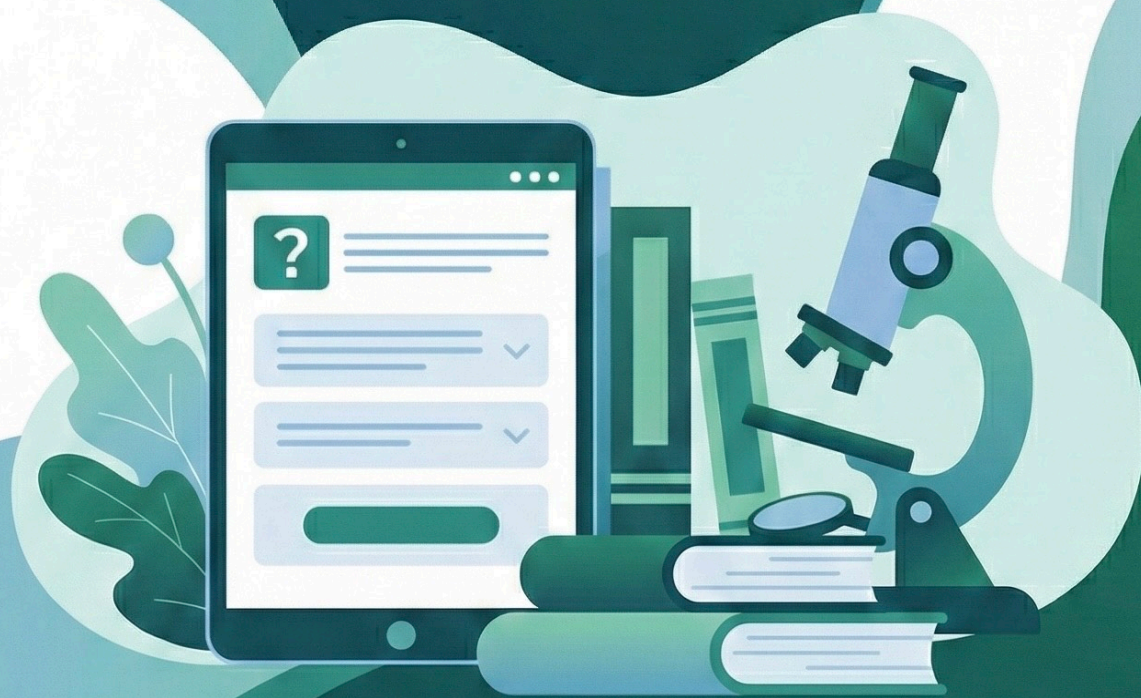


FAMEMA

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: FAMEMA

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do Quadro Clínico e Eletrocardiograma:

O paciente apresenta um quadro clássico de Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST (IAMCSST). O eletrocardiograma revela elevação do segmento ST nas derivações precordiais de V1 a V6, bem como nas derivações laterais altas I e aVL, caracterizando um infarto de parede anterior extensa. Nota-se também o fenômeno de imagem em espelho (infradesnivelamento de ST) nas derivações inferiores (III e aVF). Com 130 minutos de dor, o paciente está dentro da janela de ouro para reperfusão miocárdica.

Alternativa (a) Incorreta: A diretriz preconiza que, se o tempo previsto para a realização da angioplastia primária for superior a 120 minutos desde o diagnóstico, a estratégia de escolha deve ser a trombólise química imediata. Aceitar um atraso superior a 120 minutos sem realizar a reperfusão química aumenta a perda de miocárdio e a mortalidade. Além disso, o tratamento exige dupla antiagregação plaquetária, e não apenas heparina.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve a estratégia farmacoinvasiva. Quando o serviço não possui hemodinâmica pronta para intervir em até 120 minutos, deve-se realizar a fibrinólise (trombolítico como alteplase) associada a AAS, clopidogrel e anticoagulação (como enoxaparina/heparina de baixo peso molecular). Após o sucesso da trombólise (estabilização), o paciente deve ser transferido para um centro com hemodinâmica para realizar o cateterismo de rotina em uma janela de 2 a 24 horas.

Alternativa (c) Incorreta: No IAM com supra de ST, o diagnóstico é eletrocardiográfico e clínico. Não se deve aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica (troponina) para iniciar o tratamento de reperfusão. O atraso para esperar exames laboratoriais é um erro grave que consome tempo precioso de músculo cardíaco viável.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta descrita (observação e medicações subcutâneas) é voltada para Síndromes Coronarianas Agudas SEM supra de ST. No caso de infarto COM supra de ST, a oclusão arterial é total e exige reperfusão imediata (mecânica ou química). A observação por 6 a 12 horas resultaria em necrose extensa e possível insuficiência cardíaca grave ou morte.

Questão 2

DIAGNÓSTICO: Cetoacidose Diabética (CAD).

A questão apresenta um quadro clássico de cetoacidose diabética, uma complicação metabólica aguda grave, mais comum em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1). O diagnóstico baseia-se na tríade: hiperglicemia, acidose metabólica com hiato aniônico aumentado e cetonemia/cetonúria.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) é mais frequente no paciente com DM2. Caracteriza-se por glicemias muito elevadas (geralmente acima de 600 mg/dL), osmolaridade plasmática superior a 320 mOsm/kg e ausência de acidose metabólica significativa ou cetonemia importante. O paciente do caso apresenta acidose grave (pH 7,12) e cetonemia positiva, o que direciona para CAD.

b) Correta. O paciente preenche todos os critérios diagnósticos para CAD:

1. Glicemia > 250 mg/dL (na questão, 468 mg/dL).

2. Acidose metabólica: pH < 7,30 ou bicarbonato < 18 mEq/L (na questão, pH 7,12 e HCO₃ 9).

3. Cetonemia ou cetonúria positiva (cetonemia positiva no relato).

Além disso, apresenta sinais clínicos típicos como a respiração de Kussmaul (hiperventilação profunda para compensar a acidose) e dor abdominal, que é um sintoma comum na CAD devido à acidose e ao atraso no esvaziamento gástrico. Um ponto de atenção no manejo desse paciente seria o potássio de 3,1 mEq/L; apesar da acidose, o potássio corporal total está baixo, e a reposição deve ser iniciada antes da insulina para evitar arritmias.

c) Incorreta. Embora a pancreatite aguda cause dor abdominal e náuseas, ela não justifica isoladamente a acidose metabólica grave com cetonemia e o padrão respiratório de Kussmaul em um paciente com DM1. Vale lembrar que a própria CAD pode cursar com aumento inespecífico de amilase e lipase.

d) Incorreta. A sepse abdominal poderia causar acidose metabólica láctica e dor abdominal, mas a história de DM1, a poliúria precedente, a cetonemia positiva e o nível de glicemia apontam diretamente para uma descompensação glicêmica primária (CAD). A sepse pode ser o gatilho para a CAD, mas o diagnóstico do quadro metabólico apresentado é cetoacidose.

GABARITO: LETRA B.

Questão 3

O quadro clínico descrito é clássico de Cetoacidose Diabética (CAD), caracterizado pela tríade: hiperglicemia (468 mg/dL), acidose metabólica (pH 7,12 e HCO_3^- 9) e cetonemia positiva. O paciente apresenta sinais de desidratação grave e choque compensado (hipotensão, taquicardia e pulsos filiformes), além de uma alteração eletrolítica crítica: o potássio de 3,1 mEq/L.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. Embora a insulina seja fundamental para interromper a cetogênese, ela nunca deve ser iniciada se o potássio sérico estiver abaixo de 3,3 mEq/L. A insulina promove a entrada de potássio para o meio intracelular, o que agravaria a hipocalemia inicial, podendo levar a arritmias cardíacas fatais e parada cardiorrespiratória. Além disso, a prioridade imediata em um paciente hipotenso é a restauração volêmica.

b) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio na CAD é um tema controverso e, segundo os protocolos atuais (como o da American Diabetes Association - ADA), sua indicação é restrita a casos de acidose extrema, com pH inferior a 6,9. O pH deste paciente é 7,12.

c) Correta. Esta é a conduta prioritária. O paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico/desidratação grave, o que exige expansão volêmica imediata para garantir a perfusão tecidual. Simultaneamente, o potássio de 3,1 mEq/L (abaixo de 3,3 mEq/L) exige correção urgente. O protocolo de CAD determina que a reposição de potássio deve preceder o início da insulinoterapia nesses casos, visando a segurança cardiovascular do paciente.

d) Incorreta. A insulina glargina é uma insulina de ação ultralenta (basal), utilizada para a manutenção do controle glicêmico crônico. No tratamento da CAD, a prioridade é o uso de insulina regular por via endovenosa (em infusão contínua ou bolus, dependendo do protocolo), pois permite um ajuste rápido e possui meia-vida curta, sendo iniciada somente após a estabilização do potássio e início da hidratação.

Questão 4

Alternativa a: Correta. O choque cardiogênico ocorre devido à falha primária da bomba cardíaca em manter um débito cardíaco adequado. Como o coração não consegue ejetar o sangue de forma eficiente, há um acúmulo retrógrado de volume nas câmaras cardíacas e nos vasos. Isso resulta no aumento das pressões de enchimento, tanto à direita (Pressão Venosa Central — PVC) quanto à esquerda (Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar — POAP), caracterizando o quadro clínico de

congestão sistêmica e pulmonar.

Alternativa b: Incorreta. O choque séptico inicial é tipicamente um choque distributivo. Em sua fase inicial, predomina a vasodilatação periférica intensa, o que reduz a resistência vascular sistêmica. Como resposta compensatória, o débito cardíaco aumenta, tornando o choque hiperdinâmico. Por isso, o paciente apresenta a pele quente e bem perfundida (choque quente), e não pele fria e baixo débito.

Alternativa c: Incorreta. No choque hipovolêmico, a causa-base é a redução do volume intravascular (seja por hemorragia ou perda de fluidos). Com menos volume circulante, há menos retorno venoso para o coração, o que resulta obrigatoriamente em pressões de enchimento baixas. Portanto, a PVC encontra-se diminuída.

Alternativa d: Incorreta. Na embolia pulmonar maciça, ocorre uma obstrução mecânica ao fluxo sanguíneo nas artérias pulmonares. Isso gera um aumento súbito e severo da pós-carga do ventrículo direito (resistência contra a qual o ventrículo precisa bombear), e não uma redução. Esse aumento da resistência impede que o sangue chegue adequadamente ao lado esquerdo do coração, levando a uma queda acentuada do débito cardíaco.

Questão 5

O caso clínico apresenta uma paciente idosa com quadro clássico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo em território de artéria cerebral média esquerda, evidenciado pela clínica (hemiplegia direita e afasia) e pelo tempo de evolução de 170 minutos (2 horas e 50 minutos). A tomografia computadorizada (TC) de crânio é fundamental para excluir hemorragia intracraniana. Na imagem apresentada, não há sinais de sangramento (hiperdensidades espontâneas), mas observam-se sinais precoces de isquemia à esquerda, como o apagamento dos sulcos corticais e a perda da diferenciação entre substância branca e cinzenta na região da ínsula (sinal da fita insular, indicado pela seta branca) e nos núcleos da base (triângulo branco).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A redução agressiva da pressão arterial para níveis de normalidade (140/90 mmHg) na fase aguda do AVCI pode comprometer a zona de penumbra isquêmica por hipoperfusão cerebral. Além disso, o uso de antiagregantes plaquetários (AAS e clopidogrel) é contraindicado nas primeiras 24 horas após a realização de trombólise química.

b) Correta. A paciente encontra-se dentro da janela terapêutica para trombólise

intravenosa (até 4,5 horas do início dos sintomas). O NIHSS de 14 indica um déficit neurológico moderado a grave, com benefício claro da intervenção. O único impedimento momentâneo é a pressão arterial de 190/100 mmHg. Pelas diretrizes, para iniciar o trombolítico (alteplase), a PA deve ser reduzida para níveis inferiores a 185/110 mmHg com medicação endovenosa (como labetalol ou nitroprussiato).

c) Incorreta. A anticoagulação plena com heparina não é a conduta inicial para o AVCI agudo. O uso de heparina nesse cenário aumenta significativamente o risco de transformação hemorrágica e não substitui a trombólise. A estatina é indicada para prevenção secundária, mas não é a conduta prioritária nos primeiros minutos do atendimento.

d) Incorreta. No tratamento do AVC, "tempo é cérebro". Aguardar 6 horas para repetir o exame faria com que a paciente perdesse a janela tanto para a trombólise intravenosa (4,5 horas) quanto, possivelmente, para a trombectomia mecânica. O diagnóstico de AVCI é clínico e a TC inicial serve primordialmente para excluir o componente hemorrágico.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 6

Análise Clínica e Diagnóstica:

O quadro clínico descreve uma paciente de 64 anos no 5º dia de pós-operatório de uma colectomia segmentar que evolui com sinais claros de choque séptico de foco abdominal. Os parâmetros hemodinâmicos (hipotensão, taquicardia, tempo de enchimento capilar prolongado), a disfunção de órgãos (rebaixamento do nível de consciência, insuficiência renal aguda, hiperbilirrubinemia, plaquetopenia) e o lactato elevado confirmam a gravidade. O exame físico abdominal com sinais de peritonite (defesa e descompressão brusca dolorosa) aponta para uma complicação cirúrgica, provavelmente uma deiscência de anastomose.

Análise da Imagem:

A tomografia computadorizada de abdome evidencia uma grande quantidade de ar livre na cavidade peritoneal (pneumoperitônio), visível na região anterior do abdome, associada a distensão de alças intestinais. Em um contexto de pós-operatório de 5 dias, a presença de pneumoperitônio volumoso associado a sinais de irritação peritoneal é indicativo de perfuração de víscera oca, reforçando a suspeita de deiscência da anastomose intestinal.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A hidrocortisona é indicada no choque séptico apenas quando há refratariedade à reposição volêmica e ao uso de vasopressores em doses elevadas. A sonda nasogástrica é uma medida de suporte para descompressão em caso de íleo paralítico ou vômitos, mas não trata a causa-base do choque, que é a infecção intra-abdominal não controlada.

Alternativa b: Correta. No manejo da sepse e do choque séptico, os pilares fundamentais são a ressuscitação hemodinâmica precoce, a antibioticoterapia de amplo espectro e o controle do foco infeccioso (Source Control). Neste caso, o foco é uma peritonite purulenta ou fecal por deiscência de anastomose. Sem a reabordagem cirúrgica para lavar a cavidade e tratar a perfuração, o paciente não apresentará melhora, independentemente do suporte intensivo.

Alternativa c: Incorreta. Não há evidências de hemorragia aguda ou anemia grave que justifiquem a transfusão imediata de concentrado de hemácias como medida fundamental. Além disso, a correção de coagulopatia com plasma sem o controle do sangramento ou da causa da sepse é ineficaz. O foco deve ser a estabilização hemodinâmica e a cirurgia.

Alternativa d: Incorreta. Aguardar a estabilização clínica para intervir em um paciente com peritonite e choque séptico é uma conduta inadequada. A estabilização completa muitas vezes só é alcançada após o controle do foco infeccioso. O atraso na cirurgia em casos de peritonite química ou bacteriana aumenta drasticamente a mortalidade.

Conclusão:

Diante de um abdome agudo perfurativo com choque séptico no pós-operatório, a medida salvadora e fundamental é a reabordagem cirúrgica urgente para controle do foco.

Questão 7

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

COMENTÁRIO:

O manejo da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) fundamenta-se na Ventilação Protetora. O objetivo principal é evitar a Lesão Pulmonar Induzida pelo Ventilador (VILI), protegendo o parênquima pulmonar que já se encontra inflamado e

com redução da complacência (pulmão de tamanho reduzido ou baby lung).

Alternativa A: Incorreta. O volume corrente de 10 mL/kg é considerado alto e está associado a maior mortalidade na SDRA por causar volutrauma e biotrauma. Além disso, o cálculo deve ser feito com base no peso predito (calculado pela altura e sexo do paciente) e não no peso atual, pois o parênquima pulmonar não aumenta em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

Alternativa B: Incorreta. A oferta de oxigênio deve ser titulada para manter uma saturação periférica (SpO₂) entre 88% e 95% ou uma pressão arterial de oxigênio (PaO₂) entre 55 e 80 mmHg. Manter a FiO₂ fixa em 100% gera estresse oxidativo, toxicidade pulmonar e favorece a ocorrência de atelectasias de absorção.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve os pilares da estratégia protetora estabelecida por grandes estudos (como o ARDSNet). O volume corrente baixo (6 mL/kg de peso predito) limita a distensão alveolar excessiva. A pressão de platô mantida até 30 cmH₂O protege contra o barotrauma. A PEEP deve ser ajustada (frequentemente em níveis moderados a elevados) para manter os alvéolos recrutados e melhorar a oxigenação, evitando o colapso cíclico das unidades alveolares.

Alternativa D: Incorreta. A PEEP mínima possível não é a conduta padrão na SDRA. Como a doença cursa com colapso alveolar difuso e formação de shunt intrapulmonar, níveis baixos de PEEP resultam em hipoxemia refratária e atelectotrauma (lesão pelo abre e fecha constante dos alvéolos). A PEEP deve ser titulada para garantir estabilidade alveolar.

Questão 8

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A hiponatremia hipervolêmica ocorre quando há um aumento do volume de água corporal total e do sódio total, mas com um ganho proporcionalmente maior de água, gerando edema. Em condições como insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e síndrome nefrótica, ocorre uma redução do volume arterial efetivo. Esse fenômeno ativa mecanismos compensatórios, como o sistema renina-angiotensina-aldosterona e a liberação de vasopressina (hormônio antidiurético - ADH), que promovem a retenção de água livre pelos rins, diluindo o sódio sérico.

Alternativa b: Incorreta. As alterações no eletrocardiograma (ECG) decorrentes da hipercalemia costumam aparecer com níveis muito inferiores a 8,0 mEq/L. Tipicamente, ondas T altas e apiculadas (em tenda) podem surgir com níveis de potássio entre 5,5 e 6,0 mEq/L. O achatamento da onda P e o alargamento do

complexo QRS geralmente ocorrem entre 6,5 e 7,5 mEq/L. Níveis próximos a 8,0 mEq/L já representam um estágio gravíssimo, com risco iminente de padrão sinusoide e parada cardiorrespiratória.

Alternativa c: Incorreta. O alargamento do QRS e as ondas T apiculadas são achados característicos da hipercalemia. Na hipocalcemia, a alteração eletrocardiográfica clássica é o prolongamento do intervalo QT, que ocorre especificamente devido ao aumento da duração do segmento ST.

Alternativa d: Incorreta. A hipernatremia reflete um déficit de água em relação ao estoque de sódio corporal, mas a perda não é exclusivamente renal. Ela pode ser causada por perdas extrarrenais, como perdas gastrointestinais (diarreia osmótica) ou perdas insensíveis aumentadas (febre, sudorese, taquipneia). Além disso, a causa mais comum de hipernatremia em pacientes vulneráveis, como idosos ou crianças, é a simples falta de ingestão adequada de água (hipodipsia ou falta de acesso a líquidos).

Questão 9

Para compreender essa questão, devemos analisar sistematicamente cada marcador sorológico e virológico fornecido:

1. HBsAg positivo: Indica a presença do vírus no organismo (infecção atual).
2. Anti-HBc total positivo com IgM negativo: O anti-HBc total indica contato prévio com o vírus. Como o IgM é negativo e o HBsAg está presente há mais de seis meses (implícito no contexto de exames de rotina ou acompanhamento), define-se o estado de infecção crônica.
3. HBeAg negativo e anti-HBe positivo: Indica que não há replicação viral pelo vírus selvagem (*wild-type*) ou que houve soroconversão. No entanto, a presença de carga viral elevada muda a interpretação.
4. HBV-DNA 18.000 UI/mL: Existe replicação viral ativa. Em pacientes HBeAg-negativos, valores de HBV-DNA acima de 2.000 UI/mL são indicativos de atividade inflamatória e replicação, geralmente associados a mutações no gene pré-core ou no promotor do core (BCP), que impedem a produção do antígeno HBe, mas mantêm a capacidade de replicação do vírus.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A fase imune tolerante é característica de pacientes jovens (transmissão vertical), apresentando HBsAg positivo, HBeAg positivo, carga viral (HBV-DNA) extremamente elevada (geralmente acima de 10 elevado a 6 ou 7) e transaminases normais. O paciente em questão é HBeAg-negativo.

Alternativa b) Correta. Trata-se de Hepatite B crônica HBeAg-negativa. A presença de HBV-DNA superior a 2.000 UI/mL (neste caso, 18.000 UI/mL) caracteriza a fase de atividade, indicando que, apesar do HBeAg negativo, o vírus continua se replicando e pode causar lesão hepática progressiva.

Alternativa c) Incorreta. Na infecção passada com imunidade natural, o paciente apresentaria HBsAg negativo, anti-HBc total positivo e anti-HBs positivo. O HBsAg positivo do enunciado exclui essa possibilidade.

Alternativa d) Incorreta. A resposta vacinal bem-sucedida é caracterizada isoladamente pelo marcador anti-HBs positivo (acima de 10 mUI/mL). O paciente vacinado nunca teve contato com o vírus real; portanto, o HBsAg e o anti-HBc seriam obrigatoriamente negativos.

