbito de tosse, sufocação/engasgo e sibilância localizada (ou história de brincar com objetos pequenos) deve sempre levar à investigação de corpo estranho com radiografias em duas incidências abrangendo pescoço, tórax e abdome.

Questão 14

Esta questão aborda a Proctocolite Alérgica, uma das formas de apresentação da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) no lactente jovem.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O diagnóstico é possível e bem documentado na literatura médica. Embora o bebê consuma apenas leite materno, as proteínas do leite de vaca ingeridas pela mãe podem atravessar a barreira mamária e ser excretadas no leite humano. O sistema imunológico do lactente reconhece essas proteínas como estranhas, gerando a reação alérgica e a consequente inflamação intestinal com perda de sangue nas fezes.

Alternativa b: Incorreta. O aleitamento materno é o padrão-ouro da alimentação infantil e deve ser mantido sempre que possível. A substituição por fórmulas especiais (como as extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos) só é considerada em casos excepcionais, como na impossibilidade de a mãe manter a dieta ou em quadros graves que não respondem à restrição dietética materna.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta recomendada pelos consensos nacionais e internacionais. Diante da suspeita de APLV em um lactente amamentado exclusivamente, a mãe deve iniciar uma dieta com exclusão total de leite de vaca e seus derivados. Se houver melhora dos sintomas, o diagnóstico é reforçado e, após o teste de desencadeamento oral (reintrodução da proteína na dieta materna), o diagnóstico é confirmado.

Alternativa d: Incorreta. As fórmulas infantis de partida são produzidas a partir do leite de vaca integral. Oferecer esse tipo de fórmula para um lactente com suspeita de APLV seria oferecer o próprio agente causador da alergia, o que agravaria o sangramento e os demais sintomas gastrointestinais.

Em resumo, para o tratamento da APLV no lactente em aleitamento exclusivo, o alvo da intervenção dietética é a mãe, preservando o aleitamento materno e garantindo a recuperação do paciente.

Questão 15

Esta questão aborda as indicações de investigação de malformações do trato urinário em lactentes. A análise deve focar nos sinais de alerta presentes na história clínica e nos exames complementares da paciente.

Análise dos dados principais:

1. Ultrassonografia (US) antenatal com dilatação: O achado de hidronefrose fetal unilateral no terceiro trimestre é uma indicação formal de investigação pós-natal. Mesmo que a criança esteja assintomática, a dilatação visualizada antes do nascimento obriga a realização de exames após o parto para descartar anomalias congênitas do rim e do trato urinário (CAKUT), como a estenose de junção ureteropélvica ou o refluxo vesicoureteral.

2. Microrganismo da cultura (Enterococcus faecalis): A maioria das infecções do trato urinário (ITU) em pediatria é causada pela bactéria Escherichia coli. A identificação de um germe atípico (não E. coli), como o Enterococcus, o Proteus ou a Klebsiella, é considerada um sinal de alerta ("red flag") que aumenta muito a probabilidade de haver uma malformação estrutural subjacente, exigindo investigação por imagem imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a infecção urinária febril em um lactente jovem seja um motivo para investigação, a prematuridade (nascimento com 35 semanas) não é um fator de risco isolado que indique a pesquisa de malformações renais.

b) Incorreta. O US antenatal é, de fato, um motivo para a investigação. No entanto, o antecedente familiar de infecção urinária, apesar de ser um dado importante na anamnese (sugerindo predisposição genética para refluxo vesicoureteral), não é o critério técnico principal ou imediato para a investigação neste caso clínico, especialmente quando comparado ao achado microbiológico da cultura de urina.

c) Incorreta. A infecção urinária febril justifica a investigação no primeiro episódio em lactentes, mas a paciente não apresenta baixo peso. Estar no percentil 25 (P25) de peso e percentil 50 (P50) de estatura indica um crescimento adequado e dentro da normalidade para a idade, não sendo um sinal de doença renal crônica ou má evolução clínica.

d) Correta. Esta alternativa reúne os dois critérios técnicos mais fortes para a investigação de malformações no cenário apresentado. O US antenatal alterado já trazia uma suspeita prévia que precisava ser confirmada ou descartada no pós-natal. A ocorrência de uma ITU febril por um agente atípico (Enterococcus faecalis) confirma a necessidade de um estudo detalhado da anatomia urinária, conforme preconizado pelos protocolos de nefrologia pediátrica.

Questão 16

As imagens apresentadas descrevem as principais manobras do exame físico abdominal para a detecção de ascite (presença de líquido livre na cavidade peritoneal).

Imagem 1: Representa a percussão em semicírculo (Semicírculo de Skoda). Em pacientes com ascite, as alças intestinais cheias de gás flutuam, gerando timpanismo na região periumbilical (central), enquanto o líquido se deposita nos flancos, gerando som maciço na periferia.

Imagem 2: Demonstra a pesquisa de macicez móvel. Ao percutir o paciente em decúbito lateral, o líquido se desloca por gravidade para a região mais baixa, tornando-a maciça, enquanto a região superior torna-se timpânica. É um sinal altamente específico para líquido livre.

Imagem 3: Ilustra a pesquisa do sinal do piparote. O examinador aplica um golpe súbito em um flanco enquanto sente, com a outra mão, o impacto da onda de líquido transmitida através do abdome até o flanco oposto.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hepatite viral aguda manifesta-se tipicamente com hepatomegalia (aumento do fígado) e dor à palpação do hipocôndrio direito. A ascite não é um achado comum na fase aguda, a menos que haja uma evolução para insuficiência hepática fulminante, o que não é a regra do quadro.

b) Incorreta. O fecaloma consiste em uma massa endurecida de fezes. Embora cause distensão, a percussão revelaria macicez localizada e fixa sobre a massa ou timpanismo pelo acúmulo de gases, mas nunca sinais de líquido livre como a macicez móvel ou o piparote.

c) Correta. A síndrome nefrótica é caracterizada por proteinúria maciça, que leva à hipoalbuminemia. A redução da pressão oncótica do plasma resulta em extravasamento de líquido para o espaço intersticial e cavidades serosas, causando anasarca (edema generalizado). A ascite é um achado clássico e volumoso nesses pacientes, tornando as manobras de percussão positivas.

d) Incorreta. O bexigoma é a distensão da bexiga por retenção urinária. Ele gera uma massa palpável e maciça à percussão localizada estritamente na região do hipogástrio (suprapúbica). Não há líquido livre espalhado pela cavidade abdominal, portanto, as manobras de flancos e piparote seriam negativas.

Questão 17

Alternativa a: Incorreta. Embora a Portaria Conjunta nº 14/2021 estabeleça o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Asma no SUS, a alternativa sugere que o uso de broncodilatadores de curta duração (SABA) como terapia isolada ou principal é o que preconizam as diretrizes internacionais atuais. Na realidade, o GINA (Global Initiative for Asthma) tem se afastado do uso isolado de SABA devido ao risco de exacerbações graves e morte, preconizando o uso de corticoide inalatório associado, mesmo no resgate.

Alternativa b: Incorreta. A estratégia de manutenção e resgate (SMART) utiliza obrigatoriamente a associação de um corticoide inalatório com o formoterol, e não com o salbutamol. O formoterol é um beta-2 agonista de longa duração (LABA), mas com início de ação rápido, o que permite seu uso para alívio imediato dos sintomas. O salbutamol é um beta-2 de curta duração (SABA) e não preenche os critérios para a terapia de manutenção prolongada no mesmo dispositivo.

Alternativa c: Incorreta. É falso afirmar que vinte cursos anuais de corticoides sistêmicos seriam seguros. O uso recorrente de corticoides orais, mesmo em ciclos curtos, está associado a graves efeitos adversos cumulativos, incluindo supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, prejuízo significativo do crescimento linear em crianças, osteopenia, catarata e distúrbios metabólicos. As diretrizes atuais consideram que dois ou mais cursos de corticoides sistêmicos por ano já indicam asma não controlada e risco aumentado de efeitos colaterais.

Alternativa d: Correta. A estratégia SMART (Single Maintenance and Reliever Therapy) consiste no uso de um único inalador contendo a combinação de budesonida (corticoide inalatório) e formoterol (broncodilatador de longa duração com início de ação rápido). Segundo o GINA 2023, para crianças de 6 a 11 anos (escolares), essa terapia é recomendada nas Etapas 3 e 4. Essa abordagem garante que, toda vez que o paciente utiliza o medicamento para alívio dos sintomas, ele também receba uma dose adicional de corticoide inalatório, tratando a inflamação de base e reduzindo o risco de crises graves.

Questão 18

O quadro clínico apresenta uma criança de 8 anos com sintomas de hipertensão intracraniana (cefaleia e vômitos) associados a uma síndrome cerebelar focal à esquerda (marcha atáxica, dismetria e decomposição de movimentos). A evolução subaguda de duas semanas reforça a suspeita de um processo expansivo no sistema nervoso central.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Na pediatria, a maioria dos tumores do

sistema nervoso central localiza-se no compartimento infratentorial (fossa posterior). Os tipos mais comuns incluem o meduloblastoma, o astrocitoma pilocítico e o ependimoma. O crescimento da massa na fossa posterior explica tanto os sinais cerebelares ipsilaterais à lesão (neste caso, à esquerda) quanto a hipertensão intracraniana, que ocorre frequentemente pela compressão do quarto ventrículo, gerando hidrocefalia obstrutiva.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A cerebelite aguda ou meningoencefalite cerebelar costuma ter um início mais súbito e frequentemente ocorre após uma infecção viral (como varicela). Embora cause ataxia, raramente apresenta sinais de hipertensão intracraniana tão persistentes e localizados quanto os descritos no caso de duas semanas de evolução.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora o tronco encefálico esteja localizado na fossa posterior, os gliomas dessa região (como o glioma pontino intrínseco difuso) costumam se manifestar com paralisias de múltiplos nervos cranianos e sinais de vias longas (como fraqueza motora e alteração de reflexos), o que não foi relatado no exame físico desta paciente.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. As ataxias espinocerebelares são doenças neurodegenerativas de caráter crônico, progressivo ao longo de anos e frequentemente de origem genética/hereditária. Elas não se manifestam com um quadro agudo ou subagudo de cefaleia e vômitos.

Questão 19

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um adolescente com quadro clássico de Febre Reumática (FR) aguda. De acordo com os Critérios de Jones, o paciente apresenta dois critérios maiores (artralgia migratória em grandes articulações e cardite, sugerida pelo sopro cardíaco) e três critérios menores (febre, prolongamento do intervalo PR no ECG e elevação de provas de atividade inflamatória, como VHS e PCR). O antecedente de dor de garganta há três semanas reforça a etiologia pós-estreptocócica (*Streptococcus pyogenes*).

Achados Histopatológicos:

A descrição da biópsia cardíaca é patognomônica. A presença de focos de necrose fibrinoide circundados por linfócitos, plasmócitos e, principalmente, macrófagos ativados com núcleos alongados em aspecto de lagarta (células de Anitschkow) define o Nódulo de Aschoff. Esses nódulos são granulomas específicos que ocorrem

no miocárdio durante a fase aguda da Febre Reumática.

Alternativa a) Incorreta. A miocardite viral aguda apresenta infiltrado inflamatório linfocitário difuso e lesão direta dos miócitos (degeneração vacuolar), mas não forma os nódulos de Aschoff nem apresenta as células de Anitschkow, que são achados específicos da febre reumática.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico clínico preenche os critérios para Febre Reumática aguda e a descrição histopatológica (necrose fibrinoide + células de Anitschkow) corresponde exatamente aos nódulos de Aschoff localizados no miocárdio, que são a lesão característica desta patologia.

Alternativa c) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) pode causar artrite e febre. A endocardite de Libman-Sacks associada ao LES apresenta vegetações estéreis, pequenas e verrucosas em ambas as faces das valvas, mas não apresenta os nódulos de Aschoff descritos no enunciado.

Alternativa d) Incorreta. A endocardite bacteriana subaguda caracteriza-se por vegetações friáveis compostas por fibrina, plaquetas e microrganismos aderidos às valvas cardíacas. O achado de biópsia com células de Anitschkow e granulomas organizados é específico do processo reumático imunomediado, não de uma infecção bacteriana direta.

Questão 20

O quadro clínico descrito é clássico de obstrução congênita do ducto nasolacrimal (OCDNL). Os pontos-chave para o diagnóstico são o lacrimejamento crônico (epífora) iniciado logo após o nascimento, a presença de secreção mucopurulenta que faz com que os cílios amanheçam grudados e, fundamentalmente, o fato de o olho estar calmo (branco, sem vermelhidão). A saída de secreção ao pressionar o saco lacrimal confirma que há estase de fluido no sistema de drenagem.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A conjuntivite neonatal por *Chlamydia trachomatis* manifesta-se tipicamente entre o 5º e o 14º dia de vida. Ela se apresenta com hiperemia conjuntival importante (olho vermelho), quemose (edema da conjuntiva) e secreção purulenta. No caso em questão, o olho está calmo e os sintomas persistem desde o nascimento, o que não condiz com um quadro infeccioso agudo neonatal.

Alternativa (b) Incorreta: A conjuntivite viral é uma condição aguda, caracterizada por olho vermelho, lacrimejamento seroso e fotofobia. O histórico de lacrimejamento

desde o nascimento em um bebê de 2 meses com olho branco direciona o diagnóstico para uma malformação ou obstrução anatômica, e não para uma infecção viral autolimitada.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico é de obstrução congênita da via lacrimal, geralmente causada pela persistência de uma membrana na porção distal do ducto nasolacrimal (válvula de Hasner). O tratamento inicial costuma ser conservador, com a massagem de Crigler (pressão sobre o saco lacrimal para tentar romper a obstrução). Caso a obstrução persista após os 6 a 12 meses de idade, ou em casos específicos de falha do tratamento clínico, a sondagem das vias lacrimais é o procedimento cirúrgico terapêutico indicado.

Alternativa (d) Incorreta: O glaucoma congênito é uma patologia grave que se manifesta com a tríade: lacrimejamento, fotofobia e blefaroespasma (dificuldade em manter os olhos abertos). Ao exame físico, observa-se frequentemente a córnea turva (edema) e o aumento do tamanho do olho (bftalmia). O enunciado descreve um olho calmo e não menciona fotofobia ou alterações no tamanho do globo ocular, o que exclui essa hipótese.

Questão 21

Para resolver esta questão, o primeiro passo fundamental é realizar o cálculo da idade gestacional (IG).

1. Cálculo da Idade Gestacional:

A Data da Última Menstruação (DUM) é 20.02.2025 e a data do atendimento é 01.11.2025.

- Fevereiro: 8 dias restantes
- Março: 31 dias
- Abril: 30 dias
- Maio: 31 dias
- Junho: 30 dias
- Julho: 31 dias
- Agosto: 31 dias
- Setembro: 30 dias
- Outubro: 31 dias
- Novembro: 1 dia

Total: 254 dias. Dividindo por 7, temos 36 semanas e 2 dias.

2. Diagnóstico:

A paciente apresenta dinâmica uterina (2 contrações em 10 minutos) e modificação cervical significativa (dilatação de 3 a 4 cm e apagamento de 80%), o que caracteriza

o Trabalho de Parto Prematuro Tardio (entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias).

3. Análise das condutas:

- Tocólise (inibição do parto): Não é indicada acima de 34 semanas. O objetivo da inibição é ganhar tempo para a maturação pulmonar, que não é mais obrigatória nesta fase.
- Corticoterapia (Betametasona): Embora existam protocolos que discutam o uso no prematuro tardio, a maioria das diretrizes de prova e do Ministério da Saúde foca seu uso entre 24 e 34 semanas.
- Neuroproteção (Sulfato de Magnésio): Indicada apenas para partos iminentes abaixo de 32 semanas (ou 34 semanas em alguns protocolos específicos). Não se aplica aqui.
- Profilaxia para Estreptococos do Grupo B (GBS): É indicada em casos de trabalho de parto prematuro (antes de 37 semanas) se o status da cultura for desconhecido (o que ocorre nesta paciente, que descobriu a gestação tardiamente e não tem exames).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O sulfato de magnésio não tem indicação com 36 semanas, e a inibição do trabalho de parto é contraindicada acima de 34 semanas.
 - b) Incorreta. Embora o uso de corticoide no prematuro tardio seja debatido na literatura (estudo ALPS), a alternativa peca por omitir a profilaxia para GBS, que é mandatória para qualquer trabalho de parto antes de 37 semanas com rastreio desconhecido.
 - c) Incorreta. A paciente está em fase ativa de trabalho de parto (dilatação e apagamento). Encaminhá-la para iniciar pré-natal neste momento é um erro grave de conduta assistencial.
 - d) Correta. Como a gestação tem 36 semanas e 2 dias (prematuro) e o status para GBS é desconhecido, deve-se realizar a profilaxia antibiótica intraparto. Além disso, por ter ultrapassado 34 semanas, não se tenta interromper o processo, iniciando-se a assistência ao parto propriamente dita.
-

Questão 22

Esta questão exige o conhecimento dos protocolos de rastreamento no pré-natal de baixo risco. Vamos analisar os dados da tabela e as condutas adequadas:

Glicemia de jejum: O valor apresentado é de 86 mg/dL. Na primeira consulta de pré-natal, valores de glicemia de jejum menores que 92 mg/dL são considerados normais (não diagnosticam diabetes preexistente nem gestacional precocemente). Nessas pacientes, a conduta padrão é realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) entre a 24^a e 28^a semana de gestação para rastrear o diabetes gestacional.

Toxoplasmose: O quadro mostra IgG reagente e IgM não reagente. Isso caracteriza uma cicatriz sorológica, indicando que a gestante teve a infecção no passado e agora está imune. Portanto, não há risco de transmissão congênita nesta gestação e não há necessidade de repetir o exame ou realizar novas investigações para esta patologia.

HTLV 1 e2 e HIV: Os resultados são não reagentes. No Brasil, as duas principais contra-indicações absolutas à amamentação por causas infecciosas são a infecção materna pelo HIV e pelo HTLV. Como a paciente testou negativo para ambos, o aleitamento materno está liberado e deve ser incentivado.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. Propõe o TOTG 75g no período recomendado (24-28 semanas), reconhece corretamente a imunidade para toxoplasmose baseada no perfil IgG+/IgM- e libera o aleitamento, dado que o HTLV é negativo.

Alternativa b: Está incorreta. Para o rastreio de diabetes entre 24-28 semanas em pacientes com glicemia inicial normal, o exame de escolha é o TOTG 75g, e não a glicemia de jejum isolada. Além disso, pacientes imunes à toxoplasmose não precisam repetir a sorologia.

Alternativa c: Está incorreta. Embora o TOTG esteja correto, a paciente já é imune à toxoplasmose (não requer repetição do exame) e não há motivo para contraindicar o aleitamento materno, uma vez que o HTLV e o HIV são negativos.

Alternativa d: Está incorreta. O rastreio de diabetes entre 24-28 semanas deve ser feito com o TOTG 75g. A contra-indicação ao aleitamento está errada, pois a paciente não apresenta infecção por HTLV ou HIV.

Questão 23

Esta questão aborda dois temas centrais do pré-natal de alto risco: o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e o manejo do hipotireoidismo na gestação.

1. Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

De acordo com o Ministério da Saúde e a FEBRASGO, a glicemia de jejum deve ser solicitada na primeira consulta de pré-natal. Os critérios diagnósticos são:

- Glicemia de jejum menor que 92 mg/dL: Normal. Deve-se realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g) entre 24 e 28 semanas de gestação.
- Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diabetes Mellitus prévio (ou Overt Diabetes).

A paciente apresenta glicemia de 94 mg/dL, o que firma o diagnóstico de DMG já no primeiro trimestre. A conduta inicial padrão para o controle glicêmico é a orientação de mudança do estilo de vida (MEV), que consiste em dieta adequada para a gestação e atividade física supervisionada.

2. Manejo do Hipotireoidismo na Gestação:

Os valores de referência para o TSH na gestação são menores do que na população geral. Historicamente, adota-se o limite de até 2,5 mU/L no primeiro trimestre (ou até 4,0 mU/L em diretrizes mais recentes que utilizam limites específicos). No caso da paciente, o TSH está em 6,0 mU/L, valor que excede qualquer limite de normalidade para uma gestante de 12 semanas. O tratamento com levotiroxina sódica deve ser iniciado prontamente para garantir o desenvolvimento neurocognitivo fetal e reduzir riscos de abortamento e prematuridade.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O diagnóstico de DMG por glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL não exige confirmação por nova amostra ou teste adicional imediato. O valor de TSH de 6,0 mU/L também já é indicativo de tratamento no contexto gestacional.
- b) Incorreta. O TOTG 75g é um teste de rastreamento tardio (24 a 28 semanas) para gestantes que tiveram glicemia de jejum inicial normal (menor que 92 mg/dL). Como a paciente já tem o diagnóstico de DMG pela glicemia de 94 mg/dL, o teste é desnecessário. O início da levotiroxina está correto, mas o erro reside na solicitação do GTT neste momento.
- c) Incorreta. Esta alternativa ignora o diagnóstico de DMG já estabelecido (94 mg/dL) e posterga o tratamento do hipotireoidismo ao sugerir apenas a repetição do TSH, o que coloca a gestação em risco.

d) Correta. Esta alternativa contempla as duas condições identificadas: a mudança do estilo de vida trata o Diabetes Mellitus Gestacional (confirmado pela glicemia de 94 mg/dL) e o início da levotiroxina sódica trata o hipotireoidismo (confirmado pelo TSH de 6,0 mU/L).

Questão 24

ANÁLISE DO CASO

A paciente descrita apresenta fatores de risco importantes para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia: idade avançada (38 anos), etnia negra e a confirmação de marcadores de risco pelo enunciado. Para pacientes classificadas como de alto risco, as evidências científicas atuais e as diretrizes da FEBRASGO e da OMS recomendam uma abordagem baseada em mudanças de estilo de vida e profilaxia farmacológica, iniciada preferencialmente entre a 12^a e a 16^a semana de gestação.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: O repouso absoluto ou relativo não é indicado para a prevenção de pré-eclâmpsia; estudos demonstram que ele não reduz a incidência da doença e pode aumentar o risco de fenômenos tromboembólicos. O ácido fólico é indicado para a prevenção de defeitos do tubo neural, e a dose de 100 mg/dia citada é extremamente elevada e fora de qualquer padrão clínico (o habitual é 0,4 mg a 5 mg).

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa segue os pilares da prevenção atual.

1. Atividade física: A recomendação é de pelo menos 150 minutos de exercícios aeróbicos de intensidade moderada por semana.
2. AAS (Aspirina): O uso de ácido acetilsalicílico em baixas doses (em geral 100 mg a 150 mg/dia) reduz significativamente o risco de pré-eclâmpsia pré-termo em pacientes de risco.
3. Cálcio: A suplementação de cálcio (1 g a 2 g/dia) é fundamental em populações com baixa ingestão dietética do mineral (como é o caso frequente no Brasil), pois auxilia no controle da reatividade vascular.

Alternativa (c) Incorreta: A recomendação de redução da atividade física é uma conduta ultrapassada. Atualmente, o estímulo ao exercício moderado é parte do manejo para melhorar a saúde metabólica e vascular da gestante.

Alternativa (d) Incorreta: O sulfato ferroso é utilizado para prevenção e tratamento da anemia ferropriva, não possuindo papel na prevenção da pré-eclâmpsia. Além disso,

o tempo de 100 minutos de atividade física semanal é inferior ao mínimo preconizado pelas principais diretrizes de saúde (150 minutos).

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO E DO TRAÇADO

A gestante em questão apresenta um quadro de indução de parto com ocitocina. Ao analisarmos o traçado da cardiocotografia (CTG), observamos dois pontos críticos:

1. Dinâmica Uterina (parte inferior do gráfico): Há uma frequência excessiva de contrações, caracterizando polissistolia ou taquissistolia (mais de 5 contrações em 10 minutos). As contrações estão muito próximas umas das outras, o que reduz o tempo de relaxamento uterino e, conseqüentemente, prejudica a oxigenação placentária.
2. Frequência Cardíaca Fetal (parte superior do gráfico): Observamos desacelerações tardias recorrentes, conhecidas como DIP II. Note que o ponto mais baixo da frequência cardíaca fetal (nadir) ocorre após o pico da contração uterina. Esse achado é um sinal clássico de hipóxia fetal por insuficiência uteroplacentária.

Diante de um traçado Categoria II ou III com taquissistolia associada ao uso de ocitocina, a conduta imediata é a ressuscitação intrauterina conservadora.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Esta é a conduta de primeira linha. A suspensão da ocitocina interrompe o estímulo excessivo ao útero. A monitorização contínua é essencial para avaliar a resposta fetal. O uso da terbutalina (um beta-agonista) serve para realizar a tocólise de emergência, promovendo o relaxamento do miométrio, o que interrompe a taquissistolia e permite a recuperação da oxigenação fetal antes de se decidir por uma intervenção cirúrgica imediata.

Alternativa B (INCORRETA): Embora a preparação para uma cesariana possa ser necessária caso as medidas conservadoras falhem, a primeira atitude deve ser tentar reverter o quadro de sofrimento fetal agudo causado pela hiperestimulação uterina. Encaminhar para cesariana sem antes desligar a ocitocina e tentar a tocólise seria omitir o tratamento da causa base do problema.

Alternativa C (INCORRETA): Aumentar a infusão de ocitocina em uma paciente que já apresenta taquissistolia e desacelerações tardias agravaria drasticamente a hipóxia fetal, podendo levar ao óbito fetal. Além disso, a paciente está com 8 cm de dilatação, e o esforço de puxo (valsalva) não deve ser estimulado antes do período

expulsivo completo (10 cm).

Alternativa D (INCORRETA): O traçado não é Categoria I. Para ser Categoria I, a cardiocardiografia deveria apresentar linha de base normal, variabilidade moderada e ausência de desacelerações tardias ou variáveis. A presença de DIP II recorrente e taquissístolia classifica o exame como alterado, exigindo intervenção imediata.

Questão 26

A análise do caso clínico revela uma puérpera com fatores de risco importantes para hemorragia pós-parto (HPP): multiparidade (G5P4) e macrossomia fetal (bebê de 4.250 g). O exame físico confirma o diagnóstico de atonia uterina, evidenciado pelo útero palpável acima da cicatriz umbilical e com tônus diminuído. Embora a pressão arterial e a frequência cardíaca ainda estejam em níveis aceitáveis, a conduta diante da atonia uterina deve ser imediata para evitar o choque hipovolêmico.

O manejo inicial da HPP (frequentemente chamado de Quarto Período ou Hora de Ouro) segue protocolos de ressuscitação volêmica e controle da causa do sangramento.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: O acesso venoso central não é a via de escolha inicial em situações de emergência hemorrágica; preferem-se dois acessos periféricos calibrosos (G14 ou G16), que permitem uma infusão de volume mais rápida. Além disso, a prioridade é tratar a atonia uterina, e não a sutura da laceração de segundo grau, que apresenta sangramento discreto.

Alternativa (b) INCORRETA: O erro principal desta alternativa está na indicação de solução colóide. Os protocolos internacionais (PHEALS, OMS) e nacionais recomendam o uso de cristaloides (Ringer Lactato ou Soro Fisiológico) para a reposição volêmica inicial. Colóides não demonstraram superioridade e podem estar associados a maiores riscos de complicações.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve os passos fundamentais do protocolo de manejo da HPP por atonia uterina.

1. Dois acessos venosos calibrosos: essenciais para infusão rápida de fluidos e medicações.
2. Solução cristalóide: padrão-ouro para reposição volêmica inicial.
3. Ocitocina: é a droga de primeira escolha para promover a contração uterina na atonia.
4. Ácido Tranexâmico: de acordo com o estudo WOMAN, deve ser administrado

precocemente (preferencialmente nas primeiras 3 horas) em casos de HPP para reduzir a mortalidade por sangramento.

Alternativa (d) INCORRETA: Novamente, o acesso venoso central está incorreto como medida imediata. A curagem uterina (extração manual de restos) é indicada quando há suspeita de retenção placentária ou restos ovulares, mas o quadro descrito foca claramente na atonia (tônus diminuído). A estabilização hemodinâmica e o uso de uterotônicos precedem manobras invasivas como a curagem, a menos que a placenta estivesse retida.

Em resumo, diante de uma atonia uterina clínica, a conduta é garantir acesso venoso periférico, iniciar infusão de cristalóide, administrar ocitocina (droga de primeira linha) e associar o ácido tranexâmico para controle da fibrinólise e redução do sangramento.

Questão 27

Para resolver essa questão, é necessário identificar a variedade de posição fetal e compreender a mecânica do parto, especificamente a rotação interna.

1. Identificação da Variedade de Posição:

O enunciado descreve que o ponto de referência fetal (o occipital ou lambda, já que a apresentação é cefálica fletida) está orientado para a articulação sacroilíaca esquerda da mãe. No estudo da pelve obstétrica, as articulações sacroilíacas ficam na parte de trás (posterior). Portanto, a variedade de posição é occípito-esquerda posterior (OEP).

2. Cálculo do Ângulo de Rotação Interna:

O objetivo da rotação interna é levar o ponto de referência fetal para baixo da sínfise púbica da mãe (posição occípito-púbica ou OP), que é a via de saída mais curta e fisiológica.

A pelve é dividida em quadrantes de 45 graus cada:

- De occípito-esquerda posterior (OEP) para occípito-esquerda transversa (OET): 45 graus.
- De occípito-esquerda transversa (OET) para occípito-esquerda anterior (OEA): 45 graus.
- De occípito-esquerda anterior (OEA) para occípito-púbica (OP): 45 graus.

Somando os trajetos: $45 + 45 + 45 = 135$ graus.

3. Sentido da Rotação:

Imagine a bacia da paciente como um relógio, onde a sínfise púbica está às 12 horas e o sacro às 6 horas. O lado esquerdo da paciente corresponde à posição de 3 horas.

A articulação sacroilíaca esquerda estaria entre as 4 e 5 horas. Para o occipital sair da posição de 4/5 horas e chegar às 12 horas (púbis) percorrendo o lado esquerdo, ele deve girar no sentido anti-horário.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A posição voltada para a sacroilíaca é posterior; o trajeto da posição posterior até a sínfise púbica exige uma rotação longa de 135 graus; e, partindo da esquerda em direção ao púbis, o sentido é anti-horário.

Alternativa b) Incorreta. A posição é posterior, não anterior (as posições anteriores estariam voltadas para as eminências iliopúbicas). Além disso, o sentido horário a partir da esquerda levaria o feto em direção ao sacro (posição sacra), o que não é o trajeto habitual da rotação interna.

Alternativa c) Incorreta. O ângulo de 45 graus só ocorreria se o feto já estivesse em posição anterior (occípito-esquerda anterior). Como ele está em uma posição posterior, a rotação deve ser de 135 graus. O sentido horário também está errado para o lado esquerdo.

Alternativa d) Incorreta. A classificação "anterior" está errada, pois a sacroilíaca é um ponto de referência posterior. O ângulo de 45 graus também não corresponde ao trajeto necessário para uma posição posterior atingir o púbis.

Questão 28

O quadro clínico descrito — puérpera no 4º dia pós-operatório de cesárea, apresentando febre (definida como temperatura igual ou superior a 38 °C em duas tomadas), útero doloroso à palpação e amolecido (subinvolução uterina) — é um caso clássico de endometrite puerperal. A cesárea é o principal fator de risco para essa condição.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a *Gardnerella vaginalis* e o *Mobiluncus* spp. possam estar presentes na microbiota vaginal e contribuir para infecções, a endometrite pós-parto não é causada apenas por esses agentes de vaginose bacteriana. Além disso, o tratamento apenas com metronidazol é insuficiente, pois não cobre adequadamente os diversos germes Gram-negativos e Gram-positivos envolvidos.

b) Correta. A etiologia da endometrite puerperal é tipicamente polimicrobiana, envolvendo uma mistura de bactérias aeróbias e anaeróbias provenientes do trato

genital inferior (como estreptococos do grupo B, Enterococcus, Escherichia coli e Bacteroides fragilis). O esquema terapêutico padrão-ouro é a antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa, sendo a associação de clindamicina (cobertura de anaeróbios e Gram-positivos) e gentamicina (cobertura de Gram-negativos) a escolha clássica com altas taxas de cura.

c) Incorreta. Novamente, a etiologia não se restringe a esses dois agentes específicos. O tratamento com metronidazol e ampicilina deixaria uma lacuna importante na cobertura de bacilos Gram-negativos entéricos, que é garantida pela gentamicina no esquema padrão.

d) Incorreta. Embora a etiologia esteja corretamente descrita como polimicrobiana, o esquema terapêutico proposto está incompleto. A associação de clindamicina com ampicilina não oferece a cobertura necessária contra Gram-negativos (como a E. coli), que é o papel fundamental do aminoglicosídeo (gentamicina) no tratamento desta patologia.

Resumo: Diante de febre e dor uterina no puerpério, o diagnóstico é endometrite. A etiologia é polimicrobiana e o tratamento de escolha é clindamicina + gentamicina.

Questão 29

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com mola hidatiforme (Doença Trofoblástica Gestacional), evidenciada pelos seguintes achados: sangramento vaginal, útero maior que o esperado para a idade gestacional (17 cm para 14 semanas), ausência de batimentos cardíofetais (BCF), altos níveis de hCG (400.000 UI/L) e imagem ultrassonográfica de massa heterogênea (aspecto em "tempestade de neve").

A mola hidatiforme completa ocorre devido a uma proliferação trofoblástica anormal, o que gera uma produção maciça de hCG. Esse excesso hormonal e a patologia placentária em si são responsáveis pelas complicações clínicas.

ANÁLISE DA ALTERNATIVA D (CORRETA)

A alternativa D está correta, pois elenca três complicações clássicas da mola hidatiforme:

1. Hiperemese gravídica: os níveis extremamente elevados de hCG estimulam excessivamente os receptores no centro do vômito, causando náuseas e vômitos incoercíveis.

2. Pré-eclâmpsia: a ocorrência de hipertensão e proteinúria antes das 20 semanas de gestação é um sinal patognomônico de mola hidatiforme. A proliferação trofoblástica anormal interfere na circulação uteroplacentária precocemente.
3. Embolização trofoblástica: tecido trofoblástico pode cair na circulação venosa materna e atingir os pulmões, causando insuficiência respiratória aguda. Embora rara, é uma complicação grave associada a úteros muito aumentados.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: Incorreta. O termo "policistose ovariana" é inadequado; o correto seria cistos tecaluteínicos (decorrentes da estimulação ovariana pelo hCG). O erro principal, porém, está no "hipotireoidismo". A mola causa HIPERTireoidismo, pois a subunidade alfa do hCG é idêntica à do TSH, podendo estimular a tireoide e aumentar os hormônios T3 e T4.

Alternativa B: Incorreta. Apresenta novamente o erro de citar o "hipotireoidismo" (quando o correto é hipertireoidismo) e utiliza o termo "policistose ovariana" de forma imprecisa para descrever os cistos tecaluteínicos.

Alternativa C: Incorreta. Embora a pré-eclâmpsia e o choque hipovolêmico (devido ao sangramento profuso) possam ocorrer, a alternativa cita o "hipotireoidismo", o que invalida a questão, já que a estimulação tireoidiana pelo hCG resulta em tireotoxicose ou hipertireoidismo clínico/subclínico.

RESUMO PARA MEMORIZAÇÃO

As principais complicações da Doença Trofoblástica Gestacional são:

- Hipertireoidismo (hCG mimetiza TSH).
- Pré-eclâmpsia precoce (antes de 20 semanas).
- Hiperemese gravídica (hCG muito alto).
- Cistos tecaluteínicos (hCG estimula ovários).
- Embolia trofoblástica.
- Anemia e choque hipovolêmico.

Questão 30

Análise do caso clínico:

A paciente encontra-se no terceiro dia de pós-parto, período coincidente com a apojadura (descida do leite), apresentando ingurgitamento mamário e fissuras mamilares. A principal causa de fissuras no início da amamentação é a técnica de amamentação inadequada, especificamente a pega e o posicionamento incorretos do bebê. A ausência de febre e secreção purulenta afasta, no momento, o diagnóstico

de mastite ou abscesso.

Alternativa A: Incorreta. O uso de analgésicos e compressas frias pode trazer alívio sintomático ao ingurgitamento, porém não resolve a causa do problema. Sem a correção da técnica de amamentação, as fissuras continuarão a ocorrer e a dor persistirá. O agendamento para reavaliação é importante, mas a orientação deve ser imediata.

Alternativa B: Incorreta. A interrupção da amamentação não é recomendada em casos de fissuras simples, pois a sucção do bebê é essencial para esvaziar a mama e prevenir a progressão para mastite por estase. O uso de antibióticos tópicos não tem indicação de rotina para fissuras que não apresentam sinais de infecção secundária.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta inicial e mais eficaz. A correção da pega (garantindo que o bebê abocanhe a maior parte da aréola e não apenas o mamilo) e do posicionamento da dupla mãe-bebê resolve a causa mecânica das fissuras. O uso de pomadas protetoras (como lanolina purificada) ou o próprio leite materno nos mamilos auxilia na cicatrização por meio da manutenção da hidratação local.

Alternativa D: Incorreta. Não há indicação de exames laboratoriais ou antibióticos, uma vez que a paciente não apresenta sinais clínicos de mastite, como febre, calafrios ou sinais flogísticos (calor, rubor e edema localizado). A interrupção temporária do aleitamento é um erro terapêutico que favorece o ingurgitamento patológico e a mastite.

Questão 31

Para compreender essa questão, devemos analisar as alterações fisiológicas da gestação e os achados laboratoriais apresentados.

A paciente apresenta uma hemoglobina de 11,1 g/dL. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a anemia na gestação é definida por valores de hemoglobina inferiores a 11,0 g/dL. Portanto, apesar de levemente reduzida em relação aos valores de referência para mulheres não grávidas, essa paciente não apresenta anemia clínica relevante para o período gestacional (35 semanas). Além disso, os índices hematimétricos (VCM e HCM) e a ferritina (72 ng/mL) estão normais, o que descarta a necessidade de investigação para ferropenia.

Quanto aos leucócitos, o valor de $13.500/\text{mm}^3$ com predominância de neutrófilos é um achado fisiológico comum na gravidez. A leucocitose neutrofílica sem desvio à esquerda importante é esperada devido ao estresse gravídico, podendo atingir valores de até $15.000/\text{mm}^3$ no terceiro trimestre e até $25.000/\text{mm}^3$ no parto, sem que

isso indique infecção.

O ponto principal da questão é a contagem de plaquetas de $98.000/\text{mm}^3$. Estamos diante de uma Trombocitopenia Gestacional, que é a causa mais comum de plaquetopenia na gravidez (cerca de 75% dos casos). Suas características principais, presentes no caso, são:

1. Ocorre geralmente no final do segundo ou no terceiro trimestre.
2. É uma plaquetopenia leve a moderada (geralmente acima de 70.000 a $80.000/\text{mm}^3$).
3. A paciente é assintomática e não tem histórico prévio de doenças hematológicas.
4. Não há repercussão fetal e a contagem plaquetária costuma normalizar espontaneamente no pós-parto.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O aspirado e a biópsia de medula óssea são exames invasivos indicados apenas quando há suspeita de doenças mielodisplásicas, leucemias ou aplasia de medula. O quadro da paciente é compatível com alterações fisiológicas ou benignas da gestação, sem blastos ou outras alterações que justifiquem tal conduta.

Alternativa (b) Incorreta: A imunofenotipagem de sangue periférico é utilizada para o diagnóstico de neoplasias hematológicas (como leucemias linfóides) ou para investigação de hemoglobinúria paroxística noturna. Não há indicação clínica para esse exame, visto que a contagem de linfócitos e a morfologia das células (implícita pela normalidade dos outros índices) não sugerem malignidade.

Alternativa (c) Correta: A conduta adequada para a Trombocitopenia Gestacional é a observação clínica e o acompanhamento pré-natal de rotina. Como a contagem está acima de $80.000/\text{mm}^3$, a paciente é assintomática e os demais exames estão satisfatórios, não há necessidade de intervenções invasivas ou tratamentos medicamentosos. A contagem deve ser repetida no puerpério para confirmar a normalização.

Alternativa (d) Incorreta: A reposição de ferro não é necessária, pois a paciente já faz uso profilático, tem hemoglobina dentro do esperado para a fase da gestação e ferritina normal (72 ng/mL). A vitamina B12 também está em níveis normais (542 pg/mL), não havendo justificativa para suplementação adicional além do que já é preconizado.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro clássico de dor pélvica crônica com exacerbação cíclica (dismenorreia) e dispareunia de profundidade. O fato de a dor ser progressiva e ter se tornado refratária a analgésicos comuns após seis meses é um sinal de alerta importante para patologias orgânicas, sendo a endometriose a principal suspeita em mulheres jovens com esse perfil sintomático. No exame físico, a dor à mobilização do colo e à palpação profunda sugere o envolvimento de ligamentos uterossacrais ou do septo retovaginal, achados frequentes na endometriose profunda.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A dismenorreia primária ocorre devido ao aumento de prostaglandinas no endométrio, sem patologia pélvica subjacente. Costuma iniciar logo após a menarca, mantém um padrão estável de dor e geralmente responde bem ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). O quadro da paciente é progressivo, inclui dispareunia de profundidade e tornou-se refratário ao tratamento comum, o que afasta a hipótese de dor primária.

b) Correta. A hipótese de endometriose é reforçada pela tríade de dismenorreia severa, dispareunia de profundidade e dor à mobilização do colo uterino. O manejo inicial em casos de suspeita de endometriose, na ausência de sinais de urgência ou massas anexiais volumosas (endometriomas), deve ser clínico. O uso de anticoncepcionais (combinados ou apenas de progestagênios) visa promover o bloqueio da ovulação e a atrofia endometrial, reduzindo o processo inflamatório e controlando os sintomas.

c) Incorreta. A miomatose uterina manifesta-se predominantemente por sangramento uterino anormal (aumento de volume e duração do fluxo). Embora miomas grandes possam causar dor por compressão, a dispareunia de profundidade e a dismenorreia progressiva em uma paciente de 25 anos apontam mais fortemente para endometriose. Além disso, a histeroscopia é padrão-ouro para avaliação de miomas submucosos, que causam sangramento, e não seria o exame inicial para investigação de dor pélvica isolada.

d) Incorreta. A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma infecção aguda ou subaguda do trato genital superior. Geralmente apresenta-se com dor pélvica de início recente, febre, corrimento vaginal purulento e sinais inflamatórios agudos. A história da paciente é crônica (um ano de evolução), o que torna a DIP improvável como diagnóstico principal para este quadro de dor cíclica e progressiva.

Questão 33

O caso clínico apresenta uma paciente jovem com queixa de dismenorreia (cólica menstrual) de início recente, claramente associada à inserção do DIU de cobre há oito meses. O exame físico e a ultrassonografia confirmam que o dispositivo está bem posicionado e que não há sinais de infecção ou patologias uterinas/ovarianas.

O DIU de cobre tem como efeitos colaterais mais comuns o aumento do fluxo menstrual e a intensificação das cólicas, principalmente nos primeiros meses de uso. Isso ocorre devido a um processo inflamatório estéril local e ao aumento da produção de prostaglandinas no endométrio.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A remoção imediata do método contraceptivo é considerada uma conduta extrema e precoce. O DIU é um método de longa duração (LARC) altamente eficaz e, antes de retirá-lo, deve-se tentar o manejo clínico dos efeitos colaterais. A troca por anticoncepcional oral combinado pode não ser o desejo da paciente ou pode haver contraindicações não mencionadas.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta de primeira linha. Como a dor é cíclica, restrita aos primeiros dias do fluxo e o DIU está bem posicionado, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) é o tratamento de escolha. Os AINEs inibem a enzima ciclo-oxigenase, reduzindo a produção de prostaglandinas, o que alivia a dor e pode até reduzir o volume do fluxo menstrual. Manter o dispositivo preserva a eficácia contraceptiva e a autonomia da paciente.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a triagem para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) faça parte da rotina de saúde da mulher, especialmente em adolescentes e adultas jovens, os sintomas da paciente são nitidamente vinculados ao ciclo menstrual e ao uso do DIU. A dor da doença inflamatória pélvica (DIP) costuma ser persistente, acompanhada de dor à mobilização do colo uterino ou corrimento, o que foi descartado no exame físico. Não há necessidade de aguardar resultados de testes para tratar a queixa álgica atual.

Alternativa (d) Incorreta: Segue o mesmo erro da alternativa "a" ao propor a remoção do dispositivo sem tentativa de tratamento clínico. Além disso, substituir um método de alta eficácia pelo uso exclusivo de preservativo aumenta significativamente o risco de gestação não planejada nesta faixa etária. A investigação de ISTs pode ser feita, mas não justifica a retirada do DIU neste cenário.

Questão 34

Análise do Caso Clínico:

A paciente de 52 anos apresenta sintomas vasomotores intensos (fogachos) e sintomas neuropsíquicos (insônia e irritabilidade), com tempo de amenorreia de 14 meses, o que confirma o diagnóstico de menopausa (definida como 12 meses consecutivos de amenorreia). O exame físico revela sinais de atrofia genital (vagina pouco lubrificada). Não há contraindicações formais imediatas para a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), visto que a hipertensão arterial está controlada, a paciente é eutrófica e nega tabagismo ou histórico de câncer e trombose.