Questão 10

A questão aborda o manejo diagnóstico da hemorragia subaracnoide (HSA) espontânea. A paciente apresenta o quadro clínico clássico: cefaleia em trovoada (*thunderclap*), que atinge o pico de intensidade em segundos ou poucos minutos, associada a sinais de irritação meníngea, como a rigidez de nuca.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A angiotomografia é um excelente exame para identificar a causa do sangramento, como um aneurisma, mas ela não tem a finalidade primordial de confirmar o diagnóstico de HSA caso a tomografia simples tenha sido negativa. O primeiro passo no fluxograma é confirmar a presença do sangramento no espaço subaracnoide, e não apenas visualizar a anatomia vascular.

Alternativa b) Incorreta. Diante de uma cefaleia com sinais de alarme (*red flags*), como o pico de dor instantâneo e a rigidez de nuca, é obrigatório excluir causas secundárias graves e potencialmente fatais. Iniciar tratamento sintomático com anti-inflamatórios e apenas reavaliar, sem completar a investigação diagnóstica necessária, é uma conduta insegura e inadequada.

Alternativa c) Incorreta. Assim como a angiotomografia, a angioressonância é focada no estudo da vasculatura. Ela é menos acessível na emergência, mais demorada e não substitui a necessidade de análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) quando a tomografia inicial é inconclusiva perante uma suspeita clínica elevada.

Alternativa d) Correta. De acordo com os protocolos clássicos e as principais

diretrizes, se um paciente apresenta cefaleia súbita sugestiva de HSA e a tomografia de crânio sem contraste inicial é normal, o próximo passo obrigatório é a punção lombar. O objetivo é buscar hemácias persistentes (utilizando a técnica de comparação entre o primeiro e o último tubo para diferenciar de um acidente de punção) e a xantocromia. A xantocromia é a coloração amarelada do líquido decorrente da degradação da hemoglobina, que confirma o sangramento prévio no espaço subaracnoide.

O gabarito é a alternativa (d).

Questão 11

O caso apresenta um paciente idoso com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida em uso de diversas medicações, incluindo diuréticos (furosemida e espironolactona), que desenvolveu um quadro agudo de perda volêmica por vômitos e diarreia. O desafio principal da questão é diferenciar a Lesão Renal Aguda (LRA) pré-renal da Necrose Tubular Aguda (NTA) em um cenário onde o uso de diuréticos altera os parâmetros urinários clássicos.

Análise dos dados laboratoriais:

1. Creatinina e Ureia: O aumento expressivo da ureia em relação à creatinina (relação > 40) é um forte indício de azotemia pré-renal.
2. Densidade Urinária: O valor de 1.030 indica que o rim ainda consegue concentrar a urina, o que sugere integridade tubular (típico da fase pré-renal).
3. Fração de Excreção de Sódio (FeNa): O valor de 2,1% costuma sugerir lesão intrínseca (NTA), pois o esperado na pré-renal seria $< 1\%$. Entretanto, pacientes em uso de diuréticos de alça (como a furosemida) perdem sódio na urina mesmo estando desidratados, o que torna a FeNa um parâmetro pouco confiável e frequentemente elevado ($> 1\%$).
4. Fração de Excreção de Ureia (FeUreia): Em pacientes usando diuréticos, a FeUreia é o marcador mais fidedigno para identificar azotemia pré-renal. Um valor de FeUreia $< 35\%$ confirma a etiologia pré-renal, pois a reabsorção proximal de ureia é estimulada pela hipovolemia e não é bloqueada pelos diuréticos de alça.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora a FeNa seja de 2,1%, o quadro clínico de perdas digestivas associado à densidade urinária elevada (1.030) e à baixa FeUreia (27%) aponta para uma etiologia pré-renal (funcional) e não para dano estrutural (NTA).
- b) Correta. O paciente apresenta azotemia pré-renal devido à desidratação por vômitos e diarreia. A FeUreia abaixo de 35% é o parâmetro de escolha para este

diagnóstico em pacientes que fazem uso de diuréticos, uma vez que a FeNa perde sua acurácia nestes casos.

c) Incorreta. Não há elementos na história clínica (como hiperplasia prostática, massas pélvicas ou dor em flanco) que sugiram obstrução do trato urinário. Além disso, os índices urinários de concentração preservada descartam a fase estabelecida de uma obstrução pós-renal.

d) Incorreta. Apesar de ser uma azotemia pré-renal, a FeNa do paciente é de 2,1% (conforme fornecido no enunciado), e não $< 1\%$. Isso ocorre justamente pelo uso prévio de furosemida, que força a natriurese.

Questão 12

O quadro clínico apresentado é clássico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE). O paciente cirrótico com ascite que evolui com febre, dor abdominal e encefalopatia (rebaixamento leve) deve ser submetido imediatamente à paracentese diagnóstica.

O diagnóstico de PBE é confirmado quando a contagem de polimorfonucleares (PMN) no líquido ascítico é maior ou igual a 250 células/mm³. No caso em questão, o valor é de 780 células/mm³, o que sela o diagnóstico, independentemente do resultado da cultura.

Análise das alternativas:

a) Correta. O tratamento inicial da PBE deve ser empírico e imediato com antibióticos que cubram germes gram-negativos da família Enterobacteriaceae (como a E. coli). As cefalosporinas de terceira geração, como a ceftriaxona ou a cefotaxima, são a primeira escolha. Além disso, a reposição de albumina endovenosa é fundamental para reduzir o risco de insuficiência renal (síndrome hepatorenal) e mortalidade. A dose recomendada é de 1,5 g/kg no 1º dia e 1,0 g/kg no 3º dia.

b) Incorreta. O tratamento da PBE nunca deve aguardar o resultado da cultura, pois o atraso na antibioticoterapia aumenta drasticamente a mortalidade. Além disso, o ciprofloxacino oral é mais utilizado para profilaxia e não como primeira escolha no tratamento agudo de um paciente com sinais de gravidade (febre e encefalopatia).

c) Incorreta. A piperacilina-tazobactam é um antibiótico de amplo espectro, geralmente reservado para infecções nosocomiais (hospitalares) ou quando há suspeita de germes multirresistentes. Quanto ao uso de diurético de alça (furosemida), ele deve ser suspenso durante o tratamento da PBE para evitar a desidratação e a piora da função renal, que já está em risco pela própria infecção.

d) Incorreta. Como mencionado, a conduta na PBE baseia-se na contagem de PMN (maior ou igual a $250/\text{mm}^3$). Aguardar a cultura, que pode levar de 24 a 72 horas e ser negativa em até 40% dos casos de PBE verdadeira, é um erro grave que retarda o tratamento de uma urgência médica.

Questão 13

Esta questão aborda o protocolo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) da American Heart Association (AHA) para o manejo de ritmos chocáveis, como a fibrilação ventricular (FV).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A atropina foi removida das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) para parada cardiorrespiratória (PCR) há mais de uma década. Ela não possui indicação no tratamento da fibrilação ventricular, sendo utilizada atualmente apenas em contextos de bradicardias sintomáticas com pulso.

Alternativa b) Incorreta. A trombólise empírica não faz parte do manejo padrão imediato durante a PCR, mesmo em casos em que o infarto agudo do miocárdio é a causa provável. O tratamento de escolha para a FV é a desfibrilação precoce e compressões de alta qualidade. A trombólise só é considerada em cenários muito específicos, como suspeita fundamentada de tromboembolismo pulmonar, e não como conduta de rotina após o primeiro choque.

Alternativa c) Incorreta. Uma das regras de ouro do ACLS é minimizar interrupções nas compressões torácicas. A intubação orotraqueal é considerada um procedimento secundário em relação às compressões e à desfibrilação. Caso seja decidida a abordagem da via aérea, ela deve ser feita sem interromper as compressões ou com uma pausa máxima de 10 segundos, nunca sendo o motivo para interromper o ciclo de reanimação logo após um choque.

Alternativa d) Correta. Após a administração de um choque, a orientação é o reinício imediato das compressões torácicas por 2 minutos (5 ciclos de 30:2 ou compressões contínuas se houver via aérea avançada), sem realizar checagem de pulso ou de ritmo cardíaco logo após a desfibrilação. A checagem só ocorre ao final dos 2 minutos de RCP. Quanto à adrenalina, no protocolo de ritmos chocáveis (FV/TVSP), ela deve ser administrada na dose de 1 mg a cada 3 a 5 minutos, iniciando-se preferencialmente após o segundo choque. A alternativa descreve corretamente a dinâmica do ciclo e o intervalo da medicação conforme preconizado pelas diretrizes internacionais.

Resumo da conduta na FV:

1. Identificação do ritmo chocável e aplicação do choque.
2. RCP imediata por 2 minutos (sem checar pulso).
3. Acesso venoso ou intraósseo.
4. Checagem de ritmo após 2 minutos. Se persistir FV, segundo choque e reinício da RCP com administração de adrenalina.
5. Nova checagem após 2 minutos. Se persistir FV, terceiro choque e administração de antiarrítmico (amiodarona ou lidocaína).

Questão 14

Esta questão aborda os cuidados pós-parada cardiorrespiratória (PCR), especificamente a síndrome pós-PCR e as estratégias de neuroproteção em pacientes que permanecem em coma após o retorno da circulação espontânea (RCE).

O paciente em questão apresenta os critérios clássicos para o Manejo Direcionado de Temperatura (TTM — Targeted Temperature Management): sofreu uma PCR em ritmo chocável (fibrilação ventricular) e permanece comatoso (Glasgow 6) após a estabilização inicial.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O TTM é a intervenção padrão-ouro para neuroproteção pós-PCR. As diretrizes internacionais (AHA e ERC) recomendam que adultos que não respondem a comandos após o RCE sejam submetidos ao controle rigoroso de temperatura. A faixa recomendada situa-se entre 32 graus Celsius e 36 graus Celsius, devendo ser mantida de forma constante por, pelo menos, 24 horas. O objetivo é reduzir a taxa metabólica cerebral, diminuir a liberação de aminoácidos excitatórios e mitigar a lesão de perfusão e o estresse oxidativo.

Alternativa (b) Incorreta: Temperaturas abaixo de 30 graus Celsius caracterizam hipotermia moderada a grave e não são recomendadas. O resfriamento excessivo (abaixo de 32 graus Celsius) aumenta significativamente o risco de complicações graves, como arritmias cardíacas (bradicardia extrema, fibrilação ventricular), distúrbios de coagulação, infecções (pneumonia) e distúrbios hidroeletrólíticos, sem oferecer benefício neuroprotetor adicional comprovado em relação à faixa de 32-36 graus Celsius.

Alternativa (c) Incorreta: Embora estudos recentes (como o TTM-2) discutam a eficácia da normotermia controlada (manter abaixo de 37,5 graus Celsius) em comparação com a hipotermia terapêutica a 33 graus Celsius, o consenso atual e a

maioria dos protocolos de prova ainda preconizam a faixa de 32-36 graus Celsius como a conduta de escolha para neuroproteção ativa. Dizer que se deve apenas "evitar a febre" ignora a recomendação formal do manejo ativo da temperatura em pacientes comatosos dentro da janela terapêutica estabelecida.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de corticosteroides em altas doses não tem indicação para neuroproteção ou redução de edema cerebral após parada cardíaca. Não há evidências de que os corticoides melhorem o desfecho neurológico nesses pacientes, e seu uso pode estar associado a complicações como hiperglicemia e aumento do risco de infecções, não substituindo, em hipótese alguma, o manejo da temperatura.

Questão 15

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com Síndrome de Esmagamento (Crush Syndrome) após soterramento, evoluindo com rabdomiólise. Os principais marcadores diagnósticos presentes são: mialgia intensa, urina escura (mioglobínúria sugerida pelo teste de fita positivo para sangue, mas ausência de hemácias no sedimento), elevação acentuada de CPK (19.400 U/L) e insuficiência renal aguda (Creatinina 2,0 mg/dL).

O ponto crítico da questão reside nas complicações metabólicas, especificamente a hipercalemia grave (Potássio: 6,3 mEq/L). O eletrocardiograma (ECG) apresentado é patognomônico de hipercalemia grave, exibindo ondas T altas, pontiagudas e de base estreita (em tenda), além de um alargamento do complexo QRS, o que indica risco iminente de assistolia ou fibrilação ventricular.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A conduta prioritária em um paciente com hipercalemia e alterações no ECG deve focar em três pilares imediatos, todos contemplados na alternativa B:

1. Gluconato de Cálcio: É a medida mais urgente. O cálcio não reduz o nível de potássio, mas estabiliza a membrana do cardiomiócito, antagonizando o efeito tóxico do potássio no coração e prevenindo arritmias fatais.
2. Soro Fisiológico 0,9%: O paciente apresenta sinais de choque hipovolêmico/distributivo (PA 92x60 mmHg, pele fria, enchimento capilar lento). Além disso, a hidratação vigorosa é fundamental na rabdomiólise para prevenir a progressão da lesão renal pela mioglobina.
3. Insulina e Glicose (Solução Polarizante): Promove o deslocamento do potássio do meio extracelular para o intracelular, reduzindo rapidamente os níveis séricos de

potássio.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

a) Furosemida endovenosa em altas doses: Embora a furosemida ajude na excreção renal de potássio, ela não é a conduta inicial prioritária. O paciente apresenta sinais de hipovolemia (hipotensão e taquicardia); o uso de diuréticos sem a devida reposição volêmica prévia agravaria o choque e a insuficiência renal.

c) Bicarbonato de sódio endovenoso para alcalinizar a urina: A alcalinização urinária pode ser considerada na rabdomiólise para reduzir a toxicidade da mioglobina nos túbulos renais, mas ela nunca precede a estabilização cardíaca em um paciente com alterações eletrocardiográficas graves por hipercalemia. Além disso, seu benefício é secundário à reposição volêmica.

d) Restrição hídrica: Esta conduta é contraindicada. Na rabdomiólise, o manejo padrão é a expansão volêmica agressiva para garantir o fluxo urinário e evitar a precipitação de mioglobina nos rins. A restrição hídrica aceleraria a falência renal.

CONCLUSÃO

Diante de um ECG com sinais de toxicidade por potássio, a prioridade absoluta é a proteção miocárdica com cálcio e a correção da volemia, tornando a alternativa B a única correta e segura para o manejo inicial.

Questão 16

O CURB-65 é um dos escores mais utilizados na prática clínica para definir o local de tratamento do paciente com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Ele avalia cinco critérios clínicos e laboratoriais simples, atribuindo 1 ponto para cada um que estiver presente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Diferente de outros escores de gravidade, no CURB-65 todos os critérios possuem exatamente o mesmo peso. Cada item pontua 1 ponto, totalizando uma escala que vai de 0 a 5. Não há prioridade de pontuação para confusão ou hipotensão.

Alternativa b) Incorreta. Um escore de 2 indica um risco moderado, sugerindo que o paciente deve ser internado em enfermaria ou permanecer em observação hospitalar para reavaliação. A indicação de UTI costuma ser considerada a partir de um escore

de 3, mas o que define a admissão obrigatória em unidade intensiva são geralmente os critérios da ATS/IDSA (critérios maiores como necessidade de ventilação mecânica ou choque séptico).

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve com precisão o acrônimo e a conduta recomendada:

C - Confusão mental (habitualmente avaliada por teste de estado mental ou desorientação nova);

U - Ureia maior que 50 mg/dL (ou BUN maior que 20 mg/dL);

R - Frequência Respiratória maior ou igual a 30 incursões por minuto;

B - Blood Pressure (Pressão Arterial sistólica menor que 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg);

65 - Idade maior ou igual a 65 anos.

Em relação ao manejo: 0 a 1 ponto indica baixo risco (tratamento ambulatorial); 2 pontos sugerem internação hospitalar; 3 ou mais pontos indicam alto risco, com necessidade de internação e avaliação para UTI.

Alternativa d) Incorreta. O CURB-65 é amplamente aplicável a idosos, tanto que a idade de 65 anos ou mais é um dos critérios que compõem o escore. Ter 65 anos isoladamente garante 1 ponto no escore, o que, na ausência de outros sinais de gravidade, ainda permite o tratamento ambulatorial seguro, não sendo uma indicação isolada e obrigatória de internação.

Questão 17

O quadro clínico descrito é clássico de apendicite aguda: dor que migra do epigástrio/região periumbilical para a fossa ilíaca direita (FID), anorexia, náuseas, febre baixa e sinais de irritação peritoneal (defesa e Blumberg positivo). Os exames laboratoriais reforçam o diagnóstico com leucocitose importante e desvio à esquerda.

Para entender a conduta correta, vamos analisar as alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A observação clínica por 48 horas é indicada apenas em casos duvidosos, nos quais a pontuação em escores clínicos (como o de Alvarado) é intermediária. O paciente em questão tem uma apresentação clássica e exuberante, exigindo tratamento definitivo imediato para evitar complicações como perfuração e peritonite generalizada.

Alternativa b) Incorreta. Embora a Tomografia Computadorizada (TC) seja o padrão-ouro em termos de imagem para o diagnóstico de apendicite, em homens jovens com apresentação clínica clássica, o diagnóstico é eminentemente clínico. A solicitação de exames de imagem nesse cenário específico atrasa o tratamento e

gera custos e radiação desnecessários. A imagem é reservada para mulheres (pela proximidade com diagnósticos diferenciais ginecológicos), idosos, crianças ou casos atípicos.

Alternativa c) Correta. Em um paciente do sexo masculino, jovem e com quadro clínico e laboratorial típico de apendicite, a probabilidade diagnóstica é altíssima. A conduta padrão é o tratamento cirúrgico imediato. A via laparoscópica é preferencial, sempre que disponível, por oferecer menor dor pós-operatória, melhor resultado estético e recuperação mais rápida. Não há necessidade de perder tempo com exames de imagem adicionais.

Alternativa d) Incorreta. O tratamento conservador (apenas antibióticos) ou a cirurgia de intervalo (após 2 a 4 semanas) são estratégias discutidas para casos de apendicite complicada com bloqueio inflamatório ou abscesso (flegmão), geralmente com mais de 3 a 5 dias de evolução, o que não é o caso do paciente, que apresenta apenas 12 horas de sintomas.

Resumo da conduta: Homem jovem com clínica clássica + laboratório alterado = Diagnóstico Clínico = Apendicectomia (preferencialmente laparoscópica).

Questão 18

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de hemotórax maciço. Pelos critérios do ATLS (Advanced Trauma Life Support), o hemotórax maciço é definido pela drenagem imediata de 1.500 mL ou mais de sangue após a inserção do dreno de tórax, ou por uma drenagem contínua de 200 mL/hora nas primeiras 2 a 4 horas. No caso descrito, o retorno imediato foi de 1.600 mL, o que preenche o critério de gravidade. Além disso, o paciente permanece em choque hipovolêmico (taquicardia de 130 bpm e má resposta à reposição), indicando que a fonte do sangramento está ativa e requer controle cirúrgico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A manutenção apenas da drenagem e da observação é contraindicada em casos de hemotórax maciço. O volume de sangue perdido indica uma lesão vascular ou parenquimatosa importante que dificilmente cessará sem intervenção cirúrgica direta. Aguardar 24 horas em um setor de emergência levaria o paciente a óbito por exsanguinação.

Alternativa b) Correta. A toracotomia de emergência no centro cirúrgico é o tratamento de escolha para o hemotórax maciço, especialmente quando acompanhado de instabilidade hemodinâmica. O objetivo é realizar a hemostasia

direta de vasos da parede torácica (como artérias intercostais ou mamária interna), lesões no parênquima pulmonar ou em grandes vasos mediastinais.

Alternativa c) Incorreta. A tomografia computadorizada é um exame indicado apenas para pacientes hemodinamicamente estáveis. Em um paciente com choque hipovolêmico persistente e indicação clara de cirurgia, o transporte para a sala de radiologia é perigoso e retarda o tratamento definitivo, aumentando a mortalidade.

Alternativa d) Incorreta. A inserção de um segundo dreno não trata a causa do sangramento. O problema não é a falha na drenagem do espaço pleural (visto que o primeiro dreno evacuou 1.600 mL com sucesso), mas sim a magnitude da lesão interna que exige reparo cirúrgico.

Portanto, diante de um hemotórax com drenagem inicial superior a 1.500 mL e instabilidade hemodinâmica, a conduta imediata é a toracotomia.

Questão 19

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) classificado como leve, uma vez que sua Escala de Coma de Glasgow (ECG) é de 14. No entanto, o manejo do TCE leve no pronto-socorro é orientado pela identificação de fatores de risco que aumentam a probabilidade de lesões intracranianas graves. No caso descrito, temos uma paciente de 72 anos, em uso de anticoagulante (varfarina) e com sintomas neurológicos (confusão e cefaleia).

CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE TOMOGRAFIA (TC) DE CRÂNIO

De acordo com as diretrizes do ATLS e as regras de predição clínica amplamente aceitas (como a Canadian CT Head Rule), a TC de crânio sem contraste é obrigatória para pacientes com TCE leve que apresentem critérios de alto risco. Os principais são:

1. Idade igual ou superior a 65 anos.
2. Escala de Coma de Glasgow menor que 15 após duas horas do trauma (a paciente tem 14).
3. Suspeita de fratura de crânio (aberta, com afundamento ou sinais de fratura de base de crânio).
4. Episódios repetidos de vômitos (2 ou mais).
5. Uso de anticoagulantes ou coagulopatias conhecidas.
6. Amnésia retrógrada importante.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA

A alternativa D identifica corretamente a necessidade da TC de crânio fundamentada no perfil da paciente. A idade superior a 65 anos é, isoladamente, um critério de indicação. Somado a isso, o fato de a paciente não estar com a pontuação máxima na escala de Glasgow (ECG 14), apresentar sintomas neurológicos e ser usuária de varfarina torna o exame indispensável e urgente, visando excluir hemorragias intracranianas agudas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa a: A observação isolada é contraindicada. Pacientes idosos e anticoagulados podem apresentar sangramentos intracranianos mesmo com traumas de baixa energia e apresentação inicial estável. O Glasgow 14 já indica que o trauma não foi insignificante.