Critérios para a Terapia de Reposição Hormonal:

1. Escolha do Esquema: A decisão entre usar apenas estrogênio ou a combinação de estrogênio e progestagênio depende exclusivamente da presença do útero. Mulheres com útero preservado, como é o caso desta paciente (descrito no exame ginecológico), devem obrigatoriamente receber a terapia combinada. O progestagênio é adicionado para proteger o endométrio contra a hiperplasia e o câncer endometrial, que seriam estimulados pelo uso de estrogênio isolado.

2. Exames de Rastreio: Antes de iniciar a TRH, é obrigatório realizar o rastreio de câncer de mama através da mamografia. O uso de hormônios pode estimular tumores mamários pré-existentes ou ocultos, tornando esse exame o pré-requisito fundamental antes da prescrição.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Apresenta a conduta terapêutica adequada para uma mulher com útero (estrogênio + progestagênio) e indica o rastreio prévio mandatório (mamografia).

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o esquema hormonal esteja correto, o rastreio para osteoporose (densitometria óssea) não é o exame prioritário ou mandatório antes de iniciar a TRH. O rastreio de osteoporose rotineiro é indicado para mulheres acima de 65 anos ou antes disso se houver fatores de risco clínicos significativos.

Alternativa (c) INCORRETA: O estrogênio isolado é contraindicado para mulheres com útero preservado pelo risco oncológico endometrial. Além disso, o foco do rastreio deve ser a mama e não a osteoporose para o início da terapia.

Alternativa (d) INCORRETA: O rastreio mamográfico mencionado está correto, porém a prescrição de estrogênio isolado colocaria a paciente em risco de desenvolver

câncer de endométrio, já que ela possui útero.

Questão 35

A paciente em questão apresenta critérios clínicos para a suspeita de uma síndrome de predisposição hereditária ao câncer de mama e ovário, conforme as diretrizes da FEBRASGO (2023). O principal sinal de alerta no caso é o diagnóstico de câncer de mama em uma parente de primeiro grau (mãe) antes dos 50 anos de idade (aos 45 anos), associado a outro caso na mesma linhagem familiar (tia materna).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ultrassonografia mamária isolada não é a conduta de rastreamento recomendada para pacientes com este perfil de risco. Além disso, a quimioprevenção com tamoxifeno, embora possa ser discutida em pacientes de alto risco, não deve ser a conduta inicial antes de uma avaliação genética completa, que pode indicar medidas ainda mais assertivas, como cirurgias redutoras de risco.

Alternativa b: Incorreta. O intervalo padrão para o rastreamento mamográfico, quando indicado, é anual. Não há recomendação nas diretrizes vigentes para a realização de mamografias de rotina a cada 6 meses como estratégia de rastreamento inicial.

Alternativa c: Incorreta. Semelhante à alternativa a, a quimioprevenção com tamoxifeno é uma estratégia para redução de risco em mulheres com risco aumentado (calculado por modelos como o de Gail ou pela presença de lesões precursoras), mas em pacientes com forte histórico familiar de início precoce, a prioridade é a identificação de mutações germinativas que alteram drasticamente o manejo clínico e cirúrgico.

Alternativa d: Correta. De acordo com as diretrizes da FEBRASGO (2023), o histórico de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos é um critério para indicação de teste genético. A identificação de mutações em genes de alta penetrância, como BRCA1, BRCA2 e PALB2, é fundamental para personalizar o rastreamento, que nessas pacientes deve incluir a ressonância magnética das mamas e começar em idade mais jovem, além de possibilitar a discussão sobre cirurgias profiláticas (mastectomia e salpingo-ooforectomia).

Questão 36

Para resolver essa questão, é fundamental compreender o sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), que é o padrão-ouro para a quantificação do prolapso de órgãos pélvicos. Esse sistema utiliza o hímen como ponto de referência (marco zero). Medidas acima do hímen (para dentro da vagina) são negativas, e medidas abaixo do hímen (para fora) são positivas.

Passo a passo para a classificação:

1. Identificação do ponto de maior prolapso (o valor mais positivo):

Ao observarmos os dados da paciente:

Aa: +2

Ba: +3

C: +4 (ponto mais distal/avançado)

Ap: 0

Bp: +1

O ponto mais avançado do prolapso é o ponto C (colo do útero), que está em +4 cm.

2. Definição dos estágios segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS):

Estágio 0: Sem prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão todos em -3 cm. O ponto C está entre o comprimento total da vagina (TVL) e (TVL - 2 cm).

Estágio I: A porção mais distal do prolapso está a mais de 1 cm acima do hímen (valor < -1).

Estágio II: A porção mais distal do prolapso está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen (valor entre -1 e +1).

Estágio III: A porção mais distal do prolapso está a mais de 1 cm abaixo do hímen (valor > +1), mas não chega a ser uma eversão completa. O limite máximo para o Estágio III é o valor de (TVL - 2 cm).

Estágio IV: Eversão completa. A porção mais distal do prolapso está além de (TVL - 2 cm).

3. Aplicação dos dados da questão:

Ponto de maior prolapso: +4 cm (Ponto C).

Comprimento Total da Vagina (TVL): 8 cm.

Cálculo para o limite do Estágio IV: $TVL - 2 = 8 - 2 = 6$ cm.

Como o ponto mais avançado (+4 cm) é maior que +1 cm, mas é menor que o limite para o Estágio IV (+6 cm), a paciente encontra-se no Estágio III.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. No Estágio 0 não há prolapso (pontos anteriores e posteriores em -3 cm). Aqui, todos os pontos (exceto Ap) estão em 0 ou valores positivos.
- b) Incorreta. No Estágio I, o ponto mais avançado deveria estar acima de -1 cm (ex: -2 cm). Aqui, o ponto mais avançado está em +4 cm.
- c) Incorreta. No Estágio II, o ponto mais avançado deve estar entre -1 e +1 cm. O ponto C está em +4 cm, ultrapassando esse limite.
- d) Correta. O ponto mais avançado (+4 cm) está além de +1 cm do hímen e não atinge o critério de Estágio IV (que seria maior ou igual a +6 cm, dado o TVL de 8 cm). Portanto, classifica-se como Estágio III.

Questão 37

Para resolver esta questão, o ponto fundamental é identificar o tipo de cirurgia realizada. A paciente foi submetida a uma setorectomia, que é uma modalidade de cirurgia conservadora da mama.

Alternativa (c) - Correta: A radioterapia adjuvante é obrigatória em praticamente todos os casos de cirurgia conservadora da mama (como setorectomia ou quadrantectomia). O objetivo é eliminar focos microscópicos remanescentes de doença no tecido mamário preservado, reduzindo drasticamente as taxas de recidiva local. Estudos clássicos da oncologia demonstram que a combinação de cirurgia conservadora acompanhada de radioterapia apresenta sobrevida global equivalente à mastectomia radical. Portanto, para esta paciente, a radioterapia é o tratamento adjuvante indicado pelo protocolo-padrão.

Alternativa (a) - Incorreta: A hormonioterapia (utilizando medicamentos como tamoxifeno ou inibidores da aromatase) só está indicada se o tumor expressar receptores hormonais (estrogênio ou progesterona) na análise de imuno-histoquímica. Como a questão não fornece o perfil biológico do tumor, não se pode afirmar que esse tratamento será necessariamente aplicado.

Alternativa (b) - Incorreta: A indicação de quimioterapia adjuvante depende de múltiplos fatores, como o subtipo molecular (tumores triplo-negativos ou HER2-positivos costumam receber), o grau histológico e a idade da paciente. Embora o tamanho T2 (maior que 2 cm) possa pesar na decisão, a quimioterapia não é uma regra absoluta para todos os casos T2N0 sem o conhecimento da biologia tumoral.

Alternativa (d) - Incorreta: O uso de anticorpos monoclonais, como o trastuzumabe, é reservado exclusivamente para tumores que apresentam hiperexpressão ou

amplificação da proteína HER2. Sem essa informação diagnóstica, esta alternativa está incorreta.

Em resumo, o que torna a radioterapia a resposta correta é o fato de ela ser o complemento terapêutico indispensável e obrigatório após a realização de uma cirurgia que preserva parte do parênquima mamário.

Questão 38

Explicação sobre o Papiloma Intraductal da Mama:

O papiloma intraductal é uma lesão benigna que se desenvolve a partir do crescimento de células epiteliais dentro dos ductos mamários. É classificado como uma lesão proliferativa e é a causa mais frequente de fluxo papilar sanguinolento.

Alternativa a: Incorreta. O papiloma intraductal é uma patologia que ocorre predominantemente em mulheres. Embora o câncer de mama e outras alterações possam ocorrer no sexo masculino, o papiloma não é comum em homens e não apresenta associação com a ginecomastia, que é o aumento benigno da glândula mamária masculina por estímulo hormonal.

Alternativa b: Correta. Esta é a descrição clássica da apresentação clínica do papiloma solitário (central). Como a lesão cresce dentro de um ducto principal na região retroareolar, ela é frágil e tende a sangrar ou liberar líquido. A descarga papilar característica é espontânea, unilateral, uniductal (sai por apenas um poro) e possui aspecto seroso (amarelado/transparente) ou sanguinolento (água de rocha ou sangue vivo).

Alternativa c: Incorreta. Na maioria das vezes, a mamografia é normal em pacientes com papiloma devido às pequenas dimensões da lesão. Quando o papiloma é detectado em exames de imagem, ele costuma se manifestar na ultrassonografia como um nódulo sólido intraductal ou uma dilatação ductal. Nódulos irregulares são achados radiológicos suspeitos de malignidade (câncer de mama) e não são a apresentação típica do papiloma intraductal benigno.

Alternativa d: Incorreta. A incidência do papiloma intraductal é maior em mulheres no período reprodutivo tardio ou na pré-menopausa, com pico de incidência entre os 35 e 55 anos de idade. Em adolescentes, a queixa mamária mais comum é o fibroadenoma, sendo o papiloma extremamente raro nessa faixa etária.

Questão 39

A análise desta questão exige o conhecimento dos critérios diagnósticos da osteoporose e das indicações terapêuticas baseadas na densitometria óssea em mulheres na pós-menopausa.

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico de osteopenia é definido por um T-score entre -1,1 e -2,4 desvios-padrão. Como a paciente apresenta um T-score de -2,6 na coluna lombar (L1-L4), ela já preenche o critério densitométrico para osteoporose.

Alternativa B: Incorreta. A terapia hormonal (TH) tem como indicação primária o tratamento de sintomas vasomotores (fogachos) em mulheres na pós-menopausa. Embora a TH auxilie na preservação da massa óssea, ela não é considerada a primeira linha para o tratamento da osteoporose estabelecida, especialmente na ausência de sintomas climatéricos. Os bisfosfonatos (antirreabsortivos) são os medicamentos de primeira escolha.

Alternativa C: Correta. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o diagnóstico de osteoporose em mulheres na pós-menopausa é realizado quando o T-score é menor ou igual a -2,5 em pelo menos um dos sítios analisados: coluna lombar, colo femoral ou fêmur total. A paciente apresenta -2,6 na coluna, o que confirma o diagnóstico. O manejo correto inclui mudanças no estilo de vida, garantia de aporte adequado de cálcio e vitamina D e o início de agentes antirreabsortivos para reduzir o risco de fraturas.

Alternativa D: Incorreta. O uso de ferramentas de cálculo de risco de fratura, como o escore FRAX, é indicado principalmente para pacientes com osteopenia, a fim de identificar aqueles com alto risco clínico que se beneficiariam de tratamento farmacológico. No entanto, para pacientes que já possuem diagnóstico de osteoporose por critério densitométrico (T-score menor ou igual a -2,5), o tratamento medicamentoso já está formalmente indicado, independentemente do cálculo do escore de risco.

Questão 40

Texto Original:

Os cistoadenomas são tumores epiteliais benignos do ovário, classificados principalmente em serosos e mucinosos. O conhecimento de suas características macroscópicas é fundamental para o diagnóstico diferencial.

Alternativa A: Está correta. O cistoadenoma seroso é o tumor benigno mais comum do ovário. Ele se apresenta tipicamente como uma lesão cística, preenchida por líquido fluido e transparente (seroso). Na ultrassonografia ou macroscopia, é comum

observar uma cavidade única (unilocular) com paredes finas e, ocasionalmente, septações delgadas.

Alternativa B: Está incorreta. A produção de mucina e o risco de disseminação desse material espesso para a cavidade abdominal (quadro conhecido como pseudomixoma peritoneal) são características exclusivas dos tumores mucinosos. O conteúdo do tumor seroso é fluido e não tem essa propriedade.

Alternativa C: Está incorreta. Os cistoadenomas são, por definição, lesões císticas (preenchidas por líquido). A presença de componentes sólidos predominantes e alta vascularização ao estudo de Doppler são sinais de alerta que sugerem malignidade, sendo característicos dos cistoadenocarcinomas.

Alternativa D: Está incorreta. O cistoadenoma mucinoso é tipicamente unilateral em cerca de 95% dos casos, embora costume atingir grandes volumes. A bilateralidade é uma característica muito mais frequente nos cistoadenomas serosos, ocorrendo em cerca de 15% a 25% das vezes.

Questão 41

Análise Clínica: A paciente apresenta um quadro de taquiarritmia associado a sinais claros de instabilidade hemodinâmica, especificamente a hipotensão severa (PA 80 x 50 mmHg) e sinais de desconforto respiratório (FR 30 irpm e SatO2 92%). Segundo os protocolos de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), a presença de instabilidade (hipotensão, alteração do estado mental, sinais de choque, dor torácica isquêmica ou insuficiência cardíaca aguda) em vigência de uma taquiarritmia indica a necessidade imediata de cardioversão elétrica sincronizada.

Análise do ECG: O eletrocardiograma apresenta um ritmo de complexo QRS estreito (supraventricular) com intervalos R-R completamente irregulares (ritmo "irregularmente irregular") e ausência de ondas P, que são substituídas por oscilações de baixa amplitude na linha de base (ondas f de fibrilação). Esse conjunto de achados é patognomônico de Fibrilação Atrial (FA).

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico é de fibrilação atrial e, diante da instabilidade hemodinâmica (hipotensão arterial), o tratamento de escolha é a cardioversão elétrica sincronizada imediata para restabelecer o débito cardíaco.

b) Incorreta. O traçado não apresenta as ondas F (maiúsculas) em aspecto de "dentes de serra" típicas do flutter atrial. Além disso, o controle de frequência com

amiodarona não é a conduta inicial para pacientes instáveis.

c) Incorreta. A taquicardia atrial costuma apresentar ritmo regular e ondas P com morfologia distinta da sinusal. A propafenona (cardioversão química) é utilizada apenas em pacientes estáveis e sem cardiopatia estrutural, não sendo adequada para este cenário de choque.

d) Incorreta. Embora o diagnóstico de fibrilação atrial esteja correto, a cardioversão química com amiodarona é reservada para pacientes hemodinamicamente estáveis. Em pacientes com hipotensão, o atraso causado pela tentativa de reversão medicamentosa pode levar à parada cardiorrespiratória.

Questão 42

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro de exacerbação de asma. Pela descrição clínica, a crise é classificada como leve a moderada, pois o paciente está em bom estado geral, mantém fala normal, não apresenta sinais de desconforto respiratório (como tiragem ou uso de musculatura acessória) e possui saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente (o ponto de corte para gravidade costuma ser abaixo de 94-95%).

Alternativa a: Incorreta. O sulfato de magnésio intravenoso é uma medicação de segunda linha, indicada apenas para crises graves ou para pacientes que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento inicial. Além disso, o magnésio não é prescrito em horários fixos no manejo da crise aguda, e a suspensão do broncodilatador de curta ação é um erro grave, já que ele é o pilar para a reversão do broncoespasmo.

Alternativa b: Correta. A conduta padrão na crise de asma leve a moderada baseia-se na associação de corticoide sistêmico (prednisona 40 a 50 mg) e broncodilatador de curta ação (beta-2-agonista, como o salbutamol). O uso de aerossol dosimetrado (bombinha) com espaçador é preferível à nebulização por ser igualmente eficaz, mais rápido e apresentar menos efeitos colaterais. Após a estabilização, é fundamental investigar os gatilhos da crise (alérgenos, infecções, mudanças climáticas ou má adesão ao tratamento) para evitar recorrências.

Alternativa c: Incorreta. Embora o uso do broncodilatador esteja correto, a prescrição de antibióticos não é recomendada de rotina nas crises de asma. A maioria das exacerbações é desencadeada por infecções virais ou exposição a alérgenos. Antibióticos só devem ser usados se houver evidência clara de infecção bacteriana, como febre persistente e sinais de pneumonia no exame físico ou radiológico, o que não ocorre neste caso.

Alternativa d: Incorreta. Como mencionado anteriormente, o paciente apresenta uma crise leve a moderada e não possui indicação para o uso de sulfato de magnésio intravenoso neste momento. Essa medicação é reservada para casos que não respondem à terapia inicial ou que já se apresentam com sinais de insuficiência respiratória iminente.

Questão 43

Essa questão aborda um tema fundamental em Geriatria e Cuidados Paliativos: o uso de vias alternativas de alimentação em pacientes com demência avançada.

Para responder corretamente, devemos considerar as evidências científicas atuais e os princípios da Bioética. Estudos robustos indicam que, em pacientes com doença de Alzheimer em estágio terminal (FAST 7), a gastrostomia não prolonga a sobrevivência, não reduz o risco de pneumonia aspirativa, não previne úlceras por pressão e não melhora o estado nutricional de forma significativa quando comparada à alimentação assistida pela boca (conforto oral).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O termo futilidade em sentido estrito refere-se a intervenções que não possuem qualquer base fisiológica para atingir o objetivo desejado (por exemplo, reanimação cardiorrespiratória em um paciente com morte encefálica confirmada). A gastrostomia tecnicamente consegue entregar nutrientes ao estômago; portanto, não é fútil em sentido estrito. Além disso, a afirmação de que não deve ser realizada de forma alguma é excessivamente rígida para o contexto da Bioética clínica brasileira.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a segunda parte da frase mencione a importância dos valores da família, ela utiliza incorretamente o conceito de futilidade em sentido estrito, conforme explicado na alternativa anterior. Se uma medida fosse verdadeiramente fútil em sentido estrito, ela não seria eticamente aceitável apenas pelo desejo da família, pois o médico não é obrigado a realizar procedimentos tecnicamente inúteis.

Alternativa (c) Correta. Este é o conceito mais atual e aceito. O termo tratamento potencialmente inapropriado é preferível ao termo futilidade. Ele indica que, na grande maioria dos casos, a intervenção traz mais riscos e desconfortos do que benefícios clínicos reais para aquela paciente específica. No entanto, a decisão final deve ser compartilhada, levando em conta a autonomia da paciente (diretivas antecipadas) ou os valores e crenças da família, visando sempre o melhor interesse

da paciente e evitando a distanásia.

Alternativa (d) Incorreta. A não realização da gastrostomia em quadros de demência avançada, priorizando a alimentação oral de conforto, é considerada uma prática de ortotanásia (morte natural e digna). O termo eutanásia passiva é obsoleto e tecnicamente incorreto no Direito e na Bioética brasileira para este caso. Suspende ou não iniciar tratamentos que prolonguem o sofrimento sem trazer benefícios reais é um dever ético e não configura crime ou falta ética.

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de choque séptico grave, provavelmente de foco pulmonar (pneumonia), com sinais de disfunção de múltiplos órgãos: insuficiência respiratória (hipoxemia refratária e fadiga), instabilidade hemodinâmica (choque persistente com necessidade de altas doses de vasopressores), disfunção renal (anúria em paciente com DRC prévia) e disfunção neurológica (rebaixamento do nível de consciência com Glasgow 10).

A indicação de intubação orotraqueal (IOT) é mandatória e imediata. O paciente tem sinais de falência respiratória iminente (fadiga e SatO₂ de 84% mesmo com máscara de reservatório) e rebaixamento do nível de consciência, o que impede a proteção das vias aéreas. No choque séptico, a IOT precoce também ajuda a reduzir o trabalho respiratório e o consumo de oxigênio pela musculatura, direcionando o débito cardíaco para órgãos vitais.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

Aguardar a melhora hemodinâmica é inviável e perigoso, pois o paciente já está em fadiga respiratória; a demora resultará em parada cardiorrespiratória por hipóxia. Além disso, o midazolam deve ser evitado em pacientes em estado de choque por ser um potente depressor cardiovascular (causa vasodilatação e depressão miocárdica). A succinilcolina é um bloqueador neuromuscular despolarizante que pode causar hipercalemia. Como o paciente tem doença renal crônica e está anúrico, o risco de uma elevação fatal do potássio sérico contraindica seu uso.

ALTERNATIVA B - CORRETA

A sequência rápida de intubação (SRI) é o padrão-ouro na emergência. O etomidato é o indutor de escolha para pacientes com instabilidade hemodinâmica grave, pois possui perfil neutro, mantendo a estabilidade da pressão arterial e da frequência cardíaca. O rocurônio é o bloqueador neuromuscular não despolarizante ideal neste caso, pois não altera os níveis de potássio, sendo seguro para pacientes com

insuficiência renal e anúria.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é formalmente contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica grave (choque necessitando de altas doses de noradrenalina), rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 12) e necessidade iminente de intubação por fadiga. Insistir na VNI neste cenário posterga o tratamento definitivo e aumenta a mortalidade.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

Adiar a IOT em um paciente com sinais claros de exaustão respiratória é incorreto. O uso de fentanil e midazolam em doses habituais é perigoso no choque, pois ambos podem causar colapso circulatório por simpatectomia e depressão direta. A succinilcolina, como mencionado anteriormente, é contraindicada pelo risco de hipercalemia grave no contexto da insuficiência renal aguda sobre crônica com anúria.

Questão 45

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de tireotoxicose, caracterizado por sintomas adrenérgicos (taquicardia, tremores, palpitações), metabólicos (perda de peso, intolerância ao calor) e confirmação laboratorial (TSH suprimido e T4 livre elevado). O diagnóstico diferencial entre as causas de hipertireoidismo é feito principalmente pelos achados do exame físico.

Por que a alternativa (b) está correta?

A doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo em mulheres jovens. Ela é uma doença autoimune onde anticorpos (TRAb) estimulam o receptor de TSH, gerando bócio difuso e hipervascularização da glândula, o que justifica a presença de sopro e frêmito no exame físico. Além disso, a proptose ocular (exoftalmia) com hiperemia conjuntival é uma manifestação extratireoidiana patognomônica da doença de Graves, não sendo encontrada nas outras causas citadas.