Alternativa b: A radiografia simples de crânio caiu em desuso para a avaliação de lesões cerebrais agudas no trauma. Ela não consegue detectar hemorragias, hematomas ou edema cerebral, que são as principais causas de morbimortalidade. O exame de escolha é a tomografia.

Alternativa c: A conduta expectante de aguardar deterioração clínica é inadequada para pacientes com fatores de risco. O objetivo do atendimento inicial é o diagnóstico precoce. Aguardar a deterioração significa intervir apenas quando já houve expansão de uma lesão ou aumento da pressão intracraniana, o que piora drasticamente o prognóstico.

Questão 20

O caso clínico descreve um paciente jovem, vítima de ferimento por arma branca na região lateral do abdome, que se apresenta hemodinamicamente estável e sem sinais de irritação peritoneal (peritonite). Esse cenário é clássico para a discussão sobre a conduta seletiva no trauma abdominal penetrante.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Em pacientes estáveis e sem sinais óbvios de lesão intra-abdominal (como peritonite ou evisceração), a conduta atual preconiza o manejo não operatório seletivo. A observação clínica com exames físicos seriados por 24 horas, realizada preferencialmente pela mesma equipe cirúrgica, é o padrão-ouro. Como o ferimento é na região lateral (flanco), a tomografia de abdome (TC) com

triplo contraste (oral, venoso e retal) ou apenas o venoso é uma ferramenta fundamental para avaliar lesões de órgãos retroperitoneais que podem não ser detectadas pelo FAST ou pelo exame físico inicial.

Alternativa B (Incorreta): A laparotomia exploradora imediata está indicada apenas em pacientes com instabilidade hemodinâmica, peritonite franca, evisceração ou ferimentos por arma de fogo que atravessem a cavidade (embora estes últimos também possam ser seletivos em casos muito específicos). No caso de arma branca em paciente estável e sem peritonite, a cirurgia imediata levaria a um alto índice de laparotomias não terapêuticas (brancas).

Alternativa C (Incorreta): A alta precoce é contraindicada. Ferimentos penetrantes abdominais podem causar lesões em vísceras ocas que demoram algumas horas para manifestar sinais clínicos de peritonite. O protocolo de segurança exige que o paciente permaneça em observação hospitalar por um período mínimo de 24 horas antes de qualquer consideração de alta.

Alternativa D (Incorreta): O lavado peritoneal diagnóstico (LPD) é um procedimento invasivo utilizado principalmente em pacientes com instabilidade hemodinâmica no trauma contuso quando o FAST não está disponível ou é inconclusivo. Em pacientes estáveis, a tomografia de abdome é muito superior por ser não invasiva e detalhar melhor a anatomia das lesões. Além disso, o FAST negativo neste paciente já indica ausência de grande volume de sangue livre, diminuindo a utilidade de um LPD.

Em resumo, a estabilidade hemodinâmica e a ausência de sinais de peritonite no trauma por arma branca permitem a observação seriada e a realização de exames de imagem complementares para guiar a conduta, evitando cirurgias desnecessárias.

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro crítico de trauma facial grave com sinais de obstrução de vias aéreas e instabilidade respiratória grave (Saturação de O₂ de 82%). O ponto determinante para a decisão terapêutica é a falha em duas tentativas de intubação orotraqueal somada à impossibilidade de ventilação com máscara facial. Estamos diante da situação clássica de "não intubo, não ventilo". Segundo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), quando os métodos básicos e avançados de manejo de via aérea falham em um paciente que não pode ser oxigenado, a via aérea cirúrgica imediata é mandatária.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA

A cricotireoidostomia cirúrgica de emergência é a conduta de escolha para garantir uma via aérea definitiva em situações onde a intubação orotraqueal não é possível e a ventilação por máscara é ineficaz. Em traumas faciais com sangramento profuso, edema e fraturas mandibulares, a anatomia das vias aéreas superiores está severamente comprometida e obscurecida por sangue. O acesso cirúrgico infraglótico (abaixo das cordas vocais) é o caminho mais rápido e seguro para oxigenar o paciente e proteger a traqueia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: Insistir em novas tentativas de intubação orotraqueal, mesmo com laringoscópio óptico ou videolaringoscópio, é um erro em situações de urgência com sangramento ativo e hipóxia. O sangue e o edema impedem a visualização pelas lentes dos dispositivos ópticos. Postergar a via aérea cirúrgica para tentar novas intubações aumenta o risco de parada cardiorrespiratória por hipóxia.

Alternativa B: A intubação nasotraqueal é um procedimento demorado e tecnicamente difícil, contraindicado em pacientes em apneia ou com trauma facial grave/suspeita de fratura de base de crânio. No cenário de "não intubo, não ventilo", essa técnica não tem lugar pela demora e baixa taxa de sucesso em traumas complexos.

Alternativa D: Dispositivos supraglóticos, como a máscara laríngea, são recursos auxiliares, mas não constituem via aérea definitiva (não possuem balonete traqueal para proteger contra aspiração de sangue). Em traumas faciais com distorção anatômica, esses dispositivos frequentemente falham em promover vedação adequada. Como a ventilação com máscara já se mostrou ineficaz, a chance de sucesso com dispositivo supraglótico é baixa e não resolve a necessidade de uma via aérea definitiva.

Questão 22

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é uma apresentação clássica de abdome agudo perfurativo. Os elementos fundamentais para o diagnóstico são: a instalação súbita da dor (sugerindo um evento catastrófico como perfuração ou oclusão vascular), a história de uso frequente de AINEs (principal fator de risco para úlcera péptica), a rigidez abdominal reflexa (abdome em tábua) indicando peritonite difusa e, fundamentalmente, o sinal de Jobert. O sinal de Jobert consiste no timpanismo na região da linha hemiclavicular direita, onde normalmente se encontra a macicez

hepática; sua presença indica pneumoperitônio, ou seja, ar livre na cavidade abdominal decorrente da perfuração de uma víscera oca.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se tipicamente com dor epigástrica de início rápido (mas geralmente não tão súbito quanto uma perfuração) que irradia para o dorso em faixa. Embora cause intensa dor e náuseas, a pancreatite não cursa com pneumoperitônio (sinal de Jobert). O fator de risco citado (AINEs) é clássico para úlceras, enquanto para pancreatite os principais fatores seriam etilismo ou litíase biliar.

Alternativa b) Incorreta. A obstrução intestinal por tumor de cólon apresenta uma evolução mais gradual, com distensão abdominal importante, ruídos hidroaéreos aumentados (timbre metálico) no início e parada de eliminação de gases e fezes. Não explicaria uma dor súbita de 30 minutos associada ao sinal de Jobert, a menos que houvesse uma perfuração diastática do ceco, mas o contexto de uso de AINEs aponta diretamente para a úlcera péptica.

Alternativa c) Incorreta. A apendicite aguda costuma ter uma evolução de horas (geralmente mais de 12 a 24 horas), iniciando-se com dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita. Uma complicação com abscesso resultaria em dor localizada ou massa palpável, e não em peritonite difusa súbita com pneumoperitônio em apenas 30 minutos de sintomas.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o cenário clínico. O uso de AINEs predispõe à formação de úlceras gástricas ou duodenais. Quando essa úlcera perfura, ocorre o extravasamento de conteúdo gastroduodenal para a cavidade peritoneal, gerando uma peritonite química imediata e muito dolorosa (dor súbita e abdome em tábua). O sinal de Jobert confirma a presença de ar que escapou da víscera oca para o espaço intraperitoneal.

Questão 23

Análise do Quadro Clínico

O paciente apresenta um quadro clássico de abdome agudo obstrutivo. Os sinais cardinais estão presentes: dor abdominal, distensão, vômitos (neste caso, biliosos, o que sugere uma obstrução abaixo da ampola de Vater) e parada de eliminação de flatos e fezes. A presença de uma cicatriz mediana por cirurgia prévia é um dado fundamental, pois as bridas ou aderências são a principal causa de obstrução do intestino delgado em adultos que já passaram por procedimentos cirúrgicos

abdominais. A evolução dos ruídos hidroaéreos, que passaram de aumentados (fase de luta do intestino para vencer o obstáculo) para diminuídos, indica exaustão da musculatura lisa ou possível sofrimento de alça (isquemia).

Análise Radiológica

A radiografia de abdome em decúbito supino (deitado) revela múltiplas alças de intestino delgado dilatadas, ocupando a região central do abdome. É possível identificar as válvulas coniventes (pregas circulares), que atravessam toda a luz da alça, conferindo o aspecto típico de empilhamento de moedas. A descrição de ausência de gás nas porções distais (cólon e reto) confirma tratar-se de uma obstrução mecânica completa, onde o conteúdo gasoso não consegue progredir além do ponto de obstrução no delgado.

Análise das Alternativas

Alternativa (a) Incorreta: A perfuração de víscera oca caracteriza o abdome agudo perfurativo. O principal achado radiológico seria o pneumoperitônio, que é a presença de ar livre na cavidade abdominal, geralmente visualizado como uma linha de gás abaixo do diafragma na radiografia de tórax ou abdome em pé. Embora uma obstrução possa complicar com perfuração, os achados descritos são de obstrução.

Alternativa (b) Correta: O diagnóstico de obstrução intestinal alta (referindo-se ao intestino delgado) é fundamentado pela clínica de vômitos precoces e biliosos, distensão abdominal e o padrão radiográfico de dilatação de alças centrais com válvulas coniventes e ausência de ar no intestino grosso. O histórico de cirurgia prévia reforça a etiologia por bridas.

Alternativa (c) Incorreta: O volvo de sigmoide é uma causa de obstrução intestinal baixa (cólon). No raio X, ele se manifestaria como uma alça colônica maciçamente dilatada com o sinal do grão de café ou sinal do ômega, partindo da pelve. A imagem e a descrição mostram um padrão de intestino delgado, não de cólon.

Alternativa (d) Incorreta: O sinal da alça sentinela é uma dilatação segmentar e localizada de uma alça intestinal próxima a um processo inflamatório adjacente (como na pancreatite, apendicite ou colecistite). No caso apresentado, há uma dilatação generalizada das alças de delgado a montante de uma obstrução, o que não caracteriza apenas uma alça isolada de resposta inflamatória.

Questão 24

O Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) é um protocolo nacional baseado no programa europeu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Ele visa otimizar a recuperação do paciente cirúrgico através da quebra de paradigmas tradicionais e da aplicação de condutas baseadas em evidências científicas.

Alternativa A: Correta. Esta alternativa descreve os pilares fundamentais do projeto. O ACERTO foca na informação pré-operatória ao paciente para reduzir a ansiedade; no abreviamento do jejum (permitindo líquidos claros com carboidratos até 2 horas antes da cirurgia) e no retorno rápido da dieta após o procedimento; na anestesia multimodal para reduzir o uso de opioides e prevenir náuseas e vômitos; na restrição da hidratação venosa excessiva (evitando balanço hídrico muito positivo); e na mobilização ultraprecoce para reduzir complicações como trombose e perda de massa muscular.

Alternativa B: Incorreta. Os itens listados (EPIs, descarte de resíduos, higienização das mãos e vacinação) referem-se a normas de biossegurança e protocolos de controle de infecção hospitalar de caráter geral, não sendo as diretrizes específicas de aceleração da recuperação pós-operatória do Projeto ACERTO.

Alternativa C: Incorreta. Embora os cuidados com a ferida operatória e a dieta equilibrada sejam importantes no cuidado de qualquer paciente, os itens listados (especialmente proteção solar e evitar traumas) são orientações genéricas de cuidados domiciliares ou dermatológicos e não compõem o conjunto de medidas multimodais perioperatórias que definem o Projeto ACERTO.

Alternativa D: Incorreta. Os pontos citados (asepsia, hemostasia, técnica de sutura e eliminação de espaços mortos) são conhecidos como os Princípios de Halsted. Eles representam a base da boa técnica cirúrgica clássica e devem ser seguidos em qualquer operação, mas não são as inovações ou os pilares propostos especificamente pelo protocolo ACERTO para a aceleração da recuperação do paciente.

Questão 25

A questão aborda o conhecimento sobre instrumentais cirúrgicos básicos, especificamente a diferenciação entre pinças traumáticas e atraumáticas para manipulação de alças intestinais.

Alternativa a: Incorreta. A pinça de Allis possui pequenos dentes em sua extremidade que, ao serem fechados, exercem uma pressão traumática. Ela é indicada para a preensão de tecidos resistentes (como fâscias e aponeuroses) ou tecidos que serão

extirpados, pois pode causar isquemia e laceração em tecidos delicados, como o intestino.

Alternativa b: Incorreta. A pinça de Rochester é um instrumental de hemostasia pesada. Ela é robusta, possui ranhuras transversais em toda a sua extensão funcional e é considerada uma pinça de esmagamento. Seu uso em alças intestinais causaria lesão por esmagamento permanente da parede do órgão.

Alternativa c: Correta. A pinça de Babcock é o instrumental padrão para a apreensão delicada de vísceras ocas e tecidos moles. Sua extremidade é larga, arredondada e fenestrada, não possuindo dentes. Esse design permite envolver e segurar a alça intestinal, distribuindo a pressão de forma uniforme e sem perfurar a serosa, garantindo uma apreensão firme, porém atraumática.

Alternativa d: Incorreta. A pinça anatômica com dentes (também chamada de pinça com dente de rato) é utilizada para a apreensão de tecidos firmes, como a pele e a aponeurose. O uso de qualquer instrumental com dentes em uma alça intestinal é contraindicado devido ao alto risco de perfuração e contaminação do campo cirúrgico.

Questão 26

Esta questão aborda a ergonomia e a organização do ambiente cirúrgico, focando especificamente na adaptação da mesa de instrumentação para atender à dominância manual do cirurgião principal. A organização eficiente da mesa é fundamental para a fluidez do tempo cirúrgico e para a segurança do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Manter a disposição padrão ignora a ergonomia necessária para um cirurgião canhoto. A disposição padrão é desenhada para facilitar o alcance de cirurgiões destros. Manter essa configuração forçaria o instrumentador a realizar movimentos cruzados ou desnecessários para entregar os materiais na mão dominante do cirurgião, aumentando o risco de acidentes e lentificando o procedimento.

Alternativa (b) Correta: Na técnica cirúrgica, os instrumentos de diérese (bisturis e tesouras) e de síntese (porta-agulhas e fios) são os que exigem maior precisão e são manipulados prioritariamente pela mão dominante do cirurgião. Para um cirurgião canhoto, o fluxo de entrega deve ser invertido em relação ao padrão destro. Disponibilizar esses materiais à esquerda da mesa de instrumentos (considerando a perspectiva do instrumentador, que está de frente para a mesa e entrega o material para o cirurgião

posicionado adequadamente) facilita a entrega direta na mão esquerda do operador, otimizando a ergonomia e a agilidade.

Alternativa (c) Incorreta: A organização da mesa cirúrgica deve seguir uma lógica funcional e temporal (tempos cirúrgicos: diérese, hemostasia, prensão e síntese). Colocar todos os instrumentos no centro de forma simétrica descaracteriza a setorização necessária, dificultando a localização rápida do instrumental pelo próprio instrumentador e gerando desorganização durante a cirurgia.

Alternativa (d) Incorreta: Embora mencione o respeito à dominância do cirurgião, esta alternativa foca em afastadores e pinças especiais. Afastadores são instrumentos de exposição, frequentemente manuseados por assistentes ou pela mão não dominante do cirurgião. A prioridade de inversão para a lateralidade do cirurgião deve ser dada aos instrumentos de corte (diérese) e sutura (síntese), que são os instrumentos de ação principal da mão dominante, conforme descrito corretamente na alternativa (b).

Em resumo, a adequação da mesa para um cirurgião canhoto exige que os instrumentos de maior precisão e uso constante pela mão dominante sejam posicionados de forma a espelhar a montagem tradicional, garantindo que o instrumentador entregue o material de forma direta e segura.

Questão 27

O quadro clínico descrito é um caso clássico de Abdome Agudo Hemorrágico decorrente de Gravidez Ectópica Rota. A paciente apresenta a tríade diagnóstica de atraso menstrual (8 semanas), dor abdominal súbita e sinais de choque hipovolêmico (hipotensão arterial e taquicardia importante). O sinal de Proust, também conhecido como "grito de Douglas", é a dor intensa à mobilização do colo uterino e ao toque do fundo de saco vaginal posterior, indicando a presença de sangue livre na cavidade peritoneal (hemoperitônio).

A imagem de ultrassonografia demonstra uma estrutura compatível com saco gestacional fora da posição habitual ou fluido em fundo de saco, o que, somado à clínica de instabilidade, confirma a necessidade de intervenção imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta conduta é voltada para casos de abdome agudo obstrutivo (como mecânico ou íleo paralítico). Em um cenário de choque hemorrágico por gravidez ectópica rota, a observação por 72 horas e o uso de sonda nasogástrica são condutas inadequadas que levariam ao óbito da paciente por exsudação sanguínea contínua.

b) Incorreta. A tomografia computadorizada não é o exame de eleição para o diagnóstico de gravidez ectópica e não deve ser realizada em pacientes hemodinamicamente instáveis, pois retarda o tratamento definitivo. A observação em UTI sem a resolução do foco de sangramento também é incorreta.

c) Incorreta. Embora a ruptura de aneurisma de artéria esplênica cause hemoperitônio e choque, o histórico de atraso menstrual de 8 semanas e o sinal de Proust direcionam especificamente para uma etiologia ginecológica/obstétrica. O aneurisma de artéria esplênica é mais raro e não explicaria o quadro ginecológico sugerido.

d) Correta. Diante de um abdome agudo hemorrágico com instabilidade hemodinâmica, a prioridade é a estabilização inicial (reposição volêmica, acesso venoso calibroso) concomitante à coleta de exames pré-operatórios e tipagem sanguínea para eventual transfusão. O diagnóstico de gravidez ectópica rota em paciente instável exige cirurgia imediata (geralmente laparotomia exploradora) para controle do sangramento.

Gabarito: Letra (d).

Questão 28

O quadro clínico descrito — uma mulher com diplopia, fadiga progressiva (característica de fraqueza fatigável) e sorologia positiva para anticorpo antirreceptor de acetilcolina — confirma o diagnóstico de Miastenia Gravis (MG). A presença de uma massa no mediastino anterior identificada na tomografia computadorizada (TC) de tórax em um paciente com MG é altamente sugestiva de timoma. Na imagem de TC fornecida, observa-se claramente, na janela de partes moles (B), uma lesão sólida, lobulada e bem delimitada localizada no compartimento anterior, anteriormente à aorta e ao tronco da artéria pulmonar, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A biópsia percutânea de uma massa mediastinal anterior suspeita de timoma e que seja aparentemente ressecável é geralmente evitada. Isso ocorre pelo risco teórico de disseminação tumoral (*seeding*) pelo trajeto da agulha e porque o resultado histológico raramente mudaria a conduta, que já seria a ressecção cirúrgica. A biópsia é reservada para casos de lesões irresssecáveis ou quando há suspeita de diagnósticos que exijam tratamentos não cirúrgicos, como linfomas ou tumores de células germinativas.

b) Correta. A ressecção cirúrgica completa (tímectomia) é o tratamento de escolha para o timoma, especialmente quando a lesão é encapsulada e localizada, como sugerido pela TC. Além de ser o tratamento definitivo para a neoplasia (intenção curativa), a tímectomia em pacientes com Miastenia Gravis frequentemente leva à melhora clínica dos sintomas neurológicos ou à redução da necessidade de medicações imunossupressoras.

c) Incorreta. A radioterapia não é utilizada como modalidade exclusiva para tumores localizados e ressecáveis. Ela pode ser empregada como terapia adjuvante em casos de ressecção incompleta ou em estágios mais avançados (invasivos), mas a cirurgia permanece como o pilar do tratamento inicial.

d) Incorreta. Timomas são neoplasias com potencial de invasão local e malignidade. Portanto, a observação e o seguimento seriado não são adequados para uma massa sólida no mediastino anterior em um paciente sintomático e com diagnóstico de Miastenia Gravis. O atraso na cirurgia pode permitir o crescimento tumoral e a invasão de estruturas vitais vizinhas.

Questão 29

O caso clínico descreve um paciente com doença hemorroidária interna de grau III (que exige redução manual) evoluindo para grau IV (prolapso irreduzível), com indicação clara de tratamento cirúrgico. A técnica solicitada, Milligan-Morgan, é considerada o padrão-ouro em diversos centros mundiais para o tratamento definitivo dessa patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A ligadura elástica é um procedimento ambulatorial indicado para hemorroidas de graus iniciais (I e II) e não consiste em uma técnica cirúrgica excisional como a Milligan-Morgan. A laserterapia também é uma modalidade distinta, utilizada para ablação térmica, e não faz parte da descrição clássica da técnica em questão.