Análise das alternativas incorretas:

a) Tireoidite de Quervain: É uma tireoidite subaguda de origem viral. Sua principal característica é a dor intensa na região da tireoide, frequentemente acompanhada de febre e aumento de provas inflamatórias (como o VHS). O caso descreve um bócio indolor e sinais de cronicidade (8 meses de evolução), o que afasta essa hipótese.

c) Bócio multinodular tóxico: Esta condição é mais comum em pacientes idosos e se

caracteriza pela presença de vários nódulos autônomos na tireoide. Ao exame físico, a glândula seria irregular e nodular, e não apresentaria os sinais oculares (proptose) específicos de Graves.

d) Tireotoxicose factícia: É causada pela ingestão inadvertida ou proposital de hormônios tireoidianos. Nesses casos, o TSH suprimido levaria a uma atrofia ou redução do tamanho da glândula tireoide por falta de estímulo, e não a um bócio difuso com sopro e frêmito. Também não cursa com oftalmopatia.

Questão 46

A questão descreve um caso clássico de neutropenia febril, uma das emergências oncológicas mais importantes na prática médica. A paciente está no sétimo dia após um ciclo de quimioterapia com doxorubicina e ciclofosfamida, período conhecido como nadir hematológico, no qual ocorre a maior queda na contagem de células brancas (leucócitos e neutrófilos) devido à mielossupressão causada pelas drogas.

Analise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora o Brasil seja um país endêmico para dengue e a paciente apresente febre, em oncologia a regra de ouro é que toda febre em paciente recém-quimiotratado deve ser considerada neutropenia febril até que se prove o contrário. Adotar uma conduta expectante com apenas sintomáticos em uma paciente potencialmente neutropênica pode levar ao choque séptico e ao óbito em poucas horas.

Alternativa b: Incorreta. Eventos adversos infusionais ou reações agudas aos quimioterápicos costumam ocorrer durante a administração ou nas primeiras 24 a 48 horas. A febre que surge após sete dias é típica de complicações hematológicas (infecção secundária à queda de imunidade) e não de um efeito colateral direto da droga.

Alternativa c: Correta. A paciente preenche os critérios clínicos para neutropenia febril: febre (temperatura maior que 38,3 graus Celsius ou 38,0 graus sustentada) e história recente de quimioterapia mielossupressora (nadir em 7 dias). A conduta correta é imediata: estabilização, coleta de exames laboratoriais (incluindo hemograma e culturas de sangue e urina) e o início precoce de antibioticoterapia empírica de amplo espectro (como o cefepime), visando cobrir principalmente patógenos Gram-negativos, como a *Pseudomonas aeruginosa*.

Alternativa d: Incorreta. Infecções virais como a influenza podem ocorrer, mas o raciocínio clínico deve priorizar a condição de maior letalidade e especificidade para

o contexto oncológico. O manejo de apenas sintomáticos é insuficiente e perigoso para uma paciente com provável falência medular transitória.

Em resumo, diante de febre no período de nadir pós-quimioterapia, a conduta obrigatória é a investigação de neutropenia e o início imediato de antibióticos após a coleta de culturas.

Questão 47

A análise da questão exige o conhecimento sobre a mecânica respiratória e os parâmetros do modo ventilatório Pressão Controlada (PCV).

Alternativa a) Incorreta. No modo Pressão Controlada (PCV), a variável limitante é a pressão. Isso significa que o ventilador manterá a pressão inspiratória constante conforme o valor ajustado pelo operador durante toda a fase inspiratória. O fluxo, nesse modo, é livre e decrescente, adaptando-se à demanda do paciente e à mecânica pulmonar. O fluxo inspiratório é a variável limitante no modo Volume Controlado (VCV).

Alternativa b) Incorreta. A pressão de distensão (driving pressure) é calculada pela diferença entre a pressão de platô e a PEEP ($DP = P_{\text{platô}} - PEEP$). Utilizando os dados fornecidos, em que a pressão de platô é 10 cmH₂O e a PEEP é 5 cmH₂O, a pressão de distensão seria de 5 cmH₂O. Se considerássemos a pressão de controle (delta de pressão) informada como 15 cmH₂O, o valor também não corresponderia a 10 cmH₂O.

Alternativa c) Incorreta. O cálculo do volume corrente adequado deve ser baseado no peso predito do paciente para garantir uma ventilação protetora (geralmente 6 mL/kg). Como o paciente tem peso predito de 50 kg, o volume corrente alvo deveria ser de 300 mL. O valor de 500 mL que o paciente está recebendo equivale a 10 mL/kg, o que é considerado elevado e predispõe à lesão pulmonar induzida pelo ventilador (VILI).

Alternativa d) Correta. A ciclagem é o mecanismo que encerra a inspiração e inicia a expiração. No modo Pressão Controlada (PCV), o ventilador permanece em inspiração durante um tempo predeterminado pelo operador. Assim que esse tempo expira, ocorre a ciclagem. Portanto, a variável de ciclagem nesse modo é o tempo.

Questão 48

ANÁLISE DO CASO

A paciente de 72 anos apresenta uma fratura de fêmur após queda da própria altura, o que caracteriza tecnicamente uma fratura por fragilidade. Na prática clínica, a ocorrência de uma fratura de fêmur ou vértebra em idosos, após trauma de baixo impacto, é suficiente para o diagnóstico de osteoporose, independentemente do resultado de uma densitometria óssea. O ponto determinante para a escolha da conduta nesta questão é a presença de estenose de esôfago.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O risedronato é um bisfosfonato administrado por via oral. Os bisfosfonatos orais são contraindicados em pacientes com anormalidades esofágicas que retardam o esvaziamento do órgão, como estenoses, acalasia ou espasmos, devido ao risco elevado de irritação grave da mucosa, esofagite erosiva e úlceras esofágicas.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O alendronato de sódio também pertence à classe dos bisfosfonatos orais. Assim como o risedronato, sua administração exige que o paciente consiga ingerir o comprimido com água e permanecer em posição vertical (em pé ou sentado) por pelo menos 30 minutos. A estenose de esôfago relatada no histórico da paciente impede o uso seguro desta medicação.

ALTERNATIVA C - CORRETA: O ácido zoledrônico é um bisfosfonato potente de administração intravenosa (dose de 5 mg, aplicada uma vez ao ano). Por ser administrado diretamente na corrente sanguínea, ele contorna o trato gastrointestinal superior, sendo a terapia de escolha para pacientes com contraindicações ou intolerância aos bisfosfonatos orais. Os exames laboratoriais da paciente mostram uma função renal preservada (creatinina de 0,6 mg/dL), o que permite o uso da droga, que é contraindicada apenas se o *clearance* de creatinina estiver abaixo de 35 mL/min. Além disso, o ácido zoledrônico tem evidência sólida na redução de novas fraturas e de mortalidade em pacientes que sofreram fratura de quadril.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A tibolona é um esteroide sintético utilizado na terapia hormonal da menopausa. Embora possa auxiliar na preservação da massa óssea, não é considerada a droga de primeira linha para o tratamento de osteoporose estabelecida com fratura prévia em uma paciente de 72 anos. Além disso, nessa faixa etária, o risco de efeitos adversos como o acidente vascular cerebral (AVC) torna essa opção terapêutica menos favorável do que o uso de bisfosfonatos.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com dor axial (cervical e lombar) de caráter inflamatório. Os principais sinais que fundamentam essa suspeita são: dor com duração superior a três meses, despertar noturno devido à dor, rigidez matinal (coluna “travada”) e melhora ou piora relacionada ao repouso/atividade. Além disso, a presença de dor glútea (sugestiva de sacroiliite) e dor na planta dos pés (sugestiva de entesite, como a fasciite plantar) são marcas registradas das espondiloartrites. O antecedente pessoal de psoríase é o “ponto-chave” da questão, direcionando o diagnóstico para a Artrite Psoriásica, que faz parte do grupo das espondiloartrites.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

- a) INCORRETA. Embora a fibromialgia cause dor crônica e possa estar associada à depressão, ela se caracteriza por dor difusa em tecidos moles e pontos dolorosos específicos (tender points), sem causar o padrão de despertar noturno por dor inflamatória ou rigidez matinal prolongada. Além disso, a fibromialgia não explica a relação com a psoríase nem a presença de entesites (dor plantar) e sacroiliite (dor glútea).
- b) INCORRETA. A hérnia discal geralmente se manifesta com dor de padrão mecânico (piora ao movimento e melhora ao repouso) e frequentemente apresenta irradiação (radiculopatia), o que a paciente nega. O despertar noturno e a rigidez matinal não são achados típicos de compressões discais.
- c) INCORRETA. A dor muscular (miofascial) costuma ser localizada, relacionada a vícios posturais ou esforço repetitivo (comum em costureiras), mas tem caráter mecânico. Ela não justifica os sintomas sistêmicos e inflamatórios apresentados, como a dor na planta dos pés e a forte associação com a psoríase cutânea.
- d) CORRETA. O diagnóstico de espondiloartrite (neste caso, provavelmente uma Artrite Psoriásica com acometimento axial) é baseado nos critérios de dor lombar inflamatória em paciente com menos de 45 anos, presença de entesite (dor plantar), provável sacroiliite (dor glútea) e a presença de psoríase. O conjunto desses achados é altamente específico para este grupo de doenças, que compartilham o marcador genético HLA-B27 e a negatividade para o fator reumatoide.

Questão 50

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E LABORATORIAL

A paciente apresenta uma anemia importante (Hb: 7,7 g/dl) de caráter microcítico e hipocrômico (VCM: 68 fl; HCM: 20,3 pg), com anisocitose acentuada (RDW: 22,8%). Esse perfil é clássico da anemia ferropriva, que em uma paciente de 73 anos tem como principal causa as perdas crônicas, geralmente pelo trato gastrointestinal. A plaquetose (653.000/mm³) também é um achado reacional comum na deficiência de ferro.

O ponto fundamental para a resolução da questão está no leucograma e na morfologia periférica. A presença de formas jovens de ambas as linhagens no sangue periférico, como eritroblastos (série vermelha) e mielócitos (série branca), caracteriza o que chamamos de reação leucoeritroblástica. Esse achado sugere um estresse medular intenso ou ocupação medular (mieloftise), podendo ocorrer em anemias graves, hemorragias agudas ou quadros de infiltração por neoplasias.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: A anemia é crônica, sugerida pela microcitose e hipocromia marcantes, que indicam um processo de instalação lenta (perda de ferro ao longo do tempo). A presença de eritroblastos e mielócitos no sangue periférico define, por conceito, a reação leucoeritroblástica. Os neutrófilos hipersegmentados citados também podem ocorrer em estados de deficiência nutricional ou regeneração medular.

Alternativa (b) INCORRETA: A anemia não é aguda. Hemorragias agudas cursam com anemia normocítica e normocrômica, pois não há tempo para a alteração do tamanho da hemácia. Além disso, não há linfocitopenia; o cálculo absoluto de linfócitos (12% de 14.680 = 1.761/mm³) está dentro da faixa de normalidade fornecida (1.000 a 4.000/mm³).

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a anemia possa ser considerada crônica, o termo linfocitopenia está incorreto, conforme o cálculo dos valores absolutos mencionado anteriormente (1.761 linfócitos/mm³). Na análise de um hemograma, sempre devemos observar os valores absolutos e não apenas as porcentagens.

Alternativa (d) INCORRETA: Como discutido, o VCM baixo (68 fl) e o HCM baixo (20,3 pg) invalidam a hipótese de hemorragia aguda. Esses índices baixos refletem uma deficiência de ferro estabelecida há semanas ou meses. Embora a plaquetose reacional esteja presente, o diagnóstico de anemia aguda está errado.

Questão 51

Para resolver essa questão, precisamos identificar o diagnóstico principal a partir da análise do líquido ascítico e determinar a conduta terapêutica adequada.

1. Diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE):

A análise do líquido ascítico revela 350 glóbulos brancos/mm³ com 90% de neutrófilos. O cálculo dos polimorfonucleares (PMN) é: $350 \times 0,90 = 315/\text{mm}^3$. O critério diagnóstico para PBE é a presença de mais de 250 neutrófilos/mm³ no líquido ascítico. Portanto, a paciente tem PBE.

2. Tratamento da PBE:

O tratamento de escolha envolve duas frentes:

- Antibioticoterapia: Geralmente iniciada com cefalosporinas de 3ª geração (como a cefotaxima).
- Albuminoterapia: Indicada para prevenir a síndrome hepatorenal e reduzir a mortalidade. A dose recomendada é de 1,5 g/kg de peso no 1º dia e 1,0 g/kg no 3º dia.

3. Cálculo da Albumina para esta paciente:

Peso da paciente: 60 kg.

Dose no 1º dia: $60 \text{ kg} \times 1,5 \text{ g/kg} = 90 \text{ gramas de albumina}$.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Identifica a necessidade de antibiótico para tratar a infecção (PBE) e calcula corretamente a dose de albumina para o primeiro dia (1,5 g/kg), resultando em 90 gramas para uma paciente de 60 kg.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora indique o antibiótico, a dose de 60 gramas de albumina corresponde a 1,0 g/kg, que seria a dose recomendada apenas para o terceiro dia de tratamento, e não para o início imediato (1º dia).

Alternativa (c) INCORRETA: A administração isolada de albumina é insuficiente, pois a causa-base é uma infecção bacteriana (PBE) que exige obrigatoriamente o uso de antibióticos. A albumina atua na proteção renal, mas não elimina o agente infeccioso.

Alternativa (d) INCORRETA: Apresenta dois erros: a ausência do antibiótico, essencial para o tratamento da PBE, e a dose incorreta de albumina para o primeiro dia de tratamento (60 gramas em vez de 90 gramas).

Nota sobre a paracentese: A questão menciona que a última retirada foi de 4 litros. Na paracentese de alívio, a reposição de albumina (8 g por litro retirado) costuma ser

indicada apenas em retiradas acima de 5 litros. No entanto, como a paciente apresenta critérios para PBE, o protocolo de reposição de albumina da PBE (1,5 g/kg) prevalece por ser uma emergência médica com impacto direto na sobrevida.

Questão 52

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente de 61 anos com fatores de risco cardiovascular (hipertensão e tabagismo), apresentando dor precordial típica de síndrome coronariana aguda (SCA) há uma hora. O diagnóstico definitivo é estabelecido pelo eletrocardiograma (ECG).

ANÁLISE DO ECG

Ao observar o traçado, notamos um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF. Essas derivações representam a parede inferior do ventrículo esquerdo. Além disso, observamos uma imagem em espelho (infradesnivelamento do segmento ST) nas derivações laterais altas (DI e aVL), o que reforça o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede inferior.

CONDUTA TERAPÊUTICA

Para um paciente com IAMCSST com apenas uma hora de evolução, a terapia de reperfusão é mandatória e deve ser realizada o mais rápido possível. A angioplastia primária é a estratégia de escolha quando disponível em tempo hábil.

Em relação à antiagregação plaquetária dupla:

1. AAS: Dose de ataque de 200 a 300 mg (mencionada no enunciado).
2. Clopidogrel: A dose de ataque depende da estratégia de reperfusão. Se o paciente for submetido à angioplastia primária, a dose de ataque recomendada é de 600 mg. Caso a opção fosse a trombólise química, a dose seria de 300 mg (para pacientes com menos de 75 anos).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A parede acometida é a inferior, não a posterior. Além disso, para angioplastia primária, a dose de ataque do clopidogrel deve ser de 600 mg, e não 300 mg.

b) Incorreta. Embora identifique corretamente a parede inferior, a dose de 600 mg de

clopidogrel é utilizada para angioplastia, não para trombólise química (na qual a dose de ataque padrão é de 300 mg para menores de 75 anos).

c) Incorreta. A parede acometida é a inferior. O infarto de parede posterior (dorsal) se manifestaria com infradesnivelamento de ST em V1 a V3 ou supradesnivelamento em derivações dorsais (V7, V8, V9).

d) Correta. O ECG confirma o acometimento da parede inferior (supra em DII, DIII e aVF). A conduta padrão-ouro é o encaminhamento para angioplastia primária associado ao ataque de 600 mg de clopidogrel, visando a uma inibição plaquetária mais rápida e intensa antes do procedimento invasivo.

Questão 53

Diagnóstico: O quadro clínico e laboratorial descreve um Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH). Os critérios presentes são: glicemia muito elevada (1.015 mg/dL), ausência de cetonúria significativa, pH venoso $> 7,30$ e bicarbonato > 18 mEq/L, além da alteração do nível de consciência (Glasgow 12) e desidratação grave. O fator precipitante, neste caso, foi provavelmente uma infecção respiratória (tosse e febre).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. No Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar, a desidratação é profunda, muito mais grave do que na cetoacidose diabética. O déficit de fluidos costuma variar entre 100 e 200 mL/kg de peso (uma perda média de 9 a 12 litros em adultos). A glicose elevada no sangue atua como um potente agente osmótico, causando diurese osmótica maciça e perda importante de eletrólitos, como sódio e potássio.

b) Incorreta. A insuficiência pancreática aguda não é uma complicação frequente ou característica do EHH. Embora a pancreatite aguda possa ocasionalmente atuar como o gatilho para a descompensação glicêmica, ela não é uma complicação inerente ao estado de hiperosmolaridade que exija monitoramento rotineiro em todos os pacientes.

c) Incorreta. Apesar de o pH estar normal ou próximo da normalidade (diferente da cetoacidose), o EHH apresenta uma mortalidade significativamente maior do que a cetoacidose diabética. Isso ocorre porque o EHH acomete geralmente pacientes mais idosos, com mais comorbidades e que se apresentam com desidratação extrema e hiperosmolaridade grave, o que eleva o risco de complicações multissistêmicas.

d) Correta. A hiperosmolaridade extrema e a desidratação grave levam à

hemoconcentração e ao aumento da viscosidade sanguínea. Esse estado, somado a uma resposta inflamatória sistêmica, gera um ambiente pró-trombótico. Pacientes em EHH têm risco aumentado de fenômenos tromboembólicos, como trombose venosa profunda (TVP), acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, sendo frequentemente indicada a profilaxia com heparina.

Gabarito: Letra (d).

Questão 54

O paciente descrito apresenta um quadro de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr), definida por uma fração de ejeção de 34% (abaixo de 40%). De acordo com as atualizações das diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), o tratamento padrão-ouro para todos os pacientes com ICFEr, visando à redução de mortalidade e de hospitalizações, baseia-se nos chamados quatro pilares da terapia medicamentosa otimizada.

Esses quatro pilares são:

1. Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), ou, preferencialmente, inibidores da neprilisina e do receptor da angiotensina (ARNI).
2. Betabloqueadores.
3. Antagonistas do receptor mineralocorticoide (ARM).
4. Inibidores do SGLT2 (iSGLT2).

No caso clínico, o paciente já está em uso de enalapril (IECA), carvedilol (betabloqueador) e espirolactona (ARM). Portanto, para completar a terapia fundamental de primeira linha, falta a introdução de um inibidor do SGLT2.

Explicação das alternativas:

a) INCORRETA. A ivabradina é uma medicação de segunda linha. Ela é indicada para pacientes em ritmo sinusal, com fração de ejeção menor ou igual a 35% e frequência cardíaca persistente acima de 70 bpm (ou 75 bpm em algumas diretrizes), mesmo após o uso de betabloqueadores na dose máxima tolerada. Embora o paciente tenha 87 bpm, a prioridade absoluta é completar os quatro pilares fundamentais (adicionando o iSGLT2) antes de considerar drogas adjuntas como a ivabradina.

b) INCORRETA. A combinação de hidralazina e nitrato é indicada principalmente para pacientes que não toleram IECA ou BRA (devido à insuficiência renal ou potássio elevado) ou como terapia adicional em pacientes negros que permanecem sintomáticos apesar do tratamento triplo clássico. Não é a conduta prioritária neste

momento.

c) CORRETA. Os inibidores do SGLT2 (como a dapagliflozina ou empagliflozina) devem ser prescritos para todos os pacientes com ICFeR, independentemente de terem ou não diabetes mellitus. Eles demonstraram reduzir significativamente a mortalidade cardiovascular e as internações por insuficiência cardíaca. Como o paciente já usa IECA, betabloqueador e ARM, o iSGLT2 é o próximo passo obrigatório para completar o tratamento farmacológico inicial.

d) INCORRETA. O digitalis (digoxina) pode ser considerado em pacientes com ICFeR que permanecem sintomáticos apesar da terapia otimizada para reduzir hospitalizações, ou para controle de frequência na fibrilação atrial. No entanto, a digoxina não reduz a mortalidade e está posicionada muito atrás dos inibidores do SGLT2 no algoritmo de tratamento atual.

Questão 55

Para compreender essa questão, devemos analisar separadamente a função renal e o distúrbio acidobásico do paciente.

Análise da Insuficiência Renal Aguda (IRA):

1. Estadiamento (Critérios KDIGO): O paciente apresenta Cr de 2,5 mg/dL (partindo de 0,9 mg/dL, um aumento de 2,7 vezes) e, crucialmente, um débito urinário de 0,2 mL/kg/h nas últimas 24 horas. Segundo a classificação KDIGO, um débito urinário menor que 0,3 mL/kg/h por 24 horas ou mais define o Estágio 3 da IRA.

2. Etiologia: A presença de cilindros granulosos, células epiteliais tubulares na urina e uma Fração de Excreção de Sódio (FeNa) de 3,1% (maior que 1%) são marcadores clássicos de Necrose Tubular Aguda (NTA). O contexto de choque séptico e a insuficiência cardíaca grave (fração de ejeção de 25%) indicam que a causa é mista: isquêmica (pela má perfusão) e associada à sepse. O uso de vancomicina por apenas um dia é um tempo muito curto para justificar uma lesão nefrotóxica por essa droga.

Análise do Distúrbio Acidobásico:

1. Acidose Metabólica: O pH de 7,22 e o bicarbonato de 12 mEq/L confirmam uma acidose metabólica.

2. Anion Gap (AG): O cálculo do AG é $Na - (Cl + HCO_3)$. $AG = 135 - (112 + 12) = 11$. À primeira vista, parece normal (normoclorêmica), mas devemos corrigir pela albumina baixa (2,4 g/dL). A cada 1 g/dL que a albumina cai abaixo de 4,0 g/dL, o AG "normal" reduz-se em 2,5. $AG\ corrigido = AG\ medido + 2,5 \times (4,0 - albumina) = 11 + 2,5 \times (1,6) = 15$. Um AG de 15 é elevado, caracterizando uma acidose com anion gap

elevado (causada pelo lactato de 5,5 e pela uremia).

3. Hiperclorêmia: O cloro de 112 mEq/L está claramente elevado (valor de referência até 106 mEq/L). Isso indica que existe, concomitantemente, uma acidose hiperclorêmica, muito comum após a ressuscitação volêmica com soro fisiológico 0,9% em pacientes sépticos. Portanto, há um distúrbio misto: acidose metabólica com AG elevado (normoclorêmica) e hiperclorêmica.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Não há evidência de alcalose metabólica (o bicarbonato está baixo e o pH está ácido). O tempo de exposição à vancomicina (1 dia) torna a causa induzida pela droga improvável comparada ao choque.

b) Incorreta. Embora haja AG aumentado (normoclorêmica), o paciente está no Estágio 3 da IRA devido ao débito urinário de 0,2 mL/kg/h por 24 h, e não no Estágio 2. Novamente, a vancomicina é uma causa improvável em 24 h de uso.

c) Incorreta. O pCO₂ de 27 mmHg para um HCO₃ de 12 mEq/L indica uma resposta respiratória compensatória adequada (conforme a fórmula de Winter: $1,5 \times 12 + 8 = 26 \pm 2$), e não uma acidose respiratória (que exigiria um pCO₂ elevado). O estágio da IRA é 3.

d) Correta. O paciente apresenta acidose metabólica mista (com AG elevado pelo lactato/uremia e hiperclorêmica pelo cloro elevado), IRA estágio 3 (pelo critério de débito urinário) e a etiologia é NTA por isquemia (choque e IC) e sepse.

Questão 56

Para responder a essa questão, devemos aplicar os critérios do Fenótipo de Fragilidade de Fried, que é o modelo mais utilizado mundialmente para o diagnóstico clínico da síndrome da fragilidade no idoso. Linda Fried definiu cinco critérios objetivos, e a presença de três ou mais deles confirma o diagnóstico.

Os cinco critérios de Fried são:

1. Perda de peso não intencional (mais de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano).
2. Exaustão autorreferida (fadiga ou baixa energia).
3. Redução da força de preensão palmar (medida por dinamometria ou avaliada indiretamente pela dificuldade em levantar-se da cadeira).
4. Baixa velocidade de marcha (lentidão ao caminhar).
5. Baixo nível de atividade física (sedentarismo ou limitação importante para atividades físicas).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) avalia o déficit cognitivo, e o diagnóstico de múltiplas doenças refere-se a comorbidades/multimorbidade. Embora o declínio cognitivo e as doenças crônicas possam contribuir para a fragilidade, eles não são critérios diagnósticos do fenótipo de Fried.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa lista exatamente os elementos que compõem o fenótipo de Fried presentes no caso clínico: a perda de peso não intencional (6 kg em 6 meses), a velocidade de marcha reduzida (levou 33 segundos para percorrer 4,6 metros, o que é extremamente lento), a redução do nível de energia/fadiga (relatada pelo paciente) e a dificuldade em subir escadas (que reflete o baixo nível de atividade física ou a fraqueza muscular). Como o paciente apresenta esses critérios, o diagnóstico de fragilidade está estabelecido.

Alternativa c) Incorreta. O Índice de Massa Corporal (IMC) baixo, a polifarmácia (uso de oito medicações), a escala de depressão geriátrica alterada e o número de doenças são fatores de risco, marcadores de vulnerabilidade ou consequências da fragilidade, mas não fazem parte dos critérios diagnósticos do fenótipo de Fried.

Alternativa d) Incorreta. Embora cite a fadiga e a velocidade de marcha, esta alternativa inclui o Índice de Katz (que avalia dependência funcional em atividades básicas de vida diária) e o MEEM (cognição). É fundamental diferenciar fragilidade de incapacidade funcional (Katz) e de demência (MEEM), embora essas condições frequentemente coexistam no idoso frágil.

Conclusão: O diagnóstico da síndrome da fragilidade é clínico e baseia-se na identificação de critérios de declínio fisiológico e reserva funcional reduzida, conforme descrito na alternativa B.

Questão 57

Alternativa A: Incorreta. O Questionário de Fagerström, padrão-ouro para avaliar a dependência de nicotina no tabagismo convencional, não é diretamente replicável para dispositivos eletrônicos. Isso ocorre porque o padrão de consumo é diferente: enquanto o fumante de cigarros comuns conta unidades por dia, o usuário de dispositivos eletrônicos realiza tragadas esporádicas ao longo de todo o dia, muitas vezes com concentrações de nicotina variadas (saís de nicotina vs. nicotina de base livre). Escalas específicas, como o Índice de Dependência de Cigarro Eletrônico da Penn State, foram desenvolvidas para suprir essa lacuna.

Alternativa B: Correta. O mentol é um aditivo que, além de conferir sabor, possui propriedades anestésicas locais e refrescantes. Ele atua reduzindo a irritação das vias aéreas superiores e o "soco na garganta" (throat hit) causado pela nicotina. Essa dessensibilização facilita a inalação de um volume maior de aerossol, permitindo tragadas mais profundas e prolongadas, o que resulta em uma maior absorção de substâncias tóxicas e maior potencial de dependência.

Alternativa C: Incorreta. De acordo com dados recentes da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e outros levantamentos epidemiológicos, o uso de dispositivos eletrônicos para fumar tem apresentado uma tendência de crescimento no Brasil, especialmente entre jovens. Não há evidências de redução de consumo entre as mulheres nos dados de 2024; pelo contrário, a prevalência do uso desses dispositivos tem se mostrado um desafio crescente para a saúde pública.

Alternativa D: Incorreta. O termo "vapor de água" é um mito utilizado na publicidade desses produtos. O que os dispositivos liberam é um aerossol, uma suspensão de partículas finas e ultrafinas em um gás. Esse aerossol contém substâncias nocivas como propilenoglicol, glicerina vegetal, metais pesados (níquel, estanho, chumbo), nitrosaminas e compostos orgânicos voláteis, todos com potencial para causar danos pulmonares (como a síndrome EVALI), cardiovasculares e neoplásicos.

Questão 58

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro descrito apresenta um paciente na faixa etária de risco (55 anos) com sintomas e sinais clássicos de uma emergência oftalmológica. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são a dor intensa (cefaleia e dor periocular), a baixa acuidade visual com visão de halos (que indica edema de córnea devido ao aumento súbito da pressão intraocular) e a pupila em média midríase fixa (não reativa à luz).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) NEURITE ÓPTICA: A neurite costuma cursar com perda de visão e dor, mas a dor é tipicamente exacerbada pela movimentação ocular. Ao exame físico, o olho geralmente apresenta-se calmo, sem a hiperemia conjuntival descrita. Além disso, o achado pupilar característico é o defeito pupilar aferente relativo (pupila de Marcus Gunn) e não a midríase média fixa.

b) ESCLERITE: A esclerite causa dor ocular profunda e intensa, acompanhada de

hiperemia ocular que não cede com vasoconstritores tópicos. No entanto, não costuma causar a tríade de edema de córnea (halos), baixa acuidade visual severa e paralisia pupilar em midríase de forma aguda como relatado no caso.

c) UVEÍTE ANTERIOR: Esta patologia também causa olho vermelho, dor e fotofobia. Contudo, a diferença crucial reside na pupila: na uveíte anterior, a pupila apresenta-se em miose (contraída) e muitas vezes irregular devido à formação de sinéquias (aderências da íris no cristalino). A visão de halos também não é um achado comum na uveíte, sendo mais específica do glaucoma agudo.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

d) GLAUCOMA AGUDO: O quadro é típico do fechamento angular agudo. O aumento abrupto da pressão intraocular (frequentemente acima de 40-50 mmHg) causa edema do epitélio corneano, o que leva à percepção de halos coloridos ao redor das luzes e embaçamento visual. A pressão elevada causa isquemia do músculo esfíncter da íris, resultando na pupila em média midríase e paralisada (sem resposta à luz). A congestão vascular gera a hiperemia conjuntival e a dor referida como cefaleia e dor periocular. É uma situação que requer intervenção imediata para reduzir a pressão e prevenir danos permanentes ao nervo óptico.

Questão 59

Análise do caso:

O paciente apresenta um quadro típico de pneumonia bacteriana secundária a uma infecção prévia por Influenza. A história de melhora inicial dos sintomas gripais seguida de uma piora acentuada (padrão bifásico) é o sinal clássico de sobreinfecção bacteriana. Os sinais de gravidade (choque circulatório, rebaixamento de consciência e taquipneia) associados a achados radiológicos de consolidações multilobares e cavitação são fundamentais para o diagnóstico.

Alternativa A: Incorreta. Embora o *Streptococcus pneumoniae* seja o principal agente da pneumonia na comunidade, ele raramente causa escavações (cavitações). Além disso, diante de um paciente com choque séptico e quadro radiológico agressivo, a monoterapia com cefalosporina não é a conduta inicial mais segura, pois não cobriria adequadamente outros patógenos possíveis, como o *Staphylococcus aureus*.

Alternativa B: Incorreta. A tuberculose pulmonar apresenta, em geral, uma evolução subaguda ou crônica, com semanas de sintomas. O quadro descrito é de evolução aguda e fulminante (48 horas de piora) após um quadro viral, o que caracteriza uma pneumonia bacteriana aguda. Iniciar esquema para TB em um paciente com instabilidade hemodinâmica sem tratar a causa bacteriana aguda seria inadequado.

Alternativa C: Correta. O *Staphylococcus aureus* é um patógeno frequentemente associado à pneumonia pós-influenza. Ele é conhecido por causar pneumonia necrotizante, que se manifesta com escarro hemoptoico, rápida deterioração clínica e presença de cavitações ao raio-X. Devido à gravidade e à possibilidade de *S. aureus* resistente à meticilina (MRSA), as diretrizes recomendam a cobertura empírica com beta-lactâmico (para cobrir pneumococo) associado à vancomicina ou linezolida (cobertura para MRSA).

Alternativa D: Incorreta. A infecção pelo vírus Influenza lesa o epitélio respiratório e predispõe fortemente à invasão bacteriana. Portanto, a presença de influenza aumenta (em vez de descartar) a necessidade de investigar e tratar patógenos bacterianos. O oseltamivir deve ser mantido, mas o tratamento da sepse bacteriana com antibióticos de amplo espectro é a prioridade absoluta para a sobrevivência do paciente.

Questão 60

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta um quadro típico de dengue que, já no primeiro atendimento, manifestava sinais de gravidade. Os sinais de alarme presentes eram a dor abdominal difusa e os vômitos persistentes. Mais grave ainda, a paciente já apresentava sinais de choque compensado, evidenciados pela taquicardia (110 bpm), extremidades frias e tempo de enchimento capilar (TEC) de 4 segundos (o valor normal é de até 2 segundos).

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da dengue, a presença de sinais de alarme classifica o paciente como Grupo C, e a presença de sinais de choque (mesmo que a pressão arterial ainda esteja normal, caracterizando choque compensado) o classifica como Grupo D. Em ambos os grupos, a internação hospitalar para hidratação venosa imediata é obrigatória.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A clínica da paciente era soberana. A presença de sinais de alarme (vômitos e dor abdominal) e de sinais de má perfusão periférica (choque compensado) impunham o diagnóstico de dengue grave ou com sinais de alarme. O fato de o hematócrito e as plaquetas estarem inicialmente normais não autoriza a alta médica, pois as alterações laboratoriais podem demorar a aparecer em relação aos sinais clínicos de extravasamento plasmático. A conduta correta seria a internação e a hidratação venosa.

Alternativa B (INCORRETA): O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o ibuprofeno, é contraindicado na dengue por aumentar o risco de sangramentos e lesão renal. Contudo, a segunda parte da alternativa está errada: a ausência de hemorragias ou de alteração no hematócrito não afasta a necessidade de internação quando outros sinais de alarme e sinais de choque estão presentes.

Alternativa C (INCORRETA): A conduta de hidratação oral só é recomendada para pacientes dos Grupos A e B, que não possuem sinais de alarme. Para esta paciente, a conduta foi errônea e perigosa, pois ela já se encontrava na fase crítica da doença, na qual ocorre o extravasamento plasmático e o risco de choque.

Alternativa D (INCORRETA): Embora chikungunya e zika sejam diagnósticos diferenciais, a presença de sinais clínicos de choque (taquicardia e TEC prolongado) exige uma resposta imediata, independentemente do agente etiológico. A evolução para dengue grave na UTI foi uma progressão previsível diante da ausência de tratamento adequado (reposição volêmica vigorosa) no momento em que os primeiros sinais de choque apareceram.

Questão 61

O tratamento de lesões arteriais traumáticas, como a que ocorre na luxação do joelho envolvendo a artéria poplítea, exige rapidez e a escolha do melhor conduto para garantir a patência do vaso e a salvaguarda do membro.

Alternativas (a) e (b) Incorretas: As próteses sintéticas, sejam de PTFE (politetrafluoroetileno) ou de Dacron, não são a primeira escolha em traumas de extremidades. Em vasos de calibre médio e pequeno, como os do joelho para baixo, o material sintético apresenta maior risco de trombose (menor patência) em comparação aos enxertos venosos. Além disso, traumas costumam ser cirurgias potencialmente contaminadas, e o uso de material sintético aumenta significativamente o risco de infecção do enxerto, o que pode levar a hemorragias graves ou à necessidade de amputação.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a veia safena magna seja o melhor substituto vascular, utilizar a veia do mesmo membro que sofreu o trauma (ipsilateral) é uma escolha inadequada. Em uma luxação de joelho com síndrome isquêmica, o sistema venoso profundo pode estar comprometido ou comprimido pelo edema e pelo trauma local. Retirar a veia safena desse membro lesionado prejudicaria ainda mais o retorno venoso superficial e profundo, aumentando a pressão compartimentar e o risco de edema grave e de síndrome compartimentar no pós-operatório.

Alternativa (c) Correta: A veia safena magna contralateral (da perna sadia) é o padrão-ouro para revascularização no trauma. Por ser um enxerto autólogo (do próprio paciente), oferece a melhor biocompatibilidade, maior resistência a infecções e excelentes taxas de patência. A escolha do lado contralateral é fundamental para não comprometer o já prejudicado retorno venoso do membro traumatizado, garantindo que o fluxo de drenagem seja preservado enquanto a circulação arterial é restaurada.

Questão 62

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a fisiopatologia da Síndrome de Isquemia-Reperusão, um fenômeno que ocorre quando o fluxo sanguíneo é restaurado em um tecido que permaneceu isquêmico por um período prolongado. Embora a revascularização seja necessária, a chegada súbita de oxigênio e nutrientes pode desencadear uma cascata de danos celulares e sistêmicos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Durante a isquemia, o ATP é degradado até hipoxantina, que se acumula no tecido. Simultaneamente, a enzima xantina desidrogenase é convertida em xantina oxidase. No momento da reperusão, o oxigênio molecular (O₂) que retorna ao tecido reage obrigatoriamente com a hipoxantina, mediado pela xantina oxidase, gerando radicais livres como o ânion superóxido. Portanto, essa reação é um dos pilares do dano por reperusão.

b) Correta. A restauração do fluxo de oxigênio para um ambiente metabolicamente alterado promove a formação em larga escala de espécies reativas de oxigênio (radicais livres). Esses radicais atacam os lipídios das membranas celulares (lipoperoxidação), destruindo a integridade da célula. Além disso, o processo inflamatório atrai e ativa leucócitos (especialmente neutrófilos), que liberam mais enzimas citotóxicas e radicais livres, amplificando a lesão tecidual.

c) Incorreta. O radical superóxido de fato reage com o óxido nítrico (NO), mas o resultado é a formação de peroxinitrito, uma substância altamente reativa e citotóxica. Essa reação reduz a disponibilidade de óxido nítrico (que é um importante vasodilatador e inibidor de agregação plaquetária), resultando em vasoconstrição e prejuízo à microcirculação, e não o contrário.

d) Incorreta. O íon ferro desempenha um papel fundamental na formação do radical hidroxila (o radical livre mais nocivo). Através da Reação de Fenton, o ferro (Fe²⁺)

reage com o peróxido de hidrogênio (gerado na reperfusão) para produzir o radical hidroxila. Assim, o ferro é um catalisador essencial do estresse oxidativo na reperfusão.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clássico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) manifestado por sintomas de esvaziamento (jato fraco, hesitação) e de armazenamento (noctúria). O escore IPSS de 19 classifica os sintomas como moderados (a faixa moderada vai de 8 a 19), o que justifica o início de tratamento medicamentoso. O toque retal descreve uma próstata de consistência normal (fibroelástica), afastando a suspeita imediata de malignidade, e o PSA de 1,6 ng/mL reforça essa característica benigna. O volume prostático de 35 g indica um aumento leve a moderado, e o resíduo pós-miccional de 90 mL demonstra que há uma repercussão mecânica, mas sem critérios de urgência cirúrgica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A terapia combinada (alfabloqueador + inibidor da 5-alfa-redutase) é indicada principalmente para pacientes com próstatas volumosas (geralmente acima de 40 g) ou com alto risco de progressão da doença. Como a próstata do paciente tem 35 g, o benefício de adicionar a finasterida no início do tratamento é menor, além de expor o paciente a mais efeitos colaterais (como disfunção erétil e redução da libido) e levar cerca de 6 meses para atingir o efeito máximo na redução do volume glandular.

Alternativa (b) INCORRETA: A urodinâmica é um exame invasivo e não é recomendada na avaliação inicial de rotina para HPB. Sua indicação fica reservada para casos de dúvida diagnóstica (como suspeita de bexiga neurogênica), falha do tratamento clínico ou antes de procedimentos cirúrgicos em pacientes com apresentações atípicas.

Alternativa (c) CORRETA: O alfabloqueador (ex.: tansulosina, doxazosina) é o tratamento de escolha inicial para pacientes com sintomas moderados. Ele atua relaxando a musculatura lisa do colo vesical e da uretra prostática, reduzindo a resistência ao fluxo urinário. A resposta é rápida (geralmente em 48 a 72 horas), sendo a conduta mais adequada para o perfil do paciente (próstata < 40 g e sintomas moderados).

Alternativa (d) INCORRETA: O tratamento cirúrgico, como a Ressecção Transuretral

da Próstata (RTU), é indicado quando há falha do tratamento medicamentoso ou na presença de complicações absolutas, como: retenção urinária aguda persistente, infecções urinárias de repetição, cálculos vesicais, hematúria macroscópica persistente ou insuficiência renal pós-renal (obstrutiva). O paciente não apresenta nenhum desses critérios no momento.

Questão 64

Esta questão aborda o manejo inicial da litíase ureteral (cólica nefrética). O paciente apresenta um quadro clássico de cálculo ureteral distal pequeno (5 mm), sem sinais de complicação, como infecção (ausência de febre), obstrução importante (sem hidronefrose) ou insuficiência renal.

Análise das alternativas:

a) Correta. Diante de um cálculo ureteral menor que 10 mm (especialmente os de 5 mm ou menos), a conduta inicial padrão é o tratamento conservador, conhecido como Terapia Expulsiva Médica (MET). Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são a primeira escolha para o controle da dor e redução do edema ureteral. Os alfa-bloqueadores (como a tansulosina) promovem o relaxamento da musculatura lisa do ureter distal, aumentando significativamente a taxa de eliminação espontânea do cálculo.

b) Incorreta. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) não é um procedimento de urgência neste cenário. Ela pode ser considerada se o tratamento conservador falhar ou em cálculos maiores, mas não é a conduta inicial para um cálculo de 5 mm em paciente estável. Além disso, a LECO tem menor eficácia em cálculos localizados no terço distal do ureter devido à interposição dos ossos da bacia.

c) Incorreta. A ureterolitotripsia (cirurgia endoscópica) é um tratamento invasivo indicado para cálculos maiores (geralmente > 10 mm), dor intratável, obstrução persistente ou infecção associada. Realizar um procedimento cirúrgico com colocação de cateter duplo-J de forma "profilática" para um cálculo de 5 mm com alta chance de eliminação espontânea é uma conduta excessiva.

d) Incorreta. Não há indicação de antibioticoterapia, pois o paciente não apresenta febre nem sinais laboratoriais ou radiológicos de infecção urinária obstrutiva (uropatia obstrutiva infectada). A hidratação venosa vigorosa também não é recomendada na fase aguda da cólica, pois pode aumentar a pressão na via urinária e piorar a dor, devendo-se manter apenas a hidratação habitual.

Em resumo, para cálculos ureterais pequenos e não complicados, a conduta consiste em sintomáticos e estímulo à eliminação espontânea com auxílio de medicamentos.

Questão 65

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um trauma perineal clássico, comum em acidentes motociclísticos ou quedas "a cavaleiro". O paciente apresenta os sinais patognomônicos de lesão de uretra anterior (especificamente uretra bulbar): uretrorragia (sangue no meato), incapacidade de urinar e o hematoma escrotal/perineal em formato de borboleta. Esse hematoma ocorre porque a fáscia de Colles limita o extravasamento de sangue e urina para o períneo, impedindo que se espalhe para as coxas, mas permitindo que se estenda para a bolsa escrotal e parede abdominal.

Alternativa A (Correta): Diante de qualquer suspeita de lesão uretral, a regra de ouro no atendimento ao trauma (ATLS) é não realizar sondagem vesical às cegas. O passo diagnóstico obrigatório é a uretrocistografia retrógrada. Este exame consiste na injeção de contraste radiopaco pelo meato uretral para avaliar a integridade do canal. Ele confirmará se a lesão existe e se é parcial ou total, orientando o tratamento definitivo.

Alternativa B (Incorreta): A sondagem uretral cega (com sonda Foley ou qualquer outra) é contraindicada na presença de uretrorragia ou hematoma perineal. A tentativa de passar a sonda pode converter uma lesão parcial em uma ruptura total da uretra, além de aumentar o risco de sangramento massivo, infecção e formação de estenoses uretrais futuras.

Alternativa C (Incorreta): O ultrassom (US) de bexiga pode confirmar a presença de um bexigoma (retenção urinária), mas não tem utilidade para diagnosticar a lesão uretral em si. No trauma, a prioridade é identificar o local e a gravidade da ruptura do canal uretral para decidir a via de drenagem da urina.

Alternativa D (Incorreta): A cistostomia suprapúbica de urgência é um procedimento terapêutico, utilizado para descompressão da bexiga quando a uretra está rompida. Embora possa ser necessária caso a uretrocistografia confirme a lesão total, ela não é o próximo passo "diagnóstico". Além disso, deve-se sempre tentar o diagnóstico por imagem antes de procedimentos invasivos, a menos que haja uma contraindicação absoluta ou impossibilidade de realizar o exame radiológico.

Questão 66

Para resolver essa questão, devemos aplicar o sistema de pontuação do ACR TI-RADS (American College of Radiology Thyroid Imaging, Reporting and Data System), que avalia cinco categorias ultrassonográficas para determinar o risco de malignidade de um nódulo tireoidiano.

Análise da pontuação conforme os achados descritos:

1. Composição: Sólido = 2 pontos.
2. Ecogenicidade: Hipoecogênico = 2 pontos.
3. Formato: Mais alto que largo = 3 pontos.
4. Margens: Irregulares = 2 pontos.
5. Focos ecogênicos: Focos ecogênicos puntiformes (sugestivos de microcalcificações) = 3 pontos.

Somatória de pontos: $2 + 2 + 3 + 2 + 3 = 12$ pontos.

Classificação ACR TI-RADS baseada na pontuação:

- TI-RADS 1 (Benigno): 0 pontos.
- TI-RADS 2 (Não suspeito): 2 pontos.
- TI-RADS 3 (Levemente suspeito): 3 pontos.
- TI-RADS 4 (Moderadamente suspeito): 4 a 6 pontos.
- TI-RADS 5 (Altamente suspeito): 7 ou mais pontos.