Alternativa B: Incorreta. A descrição de fechamento da ferida cirúrgica com sutura contínua define a técnica de Ferguson (hemorroidectomia fechada). Embora seja amplamente utilizada, especialmente nos Estados Unidos, para tentar reduzir o tempo de cicatrização e o desconforto, ela se opõe à técnica de Milligan-Morgan, que é aberta.

Alternativa C: Incorreta. Esta alternativa descreve a Desarterialização Hemorroidária

Transanal Guiada por Doppler (técnica THD). É um procedimento não excisional que visa identificar e ligar os ramos terminais da artéria retal superior, reduzindo o fluxo sanguíneo para os mamilos hemorroidários, sem a remoção cirúrgica do tecido.

Alternativa D: Correta. A técnica de Milligan-Morgan, ou hemorroidectomia aberta, consiste na ressecção dos mamilos hemorroidários (interno e externo) com a ligadura do pedículo vascular. A característica fundamental que a define e a diferencia da técnica de Ferguson é o fato de as pontes de pele e mucosa entre os mamilos ressecados serem preservadas e as feridas cirúrgicas serem deixadas abertas para cicatrizar por segunda intenção. Isso evita a estenose anal e permite a drenagem de secreções no pós-operatório.

Questão 30

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um perfil epidemiológico e radiológico típico de adenoma hepático. Trata-se de uma mulher jovem com uso prolongado de anticoncepcionais orais (12 anos) e uma lesão de 5,0 cm que é hipervascular e apresenta hemorragia intralesional. A ausência de cicatriz central na ressonância magnética ajuda a diferenciar o adenoma da hiperplasia nodular focal.

Alternativa A: Incorreta. O tumor benigno mais comum do fígado é o hemangioma, não a hiperplasia nodular focal (HNF). Além disso, a HNF não possui uma relação causal tão forte com o uso de anticoncepcionais orais quanto o adenoma. Radiologicamente, a HNF costuma apresentar uma cicatriz central, que não foi encontrada nesta paciente.

Alternativa B: Correta. O adenoma hepático é uma neoplasia epitelial benigna cuja ocorrência está diretamente relacionada ao uso de estrogênios (anticoncepcionais). Lesões maiores que 5,0 cm têm um risco aumentado de complicações, como a hemorragia intratumoral (citada no enunciado) ou ruptura para o peritônio. Além disso, existe um risco documentado de transformação para carcinoma hepatocelular, o que justifica, em muitos casos, a indicação de ressecção cirúrgica.

Alternativa C: Incorreta. O carcinoma hepatocelular (CHC) é raro em mulheres jovens sem doenças de base. Geralmente, o CHC surge em pacientes com cirrose hepática ou infecção crônica pelos vírus da hepatite B ou C. Embora a alfafetoproteína (AFP) possa ser normal em alguns casos de CHC, o contexto de uso de anticoncepcional e a ausência de hepatopatia crônica tornam o adenoma o diagnóstico principal.

Alternativa D: Incorreta. O hemangioma hepático é, de fato, o tumor benigno mais comum do fígado, mas ele não apresenta risco de transformação maligna. A conduta

para o hemangioma é quase sempre conservadora (expectante), sendo a cirurgia indicada apenas em casos excepcionais de sintomas compressivos graves ou complicações raras.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO

A paciente de 59 anos apresenta um nódulo tireoidiano de 2,5 cm com características ultrassonográficas de alta suspeição para malignidade. Os achados que acendem o alerta são: nódulo sólido, hipoeoico, mais alto do que largo (um dos sinais mais específicos para câncer de tireoide), presença de microcalcificações (sugestivas de carcinoma papilífero) e vascularização central. Segundo as principais diretrizes internacionais (como ATA e ACR TI-RADS), nódulos maiores que 1 cm com esses critérios de suspeição exigem investigação citológica.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta padrão para um nódulo tireoidiano com características ultrassonográficas suspeitas e tamanho superior a 1 cm é a realização da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). A PAAF permitirá a classificação citológica de acordo com o Sistema Bethesda, que orientará se a conduta será observação, repetição do exame ou cirurgia. No caso descrito, o nódulo tem 2,5 cm e múltiplos sinais de malignidade, tornando a punção o próximo passo indispensável.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O carcinoma anaplásico é o tumor mais agressivo da tireoide. Ele costuma se apresentar como uma massa cervical de crescimento extremamente rápido (em semanas), geralmente fixa e causando sintomas compressivos graves, como rouquidão, dificuldade para engolir e respirar. O caso descreve um achado incidental e um nódulo móvel em paciente assintomática, o que é incompatível com a agressividade do tipo anaplásico.

Alternativa (b): A Doença de Basedow-Graves é uma condição de hipertireoidismo autoimune que se manifesta clinicamente com sintomas de tireotoxicose (taquicardia, perda de peso, tremor), bócio difuso e, por vezes, oftalmopatia. A paciente em questão está assintomática e possui um nódulo focal suspeito, e não um bócio difuso tóxico. Além disso, a iodoterapia não é tratamento para nódulos isolados suspeitos de câncer.

Alternativa (d): Indicar tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal sem antes

realizar uma PAAF é uma conduta precipitada. O tratamento cirúrgico e sua extensão (total vs. parcial) e a necessidade de esvaziamento cervical dependem da confirmação citológica da malignidade e do estadiamento clínico. A cirurgia é o tratamento definitivo, mas a investigação diagnóstica deve ser concluída antes da intervenção invasiva.

Questão 32

O caso descreve um paciente com Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) refratária ao tratamento clínico com Inibidores da Bomba de Prótons (IBP), apresentando complicações como esofagite erosiva grave (classificação de Los Angeles grau C) e hérnia de hiato por deslizamento. A indicação cirúrgica está bem estabelecida pela falha do tratamento conservador e pela gravidade das lesões endoscópicas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. A funduplicatura total de Nissen (360 graus) é considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da DRGE. Ela consiste na criação de uma válvula completa ao redor do esôfago distal utilizando o fundo gástrico. A principal condição para indicar a técnica de Nissen é a presença de uma motilidade esofágica preservada na manometria, exatamente como descrito no enunciado. Isso garante que o corpo do esôfago tenha força suficiente para empurrar o bolo alimentar através da nova válvula, minimizando o risco de disfagia (dificuldade de engolir) no pós-operatório.

Alternativa (b): Incorreta. A esofagectomia de Ivor Lewis é uma cirurgia de grande porte que consiste na retirada de parte do esôfago, geralmente indicada para o tratamento de neoplasias (câncer) de esôfago ou casos selecionados de megaesôfago avançado. É um procedimento com alta morbimortalidade e jamais seria a primeira escolha para o tratamento de refluxo gastroesofágico benigno.

Alternativa (c): Incorreta. A miotomia de Heller é a técnica cirúrgica indicada para o tratamento da acalásia. Na acalásia, o esfíncter esofágico inferior não relaxa e há perda da motilidade do corpo esofágico. O paciente em questão apresenta o quadro oposto: o esfíncter é hipotônico (pressão reduzida), o que facilita o refluxo, e a motilidade do corpo esofágico está normal.

Alternativa (d): Incorreta. As funduplicaturas parciais, como a técnica de Pinotti (anterior) ou de Toupet (posterior), consistem na criação de uma válvula que envolve apenas parte da circunferência do esôfago (geralmente entre 180 e 270 graus). Elas são indicadas preferencialmente quando o paciente apresenta distúrbios da

motilidade esofágica (esôfago hipotônico) na manometria pré-operatória, visando oferecer menor resistência à passagem do alimento. Como o enunciado afirma que a motilidade está preservada, a técnica de Nissen (total) é a mais indicada por ser mais eficaz a longo prazo no controle do refluxo.

Questão 33

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 15 meses com um quadro típico de Insônia Comportamental da Infância. O paciente apresenta dois subtipos principais: o tipo associação ao início do sono (necessita do seio materno ou de telas para adormecer) e o tipo por falta de estabelecimento de limites (horários irregulares, agitação noturna e uso de telas para controle do comportamento). O fato de ele dormir de forma independente na creche demonstra que ele possui a habilidade de adormecer sozinho, mas a rotina domiciliar e as associações criadas em casa estão prejudicando o sono noturno.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora despertares breves possam ocorrer fisiologicamente, o padrão de 4 a 5 despertares com necessidade de intervenção materna (seio) e o uso de telas não são considerados o padrão normal esperado para a idade. Esperar a resolução espontânea sem intervir na higiene do sono prolonga o sofrimento familiar e pode consolidar hábitos inadequados.

Alternativa b) Incorreta. O uso de melatonina não é a primeira linha de tratamento para insônia comportamental em lactentes saudáveis. A causa do problema é ambiental e comportamental, devendo ser tratada com ajuste de rotina. Medicamentos não ensinam a criança a desenvolver autonomia para adormecer.

Alternativa c) Incorreta. A polissonografia é indicada na suspeita de Distúrbios Respiratórios do Sono, como a Apneia Obstrutiva do Sono. O quadro clínico não descreve roncos, pausas respiratórias, cianose ou esforço respiratório durante o sono, focando exclusivamente em questões de comportamento e hábitos de higiene do sono.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. A reestruturação da rotina inclui estabelecer horários fixos para dormir e acordar, o que ajuda na sincronização do ritmo circadiano. A retirada de telas é fundamental, pois a luz azul inibe a produção natural de melatonina e a estimulação visual/auditiva causa a agitação descrita (efeito paradoxal). O estímulo ao adormecer independente visa quebrar a

dependência do seio materno para voltar a dormir durante os despertares fisiológicos da madrugada.

RESUMO DA CONDUTA

O tratamento da insônia comportamental baseia-se na Higiene do Sono:

1. Manter horários consistentes para sonecas e sono noturno.
2. Criar um ritual de sono relaxante (banho morno, leitura, luz baixa).
3. Eliminar telas (celular, TV, tablets) pelo menos 2 horas antes de dormir.
4. Colocar a criança na cama ainda acordada para que ela aprenda a adormecer sem dependências externas.

Questão 34

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um caso típico de Dermatite Atópica (DA) em uma criança de 3 anos. Os critérios diagnósticos estão presentes: início precoce (6 meses de vida), prurido intenso que piora com o ressecamento da pele (inverno e banhos quentes) e lesões localizadas em áreas de flexura (fossas cubitais e poplíteas). A presença de liquenificação indica que a inflamação é crônica.

O ponto-chave para a resolução da questão é a complicação recente: o surgimento de pápulas exsudativas e crostas melicéricas (cor de mel). Essas características são patognomônicas de infecção bacteriana secundária, geralmente por *Staphylococcus aureus*, processo chamado de impetiginização da dermatite atópica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa aborda os três pilares necessários para o momento: 1) a hidratação intensiva é essencial para recuperar a barreira cutânea danificada na DA; 2) o antibiótico tópico trata a infecção secundária (impetiginização); 3) o corticoide tópico de baixa potência controla a inflamação da doença de base. Em dobras (flexuras), prefere-se corticoides de baixa potência devido ao maior risco de atrofia cutânea e absorção sistêmica.

Alternativa B (INCORRETA): A exclusão alimentar de leite e derivados só deve ser feita se houver diagnóstico confirmado de alergia alimentar associada, o que não é a regra para todos os pacientes com DA. O corticoide oral é reservado para casos graves ou refratários, e o anti-histamínico tem papel limitado, servindo apenas para alívio sintomático do prurido através da sedação.

Alternativa C (INCORRETA): Sabonetes bactericidas são excessivamente alcalinos e agressivos, o que remove a camada lipídica protetora da pele e piora o ressecamento da dermatite atópica. Já os inibidores da calcineurina (tacrolimo e pimecrolimo) são ótimas opções para poupar o uso de corticoides, mas não devem ser iniciados em lesões com sinais de infecção bacteriana ativa.

Alternativa D (INCORRETA): As crostas melicéricas são sinais clássicos de bactérias, não de fungos, tornando o uso de antifúngicos inadequado. Além disso, a recomendação de evitar hidratantes é o erro mais grave da alternativa, pois a hidratação é a base do tratamento da dermatite atópica em qualquer estágio da doença.

GABARITO: Letra A.

Questão 35

Para analisar esta questão, devemos considerar os marcos do desenvolvimento puberal e os critérios para o diagnóstico de puberdade precoce em meninas.

Análise dos dados clínicos:

1. Idade: 7 anos e 4 meses. A puberdade é considerada precoce em meninas quando os caracteres sexuais secundários surgem antes dos 8 anos de idade.
2. Telarca (M2): O desenvolvimento mamário (M2) é o primeiro sinal de ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal em meninas.
3. Velocidade de Crescimento: O ganho de 4 cm em 6 meses projeta uma velocidade de 8 cm/ano, o que é excessivo para a idade pré-púbere e indica o estirão puberal.
4. Idade Óssea: Apresenta um avanço significativo (10 anos para uma idade cronológica de 7 anos e 4 meses). Um avanço superior a 1 ano ou 2 desvios-padrão sugere progressão clínica e impacto potencial na estatura final.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A adrenarca precoce isolada se manifesta pelo aparecimento de pelos pubianos (pubarca), pelos axilares e odor axilar antes dos 8 anos, sem desenvolvimento mamário. A paciente apresenta estágio P1 (ausência de pelos) e possui telarca (M2).
- b) Correta. O diagnóstico de puberdade precoce central é fundamentado no surgimento de mamas antes dos 8 anos, acompanhado de evidências de progressão sistêmica, como a aceleração da velocidade de crescimento e o avanço da idade óssea. Estes achados indicam que o eixo hormonal foi ativado precocemente, estimulando a produção de estrogênio pelos ovários.

c) Incorreta. A telarca precoce isolada é uma variante da normalidade na qual há desenvolvimento mamário, mas sem outros sinais de puberdade. Nela, a velocidade de crescimento é normal para a idade e a idade óssea é compatível com a idade cronológica. O caso em questão apresenta aceleração do crescimento e idade óssea avançada, o que exclui o diagnóstico de forma isolada.

d) Incorreta. Embora o início da puberdade aos 7 anos e 4 meses pudesse ser discutido como uma tendência secular em alguns contextos, o avanço de quase 3 anos na idade óssea e o estirão de crescimento evidente caracterizam um processo patológico que exige investigação e, frequentemente, intervenção, não podendo ser classificado apenas como variação da normalidade.

Questão 36

Esta questão aborda um tema fundamental da ética médica: o sigilo profissional no atendimento a adolescentes. O ponto central é entender que o adolescente tem direito à privacidade e ao sigilo, desde que tenha capacidade de discernimento para compreender sua situação e as orientações médicas, e que não haja risco iminente de morte ou dano grave a si mesmo ou a terceiros.

A alternativa (c) é a correta, pois respeita o Código de Ética Médica e as normas do Conselho Federal de Medicina. A paciente tem 15 anos e demonstrou capacidade de compreensão ao correlacionar o sintoma (tosse) com o uso da substância e decidir não repetir o ato. Como não há risco de morte imediato ou situação de abuso/violência, o médico deve garantir o sigilo, orientar sobre os riscos à saúde e tratar a queixa clínica apresentada.

A alternativa (a) está incorreta, porque o fato de o uso da droga ter afetado temporariamente o controle da asma não configura uma justificativa legal ou ética para a quebra de sigilo. A quebra de sigilo é uma medida de exceção, reservada para situações de risco grave e iminente, o que não se aplica a um episódio isolado de tosse após uso único de substância.

A alternativa (b) está incorreta por dois motivos: primeiro, o médico não possui a função de denunciar usuários de drogas às autoridades policiais ou ao Conselho Tutelar, o que configuraria uma violação grave do sigilo profissional. Segundo, o consumo de drogas, por si só, não é motivo para acionar o Conselho Tutelar, a menos que a criança ou o adolescente esteja em situação de abandono, risco social ou vulnerabilidade extrema que o médico não consiga manejar no âmbito da saúde.

A alternativa (d) está incorreta, porque o adolescente tem o direito garantido de ser

atendido sozinho e de ter sua autonomia respeitada. Condicionar o atendimento à presença dos pais para um jovem que possui discernimento é uma barreira ao acesso à saúde e infringe as diretrizes de atendimento a essa faixa etária, que estimulam a criação de um vínculo de confiança entre médico e paciente.

Em resumo, a conduta ética baseia-se em: acolher a adolescente, realizar o atendimento clínico, manter o sigilo solicitado e utilizar o momento para educação em saúde, fortalecendo a relação médico-paciente sem a necessidade de intervenção dos responsáveis neste cenário específico.

Questão 37

CÁLCULO DA DOSE E TOXICIDADE

Para definir a conduta correta, o primeiro passo é calcular a dose de paracetamol ingerida em relação ao peso da criança.

Dose total: 4 comprimidos x 750 mg = 3000 mg.

Peso da criança: 15 kg.

Cálculo: $3000 \text{ mg} / 15 \text{ kg} = 200 \text{ mg/kg}$.

Na pediatria, a ingestão de uma dose única de paracetamol acima de 150 mg/kg é considerada potencialmente tóxica. Como a paciente ingeriu 200 mg/kg, ela ultrapassou o limite de segurança e corre risco real de desenvolver hepatotoxicidade grave.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A lavagem gástrica é um método de descontaminação indicado preferencialmente na primeira hora após a ingestão. Como a criança chegou 4 horas após o evento, o esvaziamento gástrico já ocorreu e o medicamento já foi absorvido, tornando o procedimento ineficaz.

Alternativa (b) Incorreta: O carvão ativado tem maior utilidade quando administrado nas primeiras 1 a 2 horas. Embora alguns protocolos sugiram seu uso em até 4 horas para grandes ingestões, ele não é a conduta principal em um caso com dose comprovadamente tóxica e tempo de evolução avançado. A prioridade é a neutralização do metabólito já absorvido.

Alternativa (c) Correta: A N-acetilcisteína (NAC) é o antídoto específico para a intoxicação por paracetamol. Ela atua restaurando os níveis de glutathione no fígado, o que permite a neutralização do NAPQI, um metabólito altamente tóxico gerado pelo paracetamol. O tempo de 4 horas após a ingestão é o marco inicial para o uso do

Nomograma de Rumack-Matthew (ferramenta que correlaciona tempo e nível sérico para indicar o tratamento). Diante de uma ingestão confirmada de 200 mg/kg, o início imediato da acetilcisteína é a conduta mais segura e apropriada para prevenir a insuficiência hepática.

Alternativa (d) Incorreta: A alta hospitalar é perigosa. A intoxicação por paracetamol é traiçoeira, pois o paciente costuma permanecer assintomático ou com sintomas leves (náuseas e vômitos) nas primeiras 24 horas. A lesão hepática grave e o aumento das transaminases geralmente só se manifestam entre 24 e 72 horas após a ingestão.

Gabarito: Letra (c).

Questão 38

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve uma criança de 2 anos e 6 meses com sinais evidentes de choque séptico. A paciente apresenta uma provável fonte infecciosa pulmonar (febre, tosse, taquipneia e sopro tubário, sugerindo pneumonia) associada a sinais de má perfusão tecidual e instabilidade hemodinâmica: hipotensão (PA 78/44 mmHg), taquicardia (FC 170 bpm), tempo de enchimento capilar prolongado (4 segundos), pulsos filiformes, extremidades frias e alteração do nível de consciência (hiporresponsividade).

Abordagem Terapêutica:

Seguindo os protocolos de reanimação pediátrica (PALS) e da Surviving Sepsis Campaign, após a estabilização das vias aéreas e da oxigenação (já realizada com a máscara de oxigênio), a prioridade imediata em um paciente com choque descompensado (hipotensivo) é a restauração do volume intravascular para melhorar o débito cardíaco e a perfusão orgânica.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a antibioticoterapia precoce seja fundamental no tratamento da sepse e deva ser iniciada idealmente na primeira hora, ela não é a conduta imediata para um paciente em choque hipotensivo após a obtenção do acesso venoso. A prioridade zero no "C" (Circulação) é a expansão volêmica.

b) Incorreta. A paciente apresentou melhora do desconforto respiratório e da saturação com oxigênio suplementar por máscara. Não há indicação de ventilação não invasiva (VNI) no momento. Além disso, realizar sedação em um paciente com choque descompensado e hipotensão grave sem antes iniciar a ressuscitação

volêmica é extremamente perigoso, pois os sedativos podem causar colapso cardiovascular e parada cardiorrespiratória.

c) Incorreta. A punção torácica de alívio é o tratamento para o pneumotórax hipertensivo. O exame físico da paciente mostra murmúrio vesicular presente bilateralmente e sopro tubário (sinal de consolidação), o que afasta a suspeita de pneumotórax.

d) Correta. Esta é a conduta prioritária para o manejo do choque séptico hipotensivo. A administração de 20 mL/kg de cristalóide isotônico em 5 a 10 minutos visa restaurar o volume circulante, aumentar a pré-carga e, conseqüentemente, melhorar a pressão arterial e a perfusão tecidual. No choque séptico pediátrico, a ressuscitação volêmica agressiva e precoce é determinante para o prognóstico.

Questão 39

O quadro clínico descreve uma criança em vigência de uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada contínua, configurando uma emergência pediátrica que deve ser tratada como estado de mal epilético. O manejo inicial deve seguir a seqüência ABC (vias aéreas, respiração e circulação), que já foi iniciada no enunciado com a oferta de oxigênio e a obtenção de acesso venoso.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a febre seja o provável gatilho da crise (sugerindo uma crise convulsiva febril), a conduta prioritária diante de uma criança em atividade convulsiva franca é interromper a crise. O uso do antitérmico é uma medida de suporte importante, mas não deve retardar o uso de anticonvulsivantes. Aguardar a febre baixar para decidir sobre a abordagem da crise é um erro, pois a atividade convulsiva prolongada pode levar a lesões neuronais e complicações sistêmicas.