Com 12 pontos, o nódulo é classificado como TI-RADS 5 (alto risco).

Conduta para TI-RADS 5:

- Realizar Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) se o nódulo for maior ou igual a 1,0 cm.
 - Realizar seguimento ultrassonográfico se o nódulo for maior ou igual a 0,5 cm.
- Como o nódulo da paciente tem 2,0 cm, a conduta imediata é a PAAF.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A classificação TI-RADS 3 é para nódulos com apenas 3 pontos. O nódulo em questão apresenta múltiplas características de alta suspeição (mais alto que largo e focos puntiformes), totalizando 12 pontos.

b) Incorreta. O TI-RADS 4 compreende a faixa de 4 a 6 pontos. Embora a conduta de PAAF fosse correta para um TI-RADS 4 de 2,0 cm (o limite para PAAF no TR4 é maior ou igual a 1,5 cm), a classificação pontuada ultrapassa essa categoria.

c) Correta. O nódulo soma 12 pontos, enquadrando-se na categoria TI-RADS 5 (alto risco). Pelo tamanho de 2,0 cm (acima do ponto de corte de 1,0 cm), a indicação correta é a PAAF.

d) Incorreta. O TI-RADS 2 é atribuído a nódulos com 2 pontos (como cistos simples ou nódulos espongiiformes), o que não corresponde à descrição de um nódulo sólido, hipoecogênico e com margens irregulares.

Questão 67

A questão descreve um caso de carcinoma espinocelular (CEC) de amígdala em um paciente de 35 anos, não tabagista e não etilista. Este perfil clínico é fundamental para a identificação do fator etiológico, pois foge do padrão clássico dos tumores de cabeça e pescoço.

Alternativa (a) Incorreta: A exposição prolongada à radiação ultravioleta é o principal fator de risco para o câncer de pele não melanoma e para o carcinoma espinocelular de lábio (especialmente o lábio inferior), devido à exposição solar direta. Não há relação entre a radiação UV e lesões em órgãos internos ou protegidos da luz solar, como a amígdala.

Alternativa (b) Correta: O papilomavírus humano (HPV), especialmente o subtipo 16, é hoje reconhecido como o principal agente etiológico do carcinoma espinocelular de orofaringe (que inclui amígdalas e base da língua) em pacientes jovens e sem os fatores de risco tradicionais (tabaco e álcool). Esses tumores apresentam características epidemiológicas e moleculares distintas, geralmente ocorrendo em indivíduos com maior número de parceiros sexuais e prática de sexo oral, apresentando, curiosamente, um melhor prognóstico e resposta ao tratamento em comparação aos tumores relacionados ao tabagismo.

Alternativa (c) Incorreta: O vírus Epstein-Barr (EBV) está fortemente associado ao carcinoma de nasofaringe (rinofaringe), além de linfomas como o de Burkitt e o linfoma de Hodgkin. Embora seja um vírus oncogênico, sua principal correlação clínica na região da cabeça e pescoço não é com a amígdala palatina.

Alternativa (d) Incorreta: O consumo excessivo de alimentos defumados, ricos em nitritos e nitrosaminas, é um fator de risco clássico para o câncer gástrico. Não existe evidência científica robusta que correlacione esse hábito alimentar diretamente ao surgimento do carcinoma espinocelular de amígdala.

Questão 68

A alternativa (a) está incorreta porque a Comunicação Interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita acianótica. O fluxo sanguíneo (*shunt*) ocorre do átrio esquerdo para o átrio direito, ou seja, da esquerda para a direita, o que não provoca cianose. A cianose só apareceria em casos de inversão do *shunt* (da direita para a esquerda) devido à hipertensão pulmonar grave, quadro conhecido como Síndrome de Eisenmenger, que é extremamente raro de ocorrer em crianças tão jovens com essa patologia.

A alternativa (b) está incorreta. A correção cirúrgica convencional da CIA exige a abertura do átrio direito para o fechamento do orifício (seja por sutura direta ou com o uso de um retalho/*patch*). Para que o cirurgião possa realizar o procedimento com o coração aberto, é indispensável o uso de circulação extracorpórea (CEC) para manter a oxigenação e a perfusão dos órgãos. Existe o fechamento percutâneo por cateterismo, mas a alternativa especifica a correção cirúrgica.

A alternativa (c) está incorreta. Na verdade, a CIA é a cardiopatia congênita mais comumente detectada na idade adulta. Isso acontece porque ela costuma ser assintomática durante a infância e a adolescência, permitindo que o indivíduo chegue à fase adulta sem diagnóstico. A persistência do canal arterial costuma ser identificada e tratada muito mais cedo, ainda na pediatria.

A alternativa (d) está correta. Entre as cardiopatias que apresentam *shunt* da esquerda para a direita (como a Comunicação Interventricular e a Persistência do Canal Arterial), a CIA é a que possui a evolução clínica mais lenta e benigna. Os pacientes costumam ser assintomáticos por décadas, e as complicações, como arritmias atriais ou hipertensão pulmonar, geralmente só se manifestam a partir da terceira ou quarta década de vida. Por esse motivo, é considerada a de evolução mais favorável entre os *shunts* arteriovenosos.

Questão 69

As complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio (IAM) surgem em decorrência da necrose tecidual que fragiliza as estruturas cardíacas. Elas geralmente ocorrem na primeira semana após o evento isquêmico e exigem intervenção cirúrgica imediata devido ao alto risco de morte.

Alternativa a) Incorreta. A ruptura cardíaca (de parede livre) é uma emergência cirúrgica real. Entretanto, a insuficiência valvar aórtica não é uma complicação típica do IAM. Além disso, o aneurisma do ventrículo esquerdo é, na maioria das vezes, uma complicação crônica (tardia) que resulta do remodelamento ventricular, não exigindo cirurgia de emergência na fase aguda.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa lista as três principais complicações mecânicas que demandam cirurgia de urgência ou emergência:

1. Comunicação interventricular (CIV): Ruptura do septo interventricular que cria um shunt esquerda-direita, causando instabilidade hemodinâmica grave.
2. Insuficiência mitral aguda: Decorre geralmente da ruptura do músculo papilar (mais comum no infarto inferior), levando a edema agudo de pulmão e choque cardiogênico.
3. Ruptura cardíaca: Refere-se à ruptura da parede livre do ventrículo, o que provoca tamponamento cardíaco súbito e alta letalidade.

Alternativa c) Incorreta. A estenose valvar aórtica é uma doença degenerativa crônica e não uma complicação aguda do infarto. A dissecção da aorta é uma patologia distinta (embora possa causar infarto se atingir as coronárias, ela não é uma complicação do IAM). A trombose no átrio direito não é uma indicação clássica de cirurgia de emergência pós-infarto.

Alternativa d) Incorreta. A ruptura cardíaca está correta, porém a dissecção da aorta (citada como aneurisma dissecante) não é uma complicação do infarto. A trombose no átrio esquerdo pode ocorrer em contextos de estase sanguínea ou fibrilação atrial, mas seu manejo inicial é clínico (anticoagulação) e não uma cirurgia de emergência típica do período pós-IAM imediato.

Questão 70

O foco central desta questão é identificar os limites biológicos da expansão tecidual. A técnica de expansão depende da capacidade da pele de sofrer deformação mecânica e proliferação celular, o que exige uma derme íntegra e, fundamentalmente, uma boa vascularização local.

Alternativa (a) Correta. A irradiação prévia é a principal contraindicação entre as opções. A radioterapia causa danos permanentes ao tecido, caracterizados por endarterite obliterante (redução da luz dos pequenos vasos), hipóxia tecidual e fibrose da derme. Como resultado, a pele irradiada torna-se inelástica e mal vascularizada. Tentar expandir um tecido nessas condições acarreta um risco altíssimo de complicações, como necrose cutânea, deiscência de suturas e extrusão (exposição) do dispositivo expensor, inviabilizando o sucesso do procedimento.

Alternativa (b) Incorreta. A obesidade é considerada um fator de risco para complicações pós-operatórias gerais, como infecções, seromas e deiscências, devido à natureza do tecido adiposo. No entanto, ela não contraindica a técnica de expansão tecidual nem impede o processo biológico de ganho de superfície cutânea.

Alternativa (c) Incorreta. O diabetes mellitus (DM) interfere na cicatrização e aumenta o risco de infecções, especialmente se houver mau controle glicêmico. Apesar de exigir cuidados redobrados, o DM não é uma contraindicação para o uso de expansores, pois o tecido não perde sua capacidade elástica de forma tão drástica quanto no tecido irradiado.

Alternativa (d) Incorreta. A idade de 48 anos não é um fator limitante. A expansão tecidual pode ser realizada em diversas faixas etárias. Embora a elasticidade da pele diminua com o envelhecimento avançado, uma paciente de 48 anos ainda possui plenas condições biológicas para responder ao estímulo do expansor, desde que o tecido esteja saudável.

Em casos de grandes perdas teciduais em áreas irradiadas, a conduta preferencial costuma ser a transferência de tecidos saudáveis de outras regiões (retalhos a distância ou microcirúrgicos), uma vez que o tecido local não suportaria a expansão.

Questão 71

O quadro clínico descrito e a imagem apresentada são clássicos do torcicolo muscular congênito. A criança apresenta a postura patognomônica: inclinação lateral da cabeça para o lado do músculo afetado (esquerdo) e rotação do mento (queixo) para o lado oposto (direito). O achado, ao exame físico, de encurtamento palpável no corpo do músculo esternocleidomastoideo (ECM) confirma a etiologia muscular da condição, que muitas vezes está associada a uma massa fibrótica (oliva) nos primeiros meses de vida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hemivértebra é uma malformação óssea congênita que pode causar inclinação cervical (escoliose cervical), mas não explicaria o achado específico de encurtamento palpável do músculo esternocleidomastoideo descrito no exame físico. O diagnóstico de malformações vertebrais é confirmado por exames de imagem, como radiografia ou tomografia.

b) Incorreta. A lesão do plexo braquial decorrente de toco trauma manifesta-se por déficit motor e alteração de reflexos no membro superior (como a postura de "gorjeta de garçom" na paralisia de Erb-Duchenne). Embora possa coexistir com o torcicolo em alguns casos de parto difícil, a descrição da questão foca exclusivamente na deformidade cervical e no músculo ECM.

c) Incorreta. A paralisia cerebral espástica é uma patologia neurológica central que

envolve atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações de tônus generalizadas ou em hemicorpo, não se limitando a um encurtamento isolado do ECM em um lactente de três meses sem outros sinais neurológicos. Além disso, a tenotomia (cirurgia) é reservada para casos refratários ou diagnósticos tardios, não sendo a conduta inicial.

d) Correta. O diagnóstico é torcicolo muscular congênito. A fisioterapia motora, baseada em exercícios de alongamento passivo do músculo esternocleidomastoideo e estímulos para rotação ativa da cabeça, é o tratamento padrão-ouro inicial. Quando iniciado precocemente (antes dos 6 meses de vida), o tratamento conservador apresenta taxas de sucesso superiores a 90%, evitando a necessidade de intervenção cirúrgica futura.

Associação com a imagem: A fotografia mostra o lactente com a cabeça inclinada para a esquerda e o rosto virado para a direita. Como a função do músculo esternocleidomastoideo é inclinar a cabeça para o seu próprio lado e rodar o queixo para o lado oposto, a imagem confirma visualmente que o músculo encurtado é o esquerdo, corroborando o enunciado e a alternativa D.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um homem jovem com dois fatores de risco principais para a necrose avascular da cabeça femoral: o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e, principalmente, o uso prolongado de corticoterapia em altas doses (60 mg/dia de prednisona por 16 meses). A dor inguinal de caráter insidioso que piora com a deambulação e a limitação da rotação interna são sinais clássicos de acometimento da articulação coxofemoral. O fato de o Rx de bacia estar normal é fundamental para o raciocínio clínico, pois a necrose avascular em seus estágios iniciais (Ficat I) não apresenta alterações radiográficas, sendo detectada precocemente apenas por Ressonância Magnética.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A psoíte ou abscesso do psoas costuma cursar com febre, sinais flogísticos ou de infecção sistêmica, além da tríade clássica de dor lombar, dor à extensão do quadril (psoas sign) e febre. Embora o paciente esteja imunossuprimido pelo corticoide, a descrição da dor e a limitação de rotação interna são muito mais sugestivas de patologia óssea isquêmica do que infecciosa.

Alternativa B: Incorreta. A coxartrose (artrose do quadril) é um processo

degenerativo da cartilagem. Em um paciente de 35 anos, ela seria secundária. No entanto, a artrose obrigatoriamente apresentaria alterações no Rx de bacia, como redução do espaço articular, esclerose do osso subcondral e osteófitos, o que não condiz com o enunciado que afirma Rx normal.

Alternativa C: Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica dado o uso de corticoide e a doença de base (LES). O corticoide aumenta a pressão intraóssea e reduz a perfusão sanguínea da cabeça femoral, levando à morte celular. O tratamento nos estágios iniciais (antes que ocorra o colapso da cabeça femoral ou sinal do crescente no Rx) é a descompressão cirúrgica do núcleo da cabeça femoral. O objetivo é reduzir a hipertensão intraóssea, aliviar a dor e estimular a revascularização da área necrótica para evitar a progressão para o colapso articular e necessidade futura de prótese.

Alternativa D: Incorreta. A bursite trocantérica (ou síndrome dolorosa do trocanter maior) manifesta-se com dor na região lateral do quadril e não na região inguinal. A dor é tipicamente desencadeada pela palpação do trocanter maior e ao deitar sobre o lado afetado, não apresentando limitação significativa da amplitude de movimento articular interna como a descrita no exame físico do paciente.

GABARITO: LETRA C

Questão 73

A imagem apresenta um aumento de volume na região escrotal esquerda, compatível com uma hidrocele ou uma hérnia inguinal indireta. Em recém-nascidos e crianças, ambas as condições compartilham a mesma origem embriológica.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O conduto ônfalo-mesentérico liga o saco vitelino ao intestino médio durante a vida fetal. Sua persistência pode levar ao divertículo de Meckel, fístulas umbilicais ou cistos vitelinos, não tendo relação com a região escrotal.
- b) Incorreta. A fraqueza da parede abdominal (especificamente da fáscia transversalis no triângulo de Hesselbach) é a causa das hérnias inguinais diretas, que são comuns em adultos e idosos. Na pediatria, as hérnias são quase exclusivamente do tipo indireto.
- c) Correta. Durante o desenvolvimento fetal, o testículo migra do abdome para o escroto acompanhado por uma extensão do peritônio chamada processo vaginal (ou conduto peritoneovaginal). Normalmente, esse conduto se oblitera após a descida

testicular. Quando ele permanece pérvio (aberto), permite a passagem de líquido peritoneal para o escroto (hidrocele comunicante) ou a protrusão de conteúdo abdominal, como alças intestinais (hérnia inguinal indireta). Como o enunciado afirma que os testículos são tópicos, a imagem reforça a presença de líquido ou conteúdo herniário ocupando o conduto que não fechou.

d) Incorreta. A hiperexcitabilidade do músculo cremáster está relacionada ao reflexo cremastérico exacerbado, que causa o testículo retrátil. Nesse caso, o testículo é puxado para fora do escroto em direção ao canal inguinal, o que contradiz o enunciado que informa testículos tópicos (dentro do escroto).

Gabarito: Letra (c).

Questão 74

A imagem apresentada demonstra uma onfalocele, um defeito congênito da parede abdominal que ocorre na linha média, no qual as vísceras estão protegidas por um saco membranoso composto por peritônio (internamente) e âmnio (externamente), preenchido por geleia de Wharton.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Diferentemente da gastrosquise, a onfalocele apresenta uma altíssima associação com outras malformações congênitas (em 50% a 70% dos casos). As principais associações incluem cardiopatias graves, malformações renais, defeitos do tubo neural e síndromes cromossômicas, como as trissomias do 13, 18 e 21, além da Síndrome de Beckwith-Wiedemann.

Alternativa b: Correta. Esta é uma característica fundamental para o diagnóstico diferencial. Na onfalocele, o cordão umbilical insere-se diretamente no ápice (topo) do saco membranoso que recobre as vísceras, o que pode ser visualizado claramente na imagem fornecida.

Alternativa c: Incorreta. O defeito localizado lateralmente à direita do cordão umbilical, com o cordão inserido na pele íntegra, é a característica clássica da gastrosquise. Na onfalocele, o defeito é central, no próprio anel umbilical.

Alternativa d: Incorreta. Na onfalocele, como as alças intestinais estão protegidas pelo saco membranoso, elas geralmente apresentam um aspecto macroscópico normal ao nascimento. O sofrimento das alças, com espessamento, presença de fibrina e aspecto de "peel" (periviscerite), ocorre na gastrosquise, devido à exposição direta e prolongada das vísceras ao líquido amniótico.

Questão 75

Para resolver essa questão, é fundamental o conhecimento da anatomia vascular do abdome e da segmentação hepática de Couinaud. O segmento hepático VI localiza-se no lobo direito do fígado (porção inferior lateral). Portanto, para realizar uma embolização nesse segmento, o cateter deve, obrigatoriamente, percorrer o trajeto que irriga o lado direito do fígado.

Análise das alternativas:

a) Correta. Seguindo o trajeto anatômico mais frequente (padrão): o cateter sai da aorta e entra no tronco celíaco. Do tronco celíaco, segue pela artéria hepática comum. Após a emergência da artéria gastroduodenal, a artéria hepática passa a ser chamada de artéria hepática própria. Esta se divide em ramos direito e esquerdo. Como o segmento VI está no lobo direito, o cateter deve progredir pela artéria hepática direita.

b) Incorreta. Esta alternativa sugere que o cateter termina na artéria hepática esquerda. A artéria hepática esquerda é responsável pela irrigação dos segmentos II, III e IV (lobo esquerdo e lobo quadrado). O segmento VI, alvo do procedimento, pertence ao lobo direito.

c) Incorreta. A sequência inverte a nomenclatura das artérias hepáticas. Anatomicamente, a artéria hepática comum é o tronco principal que se origina do tronco celíaco. Somente após a saída da artéria gastroduodenal é que ela passa a ser denominada artéria hepática própria. Portanto, a ordem correta é "comum" antes de "própria".

d) Incorreta. Embora a artéria hepática direita possa originar-se da artéria mesentérica superior em cerca de 10 a 15% dos casos (variação anatômica conhecida como artéria hepática direita acessória ou substituída), a questão pede o trajeto anatômico mais frequente. Na anatomia clássica (presente em cerca de 55 a 80% da população), a vascularização hepática deriva do tronco celíaco.

Resumo do trajeto padrão para o segmento VI:

1. Aorta abdominal.
2. Tronco celíaco (primeiro grande ramo anterior da aorta abaixo do diafragma).
3. Artéria hepática comum (ramo do tronco celíaco que se direciona à direita).
4. Artéria hepática própria (continuação após a saída da gastroduodenal).
5. Artéria hepática direita (ramo terminal que supre os segmentos V, VI, VII e VIII).

Questão 76

O quadro clínico descrito é clássico de uma emergência cirúrgica infecciosa grave. O paciente apresenta fatores de risco importantes, como diabetes mellitus não controlado, obesidade e tabagismo, que favorecem a proliferação bacteriana e a má perfusão tecidual. Os achados de lesão enegrecida (necrose), flictenas (bolhas), odor fétido (sugestivo de anaeróbios) e crepitação à palpação (presença de gás no tecido) são sinais patognomônicos de uma infecção necrotizante de tecidos moles. Além disso, o estado geral comprometido e a taquicardia indicam uma resposta inflamatória sistêmica grave (sepsis).

Alternativa (a) Incorreta: O abscesso perianal isquiorretal manifesta-se com dor local intensa, febre e abaulamento doloroso na região glútea. Embora possa ser a porta de entrada para infecções mais graves, o abscesso isolado não apresenta necrose cutânea extensa, flictenas ou crepitação gasosa, que são sinais de destruição tecidual profunda e envolvimento da fáscia.

Alternativa (b) Correta: A fascíte necrotizante perianal, também conhecida como Gangrena de Fournier quando acomete a região perineal e genital, é uma infecção polimicrobiana rapidamente progressiva. Ela se caracteriza pela necrose da fáscia e do tecido subcutâneo. A presença de crepitação à palpação confirma a produção de gás por microrganismos, e a lesão enegrecida com flictenas sela o diagnóstico de necrose tecidual. O diabetes é o principal fator de risco associado a essa condição.

Alternativa (c) Incorreta: O pioderma gangrenoso é uma doença inflamatória cutânea, não infecciosa, frequentemente associada a doenças sistêmicas como a doença inflamatória intestinal. Apresenta-se como úlceras dolorosas de bordas violáceas e fundo necrótico, mas não evolui com crepitação, odor fétido de putrefação ou a toxicidade sistêmica aguda e rápida observada neste caso.

Alternativa (d) Incorreta: Um abscesso escrotal é uma coleção purulenta localizada no escroto. Embora a fascíte necrotizante possa se estender para a região escrotal, o caso especifica que a lesão inicial e principal está na região perianal. Além disso, o termo abscesso não descreve adequadamente a natureza destrutiva, gasosa e gangrenosa da lesão relatada.

Questão 77

Para resolver esta questão, é necessário analisar dois pontos principais: a classificação cirúrgica do estoma e o quadro clínico apresentado pela paciente.

Análise do tipo de estoma:

A questão descreve uma ileostomia em alça realizada após uma proctocolectomia

parcial com anastomose colorretal. Esse tipo de estoma é classificado como derivativo (ou de proteção). Sua função principal é desviar o trânsito intestinal para permitir a cicatrização segura de uma anastomose realizada logo abaixo. Diferente do estoma terminal (onde o trânsito é interrompido definitivamente e a extremidade do intestino é exteriorizada), no estoma em alça, a continuidade intestinal é preservada e o procedimento é, geralmente, temporário.

Análise da complicação:

A paciente queixa-se de dor, queimação e dificuldade de acoplar a bolsa. O exame físico revela hiperemia (vermelhidão) cutânea de 10 cm ao redor do estoma, enquanto a alça intestinal em si apresenta "bom aspecto". Este é o quadro clássico de dermatite periestomal. Nas ileostomias, o conteúdo eliminado é líquido, alcalino e rico em enzimas pancreáticas, o que é extremamente irritante para a pele. Se houver falha no ajuste da bolsa coletora (o que a paciente relata), o contato desse efluente com a pele causa inflamação e erosão.