Alternativa (b) Correta: De acordo com os protocolos de suporte avançado de vida em pediatria (PALS) e consensos de neurologia, a primeira linha de tratamento farmacológico para interromper uma crise convulsiva em curso são os benzodiazepínicos. O Diazepam ou o Midazolam por via intravenosa são as drogas de escolha devido à sua ação rápida. A monitorização da via aérea e da ventilação é obrigatória, pois os benzodiazepínicos podem causar depressão respiratória.

Alternativa (c) Incorreta: A intubação orotraqueal não é o primeiro passo no manejo medicamentoso da convulsão. Ela está indicada apenas se houver falha na manutenção da patência das vias aéreas, oxigenação inadequada mesmo com máscara, ou se a crise evoluir para um estado de mal epilético refratário após o uso das medicações iniciais. Além disso, a afirmação de que não haveria necessidade de pré-medicação é tecnicamente inadequada para um paciente em atividade motora.

Alternativa (d) Incorreta: Exames de imagem e a punção lombar (para afastar meningite, dada a presença de febre) são etapas fundamentais da investigação etiológica, mas só devem ser realizados após o paciente estar estabilizado e com a crise controlada. No atendimento de emergência, a prioridade absoluta é a estabilização clínica (ABC) e a interrupção da atividade convulsiva. Realizar esses procedimentos antes de tratar a convulsão coloca a vida do paciente em risco imediato.

Questão 40

Texto Original:

O quadro clínico descreve uma parada cardiorrespiratória (PCR) em um paciente pediátrico, iniciada por uma causa respiratória (insuficiência respiratória aguda por crise de asma). Após 2 minutos de manobras de reanimação, a checagem de ritmo revela uma atividade elétrica organizada no monitor (bradicardia sinusal a 48 bpm, conforme a imagem), porém o enunciado confirma que o paciente permanece sem pulso palpável. Esta condição define o ritmo de atividade elétrica sem pulso (AESP).

Alternativa A: CORRETA. No manejo de ritmos não chocáveis (AESP e assistolia), segundo o protocolo PALS (Pediatric Advanced Life Support), a conduta imediata consiste na administração de adrenalina na dose de 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg da solução 1:10.000) por via intravenosa (IV) ou intraóssea (IO). A droga deve ser administrada o mais rápido possível, acompanhada do retorno imediato das compressões torácicas de alta qualidade.

Alternativa B: INCORRETA. O sulfato de magnésio é indicado em pediatria para o tratamento de crises asmáticas graves em pacientes com circulação espontânea ou, em casos de PCR, apenas se houver suspeita de Torsades de Pointes (taquicardia ventricular polimórfica). Não é uma droga do protocolo de AESP. Além disso, não se interrompe a RCP para infusões lentas durante uma parada.

Alternativa C: INCORRETA. A atropina não é mais recomendada rotineiramente no algoritmo de parada cardiorrespiratória (sem pulso). Ela é reservada para bradicardias sintomáticas (com pulso) que não respondem à oxigenação/ventilação e à adrenalina, especialmente se houver suspeita de aumento do tônus vagal ou bloqueio atrioventricular total.

Alternativa D: INCORRETA. A desfibrilação está indicada exclusivamente para ritmos chocáveis: fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). O ritmo apresentado na imagem é organizado (bradicardia), o que contraindica o choque. Além disso, a sedação é contraindicada em pacientes em PCR, que já se

encontram em estado de inconsciência profunda.

Associação com a imagem: O monitor cardíaco exibe um traçado eletrocardiográfico com ondas P seguidas de complexos QRS, caracterizando um ritmo sinusal, porém com frequência cardíaca baixa (48 bpm). A dissociação entre esse ritmo visualizado e a ausência de pulso detectada no exame físico fecha o diagnóstico de AESP, exigindo o uso imediato de adrenalina e RCP contínua.

Questão 41

Análise do caso clínico:

O caso descreve um lactente de 2 meses com bronquiolite viral aguda por VSR que apresenta sinais de extrema gravidade. Os achados de letargia e hipoatividade, associados ao esforço respiratório intenso (tiragem subcostal, balanço de cabeça e gemência) e frequência respiratória muito elevada (76 irpm), indicam exaustão muscular e iminência de insuficiência respiratória. A ocorrência de pausas respiratórias (apneias) de 10 a 15 segundos, mesmo em uso de cateter nasal de alto fluxo (CNAF) com FiO₂ de 60%, confirma que o suporte atual é insuficiente e que a paciente está falhando em manter a estabilidade ventilatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cafeína é utilizada para o tratamento da apneia da prematuridade, condição que acomete recém-nascidos prematuros tipicamente nas primeiras semanas de vida (geralmente até a idade gestacional corrigida de 34 a 37 semanas). No caso, a paciente tem 2 meses de idade cronológica e a apneia é uma complicação aguda da bronquiolite grave, causada ou pelo efeito do vírus no centro respiratório ou pela exaustão muscular profunda. O tratamento deve ser o suporte ventilatório, não o estimulante central.

Alternativa b) Incorreta. A inalação com epinefrina é indicada para obstruções de via aérea superior, como a laringite (crupe), onde se observa estridor inspiratório. O quadro descrito é de via aérea inferior (sibilos e sinais de bronquiolite). Além disso, o uso de corticoides sistêmicos não é recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da bronquiolite viral aguda, e não teria efeito imediato sobre as apneias.

Alternativa c) Incorreta. Embora a sepse possa cursar com apneia e instabilidade, o quadro clínico é soberano para bronquiolite viral (VSR positivo e sinais respiratórios obstrutivos). A conduta imediata mais indicada deve focar na falência respiratória aguda. O uso de antibióticos não resolve a necessidade urgente de suporte

ventilatório e não deve ser a prioridade frente a uma paciente letárgica e com apneias.

Alternativa d) Correta. A paciente apresenta sinais clássicos de falha ao cateter nasal de alto fluxo: persistência de esforço respiratório grave, queda de saturação, letargia e, principalmente, apneias recorrentes. Nestes casos, o escalonamento do suporte ventilatório é obrigatório para evitar a parada respiratória. A ventilação não invasiva (VNI) pode ser tentada, mas a presença de letargia e hipoatividade muitas vezes contraindica a VNI pelo risco de não proteção de via aérea, tornando a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva o caminho mais seguro.

Conclusão: Em lactentes com bronquiolite viral aguda, a apneia é um sinal de alerta crítico. Diante da falha do cateter de alto fluxo e sinais de exaustão, a conduta imediata é o suporte ventilatório avançado.

Questão 42

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de pneumonia lobar em melhora clínica e laboratorial (afebril, queda da PCR e melhora radiológica). No entanto, desenvolve sintomas neurológicos (letargia, cefaleia e vômitos) associados a uma hiponatremia importante ($\text{Na}^+ = 121 \text{ mEq/L}$). O exame físico indica que o paciente está euvolêmico (pulsos cheios, mucosas úmidas, sem sinais de desidratação) e o sódio urinário está elevado (42 mEq/L).

Esse conjunto de achados – hiponatremia hipotônica, euvolemia clínica, sódio urinário elevado e a presença de uma patologia pulmonar como fator desencadeante – é clássico da Síndrome de Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH).

Explicação das Alternativas:

Alternativa A (Correta): A base do tratamento da SIADH é a restrição hídrica, uma vez que há um excesso de água livre no organismo devido à ação excessiva do ADH. Em casos de hiponatremia sintomática, o sódio deve ser corrigido, mas de forma muito cautelosa. A elevação não deve ultrapassar 8 a 10 mEq/L em 24 horas para evitar a Síndrome de Desmielinização Osmótica (mielinólise pontina), uma complicação grave e irreversível decorrente da correção rápida do sódio.

Alternativa B (Incorreta): A expansão com soro fisiológico ($\text{NaCl } 0,9\%$) está indicada para pacientes com hiponatremia hipovolêmica (desidratados). No paciente com SIADH (euvolêmico), a administração de soro isotônico pode inclusive piorar a hiponatremia, pois o sódio é excretado na urina enquanto a água é retida pelo ADH

inapropriado.

Alternativa C (Incorreta): O uso de diuréticos de alça pode ser uma estratégia em casos específicos de SIADH, mas a oferta hídrica de 100 mL/kg (volume de manutenção total) é o oposto da conduta recomendada. O tratamento requer restrição hídrica (geralmente calculada entre 1/2 e 2/3 da manutenção basal).

Alternativa D (Incorreta): Não há indicação para troca de antibiótico, pois os parâmetros de infecção estão melhorando. Quanto à solução salina hipertônica (NaCl 3%), ela é reservada para casos de hiponatremia grave com sintomas neurológicos agudos (como convulsões), mas a dose de 20 mL/kg sugerida na alternativa está incorreta e é extremamente perigosa. A dose usual de NaCl 3% em emergências é de 3 a 5 mL/kg, visando elevar o sódio em apenas 2-3 mEq/L rapidamente para cessar sintomas graves, seguida de correção lenta. 20 mL/kg causaria um aumento abrupto do sódio, levando ao risco de desmielinização.

Questão 43

O caso clínico apresenta um adolescente com Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) em uso de cateter central de inserção periférica (PICC), que evolui com sinais clássicos de Trombose Venosa Profunda (TVP) no membro superior (dor, edema e assimetria), confirmada por Doppler das veias axilar e subclávia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A retirada imediata do cateter sem o início prévio de anticoagulação é contraindicada em casos de trombose venosa profunda estabelecida. A manipulação ou remoção do dispositivo na presença de um trombo fresco, sem a proteção da anticoagulação, aumenta significativamente o risco de embolia pulmonar e progressão do trombo. Além disso, a simples retirada não trata o fenômeno trombótico já instalado.

Alternativa b) Correta. O tratamento padrão para trombose relacionada ao cateter em pacientes pediátricos e oncológicos envolve a anticoagulação sistêmica. A heparina de baixo peso molecular (como a enoxaparina) é a droga de escolha devido à sua previsibilidade e segurança. As diretrizes recomendam que, se a remoção do cateter for necessária (por estar mal posicionado, ser desnecessário ou haver persistência dos sintomas), ela deve ocorrer após um período inicial de anticoagulação (geralmente de 3 a 5 dias) para estabilizar o trombo e reduzir o risco de embolia durante a retirada.

Alternativa c) Incorreta. O uso de trombolíticos (como o r-tPA) no lúmen do cateter é

indicado para a desobstrução de cateteres ocluídos por fibrina (quando o cateter não aspira ou não infunde), e não para o tratamento de uma trombose venosa profunda sistêmica (nas veias axilar e subclávia). A trombólise sistêmica ou regional para TVP é reservada apenas para casos graves de isquemia do membro (phlegmasia cerulea dolens), o que não é o caso do paciente.

Alternativa d) Incorreta. Embora o paciente apresente um leve eritema, a ausência de febre, a proteína C reativa (PCR) normal e a pró-calcitonina muito baixa descartam, no momento, um quadro infeccioso bacteriano ou sepse relacionada ao cateter. O quadro é puramente mecânico/trombótico; portanto, a antibioticoterapia com vancomicina não é a conduta inicial adequada.

Conclusão: O manejo principal da trombose venosa profunda associada ao cateter é a anticoagulação plena, com a remoção programada do dispositivo após a estabilização do quadro com heparina.

Questão 44

COMENTÁRIO TÉCNICO E DIDÁTICO

Esta questão aborda um tema central na prática médica contemporânea e na Segurança do Paciente: a gestão de incidentes e a comunicação de erros (também conhecida como *Open Disclosure*). No cenário descrito, ocorreu um erro de prescrição ou preparo de solução parenteral que chegou a ser administrada ao paciente, caracterizando um incidente que, embora não tenha gerado dano clínico (o sódio permaneceu normal), representa uma falha no processo assistencial.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Ocultar a verdade ou usar justificativas genéricas (dizer que é um "protocolo de rotina") viola os princípios éticos da profissão. O Código de Ética Médica estabelece que o médico deve informar o paciente ou seus representantes legais sobre riscos, intercorrências e a natureza dos procedimentos realizados. Omitir um erro é uma forma de quebra de confiança e de falta de probidade.

Alternativa (b) Incorreta: A transparência na relação médico-paciente não deve ser reativa, mas sim proativa. O fato de a mãe não ter questionado ativamente não desobriga a equipe de relatar o ocorrido. O dever de informar é um pilar da autonomia e do respeito ao paciente e seus responsáveis, independentemente de eles possuírem ou não conhecimento técnico para identificar a falha por conta própria.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete as diretrizes modernas de segurança do paciente e bioética. O erro deve ser documentado obrigatoriamente no prontuário, que é o registro legal da assistência. A comunicação com a família deve ser feita de forma clara, honesta e empática, explicando que houve uma falha, as medidas tomadas para garantir a segurança da criança (coleta de exames e correção do soro) e, crucialmente, o que a instituição fará para que isso não se repita. Essa postura reduz o risco de litígios e fortalece o vínculo de confiança.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o registro no prontuário esteja correto nesta alternativa, a afirmação de que não há necessidade de diálogo com a família está errada. Mesmo que o evento não tenha causado dano físico imediato, ele atingiu o paciente (incidente sem dano). A falta de comunicação configura uma falha ética e profissional, pois priva a família da informação real sobre o estado e o tratamento do menor.

Resumo para fixação:

Sempre que um erro atinge o paciente (com ou sem dano), a conduta adequada envolve três pilares:

1. Assistência imediata ao paciente para mitigar riscos.
2. Registro detalhado do fato e das condutas no prontuário.
3. Comunicação transparente e empática (*Disclosure*) com o paciente e/ou responsáveis.

Questão 45

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

Estamos diante de um recém-nascido de 15 dias de vida com sinais claros de sepse neonatal tardia ou choque séptico (febre, letargia, recusa alimentar, taquicardia, taquipneia e perfusão periférica lentificada). O hemograma mostra leucocitose com desvio à esquerda e plaquetopenia. Um achado fundamental para o diagnóstico são as vesículas em região periocular e mucosa oral, além da alteração de transaminases hepáticas (AST e ALT elevadas), o que aponta fortemente para uma infecção pelo vírus Herpes Simples (HSV) em sua forma disseminada ou com acometimento do sistema nervoso central.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta em um neonato com sinais de sepse deve ser imediata e agressiva. A cobertura antibiótica deve abranger os principais patógenos do período neonatal (*Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* e *Listeria monocytogenes*). A combinação de Ampicilina com Cefotaxima (ou um aminoglicosídeo) é o padrão-ouro. No entanto,

a presença de vesículas cutâneas e o comprometimento sistêmico/hepático tornam obrigatória a inclusão do Aciclovir endovenoso para tratar a possível infecção por Herpes Simples, que apresenta alta mortalidade se não tratada precocemente. Portanto, a tríplice terapia (Ampicilina + Cefotaxima + Aciclovir) é a conduta mais completa e adequada.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Incorreta. O paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica e sepse. Jamais se deve apenas observar um recém-nascido febril com letargia e má perfusão. O risco de morte ou sequelas graves é altíssimo sem intervenção imediata.

Alternativa B: Incorreta. A Oxacilina e a Amicacina são geralmente reservadas para casos de suspeita de infecção por *Staphylococcus aureus* ou germes hospitalares específicos. Além disso, essa alternativa ignora a suspeita de Herpes Simples (ausência de Aciclovir) e não cobre adequadamente a *Listeria monocytogenes*, que é sensível à Ampicilina.

Alternativa C: Incorreta. Embora a combinação de Ampicilina e Cefotaxima trate as principais causas bacterianas de sepse neonatal, ela é insuficiente para este caso específico. A presença de vesículas perioculares é um sinal patognomônico que exige a inclusão do Aciclovir no esquema empírico inicial.

RESUMO DA CONDUTA

A abordagem do recém-nascido grave exige:

1. Estabilização hemodinâmica (expansão volêmica, como já iniciado).
2. Coleta de culturas (sangue, urina e líquido).
3. Início imediato de antibioticoterapia e antiviral de amplo espectro para cobrir os agentes mais prováveis e os sugeridos pelo exame físico. A escolha de Cefotaxima em vez de Ceftriaxona é preferível em neonatos para evitar o risco de kernicterus (deslocamento da bilirrubina da albumina).

Questão 46

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Estamos diante de um recém-nascido (RN) a termo, com 12 dias de vida, apresentando icterícia tardia com predomínio de bilirrubina indireta (BI: 13,2 mg/dL). O estado geral do lactente é excelente: apresenta ganho de peso adequado (superou o peso de nascimento), boa aceitação do seio materno, diurese e evacuações normais. Os exames descartam hemólise (Coombs direto negativo e reticulócitos

normais) e hipotireoidismo congênito (TSH normal).

O diagnóstico mais provável é a Icterícia do Leite Materno. Ela ocorre tipicamente após a primeira semana de vida, em bebês saudáveis e com aleitamento materno bem estabelecido. A causa exata é incerta, mas acredita-se que substâncias no leite materno aumentem a circulação entero-hepática da bilirrubina. Diferencia-se da Icterícia do Aleitamento Materno (que ocorre na primeira semana por baixa ingestão calórica) porque, neste caso, o bebê está ganhando peso e mamando bem.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta na icterícia do leite materno é expectante. Com um nível de bilirrubina total de 13,8 mg/dL em um RN a termo com 12 dias, não há indicação de tratamento invasivo. Segundo as curvas de referência (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria), o nível para fototerapia nessa idade e em bebês sem fatores de risco é significativamente mais alto (geralmente acima de 20 mg/dL). Portanto, deve-se manter o aleitamento materno exclusivo e realizar apenas o acompanhamento clínico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Internar para fototerapia devido à persistência da icterícia.

Incorreta. A indicação de fototerapia baseia-se no nível de bilirrubina total em relação à idade cronológica e presença de fatores de risco. Para um RN de 12 dias, saudável, o valor de 13,8 mg/dL é considerado seguro e não atinge o limiar para tratamento.

Alternativa b) Solicitar ultrassonografia de abdome para programação cirúrgica.

Incorreta. A investigação de causas cirúrgicas (como atresia de vias biliares) estaria indicada se houvesse colestase, caracterizada pelo aumento da bilirrubina direta (geralmente $> 1,0$ mg/dL ou $> 20\%$ da bilirrubina total). No caso, a bilirrubina direta é normal (0,6 mg/dL).

Alternativa d) Suspender o aleitamento por 48 horas e oferecer fórmula infantil.

Incorreta. Antigamente, utilizava-se a suspensão do leite materno como teste diagnóstico, pois os níveis de bilirrubina caem rapidamente. No entanto, essa prática caiu em desuso porque interfere no sucesso da amamentação e é desnecessária em níveis de bilirrubina moderados como o apresentado. O benefício do leite materno supera amplamente o risco de uma icterícia benigna e autolimitada.

Questão 47

Análise do Caso Clínico:

Estamos diante de um recém-nascido de termo, com dois dias de vida, que apresenta cianose central persistente e refratária à oferta de oxigênio. O ponto-chave da questão é o resultado da gasometria após o teste de hiperóxia (oferta de O₂ a 100% por 10 minutos): a pO₂ de 44 mmHg (valor de referência maior que 60 mmHg, mas em neonatos saudáveis espera-se que ultrapasse 150-250 mmHg sob O₂ a 100%) caracteriza um teste de hiperóxia negativo. Isso indica que a hipoxemia não é de origem pulmonar, mas sim decorrente de um shunt direita-esquerda anatômico, típico das cardiopatias congênitas cianóticas. Outro detalhe importante é a ausência de desconforto respiratório importante e a radiografia de tórax normal, o que afasta doenças do parênquima pulmonar.

Alternativa A: Correta. A apresentação clínica (cianose em recém-nascido de termo sem angústia respiratória importante) e o teste de hiperóxia negativo são patognomônicos de cardiopatia congênita cianótica. O aparecimento dos sintomas aos dois dias de vida coincide com o fechamento fisiológico do canal arterial. Em muitas dessas cardiopatias, a sobrevivência depende da patência desse canal (cardiopatias ducto-dependentes). Portanto, a conduta inicial imediata é a infusão de prostaglandina E₁ (Alprostadil) para reabrir ou manter o canal arterial aberto, garantindo a oxigenação sistêmica ou o fluxo pulmonar até a definição cirúrgica.

Alternativa B: Incorreta. A persistência da circulação fetal (hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido) costuma apresentar uma diferença significativa entre a saturação pré-ductal (mão direita) e pós-ductal (membros inferiores), geralmente superior a 5% a 10%. Na questão, a diferença é mínima (83% vs 80%). Além disso, a hipertensão pulmonar costuma estar associada a fatores de risco como asfixia, aspiração de mecônio ou sepse, o que não é o caso deste paciente de termo com Apgar 9/9.

Alternativa C: Incorreta. A síndrome do desconforto respiratório (doença da membrana hialina) é uma patologia clássica do prematuro por deficiência de surfactante. O paciente em questão é de termo (38 semanas). Além disso, a radiografia mostraria campos pulmonares mal expandidos com padrão reticulogranular fino (vidro fosco), e não campos bem expandidos como descrito.