Análise das alternativas:

a) Correta. A ileostomia em alça é um estoma derivativo e a inflamação da pele ao redor, causada pelo contato com o conteúdo entérico, caracteriza a dermatite periestomal.

b) Incorreta. Embora o estoma seja derivativo, o prolapso consistiria na protrusão (saída) excessiva da alça intestinal pelo orifício do estoma, o que não condiz com a descrição de "bom aspecto" da ileostomia e presença de hiperemia cutânea.

c) Incorreta. O estoma em questão não é terminal (pois há uma anastomose distal e a ileostomia é em alça). Além disso, a isquemia do estoma se manifestaria por alteração na cor da própria mucosa intestinal (ficando pálida, arroxeadas ou pretas), mas o enunciado afirma que o estoma está com "bom aspecto".

d) Incorreta. Embora a complicação seja de fato uma dermatite periestomal, a classificação "terminal" está errada para uma ileostomia em alça realizada para proteção de anastomose. Estomas terminais são realizados quando não há continuidade do trânsito para o segmento distal, como na cirurgia de Hartmann ou na amputação abdominoperineal do reto.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO:

O caso descreve uma paciente idosa de 80 anos com hematoquezia (eliminação de sangue vivo pelo ânus) de início agudo e volume significativo, visto que houve necessidade de reposição volêmica e transfusão sanguínea. O hábito intestinal preservado e o toque retal normal (sem massas) são dados fundamentais que ajudam a direcionar o diagnóstico para causas não neoplásicas de sangramento agudo.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A doença diverticular dos cólons é a causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa (HDB) volumosa e indolor em pacientes idosos. O sangramento ocorre devido à ruptura de uma vasa recta (pequena artéria) na cúpula ou no colo do divertículo. Embora a doença diverticular seja mais comum no cólon esquerdo, os divertículos do lado direito têm uma tendência maior a sangrar. Na grande maioria dos casos (cerca de 75% a 80%), o sangramento cessa espontaneamente apenas com medidas de suporte clínico, que incluem estabilização hemodinâmica e monitorização, tornando a conduta conservadora a mais adequada inicialmente.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A neoplasia de reto geralmente apresenta sintomas como tenesmo (vontade constante de evacuar), alteração do calibre das fezes, muco e perda de peso. No exame físico, o toque retal costuma identificar a lesão em casos de tumores retais. Além disso, a amputação abdominoperineal (cirurgia de Miles) é um procedimento oncológico radical para tumores muito baixos e não é indicada como tratamento de urgência para um sangramento agudo sem diagnóstico prévio.

Alternativa B: O câncer de cólon é uma causa importante de sangramento, mas ele costuma ser crônico, insidioso e em menor quantidade, manifestando-se frequentemente como anemia ferropriva ou sangue oculto. Sangramentos maciços que exigem transfusão imediata são raros em neoplasias. A colectomia só é indicada após a localização da lesão e falha de medidas menos invasivas.

Alternativa D: A angiectasia (ou angiodisplasia) é a segunda causa mais comum de HDB em idosos. No entanto, ela costuma causar sangramentos de menor intensidade, de origem venosa ou capilar, muitas vezes recorrentes e crônicos. Embora a coagulação com plasma de argônio seja o tratamento de escolha via colonoscopia, a apresentação clínica de sangramento súbito e volumoso descrita na questão é mais típica da doença diverticular.

CONCLUSÃO:

Em pacientes idosos com hemorragia digestiva baixa aguda, volumosa e sem dor, a hipótese principal deve ser o sangramento diverticular, e a conduta imediata consiste no suporte clínico para estabilização da paciente.

Questão 79

Análise do quadro clínico e da imagem:

O caso descreve um paciente idoso, etilista e hipertenso, com um déficit neurológico focal (hemiparesia à direita) de início subagudo/crônico (dez dias). A tomografia computadorizada (TC) de crânio revela uma coleção extra-axial em formato de crescente (convexa em relação à calota e côncava em relação ao parênquima) no hemisfério esquerdo, que é isodensa/hipodensa em relação ao parênquima. Há um evidente efeito de massa, com apagamento de sulcos, compressão do ventrículo lateral esquerdo e desvio da linha média para a direita. Esses achados são patognomônicos de um Hematoma Subdural Crônico (HSDC).

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A embolização da artéria meníngea média é uma técnica minimamente invasiva mais recente, utilizada principalmente para casos de recidiva ou como terapia adjuvante para reduzir o risco de novo sangramento. No entanto, em um paciente com déficit neurológico agudo/subagudo e desvio importante da linha média, a prioridade é a descompressão cirúrgica imediata para aliviar o efeito de massa.

b) Correta. A trépano-punção (ou orifícios de trépano) é o tratamento padrão-ouro para o Hematoma Subdural Crônico sintomático. Diferentemente do hematoma agudo, o conteúdo do hematoma crônico é predominantemente líquido (sangue liquefeito e produtos de degradação), o que permite sua drenagem através de um ou dois pequenos orifícios no crânio, geralmente seguidos pela instalação de um sistema de drenagem fechado. É um procedimento eficaz e menos invasivo que a craniotomia.

c) Incorreta. A craniotomia (abertura de uma ampla "janela" óssea) é reservada geralmente para o Hematoma Subdural Agudo, no qual o sangue está coagulado (sólido), ou para casos de hematomas crônicos multiloculados ou recorrentes que não puderam ser resolvidos com a trepanação simples. Para o caso apresentado, a trepanação é a conduta inicial de escolha por ser menos mórbida em um paciente idoso.

d) Incorreta. Embora existam estudos discutindo o uso de estatinas (como a atorvastatina) e corticoides no manejo conservador de hematomas subdurais crônicos pequenos e assintomáticos, essa conduta é contraindicada neste paciente. A presença de hemiparesia e o desvio da linha média na TC indicam uma urgência neurocirúrgica, e o tratamento medicamentoso isolado não seria capaz de reverter o efeito de massa de forma rápida e segura.

Questão 80

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro de pneumotórax aberto, caracterizado pela presença de um ferimento aspirativo na parede torácica. Segundo o protocolo ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), o tratamento inicial de um pneumotórax aberto consiste na aplicação de um curativo oclusivo fixado em apenas três lados (três pontas). Isso cria um efeito de válvula unidirecional que permite a saída do ar do espaço pleural durante a expiração, mas impede a entrada de ar durante a inspiração.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O curativo de três pontas tem como objetivo impedir a entrada de ar durante a inspiração e permitir que o ar escape do espaço pleural durante a expiração. A alternativa inverte a lógica fisiológica ao dizer que impede a entrada de ar na expiração.

Alternativa b) Incorreta. De acordo com a 10ª edição do ATLS, a drenagem torácica deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e axilar média. A localização posterior à linha axilar média, como sugerido na alternativa, não é a recomendação padrão para a inserção do dreno de tórax.

Alternativa c) Incorreta. A descompressão por agulha é o tratamento imediato para o pneumotórax hipertensivo, não para o pneumotórax aberto. No pneumotórax aberto, a conduta imediata é o curativo de três pontas seguido pela drenagem em selo d'água em um local diferente da ferida.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta definitiva para o pneumotórax aberto. Após a estabilização inicial com o curativo de três pontas, o paciente deve ser submetido à drenagem torácica em selo d'água em um sítio cirúrgico separado da lesão original. Uma vez que o dreno de tórax esteja posicionado e funcionando adequadamente para retirar o ar e fluidos do espaço pleural, o ferimento aspirativo original pode ser totalmente ocluído (curativo de quatro pontas) para evitar a entrada de ar e contaminação, até que a ferida seja tratada cirurgicamente.

Questão 81

O período compreendido entre 1974 e 1979, correspondente ao governo de Ernesto Geisel, foi marcado por uma importante reorganização administrativa e financeira do sistema de proteção social no Brasil. A principal transformação foi a tentativa de racionalizar o setor previdenciário, que culminou na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

Alternativa a: Incorreta. Nesse período, o Brasil vivenciava o chamado dualismo institucional. As ações de saúde pública (prevenção e controle de endemias) eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto a assistência médica individual era vinculada à Previdência Social. A integração dessas ações só começou a ser gestada no final da década de 1970 e implementada na década de 1980 com as Ações Integradas de Saúde (AIS), consolidando-se apenas com a criação do SUS na Constituição de 1988.

Alternativa b: Incorreta. A política de saúde da época foi caracterizada pelo fortalecimento do modelo médico-privatista. O Estado optou por não expandir a rede pública hospitalar de forma significativa, preferindo comprar serviços de hospitais privados por meio de convênios. Isso gerou um grande crescimento do setor privado hospitalar financiado por recursos públicos.

Alternativa c: Correta. Em 1977, por meio da Lei nº 6.439, foi criado o SINPAS, que dividiu as funções da previdência em diferentes autarquias. O Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) foi criado nesse momento como o órgão responsável pela assistência médica dos trabalhadores contribuintes. O Inamps centralizou a gestão da assistência curativa e hospitalar até o início da década de 1990.

Alternativa d: Incorreta. A Conferência de Alma-Ata ocorreu em 1978 e trouxe o conceito de Cuidados Primários de Saúde. No entanto, as políticas oficiais do Brasil entre 1974 e 1979 ainda eram profundamente focadas no modelo hospitalocêntrico, especializado e curativo. Os ideais de Alma-Ata influenciaram o movimento da Reforma Sanitária brasileira e o desenvolvimento da atenção primária nos anos seguintes, mas não foram a marca das transformações governamentais daquele quinquênio específico.

Questão 82

Esta questão exige o conhecimento da legislação fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e a capacidade de diferenciar as redações da Constituição Federal daquelas presentes na Lei Orgânica da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estabelece diretrizes, objetivos e prioridades para as ações de promoção à saúde no Brasil. Embora seu conteúdo dialogue com a redução de riscos, ela é uma norma infralegal (portaria) e não a fonte desse texto jurídico estruturante sobre o dever do Estado.

Alternativa b: Incorreta. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu Artigo 25, reconhece a saúde como parte de um padrão de vida adequado. No entanto, sua redação é de âmbito internacional e genérica, não contendo os termos específicos da legislação brasileira, como a menção direta à formulação e execução de políticas para redução de agravos.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa é a principal "pegadinha". O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. No entanto, o trecho específico que define que esse dever consiste na formulação e execução de políticas é o detalhamento trazido posteriormente pela legislação ordinária.

Alternativa d: Correta. O trecho citado é a transcrição literal do Artigo 2º, Parágrafo 1º, da Lei nº 8.080/1990. Esta lei, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. Ela expande o conceito constitucional, especificando que a responsabilidade estatal se concretiza através da formulação e da execução de políticas econômicas e sociais.

Questão 83

A questão aborda a Lei nº 8.142/1990, que é um dos marcos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), tratando especificamente da participação da comunidade e das transferências de recursos.

De acordo com o Artigo 1º, parágrafo 2º, desta lei, o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. A legislação é explícita ao afirmar que as decisões do conselho serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O gestor municipal de saúde (secretário) é o responsável pela execução direta das políticas e, muitas vezes, participa das reuniões do conselho. No entanto, a lei exige que a homologação das decisões colegiadas venha da autoridade máxima do Poder Executivo local, e não do gestor da pasta.

Alternativa b) Incorreta. A Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma instância de pactuação entre diferentes gestores municipais de uma mesma região de saúde para organizar a rede de atenção. Ela não possui competência legal para homologar decisões de Conselhos Municipais de Saúde.

Alternativa c) Correta. Como a questão refere-se ao Conselho Municipal de Saúde, o "chefe do poder legalmente constituído" naquela esfera é o Prefeito (Chefe do Poder Executivo Municipal). É ele quem deve homologar as decisões do conselho para que estas produzam seus efeitos oficiais, conforme determina a literalidade da Lei nº 8.142/1990.

Alternativa d) Incorreta. O dirigente do Departamento Regional de Saúde (DRS) representa uma estrutura administrativa do Estado em determinadas regiões. Ele não possui autoridade sobre o controle social do município ou sobre a homologação de suas diretrizes.

Resumo: Guarde para a prova que, no SUS, as decisões dos Conselhos (sejam municipais, estaduais ou nacionais) devem ser homologadas pelo respectivo chefe do Executivo (Prefeito, Governador ou Presidente). Se o chefe do Executivo não homologar nem apresentar justificativa em tempo hábil, o conselho pode recorrer ao Ministério Público para garantir o cumprimento da deliberação.

Questão 84

CONCEITUAÇÃO TÉCNICA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária no Brasil. Para sua implementação e recebimento de recursos, o Ministério da Saúde define uma composição mínima obrigatória, permitindo que outros profissionais sejam vinculados a esse núcleo para ampliar a resolutividade das ações.

COMPOSIÇÃO MÍNIMA (NÚCLEO OBRIGATÓRIO)

A eSF mínima deve ser composta por quatro categorias profissionais fundamentais:

1. Médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade).

2. Enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família).
3. Auxiliar ou Técnico de Enfermagem.
4. Agente Comunitário de Saúde (ACS).

COMPOSIÇÃO ADICIONAL

Além do núcleo obrigatório, podem ser integrados à equipe:

- Profissionais de Saúde Bucal: Cirurgião-dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal (formando a Equipe de Saúde Bucal — eSB, que se vincula à eSF).
- Agente de Combate às Endemias (ACE): que deve trabalhar de forma integrada com os ACS no território.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. A alternativa agrupa corretamente, como composição mínima, o médico (1), o enfermeiro (3), o auxiliar/técnico de enfermagem (4) e o agente comunitário de saúde (7). Como profissionais adicionais, lista o cirurgião-dentista (2), o auxiliar/técnico em saúde bucal (5) e o agente de combate às endemias (6), seguindo rigorosamente as diretrizes da PNAB.

Alternativa b) Incorreta. O erro está em incluir o cirurgião-dentista (2) na composição mínima. Embora a saúde bucal seja essencial e incentivada, a existência de uma eSF não está condicionada obrigatoriamente à presença do dentista em sua formação-base.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica da PNAB ao colocar o médico (1) e o cirurgião-dentista (2) como profissionais adicionais e incluir o auxiliar em saúde bucal (5) na composição mínima.

Alternativa d) Incorreta. O erro reside na inclusão do agente de combate às endemias (6) na composição mínima obrigatória e no deslocamento do auxiliar ou técnico de enfermagem (4) para a categoria de profissional adicional. O técnico de enfermagem é indispensável na composição mínima da eSF.

GABARITO: Alternativa A.

Questão 85

O ponto central para resolver esta questão é identificar a natureza da causa da morte. De acordo com a legislação brasileira e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde, a responsabilidade pela emissão da Declaração de Óbito (DO) varia conforme a circunstância do falecimento (causa natural ou causa externa).

Neste caso, o paciente sofreu uma queda de altura (acidente de trabalho), o que caracteriza uma morte por causa externa (violenta ou acidental). Em situações de causas externas, a competência para a realização da necropsia e emissão da DO é exclusiva do Instituto Médico Legal (IML), independentemente do tempo decorrido entre o evento inicial e o óbito. Mesmo que o paciente tenha ficado internado por 25 dias e morrido por uma complicação tardia (como o hematoma subdural), a causa básica permanece sendo a queda.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O médico assistente (ortopedista ou qualquer outro) não deve assinar a DO em casos de morte por causa externa. Se ele o fizer, estará assumindo uma responsabilidade legal que não lhe cabe e dificultando investigações policiais ou solicitações de seguros (como o DPVAT ou seguros de vida), que exigem o laudo do IML.
- b) Correta. O Instituto Médico Legal é o órgão responsável por constatar óbitos decorrentes de causas não naturais (homicídios, suicídios e acidentes). A queda do 3º pavimento é um acidente; portanto, o corpo deve obrigatoriamente ser encaminhado ao IML para perícia, mesmo que o óbito tenha ocorrido dentro de um hospital após longo período de internação.
- c) Incorreta. Assim como o ortopedista, o neurologista ou o intensivista que assistiu ao paciente na UTI não pode assinar a DO. Embora o hematoma subdural tenha sido a complicação final, ele é consequência direta ou indireta do traumatismo sofrido na queda.
- d) Incorreta. O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) destina-se exclusivamente a mortes de causa natural (doenças) em que não houve assistência médica ou em que a causa do óbito é mal definida. O SVO nunca deve receber casos de morte por causas externas (trauma/violência).

Resumo: Morte por causa externa (acidente, homicídio, suicídio) = IML. Morte por causa natural mal definida = SVO. Morte por causa natural com assistência médica = Médico assistente.

Questão 86

A distribuição e o fluxo da Declaração de Óbito (DO) são normatizados pelo Ministério da Saúde por meio do Manual de Instruções para Preenchimento da Declaração de Óbito. O objetivo é garantir a fidedignidade dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e evitar o uso indevido desse documento, que possui valor epidemiológico e jurídico.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. De acordo com a Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015/73) e as normas do Ministério da Saúde, em localidades onde não há médico, o oficial de registro civil (cartório) pode realizar o registro. Nesses casos excepcionais, o óbito é registrado com a presença de duas testemunhas que tenham presenciado ou verificado o falecimento, permitindo que a família obtenha a Certidão de Óbito necessária para o sepultamento.

Alternativa b) Incorreta. Serviços de atendimento ou internação domiciliar (home care) são legalmente considerados estabelecimentos de saúde. Como os médicos desses serviços prestam assistência direta a pacientes em domicílio, eles são os responsáveis por emitir a DO em caso de morte por causas naturais. Portanto, o serviço deve ter acesso aos formulários para cumprir sua obrigação legal.

Alternativa c) Incorreta. As Secretarias de Saúde podem fornecer o bloco de DO diretamente ao médico devidamente cadastrado. Isso é comum para profissionais que atendem em consultórios particulares ou que atuam em localidades menores, garantindo que o médico assistente tenha o documento disponível para atestar óbitos por causas naturais de seus pacientes.

Alternativa d) Correta. É terminantemente proibida a distribuição de formulários de Declaração de Óbito para empresas funerárias. As funerárias são entidades comerciais e não possuem competência técnica, médica ou legal para manusear, guardar ou intermediar a emissão de um documento médico-legal. A entrega de DOs a essas empresas facilitaria a ocorrência de fraudes, o exercício ilegal da medicina e a comercialização de atestados, além de ferir os princípios éticos e sanitários.

Gabarito: Letra d.

Questão 87

Esta questão aborda as normas de preenchimento da Declaração de Óbito (DO) em situações de morte natural sem assistência médica e em localidades sem Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

De acordo com o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina, quando ocorre uma morte natural e não há SVO na localidade, qualquer médico da cidade (geralmente o médico da rede pública local) pode e deve emitir a Declaração de Óbito. No caso relatado, o paciente teve uma morte súbita e não havia registro clínico prévio na unidade de saúde.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Como o médico não acompanhou o paciente e não há exames ou autópsia que definam o mecanismo terminal da morte, a causa imediata na Parte I (linha a) deve ser preenchida como Causa da morte desconhecida. A informação fornecida pela família sobre o diabetes deve constar na Parte II, que é o local destinado a estados patológicos pré-existentes que podem ter contribuído para o óbito, mas não entraram na sequência direta da causa da morte. O uso do termo (sic) indica que a informação foi relatada por terceiros, já que não há comprovação documental.

Alternativa B (Incorreta): O campo Parte II da Declaração de Óbito é destinado a informações clínicas (doenças ou estados mórbidos). Óbito sem assistência médica é uma circunstância do falecimento e não uma doença ou causa contribuinte a ser registrada neste espaço.

Alternativa C (Incorreta): Ao colocar o Diabetes Mellitus na linha b da Parte I, o médico estaria afirmando que o diabetes foi a causa básica que levou a uma causa desconhecida (linha a). Não há nexo causal ou lógico para estruturar o preenchimento desta forma, especialmente sem registros médicos que confirmem a doença e sua gravidade.

Alternativa D (Incorreta): Embora a observação da questão diga para deixar o bloco de assistência médica em branco (referindo-se ao campo específico sobre se o paciente recebeu assistência médica durante a última doença), as causas de óbito (Parte I e II) precisam ser preenchidas com as informações disponíveis, mesmo que seja para declarar a causa como desconhecida.

Associação com as imagens:

A imagem A reflete exatamente a conduta técnica correta: admite a ignorância sobre a causa imediata (Parte I) e anota a informação epidemiológica relevante relatada

pela família (Parte II), resguardando o médico com o uso do termo (sic). As demais imagens (B, C e D) apresentam erros técnicos de preenchimento ou omissão de informações relevantes para a vigilância epidemiológica.

Questão 88

O Parecer CFM número 40/2019 aborda uma questão fundamental da prática documental médica: a forma de identificação do profissional. O entendimento consolidado pelo Conselho Federal de Medicina é que o elemento essencial para a validade ética e legal de um documento médico é a identificação legível do médico, contendo obrigatoriamente seu nome completo e seu número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Não existe fundamentação legal que obrigue o uso do carimbo para todos os documentos, exceto a declaração de óbito. A regra de identificação é uniforme para os documentos médicos, priorizando a legibilidade das informações do profissional e não o instrumento utilizado para grafá-las.

Alternativa (b) Incorreta: Embora receitas e atestados exijam identificação rigorosa, a legislação (incluindo a Resolução CFM número 1.658/2002, que reza sobre atestados) não estabelece o carimbo como obrigatório. Se o receituário já possuir o nome e o CRM do médico impressos no cabeçalho ou rodapé, a assinatura isolada é suficiente para a validade do documento.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa está em perfeita consonância com o Parecer CFM número 40/2019. O carimbo é considerado um acessório que facilita o trabalho cotidiano, mas não é um requisito de validade. Se o emissor estiver devidamente identificado por outros meios (seja por escrita manual legível ou por impressão prévia no papel timbrado), o uso do carimbo torna-se opcional. O foco do CFM é garantir que o autor do documento seja perfeitamente identificável.

Alternativa (d) Incorreta: A obrigatoriedade mencionada nesta alternativa refere-se à identificação (nome e CRM) e não ao objeto físico carimbo. A alternativa falha ao confundir o dever de identificar-se com a obrigatoriedade do uso da ferramenta carimbo.

Resumo didático: O médico é obrigado a se identificar de forma legível em todos os seus atos profissionais. Essa identificação deve conter nome e CRM. O carimbo é apenas uma das formas de cumprir essa exigência, mas não a única, sendo, portanto, opcional sob o ponto de vista legal e ético, desde que a identificação esteja

presente por outro meio.

Questão 89

Para resolver essa questão, é fundamental dominar os conceitos de epidemiologia das doenças transmissíveis, especificamente as propriedades dos agentes biológicos.

A primeira parte do enunciado descreve a capacidade do agente de se alojar e multiplicar no hospedeiro. Isso define a **INFECTIVIDADE**. Trata-se da medida da facilidade com que um agente se estabelece no organismo, independentemente de causar sintomas ou não.

A segunda parte descreve a capacidade de produzir casos graves e fatais. Isso define a **VIRULÊNCIA**. A virulência indica o grau de severidade de uma infecção, sendo avaliada pela proporção de casos graves e óbitos em relação ao total de casos da doença.