Alternativa D: Incorreta. A taquipneia transitória do recém-nascido é uma condição benigna, geralmente associada a partos cesáreos sem trabalho de parto, causada por retardo na reabsorção do líquido pulmonar. Ela cursa com desconforto respiratório leve a moderado que melhora rapidamente com baixas frações de oxigênio. A pO₂ de 44 mmHg sob oxigênio a 100% descarta essa hipótese, pois indica uma hipoxemia

grave e refratária.

Questão 48

Análise do caso clínico:

Estamos diante de um recém-nascido a termo (38 semanas) que apresenta apneia e hipoatividade ao nascimento. Após os passos iniciais (aquecer, secar e estimular), foi iniciada a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com ar ambiente (FiO₂ 21%), conforme preconizado pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para bebês com mais de 34 semanas.

Após 30 segundos de VPP, o paciente mantém frequência cardíaca (FC) de 80 bpm. É importante notar que o enunciado afirma que a máscara está bem posicionada e o tórax expande adequadamente, o que indica que a técnica de ventilação é eficaz.

Por que a alternativa (b) está correta?

Segundo o fluxograma de reanimação neonatal da SBP (atualização de 2022), quando a FC permanece abaixo de 100 bpm após 30 segundos de VPP técnica e efetiva (com expansão torácica), o próximo passo é aumentar a concentração de oxigênio para 60% a 100% e continuar a ventilação. Somente se a FC cair abaixo de 60 bpm após uma ventilação adequada com oxigênio suplementar é que outras medidas, como massagem cardíaca, seriam consideradas. Portanto, o ajuste da fração inspirada de oxigênio (FiO₂) é a conduta imediata indicada.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa a) Manter a ventilação com ar ambiente por mais 30 segundos não é a conduta ideal, pois a FC não atingiu o valor de segurança (acima de 100 bpm). A persistência da bradicardia (80 bpm) após o ciclo inicial de 30 segundos exige a otimização da oferta de oxigênio para tentar estabilizar o ritmo cardíaco antes que o quadro evolua.

Alternativa c) As compressões torácicas só devem ser iniciadas se a FC estiver abaixo de 60 bpm após a realização de 30 segundos de VPP eficaz com oxigênio suplementar (FiO₂ de 60-100%), preferencialmente com o paciente já intubado. Como a FC do bebê é de 80 bpm e ele ainda não recebeu oxigênio suplementar, iniciar a massagem agora seria precoce e fora do protocolo.

Alternativa d) A adrenalina é uma droga de uso tardio na reanimação. Ela é indicada apenas quando a FC permanece abaixo de 60 bpm após a realização de ventilação

adequada com oxigênio a 100% associada a compressões torácicas coordenadas (técnica 3:1) por pelo menos 60 segundos. O paciente do caso ainda está em uma fase muito inicial da reanimação para o uso de medicações.

Questão 49

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de vaginose bacteriana. Os pontos-chave para o diagnóstico são: corrimento com odor fétido (descrito frequentemente como cheiro de peixe podre) que se acentua após o coito vaginal e durante o período menstrual. Esse fenômeno ocorre porque o sêmen e o sangue menstrual possuem pH alcalino, o que favorece a volatilização de aminas (como a putrescina e a cadaverina) produzidas por bactérias anaeróbias. Além disso, a ausência de sinais inflamatórios, como prurido ou dor, reforça o diagnóstico de vaginose em vez de vaginite.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) *Trichomonas vaginalis*: Incorreta. A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que causa uma vaginite inflamatória. O corrimento costuma ser abundante, amarelo-esverdeado, bolhoso e acompanhado de sintomas como prurido, disúria e dispareunia. Ao exame físico, é comum observar o colo com aspecto de framboesa (colpite focal).

Alternativa b) *Gardnerella vaginalis*: Correta. É o principal agente etiológico associado à vaginose bacteriana. A condição não é considerada uma IST, mas sim um desequilíbrio da flora vaginal (disbiose), em que há redução dos lactobacilos (que mantêm o pH ácido) e um supercrescimento de bactérias anaeróbias, sendo a *Gardnerella* a mais prevalente. O quadro clínico descrito de odor fétido que piora com substâncias alcalinas é patognomônico dessa condição.

Alternativa c) *Chlamydia trachomatis*: Incorreta. A clamídia é causa comum de cervicite (inflamação do colo do útero) e não de vaginose. Pode causar corrimento mucopurulento endocervical, dor pélvica ou ser assintomática, mas não se manifesta tipicamente com o odor fétido característico relatado no caso.

Alternativa d) *Candida albicans*: Incorreta. A candidíase vulvovaginal manifesta-se com intenso prurido, ardor vaginal e corrimento branco, grumoso (aspecto de leite coalhado), sem odor fétido. A questão afirma explicitamente que a paciente não tem prurido e que o tratamento prévio com fluconazol (antifúngico de escolha para *Candida*) não teve sucesso, o que exclui essa hipótese.

Questão 50

A questão apresenta o caso de uma adolescente de 17 anos com sinais claros de hiperandrogenismo clínico (acne, hirsutismo e alopecia) e irregularidade menstrual (oligomenorreia, com apenas sete ciclos no ano). A análise das alternativas revela:

a) Correta. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é a causa mais comum de hiperandrogenismo e irregularidade menstrual em mulheres jovens. No caso da paciente, o diagnóstico é sugerido pela presença de sinais clínicos de excesso de androgênios associados a ciclos anovulatórios. Embora o diagnóstico em adolescentes exija critérios rigorosos para não ser confundido com a imaturidade fisiológica do eixo hormonal, a combinação de hirsutismo e acne persistente com a irregularidade menstrual torna esta a hipótese mais provável.

b) Incorreta. O hiperaldosteronismo primário é uma condição caracterizada pela produção excessiva de aldosterona pela glândula suprarrenal, o que leva tipicamente a um quadro de hipertensão arterial sistêmica e hipocalemia (baixo nível de potássio no sangue). Não há associação direta com sinais de virilização ou distúrbios menstruais de origem androgênica.

c) Incorreta. O hipogonadismo hipogonadotrófico decorre de uma falha na secreção de GnRH ou de gonadotrofinas (FSH e LH). Isso resulta em baixos níveis de estrogênio, levando a quadros de amenorreia primária ou secundária e atraso no desenvolvimento puberal, e não a um quadro de excesso de androgênios como o descrito.

d) Incorreta. É verdade que, nos dois primeiros anos após a menarca, a irregularidade menstrual pode ser considerada fisiológica devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. No entanto, a presença de sinais marcantes de hiperandrogenismo clínico, como hirsutismo e queda de cabelo, não faz parte da evolução normal da puberdade e indica uma patologia endócrina subjacente, sendo a SOP a principal delas.

Questão 51

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal caracterizado por menorragia (aumento da intensidade e duração do fluxo), associado à infertilidade e sensação de peso pélvico. Fatores epidemiológicos como a etnia negra e a idade são marcadores de risco importantes para o diagnóstico principal.

Alternativa (a) Incorreta: A adenomiose é um diagnóstico diferencial importante, pois também causa aumento do fluxo menstrual e do volume uterino. Entretanto, sua

manifestação clínica clássica costuma incluir dismenorrea (dor menstrual) progressiva e intensa, além de um útero que pode estar doloroso ao toque. No caso descrito, a queixa principal foca no volume e na pressão, sem menção a dor severa.

Alternativa (b) Incorreta: A endometriose tem como pilares clínicos a dor pélvica crônica, dismenorrea intensa e dispareunia de profundidade (dor na relação sexual). Embora seja uma causa frequente de infertilidade, a endometriose isolada não costuma cursar com aumento do fluxo menstrual ou sensação de peso abdominal por aumento uterino volumétrico. A paciente ainda negou explicitamente a dispareunia.

Alternativa (c) Correta: A miomatose uterina é o diagnóstico mais provável. Trata-se da neoplasia benigna mais comum do sistema reprodutor feminino, sendo duas a três vezes mais prevalente em mulheres de etnia negra. O quadro clínico é típico: sangramento uterino anormal (menorragia) devido ao aumento da superfície endometrial ou distorção vascular, sensação de peso no baixo ventre decorrente do crescimento dos miomas e aumento do volume uterino, além de infertilidade, que pode ocorrer por deformidade da cavidade uterina (miomas submucosos ou intramurais) ou compressão de orifícios tubários.

Alternativa (d) Incorreta: Os pólipos endometriais são causas comuns de sangramento uterino anormal, frequentemente se manifestando como sangramento intermenstrual ou "spotting". Embora possam causar infertilidade, raramente provocam sensação de peso no baixo ventre, pois não costumam levar a um aumento significativo do volume uterino como observado na miomatose.

Conclusão: A combinação de etnia negra, menorragia progressiva, infertilidade e sintomas compressivos (peso no ventre) aponta diretamente para o diagnóstico de miomatose uterina.

Questão 52

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente de 47 anos com Desejo Sexual Hipoativo (DSH) persistente, apesar de estar em Terapia de Reposição Hormonal (TRH) adequada para os sintomas climatéricos. O objetivo é identificar a conduta mais eficaz para a queixa sexual.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O anlodipino é um bloqueador dos canais de cálcio e, habitualmente, não possui um impacto negativo significativo na função sexual feminina, ao contrário

de outras classes, como os betabloqueadores. Embora os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) possam ter um efeito neutro ou discretamente positivo na função sexual, a troca do anti-hipertensivo não é a abordagem de primeira linha ou a mais eficaz para tratar um quadro de Desejo Sexual Hipoativo no climatério.

b) Incorreta. Mudar para a via oral seria contraproducente. O estrogênio por via oral realiza a primeira passagem hepática, o que estimula a produção da Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais (SHBG). O aumento da SHBG reduz a fração livre da testosterona circulante (biodisponível), o que pode agravar a queixa de redução da libido. A via transdérmica, que a paciente já utiliza, é preferível por interferir menos nos níveis de SHBG.

c) Correta. De acordo com os principais consensos internacionais e nacionais (como o Consenso Global de Uso de Testosterona em Mulheres), a adição de testosterona em doses fisiológicas está indicada para o tratamento do Desejo Sexual Hipoativo em mulheres na pós-menopausa, desde que as outras causas (como atrofia geniturinária ou doses inadequadas de estrogênio) tenham sido tratadas ou descartadas. A manutenção da terapia estroprogestativa é essencial, pois a testosterona exerce seu efeito de forma otimizada em um ambiente estrogenizado. A via transdérmica é a recomendada para evitar picos suprafisiológicos e minimizar efeitos colaterais.

d) Incorreta. Não se deve suspender a reposição estroprogestativa. Primeiro, porque a paciente já obteve melhora dos sintomas climatéricos com essa terapia, e a suspensão causaria o retorno das ondas de calor e de outros desconfortos. Segundo, porque a testosterona isolada não é o tratamento de escolha para o climatério, e sua eficácia no desejo sexual é potencializada pela presença do estrogênio.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 53

A questão aborda os Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARCs), que incluem os dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e DIU de levonorgestrel) e o implante subdérmico de etonogestrel.

Alternativa A: Incorreta. Os LARCs são métodos não combinados. O DIU de cobre não possui hormônios, enquanto o DIU de levonorgestrel e o implante subdérmico contêm apenas progestagênio. Nenhum dos métodos LARC utiliza estrogênio em sua composição.

Alternativa B: Incorreta. Embora o injetável trimestral tenha uma duração maior que

a pílula diária, ele não é classificado como um LARC. Os LARCs possuem duração de ação que varia de 3 a 10 anos. Além disso, o injetável trimestral exige uma nova aplicação a cada 90 dias, o que depende da disciplina da paciente, ao contrário dos LARCs, que, após inseridos, independem da ação da usuária por anos.

Alternativa C: Incorreta. Os LARCs são considerados excelentes opções para adolescentes e mulheres jovens. Antigamente, existia o mito de que mulheres que nunca tiveram filhos (nulíparas) não poderiam usar DIU, mas as evidências atuais mostram que o uso é seguro e eficaz. Como a taxa de falha dos métodos tradicionais (pílula, camisinha, injetáveis) é maior em adolescentes, devido ao uso inconsistente ou ao esquecimento, os LARCs tornam-se a melhor escolha técnica.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete a recomendação atual das principais sociedades de ginecologia e pediatria no mundo (como FEBRASGO, ACOG e AAP). Os LARCs devem ser incentivados e oferecidos como primeira linha para adolescentes, pois apresentam eficácia altíssima (equivalente à esterilização cirúrgica) e são totalmente reversíveis. O fato de serem métodos "instale e esqueça" remove o erro humano do processo, reduzindo significativamente as taxas de gravidez não planejada na adolescência.

Questão 54

TEMA: Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e Abscesso Tubo-Ovariano (ATO).

O abscesso tubo-ovariano é uma das complicações mais graves da Doença Inflamatória Pélvica (DIP/MIPA). Na maioria dos casos, o tratamento inicial é conservador, realizado em ambiente hospitalar com antibioticoterapia de amplo espectro por via venosa. Contudo, certas condições tornam a abordagem cirúrgica imediata imprescindível.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o tamanho do abscesso seja um fator prognóstico importante (abscessos maiores que 7 a 9 cm apresentam maior chance de falha no tratamento clínico), o diâmetro de 5,0 cm não é, por si só, um critério de obrigatoriedade cirúrgica. Muitos abscessos desse tamanho podem ser resolvidos apenas com antibióticos.

Alternativa b) Correta. A ruptura do abscesso tubo-ovariano é uma emergência médica e cirúrgica absoluta. Quando o abscesso rompe, ocorre a disseminação de material purulento e microrganismos para a cavidade peritoneal, levando à peritonite generalizada e rápida evolução para o choque séptico. Nesses casos, a cirurgia

imediate é obrigatória para a limpeza da cavidade e controle da infecção.

Alternativa c) Incorreta. A *Chlamydia trachomatis* é um dos principais agentes etiológicos da DIP. No entanto, sua identificação não é indicação de cirurgia. O tratamento para esse microrganismo é feito com antibióticos específicos (como a doxiciclina), independentemente da presença de abscesso.

Alternativa d) Incorreta. O tempo preconizado pela literatura para avaliar a resposta ao tratamento clínico (antibioticoterapia intravenosa) é de 48 a 72 horas. Se após esse período não houver melhora dos sintomas, redução da febre ou dos marcadores inflamatórios, a intervenção (cirúrgica ou drenagem guiada por imagem) deve ser considerada. O intervalo de 12 horas é considerado curto demais para determinar o insucesso terapêutico.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 55

Esta questão aborda os fatores de risco para as disfunções do assoalho pélvico, especificamente a incontinência urinária e o prolapso de órgãos pélvicos (POP).

Alternativa a: Está correta. A síndrome de Marfan é uma doença genética que afeta o tecido conjuntivo, resultando em alterações na síntese de fibrilina e colágeno. Como a sustentação dos órgãos pélvicos e o mecanismo de continência dependem diretamente da integridade de fâscias e ligamentos, pacientes com síndromes hereditárias do tecido conjuntivo (como Marfan e Ehlers-Danlos) possuem uma fragilidade intrínseca nessas estruturas, facilitando a ocorrência de prolapso e perda urinária.

Alternativa b: Está incorreta. O índice de massa corpórea (IMC) baixo não é fator de risco para essas condições. O fator de risco estabelecido é a obesidade (IMC elevado), pois o excesso de gordura corporal aumenta a pressão intra-abdominal de forma crônica, sobrecarregando a musculatura e os ligamentos do assoalho pélvico.

Alternativa c: Está incorreta. O grande fator de risco obstétrico é o parto vaginal, especialmente se houver período expulsivo prolongado ou uso de fórceps, devido ao trauma direto e estiramento de nervos e músculos pélvicos. O parto cesáreo é classicamente considerado um fator protetor para o assoalho pélvico quando comparado ao parto por via vaginal.

Alternativa d: Está incorreta. Estudos epidemiológicos demonstram que mulheres da cor preta possuem menor prevalência de prolapso de órgãos pélvicos em relação a

mulheres brancas e hispânicas. Acredita-se que diferenças na resistência do tecido conjuntivo e na anatomia da pelve óssea contribuam para essa proteção relativa na população preta.

Questão 56

ESTUDO DO CASO:

A questão descreve uma paciente de 53 anos com um achado ultrassonográfico de nódulo mamário com características de alta suspeição. Para definir o BI-RADS e a conduta, devemos analisar os descritores morfológicos fornecidos:

1. Maior eixo perpendicular à pele (orientação não paralela ou "mais alto do que largo"): Este é um dos sinais ultrassonográficos mais sugestivos de malignidade, indicando que a lesão cresce cruzando os planos teciduais, em vez de seguir a arquitetura normal da mama.
2. Limites irregulares: Margens não circunscritas sugerem infiltração do tecido adjacente por um processo neoplásico.
3. Sem reforço acústico posterior: A ausência de reforço ou a presença de sombra acústica em um nódulo sólido reforça a necessidade de investigação.

Embora a mamografia tenha mostrado uma calcificação grosseira (que isoladamente costuma ser um achado benigno, BI-RADS 2), o achado ultrassonográfico é soberano para a classificação final neste caso, pois as características do nódulo são suspeitas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A classificação BI-RADS 1 é atribuída a exames negativos, ou seja, quando não há absolutamente nenhum achado (mamas simétricas, sem massas, distorções ou calcificações suspeitas). A presença de um nódulo de 1,5 cm com margens irregulares torna essa classificação impossível.

Alternativa b) Incorreta. O BI-RADS 2 é utilizado para achados certamente benignos, como cistos simples, linfonodos intramamários típicos ou calcificações vasculares. Um nódulo com eixo vertical e limites irregulares possui risco de malignidade, não podendo ser classificado como benigno apenas pela presença de uma calcificação grosseira associada.

Alternativa c) Incorreta. O BI-RADS 3 é destinado a achados provavelmente benignos (risco de malignidade inferior a 2%), como nódulos sólidos, ovais, circunscritos e com orientação paralela à pele. A irregularidade das margens e o crescimento perpendicular à pele são critérios de exclusão para a categoria 3 e exigem conduta

imediate, não apenas seguimento semestral.

Alternativa d) Correta. A presença de ao menos uma característica suspeita ao ultrassom (neste caso, duas: limites irregulares e orientação perpendicular) justifica a classificação BI-RADS 4. Esta categoria engloba lesões com suspeita de malignidade (risco entre 2% e 95%), e a conduta preconizada é a confirmação histopatológica. A punção ou biópsia dirigida por ultrassom é o método de escolha por ser o exame que melhor identifica a lesão em questão.

Questão 57

A classificação atual das placentas de inserção anômala baseia-se na distância entre o bordo inferior da placenta e o orifício interno do colo (OIC) uterino, medida preferencialmente pela ultrassonografia transvaginal. Essa padronização visa simplificar a terminologia e orientar a conduta obstétrica.

De acordo com os consensos modernos (como os da FIGO e sociedades de ultrassonografia), as definições são:

1. Placenta prévia: a placenta recobre o orifício interno do colo uterino.
2. Placenta baixa: o bordo placentário localiza-se a uma distância menor que 2,0 cm (20 mm) do orifício interno do colo, mas sem recobri-lo.
3. Inserção normal: o bordo placentário encontra-se a 2,0 cm ou mais de distância do orifício interno do colo.

No caso clínico descrito, a gestante apresenta o bordo inferior da placenta a 3,2 cm do orifício interno. Como esse valor é superior ao ponto de corte de 2,0 cm, a placenta é classificada como de inserção normal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como a distância aferida foi de 3,2 cm (maior que 2,0 cm), a placenta não é considerada de inserção anômala segundo a nova classificação, enquadrando-se como inserção normal.

Alternativa b) Incorreta. A definição de placenta baixa é reservada para casos em que a borda placentária está a menos de 2,0 cm do orifício interno do colo, o que não ocorre no caso, já que a distância é de 3,2 cm.

Alternativa c) Incorreta. Na placenta prévia, o tecido placentário sobrepõe o orifício interno do colo. Uma distância de 3,2 cm indica que o orifício está livre e desobstruído.

Alternativa d) Incorreta. O termo marginal era utilizado na classificação antiga para descrever a placenta que atingia a borda do orifício interno sem recobri-lo. Na nomenclatura atual, essa situação seria classificada como placenta baixa. Com uma distância de 3,2 cm, a placenta está significativamente afastada da margem do orifício.

Questão 58

A prematuridade é um dos grandes desafios da obstetrícia moderna. Para responder corretamente a esta questão, é necessário conhecer os principais fatores de risco e métodos de rastreamento. Segue a análise de cada alternativa:

Letra a) Incorreta. Embora certas infecções genitais e urinárias (como a vaginose bacteriana e a pielonefrite) estejam fortemente ligadas ao trabalho de parto prematuro, a candidíase vaginal não possui essa associação. A infecção por fungos do gênero *Candida* é muito comum na gestação devido às mudanças hormonais e de pH, mas não costuma desencadear a cascata inflamatória necessária para provocar o parto antecipado.

Letra b) Incorreta. Os extremos de idade materna (gestantes com menos de 18 anos ou com mais de 35-40 anos) estão associados a uma maior incidência de prematuridade, e não menor. Nas adolescentes, o risco costuma estar ligado a fatores socioeconômicos e imaturidade biológica; já nas mulheres de idade avançada, há maior prevalência de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes) e maior uso de técnicas de reprodução assistida, que elevam o risco de partos prematuros.

Letra c) Correta. O antecedente de parto prematuro espontâneo é considerado o principal fator de risco para a ocorrência de um novo parto prematuro. Mulheres que já tiveram um bebê prematuro apresentam um risco significativamente elevado de recorrência, o que motiva intervenções preventivas específicas em gestações posteriores, como o uso de progesterona micronizada natural.

Letra d) Incorreta. O Índice de Bishop é uma escala utilizada para avaliar as condições do colo uterino e a probabilidade de sucesso em uma indução de parto, geralmente em gestações a termo. Ele não é um método de rastreamento para prematuridade. O padrão-ouro para o rastreamento da prematuridade em pacientes assintomáticas é a medida do comprimento do colo uterino pela ultrassonografia transvaginal, realizada rotineiramente entre a 18^a e a 24^a semana de gestação.

Questão 59

A paciente em questão apresenta um quadro clínico altamente sugestivo de pré-eclâmpsia: trata-se de uma gestante com idade gestacional superior a 20 semanas (30 semanas e 1 dia) que manifesta hipertensão arterial (145 x 96 mmHg) e ganho ponderal súbito (4 kg em uma semana), o que indica edema patológico. Para a confirmação diagnóstica de pré-eclâmpsia, é necessário comprovar a presença de proteinúria ou, na sua ausência, a presença de disfunções orgânicas ou sofrimento fetal.

Alternativa (a) Incorreta: O ácido úrico é um marcador importante na pré-eclâmpsia, pois sua elevação está associada à redução da depuração renal e serve como um indicador de gravidade e prognóstico materno-fetal. Contudo, ele não faz parte dos critérios diagnósticos primários da doença. O foco inicial deve ser a confirmação da proteinúria.

Alternativa (b) Correta: A relação proteína/creatinina (P/C) em amostra isolada de urina é atualmente considerada o exame de maior valor para a complementação diagnóstica e triagem rápida de proteinúria. Segundo as principais diretrizes nacionais e internacionais (como FEBRASGO e ACOG), um valor igual ou superior a 0,3 mg/mg correlaciona-se bem com a proteinúria de 24 horas acima de 300 mg, permitindo um diagnóstico ágil sem a necessidade de aguardar a coleta de urina de 24 horas, que é morosa e sujeita a erros de coleta.

Alternativa (c) Incorreta: A dosagem de proteínas totais e frações no sangue não é um critério diagnóstico para pré-eclâmpsia. Embora a hipoalbuminemia possa ocorrer devido à perda urinária e ao aumento da permeabilidade vascular, o que define a patologia é a perda de proteína pela urina (proteinúria) e não a concentração proteica sérica.

Alternativa (d) Incorreta: A gasometria arterial não tem papel no diagnóstico de pré-eclâmpsia. Sua indicação em obstetrícia é restrita a casos críticos, como pacientes com insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão ou quadros de choque, situações que não condizem com a estabilidade clínica descrita para esta paciente no momento.

Questão 60

A questão aborda os critérios diagnósticos do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e do Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (*Overt Diabetes*), baseando-se nas diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes e do Ministério da Saúde.

Alternativa (a): CORRETA. O diagnóstico de Diabetes Gestacional é feito quando a

glicemia de jejum, realizada preferencialmente na primeira consulta de pré-natal (antes de 24–28 semanas), apresenta valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL. Portanto, um valor maior ou igual a 92 e menor que 126 (ou seja, até 125) confirma o DMG.

Alternativa (b): INCORRETA. Se a glicemia de jejum na primeira consulta for maior ou igual a 126 mg/dL, o diagnóstico não é de Diabetes Gestacional, mas sim de Diabetes Mellitus prévio à gestação ou *Overt Diabetes*. Nesse caso, a paciente já preenche critérios para diabetes fora do período gestacional.

Alternativa (c): INCORRETA. A conduta inicial para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal é a solicitação da glicemia de jejum. O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) é o exame padrão-ouro para o rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana de gestação para aquelas pacientes que tiveram glicemia de jejum inicial normal (inferior a 92 mg/dL).

Alternativa (d): INCORRETA. A glicosúria na gestação é um achado frequente e pouco específico, pois ocorre uma redução fisiológica do limiar renal para a glicose durante a gravidez. Embora possa alertar para a necessidade de investigação, o rastreamento do diabetes segue protocolos baseados na glicemia de jejum e no TOTG em momentos específicos (primeira consulta e entre 24–28 semanas), e não de forma aleatória em qualquer idade gestacional apenas pela presença de glicosúria isolada.

Questão 61

Alternativa A: Incorreta. A infecção pela hepatite C não é considerada uma contraindicação formal à amamentação. Não há evidências de transmissão do vírus C pelo leite materno. A recomendação atual é suspender o aleitamento apenas temporariamente se houver presença de fissuras ou mamilos sangrantes. O HIV, conforme citado, é de fato uma contraindicação.

Alternativa B: Incorreta. A hepatite B não contraindica o aleitamento materno. O risco de transmissão é neutralizado quando o recém-nascido recebe a profilaxia adequada com a vacina e a imunoglobulina específica contra a hepatite B (HBIG) ainda na sala de parto ou nas primeiras 12 horas de vida.

Alternativa C: Incorreta. Embora o HIV seja uma contraindicação, a palavra "somente" torna a alternativa errada. Existem outras condições que também contraindicam formalmente a amamentação, como a infecção pelos vírus HTLV-1 e HTLV-2, além do uso de medicações citotóxicas e radiofármacos.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa apresenta dois exemplos clássicos de contraindicação formal. A infecção pelo HIV é uma contraindicação absoluta no Brasil

por conta do risco de transmissão do vírus através do leite. O uso de antineoplásicos (quimioterapia) também contraindica a amamentação devido à alta toxicidade dessas drogas para as células em divisão, o que pode causar graves efeitos colaterais e supressão da medula óssea no lactente.

Questão 62

A infecção do trato urinário (ITU) é a complicação bacteriana mais comum do período gravídico, decorrente de alterações anatômicas e fisiológicas, como a dilatação dos ureteres e a compressão mecânica do útero. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Diferentemente da população geral, na qual a bacteriúria assintomática muitas vezes não exige intervenção, na gestante o tratamento é obrigatório. O rastreio deve ser feito logo na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre) por meio da urocultura. O tratamento visa reduzir os riscos de evolução para quadros graves e complicações obstétricas.

Alternativa b) Correta. Esta é a principal justificativa para o rastreio e tratamento da bacteriúria assintomática na gestação. Se não for tratada, cerca de 20% a 40% das gestantes com bacteriúria assintomática evoluirão para pielonefrite aguda, uma condição que aumenta o risco de sepse materna, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de bacteriúria assintomática ou cistite é baseado na urocultura (presença de 100.000 ou mais unidades formadoras de colônias por mL de urina) e não apenas na contagem de leucócitos no exame de urina tipo 1. Além disso, o tratamento inicial para cistite ou bacteriúria assintomática é realizado por via oral. A antibioticoterapia endovenosa é reservada prioritariamente para os casos de pielonefrite ou quando a paciente apresenta sinais de gravidade e intolerância à via oral.

Alternativa d) Incorreta. A pielonefrite na gestação é mais comum à direita. Isso ocorre devido à dextrorotação fisiológica do útero (inclinação para a direita), que causa maior compressão do ureter direito. Além disso, o ureter esquerdo é parcialmente protegido pela presença do cólon sigmoide, o que torna a estase urinária e a consequente infecção mais frequentes no lado direito.

Questão 63

O caso clínico apresenta uma gestante com história sugestiva de Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO), porém com exame físico inicial (especular, manobra de Valsalva e teste do forro) inconclusivo. Quando a suspeita clínica persiste apesar do exame físico negativo, devemos recorrer a testes bioquímicos ou métodos complementares de maior acurácia.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Teste do papel de nitrazina (pH vaginal): Este teste baseia-se na diferença de pH entre a secreção vaginal normal (ácida, entre 3,8 e 4,5) e o líquido amniótico (alcalino, entre 7,0 e 7,5). O papel de nitrazina muda de cor (torna-se azul) na presença de substâncias alcalinas. O grande problema deste teste é a baixa especificidade, pois apresenta muitos resultados falsos-positivos na presença de sangue, sêmen, sabões ou infecções vaginais (como vaginose bacteriana).

b) Teste da fibronectina fetal (fFN): A fibronectina fetal é uma proteína que atua como uma "cola" entre o saco gestacional e o útero. Sua principal utilidade clínica é na avaliação do risco de parto prematuro em pacientes com membranas íntegras. Embora tenha um alto valor preditivo negativo para o parto em 7 a 14 dias, não é o teste padrão-ouro ou o de maior acurácia especificamente para o diagnóstico de rotura de membranas.

c) Prova da fenolsulfonftaleína (Fenol): Este é um método invasivo que consiste na injeção intra-amniótica de corantes (como o carmim-de-índigo ou a fenolsulfonftaleína) através de uma amniocentese, seguida da observação da saída do corante pela vagina. Embora seja um método definitivo, é invasivo, apresenta riscos e não é utilizado rotineiramente na prática clínica, especialmente quando existem testes bioquímicos não invasivos de alta performance disponíveis.

d) Identificação da PAMG-1 (placental alpha microglobulin-1): Esta é a alternativa correta. A PAMG-1 é uma proteína expressa em altas concentrações no líquido amniótico e em concentrações mínimas nas secreções vaginais normais. Os testes imunocromatográficos que detectam essa proteína (como o AmniSure) possuem sensibilidade e especificidade muito elevadas, frequentemente superiores a 98-99%. Devido a essa alta acurácia, é o exame de escolha para confirmar ou excluir o diagnóstico de RPMO quando o exame clínico é duvidoso, sendo superior ao teste de nitrazina e ao teste da cristalização.

Questão 64

O diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo na gestação visam prevenir desfechos obstétricos desfavoráveis, como aborto espontâneo e parto prematuro, além de garantir o desenvolvimento intelectual fetal. Segundo as diretrizes atuais da American Thyroid Association (ATA) e os consensos brasileiros, o valor de corte superior para o TSH no primeiro trimestre, na ausência de valores específicos do laboratório para a população local, é de 4,0 mUI/L.

A paciente apresenta TSH de 4,8 mUI/L às 9 semanas de gestação, o que ultrapassa o limite da normalidade e indica a necessidade de intervenção.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A pesquisa do anticorpo antiperoxidase (anti-TPO) é geralmente indicada para auxiliar na decisão terapêutica quando o TSH está em uma zona cinzenta, entre 2,5 e 4,0 mUI/L. Quando o TSH já ultrapassa o limite de 4,0 mUI/L no primeiro trimestre, o tratamento com levotiroxina já é recomendado de forma mais direta para mitigar riscos gestacionais.

Alternativa b: Incorreta. Solicitar apenas o T4 livre seria insuficiente. Embora ele seja necessário para diferenciar o hipotireoidismo subclínico (T4 livre normal) do clínico (T4 livre baixo), o valor do TSH já justifica o início do tratamento imediato, não cabendo apenas a observação laboratorial.

Alternativa c: Correta. A conduta adequada é solicitar o T4 livre para a classificação diagnóstica e iniciar a reposição hormonal. No caso de hipotireoidismo subclínico detectado na gestação, a dose inicial de levotiroxina é mais baixa que no hipotireoidismo franco, sendo habitualmente recomendada a dose de 1,0 mcg/kg/dia.

Alternativa d: Incorreta. A dose de 2,0 mcg/kg/dia é considerada excessiva para um início de tratamento de hipotireoidismo subclínico. Mesmo em casos de hipotireoidismo franco (clínico), a dose inicial média costuma ser de 1,6 mcg/kg/dia. O excesso de hormônio tireoidiano também pode trazer riscos, como arritmias e perda de massa óssea.

Questão 65

Esta questão aborda os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com foco especial na Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Participação Social.

Alternativa a: Incorreta. Embora seja uma atividade comunitária, o conceito ampliado

de saúde adotado pelo SUS entende que as condições de vida, trabalho, alimentação e acesso a direitos sociais são determinantes diretos da saúde da população. Portanto, a UBS não deve se recusar a participar, pois essas ações fazem parte do seu escopo de atuação no território.

Alternativa b: Correta. A promoção da saúde envolve ações que buscam atuar sobre os determinantes sociais. A participação da UBS em uma feira que discute direitos sociais, promove alimentação saudável (sem agrotóxicos) e fortalece o protagonismo feminino é uma aplicação prática da intersetorialidade. Além disso, aproveitar o encontro para realizar ações sanitárias e vacinação é uma estratégia eficiente de busca ativa e ampliação do acesso.

Alternativa c: Incorreta. O fato de a atividade ocorrer no sábado não é um impedimento legal ou técnico para a participação da equipe de saúde. O planejamento das ações da UBS deve ser flexível e adaptado às necessidades e à realidade da comunidade local. Eventos em horários alternativos são, muitas vezes, a única forma de atingir a população trabalhadora (como as domésticas e comerciárias mencionadas no enunciado).

Alternativa d: Incorreta. Um dos pilares da Estratégia Saúde da Família é a territorialização. O trabalho das equipes de saúde não se restringe aos muros da unidade física; ele deve ocorrer preferencialmente no território, incluindo visitas domiciliares, ações em escolas, associações de moradores e espaços públicos, visando à integração entre o serviço de saúde e a comunidade.

Em resumo, a questão exige o conhecimento de que a saúde é produzida socialmente e que a UBS deve ser um agente ativo no território, promovendo cidadania e saúde para além dos procedimentos clínicos tradicionais.

Questão 66

Alternativa a: Incorreta. A mensagem mencionada faz parte da estratégia de Redução de Danos. Na saúde coletiva, essa abordagem não é considerada um estímulo ao uso de drogas. Pelo contrário, é uma intervenção de saúde pública baseada em evidências que visa a diminuir os riscos de infecção por HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis que, por diversos motivos, não conseguem interromper o uso no momento.

Alternativa b: Incorreta. A campanha dirigida aos caminhoneiros em 2000 não é considerada preconceituosa. Ela foi fundamentada em dados epidemiológicos da época, que identificavam essa categoria profissional como um grupo de maior vulnerabilidade devido à mobilidade geográfica, longos períodos de afastamento do

domicílio e dificuldade de acesso a serviços de saúde regulares.

Alternativa c: Correta. Em 2019, o Ministério da Saúde lançou a campanha com o conceito de que o HIV não define o futuro de uma pessoa se houver diagnóstico e tratamento. O objetivo era estimular o público jovem, que apresenta crescimento proporcional de novos casos, a realizar o teste rápido. A premissa é que o fim da dúvida (diagnóstico) permite o início da terapia antirretroviral (TARV), garantindo que a vida siga com qualidade e que a carga viral se torne indetectável, o que também previne a transmissão.

Alternativa d: Incorreta. A mensagem de 2017 citada foi o slogan da campanha nacional para o Carnaval daquele ano. O foco era o público jovem de maneira ampla, aproveitando o contexto de festividades populares para incentivar o uso do preservativo em relações casuais, não sendo uma ação exclusiva ou dirigida especificamente à Parada do Orgulho LGBTQIA+.

Questão 67

Alternativa a) Incorreta. Embora a maioria das crises ocorra em indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS), pacientes sem histórico de doença crônica também podem apresentar picos hipertensivos graves. Exemplos comuns incluem casos de eclâmpsia em gestantes previamente normotensas, glomerulonefrites agudas ou o uso de substâncias simpaticomiméticas, como a cocaína.

Alternativa b) Incorreta. A crise hipertensiva nem sempre é sintomática. O conceito de urgência hipertensiva, por exemplo, envolve níveis pressóricos muito elevados sem que haja sintomas graves ou risco imediato de vida. Além disso, existe o fenômeno da "pseudocrise hipertensiva", em que o aumento da pressão é consequência de dor, ansiedade ou estresse físico, o que pode gerar confusão diagnóstica no ambiente de emergência ou na Atenção Primária.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o conceito de emergência hipertensiva. Trata-se de uma elevação brusca e severa da pressão arterial (geralmente acima de 180/120 mmHg) que resulta em lesão aguda de órgãos-alvo. Clinicamente, isso se manifesta como lesões neurológicas (AVC isquêmico ou hemorrágico), cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão) ou vasculares (síndromes aórticas agudas, como a dissecção de aorta).

Alternativa d) Incorreta. O diagnóstico de hipertensão do avental branco ocorre quando o paciente apresenta níveis elevados de pressão no consultório, mas níveis normais em sua rotina diária. Apenas medições repetidas em consultório não são

suficientes para descartá-la com precisão. O padrão-ouro para esse diagnóstico e exclusão é a realização de exames que monitorem a pressão fora do ambiente médico, especificamente a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).

Questão 68

Esta questão aborda um cenário clássico da dermatologia clínica associado às normas de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde.

Análise do Diagnóstico Clínico:

O quadro descrito é típico de uma dermatite de contato alérgica. O uso de esmaltes de unha é uma das causas mais comuns de dermatite nas pálpebras (dermatite ectópica), pois a pele dessa região é muito fina e sensível, reagindo a substâncias alérgicas (como formaldeído ou resinas) presentes no esmalte e que são levadas aos olhos pelo hábito de tocar o rosto.

Análise das Alternativas e Notificação (SINAN):

Alternativa a) Incorreta. Embora o diagnóstico seja compatível, a dermatite de contato comum não consta na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Portanto, não há obrigatoriedade de notificação imediata ou de qualquer outro tipo para este caso clínico isolado.

Alternativa b) Incorreta. A primeira parte da afirmação está clinicamente errada, pois o esmalte é, comprovadamente, um agente frequente de dermatite de contato por sensibilização. A segunda parte acerta ao dizer que não deve haver notificação, mas o motivo não é a improbabilidade do diagnóstico, e sim as regras do sistema de vigilância.

Alternativa c) Incorreta. Não são todas as dermatites que devem ser notificadas. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foca em doenças infectocontagiosas de interesse público, eventos-sentinela, violência e agravos relacionados especificamente ao trabalho.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico de dermatite de contato por esmalte é perfeitamente compatível com a história clínica da paciente. No contexto da saúde pública brasileira, as dermatoses só se tornam de notificação compulsória quando são classificadas como dermatoses ocupacionais (relacionadas ao trabalho), conforme estabelecido na lista de agravos à saúde do trabalhador. Como o caso em questão não apresenta nexos causal com a atividade profissional da paciente, não há indicação de notificação no SINAN.

Questão 69

A intoxicação por metanol é uma emergência médica grave que exige intervenção rápida para evitar sequelas permanentes, como a cegueira ou o óbito. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A (Correta): O tratamento da intoxicação por metanol baseia-se na inibição da enzima álcool desidrogenase (ADH). O etanol possui uma afinidade pela ADH cerca de 10 a 20 vezes maior do que a do metanol. Ao se administrar etanol (seja por via oral ou por via injetável), "ocupa-se" a enzima, impedindo que o metanol seja metabolizado em seus subprodutos tóxicos. Devido ao surto de bebidas adulteradas no Brasil e à indisponibilidade de outros antídotos, como o fomepizol, em larga escala, a Anvisa autorizou o uso emergencial do etanol injetável para garantir o tratamento adequado nas unidades de saúde.

Alternativa B (Incorreta): As medidas de vigilância sanitária em casos de surto por adulteração focam no recolhimento dos lotes específicos e das marcas sob suspeita de contaminação. Não houve uma proibição generalizada de todas as categorias de bebidas alcoólicas produzidas legalmente (como cervejas e vinhos), uma vez que o problema estava restrito a cadeias de produção clandestinas ou adulteradas.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico de intoxicação por metanol é considerado difícil e muitas vezes tardio. Os sintomas iniciais (tontura, náuseas, vômitos e dor abdominal) são inespecíficos e muito semelhantes aos da embriaguez comum por etanol. O quadro clínico clássico, que inclui distúrbios visuais (visão borrada ou em "nevasca") e acidose metabólica grave com gap aniônico elevado, costuma surgir apenas após um período de latência de 12 a 24 horas, quando os metabólitos tóxicos já foram produzidos.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa apresenta dois erros principais. Primeiro, o metanol não está presente apenas em bebidas adulteradas; ele é amplamente utilizado na indústria como solvente, combustível (comum no automobilismo) e em processos químicos. Segundo, o metanol é metabolizado em formaldeído e, posteriormente, em ácido fórmico. O ácido fórmico é o principal responsável pela toxicidade sistêmica e pela lesão do nervo óptico. O propanol mencionado na alternativa não é um metabólito do metanol.

Questão 70

Análise da Questão:

O tema central desta questão é o escopo de procedimentos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é avaliar se o médico reconhece a Unidade Básica de Saúde (UBS) como um local resolutivo para procedimentos de baixa complexidade cirúrgica e clínica, fundamentais para garantir a acessibilidade e a integralidade do cuidado.

Alternativa (a): Correta. A drenagem de abscesso, a exérese de lipoma e a remoção de cerúmen são procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade que compõem a carteira de serviços recomendada para a Atenção Primária no Brasil. A realização desses atos na própria UBS é um exemplo da resolutividade deste nível de atenção, evitando filas desnecessárias em serviços de atenção secundária. Todos os pacientes descritos estão em bom estado geral, o que reforça a segurança para a execução dos procedimentos no ambiente ambulatorial da UBS.