Análise das alternativas:

a) **INCORRETA**. Embora a infectividade esteja correta para a primeira parte, a letalidade é um indicador que mede especificamente o percentual de mortes entre os doentes. A virulência é o termo técnico que engloba o espectro de gravidade (casos graves e fatais) solicitado pela questão.

b) **INCORRETA**. Imunogenicidade é a capacidade do agente biológico de estimular a produção de uma resposta imune (anticorpos ou imunidade celular) no hospedeiro, não se relacionando diretamente com a multiplicação inicial ou com a gravidade clínica descrita.

c) **CORRETA**. A infectividade é a propriedade de penetrar e se multiplicar no hospedeiro. A virulência representa a capacidade do agente de produzir efeitos graves ou fatais, refletindo a intensidade da patogenicidade.

d) **INCORRETA**. Patogenicidade é a capacidade do agente infeccioso de produzir sintomas (doença) em pessoas infectadas. Um agente pode ter alta patogenicidade (causar muita doença), mas baixa virulência (causar formas leves da doença). A letalidade, como dito anteriormente, foca apenas no desfecho óbito.

Questão 90

A questão aborda conceitos fundamentais da epidemiologia descritiva relacionados à distribuição cronológica das doenças. Para identificar a alternativa correta, é necessário diferenciar os padrões de ocorrência temporal de agravos à saúde.

Alternativa a) Tendência secular. Incorreta. A tendência secular refere-se a variações na incidência de uma doença que ocorrem ao longo de períodos muito longos, geralmente medidos em décadas ou séculos. Ela avalia se, em uma perspectiva histórica, a doença apresenta uma trajetória de declínio, ascensão ou estabilidade. Não é o termo utilizado para descrever a manutenção constante da incidência em uma área específica no cotidiano epidemiológico.

Alternativa b) Endemia. Correta. A endemia é definida exatamente como a presença contínua de uma doença ou agente infeccioso em uma zona geográfica determinada ou em um grupo populacional. O conceito-chave presente no enunciado é a "incidência constante", o que significa que a doença ocorre dentro de um patamar esperado para aquela região (o chamado diagrama de controle ou canal endêmico). As "flutuações de valores" mencionadas são as variações normais que não ultrapassam o limite superior esperado para configurar uma epidemia.

Alternativa c) Variação sazonal. Incorreta. A variação sazonal descreve as oscilações na frequência de uma doença que ocorrem em períodos cíclicos dentro de um mesmo ano. Essas variações costumam estar ligadas a fatores climáticos, ambientais ou comportamentais, como o aumento de casos de gripe no inverno ou de dengue no verão. O enunciado, porém, foca na manutenção constante da incidência ao longo do tempo em uma área, e não na sua relação com as estações do ano.

Alternativa d) Variação cíclica. Incorreta. Este padrão refere-se ao aumento e à diminuição da incidência de uma doença que se repete em intervalos regulares de tempo superiores a um ano (por exemplo, surtos que ocorrem a cada 3 ou 5 anos). Isso acontece frequentemente devido à dinâmica entre o agente etiológico e o acúmulo de indivíduos suscetíveis na população, não se confundindo com o conceito de manutenção constante da endemia.

Questão 91

Para compreender a questão, devemos focar nos elementos centrais descritos no enunciado: a análise parte da exposição (fator de risco), acompanha indivíduos inicialmente sadios ao longo do tempo (direção prospectiva) e permite o cálculo direto da incidência e do risco (Risco Relativo).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estudo de caso-controle é retrospectivo e parte do desfecho (pessoas já doentes) para investigar a exposição no passado. Ele não mede incidência, pois o pesquisador já define o número de doentes no início do estudo. A medida de associação típica do caso-controle é o Odds Ratio (Razão de Chances).

b) Incorreta. O estudo ecológico é um estudo observacional no qual a unidade de análise não é o indivíduo, mas sim grupos de pessoas ou populações (como cidades ou países). Ele avalia a correlação entre indicadores globais e não permite estabelecer uma relação direta de causa e efeito no nível individual.

c) Correta. O estudo de coorte é o desenho observacional longitudinal que melhor estabelece causalidade. Ele começa com um grupo de pessoas saudáveis, que são classificadas em expostas e não expostas a determinado fator. Essas pessoas são seguidas ao longo do tempo para observar quem desenvolve a doença. Por permitir o acompanhamento de novos casos surgindo ao longo do tempo, ele fornece a incidência e, conseqüentemente, o Risco Relativo (medida direta de risco). O enunciado descreve exatamente esse processo.

d) Incorreta. Embora o ensaio clínico também acompanhe grupos ao longo do tempo e meça a incidência, ele é um estudo experimental, não puramente de observação. No ensaio clínico, o pesquisador interfere e designa quem receberá a intervenção. O enunciado enfatiza a observação de grupos e a composição homogênea para investigar hipóteses etiológicas de fatores de risco já existentes, o que caracteriza a coorte.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 92

ALTERNATIVA A: ESTÁ CORRETA. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, a presença de doença aguda febril grave é uma situação de precaução que recomenda o adiamento da vacinação para evitar que os sintomas da doença sejam atribuídos à vacina ou que eventos adversos vacinais piorem o quadro clínico. O uso de imunoglobulinas interfere na resposta imune de vacinas compostas por vírus vivos atenuados (como a tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola), pois os anticorpos prontos podem neutralizar o vírus vacinal. O intervalo de adiamento recomendado varia de 3 a 11 meses, dependendo da dose e do produto utilizado, tornando a alternativa tecnicamente adequada.

ALTERNATIVA B: ESTÁ INCORRETA. A desnutrição é classificada formalmente como

uma FALSA contraindicação. Pacientes desnutridos são considerados um grupo prioritário para a vacinação, pois apresentam maior risco de complicações caso contraíam doenças infecciosas. O adiamento de três meses após o uso de corticosteroides em dose alta e imunodepressores é válido apenas para vacinas de agentes vivos (atenuadas), mas a inclusão da desnutrição torna a alternativa errada sob a ótica médica e das diretrizes oficiais.

ALTERNATIVA C: ESTÁ INCORRETA. A prematuridade e o baixo peso ao nascimento são FALSAS contraindicações. A regra geral é vacinar a criança de acordo com a idade cronológica, com ressalvas pontuais para a vacina BCG e Hepatite B se o peso for inferior a 2 kg. O diagnóstico prévio de doenças como tuberculose ou hepatite B também não é motivo para adiar o restante do esquema vacinal de rotina.

ALTERNATIVA D: ESTÁ INCORRETA. A internação hospitalar isolada não justifica o adiamento da vacinação, exceto se o paciente estiver clinicamente instável ou em casos específicos onde a vacina possa representar risco de disseminação no ambiente (como a VOP/Sabin em unidades neonatais). Quanto aos corticosteroides, o adiamento só é necessário para vacinas vivas quando o uso ocorre em doses imunossupressoras (geralmente acima de 2 mg/kg/dia para crianças ou 20 mg/dia para adultos) por mais de 14 dias. Doses baixas, uso por curto período ou terapias tópicas/inalatórias não requerem adiamento.

Observação: Embora o gabarito indicado na questão aponte a letra (b), a alternativa que condiz rigorosamente com os manuais de imunização do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) é a letra (a). A desnutrição (citada na B) nunca é motivo para adiar vacinas na prática médica moderna.

Questão 93

ESTRATÉGIA DE MANEJO DO RECÉM-NASCIDO (RN) CONTATO COM TUBERCULOSE

O protocolo do Ministério da Saúde para recém-nascidos que coabitam com casos de tuberculose pulmonar bacilífera (mães com baciloscopia positiva no escarro) visa proteger a criança que ainda não tem o sistema imunológico maduro e não foi vacinada. O fluxo estabelecido segue critérios cronológicos e laboratoriais rigorosos.

PASSO A PASSO DO PROTOCOLO:

1. Não vacinar com BCG ao nascimento: A vacinação é adiada para que se possa investigar a transmissão e realizar a quimioprofilaxia sem interferência na resposta imunológica.
2. Iniciar o Tratamento Preventivo da Infecção Latente (TPIL): Deve-se prescrever

rifampicina (por 3 meses) ou isoniazida (por 3 meses). Atualmente, a rifampicina é frequentemente preferida pela melhor adesão e pelo menor tempo de curso total.

3. Realizar o Teste Tuberculínico (TT) após os 3 meses de medicação: Esse teste avaliará se o RN foi infectado pelo bacilo durante o contato.

4. Se o TT for menor que 5 mm (não reagente): A medicação é suspensa e a vacina BCG é finalmente aplicada.

5. Se o TT for igual ou maior que 5 mm (reagente): Considera-se que houve infecção latente. O tratamento deve ser completado (mais 1 mês para rifampicina, totalizando 4 meses; ou mais 3 meses para isoniazida, totalizando 6 meses) e a vacina BCG NÃO deve ser aplicada, pois já não há benefício.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a: Incorreta. O IGRA (ensaio de liberação de interferon-gama) não é o exame de rotina preconizado pelo Ministério da Saúde para este rastreamento em recém-nascidos. Além disso, se o resultado for reagente, a BCG não deve ser aplicada.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve precisamente a conduta para um cenário em que o teste tuberculínico resulta negativo após os primeiros três meses de profilaxia, permitindo a suspensão do fármaco e a imunização com BCG.

Alternativa c: Incorreta. A amamentação é recomendada e deve ser mantida. A mãe deve apenas utilizar máscara cirúrgica enquanto amamenta e higienizar as mãos. A indicação de fórmula láctea está errada. O tempo de tratamento adicional também depende do resultado do TT.

Alternativa d: Incorreta. O tratamento só é estendido para 4 meses de rifampicina se o TT realizado após o terceiro mês for reagente (igual ou maior que 5 mm). Se o TT for positivo, a vacina BCG não deve ser aplicada ao final do tratamento. Se o TT for negativo, o tratamento para aos 3 meses e vacina-se.

Questão 94

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

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As Linhas de Cuidado (LC) não têm como finalidade a gestão orçamentária ou financeira de hospitais. Elas são ferramentas de organização clínica. Da mesma forma, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são muito mais complexas do que sistemas de monitoramento de satisfação; elas representam a forma como o

sistema se organiza para oferecer assistência integral.

b) Incorreta. As LC não são modelos de financiamento (como o pagamento por performance ou por procedimento). Elas organizam o trajeto do paciente. Já as RAS não tratam apenas da localização geográfica de hospitais de alta complexidade, mas sim da integração de todos os pontos de atenção, desde a Unidade Básica de Saúde até o hospital especializado.

c) Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros graves. Primeiro, as RAS não visam apenas a atenção primária; embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a coordenadora da rede, a rede engloba todos os níveis de complexidade. Segundo, as LC são baseadas rigorosamente em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, visando padronizar o cuidado com base em evidências, e não desconsiderá-los.

d) Correta. Esta alternativa traz as definições clássicas adotadas pelo Ministério da Saúde e pela literatura de gestão pública em saúde (como a de Eugênio Vilaça Mendes). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. As Linhas de Cuidado são a "estratégia de articulação" entre esses pontos; elas descrevem o fluxo que o paciente deve seguir e o que deve ser feito em cada nível de atenção para uma determinada condição de saúde (ex.: Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio).

Explicação complementar:

Para facilitar a memorização, pense na Rede (RAS) como a estrutura física e logística do sistema (as estradas e as cidades conectadas). Pense na Linha de Cuidado (LC) como o roteiro da viagem do paciente dentro dessa estrutura: ela define por onde ele entra, por onde passa e qual cuidado recebe em cada etapa para que sua necessidade de saúde seja resolvida de forma contínua e sem interrupções.

Questão 95

O rastreamento (screening) é uma estratégia de saúde pública fundamentada na prevenção secundária, aplicada a uma população que não apresenta sinais ou sintomas da doença-alvo.

Alternativa A (Correta): Este é o conceito clássico de rastreamento. O objetivo fundamental é identificar o câncer em sua fase pré-clínica ou detectar lesões precursoras em indivíduos assintomáticos. Ao realizar o diagnóstico em estágios iniciais, as intervenções terapêuticas tendem a ser menos agressivas e mais eficazes,

o que leva, conseqüentemente, à redução da morbidade (sequelas do tratamento e da doença) e da mortalidade específica pelo câncer rastreado.

Alternativa B (Incorreta): O rastreamento não tem a capacidade de reduzir a incidência de "todos" os tipos de câncer. Algumas modalidades, como o rastreamento de câncer do colo do útero e de cólon e reto, podem reduzir a incidência por permitirem o tratamento de lesões pré-malignas. No entanto, outras (como a mamografia) focam apenas na detecção precoce do câncer já existente. Além disso, não existe rastreamento populacional efetivo para todos os tipos de neoplasias.

Alternativa C (Incorreta): Quando o paciente apresenta sinais ou sintomas, o processo médico é denominado "diagnóstico precoce", e não rastreamento. O rastreamento é, por definição, voltado para pessoas que se sentem e parecem saudáveis para aquela condição específica.

Alternativa D (Incorreta): A realização de check-ups anuais é uma prática de rotina clínica que pode ser vaga. O rastreamento organizado segue protocolos rigorosos, baseados em evidências científicas, com faixas etárias e intervalos específicos (que nem sempre são anuais). Além disso, o exame em si é apenas a ferramenta; o objetivo final é o impacto clínico nos desfechos de saúde (morbimortalidade), e não o cumprimento de um calendário de exames.

Questão 96

Alternativa (a) Incorreta. A violência contra a mulher não deve ser vista como um problema isolado da saúde, nem limitada ao atendimento clínico individualizado. De acordo com o princípio da integralidade do SUS, o cuidado deve considerar a paciente em sua totalidade, reconhecendo que a violência possui raízes biopsicossociais que exigem um olhar ampliado para além da lesão física ou do sintoma imediato.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa está em perfeita consonância com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A violência é reconhecida como um fenômeno complexo, enraizado em determinantes sociais, culturais e históricos de desigualdade. Por isso, o combate eficaz depende da intersetorialidade, ou seja, da articulação entre diferentes áreas, como saúde, assistência social, segurança pública e justiça, além de uma abordagem multidimensional que acolha todas as necessidades da vítima.

Alternativa (c) Incorreta. A dimensão de gênero é uma categoria de análise fundamental para a saúde pública. Compreender as relações de poder e as desigualdades entre homens e mulheres é essencial para que o médico e a equipe de

saúde identifiquem situações de vulnerabilidade e risco. Ignorar o gênero nos protocolos clínicos prejudica a precisão do diagnóstico social e a implementação de medidas preventivas adequadas.

Alternativa (d) Incorreta. O setor da saúde é porta de entrada preferencial e estratégica para mulheres em situação de violência. As diretrizes nacionais estabelecem que os serviços de saúde possuem responsabilidades cruciais, que incluem o acolhimento, o tratamento das consequências físicas e psíquicas, a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada, além da notificação compulsória dos casos, não podendo estas ser restritas apenas à esfera policial ou jurídica.

Questão 97

CONCEITO E FÓRMULA

A taxa de letalidade é um indicador epidemiológico que mede a gravidade de uma doença, expressando a capacidade de uma patologia em conduzir o indivíduo ao óbito. Ela não deve ser confundida com a taxa de mortalidade, que utiliza a população total no denominador.

A fórmula para o cálculo da letalidade é:

(Número de óbitos por uma causa específica / Número de pessoas com aquela doença) x 100

APLICAÇÃO DOS DADOS DA QUESTÃO

Para este município em 2024, os dados relevantes são:

- Número de casos de câncer de mama: 80
- Número de óbitos por câncer de mama: 4

Cálculo:

Letalidade = $(4 / 80) = 0,05$

Para expressar em porcentagem: $0,05 \times 100 = 5$ por cento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora 5 por cento seja o resultado matemático correto da conversão da razão 0,05 para a escala percentual, esta alternativa diverge do gabarito oficial fornecido para a questão.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 0,03 por cento seria obtido aproximadamente se

calculássemos o Coeficiente de Mortalidade Geral por câncer de mama (4 óbitos divididos pelos 12.000 habitantes totais). A mortalidade mede o risco de morte na população geral, não a gravidade entre os doentes.

Alternativa c) Correta. Ao realizar a divisão de 4 por 80, o resultado decimal é 0,05. Em diversas provas de concursos e residências médicas, ocorre um erro conceitual de grafia onde a banca examinadora mantém o valor decimal (0,05) e simplesmente adiciona o símbolo de porcentagem, ignorando que 0,05 equivale a 5 por cento. Seguindo o gabarito oficial indicado, a alternativa C foi a considerada correta com base no valor numérico bruto da divisão.

Alternativa d) Incorreta. O valor de 2 por cento corresponde à Mortalidade Proporcional (4 óbitos por câncer de mama divididos pelo total de 200 óbitos de todas as causas). Esse indicador mostra o quanto aquela doença representa dentro do total de mortes do município, o que é diferente de letalidade.

Questão 98

Para identificar o desenho de um estudo epidemiológico, devemos focar em como os grupos foram formados e na temporalidade da análise.

Alternativa (a) Incorreta: O estudo transversal (ou de prevalência) avalia a exposição e o desfecho simultaneamente em um único momento, como uma "fotografia". Ele não acompanha o tempo nem parte do desfecho para investigar causas passadas. No caso em questão, os pesquisadores selecionaram grupos baseados em um evento que já havia ocorrido (readmissão) e buscaram dados históricos nos prontuários.

Alternativa (b) Incorreta: O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental. Nele, o pesquisador intervém ativamente, distribuindo os participantes de forma aleatória em grupos que receberão ou não uma intervenção (como um medicamento). O estudo descrito é observacional, pois os pesquisadores apenas coletaram dados de eventos que ocorreram naturalmente, sem interferir no tratamento dos pacientes.

Alternativa (c) Incorreta: No estudo de coorte, a seleção dos participantes é feita com base na exposição (exemplo: pacientes com diabetes versus pacientes sem diabetes) e eles são acompanhados ao longo do tempo para verificar quem desenvolverá o desfecho (neste caso, a readmissão). Embora o estudo use dados de um período de tempo, a divisão dos grupos não foi feita pela exposição, mas sim pelo fato de terem sido readmitidos ou não (o desfecho).

Alternativa (d) Correta: O estudo caso-controle é caracterizado por partir do desfecho

(o efeito) para identificar possíveis fatores de risco (as causas). Os pesquisadores identificaram primeiro quem teve o evento de interesse (casos: idosos readmitidos em até 30 dias) e quem não teve (controles: idosos não readmitidos). A partir desses grupos já formados, eles analisaram retrospectivamente os prontuários eletrônicos para investigar quais variáveis sociodemográficas e clínicas estavam associadas ao desfecho. Essa estrutura de comparação entre "casos" e "controles" é o que define o desenho.

Questão 99

ANÁLISE DO DELINEAMENTO E DO RESULTADO ESTATÍSTICO

Para responder a essa questão, primeiro identificamos o desenho do estudo. Os pesquisadores selecionaram os pacientes com base no desfecho (aqueles que foram readmitidos, os "casos") e os compararam com aqueles que não tiveram o desfecho (os "controles"), buscando o histórico de exposição (internação no ano anterior). Portanto, trata-se de um Estudo de Caso-Controle.

A medida de associação utilizada foi o Odds Ratio (OR), ou Razão de Chances. O valor encontrado foi 2,96, com um Intervalo de Confiança de 95 por cento (IC 95 por cento) variando de 1,83 a 4,79.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: Embora o valor do OR esteja correto, estudos observacionais como este não permitem inferir causalidade direta. Eles estabelecem associações e identificam fatores de risco. Para falar em causalidade, seriam necessários outros critérios (como os de Bradford Hill) e, preferencialmente, desenhos experimentais. Além disso, a descrição de "2,96 vezes mais chance de serem readmitidos" inverte a lógica do estudo de caso-controle, que parte do desfecho para a exposição.

Alternativa B - CORRETA: Esta alternativa reflete corretamente a lógica do estudo de caso-controle, onde olhamos para quem teve o desfecho (readmitidos) e verificamos a chance de terem sido expostos ao fator de risco (internação prévia). Em relação à estatística, como o Intervalo de Confiança (1,83 a 4,79) não inclui o valor 1,0 (que é o valor de nulidade para o OR), podemos afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa com 95 por cento de confiança.

Alternativa C - INCORRETA: A interpretação do Intervalo de Confiança está equivocada. No Odds Ratio, a ausência de significância ocorre quando o intervalo cruza o valor 1,0 (exemplo: IC 0,80 a 2,50). Como o limite inferior do intervalo é 1,83

(maior que 1,0), o resultado é estatisticamente significativo.

Alternativa D - INCORRETA: Assim como na alternativa anterior, o erro reside em afirmar que não há significância estatística. Se o intervalo de confiança não contém o 1,0 e ambos os limites estão acima deste valor, o fator estudado é considerado um fator de risco com relevância estatística. A precisão é indicada pela amplitude do intervalo (quanto mais estreito, mais preciso), mas a significância é determinada pela posição do intervalo em relação à unidade.

Questão 100

Para resolver essa questão, primeiro devemos identificar o delineamento do estudo. O pesquisador partiu do desfecho (pacientes readmitidos vs. pacientes não readmitidos) e buscou retrospectivamente nos prontuários os fatores de risco (exposições). Trata-se, portanto, de um estudo de caso-controle.

A grande fragilidade dos estudos retrospectivos que dependem de entrevistas com os participantes é a imprecisão das informações fornecidas por eles sobre eventos passados. Ao optar pelo uso de registros eletrônicos (prontuários), o pesquisador elimina a necessidade de os pacientes recordarem fatos ocorridos meses atrás.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O viés de alocação ocorre principalmente em ensaios clínicos controlados e aleatorizados, quando há falha no processo de designar qual paciente irá para o grupo de intervenção ou para o grupo de controle. Como este é um estudo observacional retrospectivo, não há alocação de intervenção pelo pesquisador.

b) Correta. O viés de memória (ou de recordação) é um erro sistemático que ocorre quando os participantes de um estudo não conseguem se lembrar com precisão de eventos passados ou quando os "casos" (doentes) se lembram de detalhes de forma diferente dos "controles" (saudáveis). O uso de registros eletrônicos e prontuários garante que os dados analisados sejam aqueles registrados no momento do atendimento, independentemente da memória atual do paciente.

c) Incorreta. O viés de confundimento ocorre quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, distorcendo a relação principal. Embora o estudo tenha usado a regressão logística justamente para controlar esse viés na análise estatística, o simples fato de usar registros eletrônicos não impede a existência de variáveis de confusão; ele apenas fornece os dados para que o pesquisador tente controlá-las.

d) Incorreta. O viés de seleção ocorre quando os grupos de estudo não são representativos da população ou não são comparáveis entre si devido à forma como foram recrutados. O uso de registros eletrônicos, por si só, não garante a ausência desse viés; se os critérios de inclusão e exclusão forem mal definidos ou se a amostra for enviesada na origem, o viés de seleção persistirá mesmo com dados eletrônicos.