Alternativa (b): Incorreta. O fato de Lídia ser idosa e diabética exige um olhar atento quanto ao controle glicêmico e à monitorização da cicatrização, mas não é uma contraindicação para a drenagem de um abscesso simples na UBS. O encaminhamento para serviço especializado apenas por essas condições, sem sinais de gravidade ou complicações sistêmicas, fere o princípio da resolutividade da APS e sobrecarrega o sistema de saúde.

Alternativa (c): Incorreta. A exérese de lipoma é classificada como uma pequena cirurgia cutânea. Os recursos necessários incluem basicamente kit de pequena cirurgia (porta-agulhas, tesouras, pinças e bisturi), anestésico local, material de sutura e técnica asséptica. Tais recursos são padronizados para o funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde e não exigem suporte de serviços especializados.

Alternativa (d): Incorreta. A lavagem auricular para retirada de cerúmen é um procedimento de rotina na APS, frequentemente realizado de forma rápida e segura. Assim como a exérese de lipoma, não há necessidade de encaminhamento para especialistas focais (como o otorrinolaringologista ou o cirurgião geral) se o quadro for simples e o profissional da APS estiver capacitado para o procedimento.

Questão 71

Para compreender essa questão, o primeiro passo é diferenciar o conceito previdenciário de acidente de trabalho do conceito utilizado pela vigilância em saúde (SINAN). No âmbito da saúde pública, a notificação de acidentes de trabalho deve ser feita para todo trabalhador, independentemente de ele ser formal (com carteira assinada), informal, autônomo ou estatutário.

O acidente de trabalho é aquele que ocorre durante o exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho.

Análise das vítimas no cenário proposto:

1. Trabalhadores da cozinha: estavam em pleno exercício de suas funções no momento da explosão. São casos clássicos de acidente de trabalho.
2. Entregador de alimento: estava realizando uma tarefa profissional (entrega). Mesmo que não seja funcionário direto do restaurante, ele sofreu o agravo enquanto trabalhava. Portanto, configura acidente de trabalho para fins de notificação.
3. Criança de 5 anos: estava apenas passando pela rua. Não possui qualquer vínculo laboral ou atividade produtiva relacionada ao evento. Trata-se de uma vítima civil de um acidente ambiental/urbano, mas não de um acidente de trabalho.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A criança não se enquadra na definição de trabalhador; portanto, seu caso não pode ser notificado como acidente de trabalho no SINAN.

Alternativa B: Incorreta. A notificação compulsória no SINAN baseia-se na ocorrência do agravo e sua relação com o trabalho, e não na verificação de culpa ou negligência por parte do empregador. A vigilância epidemiológica busca o registro do fato para fins de políticas públicas e prevenção, independentemente de questões jurídicas de responsabilidade civil.

Alternativa C: Correta. Os dois funcionários da cozinha e o entregador estavam em atividade laboral no momento do sinistro. A criança é a única que não estava trabalhando; logo, não entra na estatística de acidentes de trabalho.

Alternativa D: Incorreta. Este é um erro comum em provas. O vínculo empregatício formal (carteira assinada) é necessário para a emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) junto ao INSS para fins previdenciários. No entanto, para a notificação no SINAN (Ministério da Saúde), o que importa é se a vítima é um trabalhador (formal ou informal). O entregador, mesmo que seja autônomo ou de aplicativo, deve ter seu caso notificado como acidente de trabalho no SINAN.

Questão 72

A esperança de vida ao nascer é um dos indicadores de saúde mais importantes para avaliar o nível de desenvolvimento de uma região. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): O cálculo da esperança de vida baseia-se diretamente nas taxas de mortalidade por idade. Se os dados sobre óbitos forem precários ou se houver subnotificação de mortes, o indicador será distorcido e não refletirá a realidade. Portanto, ele depende totalmente da qualidade da informação sobre mortalidade.

Alternativa B (Incorreta): Esta é uma pegadinha comum em provas de medicina preventiva. A esperança de vida ao nascer é um indicador sintético calculado a partir de tábuas de vida, que utilizam taxas de mortalidade específicas para cada faixa etária. Por ser um indicador padronizado, ele não sofre influência da estrutura etária da população real (se a população tem mais idosos ou mais jovens), o que permite comparar o nível de saúde entre países com perfis demográficos completamente diferentes.

Alternativa C (Incorreta): Por definição, a esperança de vida ao nascer expressa o número médio de anos que um recém-nascido (idade zero) esperaria viver se as taxas de mortalidade observadas no momento de seu nascimento se mantivessem constantes. A expectativa de vida pode ser calculada para qualquer idade (como ao 1 ano ou aos 60 anos), mas o indicador citado na questão refere-se especificamente ao nascimento.

Alternativa D (Correta): Este indicador reflete as mudanças nas condições de saúde, nutrição, higiene, saneamento básico e avanços na assistência médica. O aumento da esperança de vida está historicamente ligado à redução da mortalidade infantil e ao controle de doenças infectocontagiosas. Dessa forma, quando esse número sobe, é um forte sinal de que houve melhoria nas condições gerais de vida e de saúde daquela população.

Questão 73

Alternativa a) Esta alternativa está correta. Crianças e idosos são considerados grupos de alta vulnerabilidade biológica às mudanças climáticas. As crianças possuem um sistema respiratório em desenvolvimento e uma frequência respiratória mais elevada, o que aumenta a inalação de poluentes atmosféricos. Os idosos, por sua vez, apresentam menor reserva funcional e frequentemente possuem comorbidades preexistentes, o que os torna mais suscetíveis a exacerbações de doenças como asma e DPOC, além de infecções respiratórias ligadas à má qualidade

do ar e às variações bruscas de temperatura.

Alternativa b) Esta alternativa está incorreta. Embora as mudanças climáticas atinjam todo o planeta, as repercussões na saúde são profundamente influenciadas pelos determinantes sociais. Populações com menor poder aquisitivo possuem menor capacidade de adaptação, acesso restrito a saneamento básico, moradias mais precárias e maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, sofrendo danos muito mais graves do que as classes sociais mais altas.

Alternativa c) Esta alternativa está incorreta. O grupo de doenças que mais deve crescer e sobrecarregar os sistemas de saúde devido às mudanças climáticas inclui as doenças cardiovasculares, respiratórias, infecciosas (especialmente arboviroses como dengue e malária devido à expansão de vetores) e transtornos mentais. As doenças hepáticas não são o foco principal de crescimento epidemiológico direto nesse cenário.

Alternativa d) Esta alternativa está incorreta. Não existe evidência científica de que hipertensos sejam beneficiados. Pelo contrário, as ondas de calor e frio extremos causam estresse circulatório e exigem mecanismos de termorregulação que sobrecarregam o coração e os vasos. Isso aumenta o risco de crises hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais nessa população.

Questão 74

Alternativa a: Incorreta. Embora as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) sejam multidisciplinares, não existe a exigência legal de que todos os seus membros residam no território de atuação. A obrigatoriedade de residir na área em que atua é restrita ao cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS), conforme previsto na Lei nº 11.350/2006.

Alternativa b: Incorreta. A APS é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como a porta de entrada preferencial e o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O erro da alternativa está em afirmar que se trata da porta de entrada única, uma vez que o sistema de saúde brasileiro prevê outros pontos de acesso, como os serviços de urgência e emergência e centros de atenção psicossocial.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa traz a definição oficial de Atenção Básica contida na PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/2017). A APS é o nível de atenção que desenvolve um conjunto de ações transversais, abrangendo tanto o indivíduo quanto a coletividade. Seu escopo de atuação é amplo e integral, englobando a promoção, a proteção, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento

adequado, a reabilitação de sequelas e a manutenção da saúde.

Alternativa d) Incorreta. O erro desta alternativa reside na limitação imposta pela parte final da frase. A APS valoriza a integralidade e a participação popular, o que inclui o respeito aos saberes tradicionais e às práticas culturais da comunidade. Embora a medicina baseada em evidências norteie as condutas clínicas, a diretriz de valorização de saberes no contexto do SUS não restringe a abordagem integral apenas a práticas com publicações em literatura científica, integrando inclusive as Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Questão 75

Esta questão aborda um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH): o trabalho em equipe e a transdisciplinaridade. O prontuário transdisciplinar (ou prontuário único) é uma ferramenta de gestão e assistência que visa romper com a fragmentação do cuidado, permitindo que diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) compartilhem informações e construam um projeto terapêutico comum para o paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A transdisciplinaridade proposta pela PNH nunca deve ocorrer em detrimento da qualidade da assistência. Pelo contrário, o objetivo da PNH é elevar o padrão de cuidado ao tratar o paciente de forma integral, garantindo uma assistência técnica e humanamente superior.

Alternativa b) Correta. Este é o objetivo central do prontuário transdisciplinar. Ao concentrar as observações, condutas e evoluções de todos os profissionais em um mesmo documento, melhora-se drasticamente a comunicação da equipe e a integração das ações. Isso evita a repetição desnecessária de exames ou perguntas ao paciente e garante que todos os profissionais estejam alinhados com os objetivos terapêuticos, promovendo a transdisciplinaridade.

Alternativa c) Incorreta. Embora o compartilhamento de informações seja um aspecto técnico, a alternativa desvia o foco do objetivo assistencial da PNH. Além disso, o prontuário é um documento do paciente e a inclusão de dados pela equipe multiprofissional é um dever assistencial e ético, não dependendo de uma permissão individualizada para cada dado específico inserido no protocolo de transdisciplinaridade.

Alternativa d) Incorreta. O foco da PNH e do prontuário transdisciplinar é a qualidade, a segurança e a integralidade do cuidado, e não o aumento quantitativo do número

de atendimentos (produtivismo). Embora a otimização de processos possa gerar eficiência, a finalidade da humanização é melhorar a experiência do usuário e o desfecho clínico, e não apenas acelerar o fluxo para atender mais pessoas.

Questão 76

QUESTÃO COMENTADA

Alternativa a) Incorreta. A vigilância e a fiscalização das condições de trabalho não podem se restringir apenas aos aspectos físicos ou de força bruta. A organização do trabalho, que engloba a pressão por prazos, a gestão de equipes, a carga horária e o ritmo das tarefas, é um dos principais determinantes de acidentes. Portanto, a organização do trabalho é prioritária, e não secundária, nas ações de saúde.

Alternativa b) Incorreta. A notificação de acidentes de trabalho no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) deve ser realizada para qualquer trabalhador, independentemente de ele ser formal (com carteira assinada) ou informal. Além disso, o critério de afastamento superior a 15 dias é um parâmetro da Previdência Social (INSS) para fins de benefício, não sendo o balizador para a vigilância epidemiológica, que foca na gravidade e no agravo em si.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve a função da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) dentro do SUS. A atuação deve ser intersetorial e baseada no conhecimento do território. Isso inclui identificar quais atividades produtivas estão sendo desenvolvidas (como a montagem de grandes estruturas para eventos) e quais são os riscos específicos aos quais esses trabalhadores estão expostos, visando ações preventivas.

Alternativa d) Incorreta. Embora a assistência clínica e a orientação previdenciária sejam importantes, elas não representam o papel "mais importante" da Saúde sob a ótica da Saúde Coletiva e da Vigilância. O foco principal do sistema de saúde nesse cenário deve ser a prevenção de agravos e a promoção de ambientes de trabalho seguros, e não apenas o cuidado após o acidente já ter ocorrido.

Questão 77

A questão aborda os desafios da gestão participativa e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), focando nos obstáculos que impedem a consolidação da participação popular e da construção conjunta do cuidado.

Alternativa a: Incorreta. Embora possam existir tensões pontuais, o entrave principal para a efetividade do sistema não é uma disputa de poder pelo envolvimento na

gestão entre trabalhadores e usuários. O desafio real reside na integração desses atores para que o controle social resulte em melhorias no serviço prestado.

Alternativa b: Correta. Este é um dos problemas centrais na gestão do cuidado e na organização dos serviços de saúde. O trabalho em saúde ainda é muito fragmentado, em que cada categoria profissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) tende a atuar de forma isolada, baseando-se apenas no seu núcleo de saber técnico-específico. Esse "corporativismo" ou isolamento profissional impede que o foco principal seja o objetivo comum (a necessidade do usuário e a integralidade da assistência). Para que a democratização e a construção do cuidado mencionadas no texto ocorram, é necessário romper com essa lógica e adotar um trabalho interdisciplinar e centrado no paciente.

Alternativa c: Incorreta. De acordo com a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os conselhos devem ter composição paritária entre usuários (50%) e os demais segmentos (trabalhadores, gestores e prestadores). A legislação veta que representantes do Poder Legislativo, bem como ocupantes de cargos de confiança no Poder Executivo, atuem nos conselhos representando segmentos que não lhes cabem, para preservar a autonomia do controle social. Portanto, isso não é um problema de organização do processo de trabalho a ser vencido no contexto da questão.

Alternativa d: Incorreta. A alta escolaridade de representantes não é considerada um problema. Pelo contrário, um dos grandes desafios do controle social é a assimetria de informação. Muitas vezes, os usuários têm dificuldade em fiscalizar orçamentos e planejar políticas complexas por falta de domínio técnico, o que torna a capacitação dos conselheiros uma prioridade para que o controle popular seja, de fato, efetivo.

Questão 78

Análise do caso clínico:

A paciente foi exposta a um evento estressor de alta intensidade (ameaça direta à vida com arma de fogo), o que configura o gatilho para transtornos relacionados ao trauma. Ela apresenta sintomas típicos de intrusão, caracterizados por pesadelos recorrentes e a sensação de reviver o episódio (flashbacks). Além disso, manifesta sinais de hiperexcitabilidade, como o despertar assustado e a hipervigilância, resultando em prejuízo funcional evidente (cansaço e sonolência diurna que afetam sua rotina).

Alternativa a: Incorreta. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) não deve ser tratado como um agravo meramente transitório que dispensa cuidados. Orientar

a paciente a apenas esperar uma semana é uma conduta clínica inadequada, pois o diagnóstico precoce e a intervenção psicoterapêutica são fundamentais para prevenir a cronificação dos sintomas e reduzir o sofrimento da paciente.

Alternativa b: Incorreta. No Transtorno do Pânico, o indivíduo apresenta ataques de pânico inesperados e recorrentes, desenvolvendo um medo persistente de ter novas crises (ansiedade antecipatória). No caso relatado, os sintomas de ansiedade e o despertar súbito estão diretamente vinculados à memória do assalto, configurando um quadro de revivescência traumática, e não crises de pânico espontâneas.

Alternativa c: Incorreta. A reagudização implica a piora de uma doença que o paciente já possuía, e o enunciado não menciona histórico prévio de transtornos ansiosos. Além disso, a conduta inicial para quadros de estresse traumático prioriza a psicoterapia, reservando o tratamento medicamentoso para casos com comorbidades, sintomas refratários ou gravidade extrema.

Alternativa d: Correta. A descrição clínica de pesadelos, flashbacks e hiperalerta após um evento traumático é sugestiva de uma reação ao estresse grave. Na prática clínica e em provas, o termo TEPT é frequentemente associado a essa fenomenologia. Vale ressaltar uma distinção técnica: o DSM-5 classifica como Transtorno de Estresse Agudo os sintomas que duram de 3 dias a 1 mês após o trauma, e como TEPT quando ultrapassam 1 mês. Como a paciente está no 12º dia, tecnicamente seria um estresse agudo, mas a alternativa D é a única que correlaciona corretamente a suspeita diagnóstica com a conduta de encaminhamento para psicoterapia, que é o tratamento padrão-ouro inicial.

Conclusão: Diante de uma paciente com sintomas de revivescência e prejuízo funcional após violência interpessoal, a equipe da UBS agiu corretamente ao identificar onexo causal com o trauma e encaminhá-la para suporte psicológico especializado.

Questão 79

Para resolver essa questão, devemos analisar as características do desfecho (câncer de fígado), do fator de exposição (substância Y) e as condições financeiras dos pesquisadores (verba restrita).

Alternativa a: Correta. O estudo de caso-controle é ideal para doenças raras ou com longo período de latência, como é o caso do câncer de fígado. Nesse modelo, os pesquisadores partem do desfecho (pessoas que já têm a doença) e olham para trás no tempo para identificar a exposição prévia. Como a equipe trabalha em um hospital de referência oncológica, é fácil encontrar os casos. É um desenho de estudo rápido,

barato e que exige um número menor de participantes em comparação a uma coorte, o que se adequa perfeitamente à verba restrita mencionada no enunciado.

Alternativa b: Incorreta. O estudo de coorte é perfeitamente possível, porém não é o único e certamente não seria o mais indicado aqui. Na coorte, parte-se da exposição para o desfecho. Os pesquisadores teriam que acompanhar indivíduos expostos e não expostos por muitos anos para ver quem desenvolveria o câncer. Isso tornaria o estudo extremamente caro e demorado, o que contradiz a limitação orçamentária da equipe.

Alternativa c: Incorreta. O estudo ecológico utiliza dados agregados de populações (por exemplo, comparar a incidência de câncer entre duas cidades diferentes) e não dados individuais. Embora possa gerar hipóteses, ele não é o ideal para estabelecer uma associação causal direta entre o trabalhador específico e a substância Y, além de estar sujeito ao erro conhecido como falácia ecológica.

Alternativa d: Incorreta. O cálculo do coeficiente de mortalidade é uma medida de epidemiologia descritiva. Ele informa a frequência com que as mortes ocorrem em uma população, mas não permite estabelecer, de forma analítica, a associação entre a exposição à substância Y e o surgimento da doença. Para provar a associação, precisamos de um estudo analítico que compare grupos (expostos vs. não expostos ou doentes vs. não doentes).

Questão 80

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) é a principal estratégia para a detecção precoce da circulação do vírus da febre amarela no Brasil. Os macacos não transmitem a doença diretamente ao homem, mas atuam como sentinelas, sinalizando a presença do vírus em determinada região antes que casos humanos ocorram.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A orientação oficial do Ministério da Saúde é que nenhum cidadão deve tocar ou manipular o animal, independentemente da suspeita da causa da morte. A verificação técnica para distinguir entre morte por causas externas (como atropelamento ou ataque de outros animais) e morte por causas naturais ou doenças é de competência exclusiva dos profissionais de vigilância, que utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos de saúde pública. A morte de um primata caracteriza uma epizootia e deve ser notificada

imediatamente (em até 24 horas) às autoridades de saúde municipais. Essa rapidez permite que equipes técnicas recolham o animal ou coletem amostras biológicas para análise laboratorial, além de possibilitar ações de bloqueio vacinal na região, caso a circulação viral seja confirmada.

Alternativa c: Incorreta. O indivíduo jamais deve remover o animal do local onde foi encontrado nem levá-lo a unidades de saúde humana. O transporte inadequado pode representar riscos biológicos ao cidadão, e a remoção sem critérios técnicos pode comprometer a análise epidemiológica do local do achado.

Alternativa d: Incorreta. Enterrar o animal impede a realização de exames fundamentais, como a análise de tecidos (fígado, cérebro, rins), necessários para o diagnóstico da febre amarela ou outras doenças. Sem o diagnóstico laboratorial, perde-se a oportunidade de identificar a circulação do vírus e de proteger a população humana local por meio da vacinação e do controle vetorial.

Questão 81

Para diferenciar demência de deficiência intelectual, o médico deve focar na trajetória temporal do desenvolvimento cognitivo do paciente.

Alternativa a) Incorreta. Apenas a deficiência intelectual é classificada como um transtorno do neurodesenvolvimento. A demência, tecnicamente chamada de Transtorno Neurocognitivo Maior no DSM-5, é um transtorno adquirido. Além disso, a deficiência intelectual deve ser diagnosticada obrigatoriamente durante o período de desenvolvimento (infância ou adolescência), e não após os 55 anos.

Alternativa b) Incorreta. Na verdade, ocorre o oposto na maioria dos casos clínicos. A demência (como na doença de Alzheimer) costuma ter um curso progressivo e degenerativo. Já a deficiência intelectual é considerada uma condição crônica e geralmente estável, sem uma perda contínua de funções, embora o funcionamento adaptativo possa variar conforme o suporte recebido.

Alternativa c) Incorreta. A alternativa inverte os conceitos. A deficiência intelectual é que surge precocemente, durante as fases de maturação do sistema nervoso (nascimento ou infância). A demência é caracterizada por ocorrer após um período de funcionamento cognitivo normal, sendo muito mais frequente na idade adulta tardia e na senescência.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa define com precisão a distinção clínica. O diagnóstico de demência exige obrigatoriamente a evidência de um declínio cognitivo em relação a um nível prévio de desempenho. Ou seja, o paciente possuía

habilidades (memória, linguagem, função executiva) e as perdeu. Na deficiência intelectual, o indivíduo apresenta limitações tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo que se manifestam desde o início do desenvolvimento, o que significa que ele nunca atingiu o patamar cognitivo esperado para sua faixa etária.

Questão 82

A cocaína é uma substância simpatomimética de ação indireta, que atua bloqueando a recaptação de catecolaminas (dopamina, noradrenalina e serotonina) na fenda sináptica. Isso resulta em uma hiperestimulação do sistema nervoso simpático e do sistema nervoso central.

Alternativa (a) Incorreta: A cocaína provoca um estado de hiperestimulação cardiovascular. O esperado em uma overdose são sinais de atividade adrenérgica aumentada, como taquicardia e hipertensão arterial, e não bradicardia (frequência cardíaca baixa) ou hipotensão (pressão baixa), que são comuns em intoxicações por substâncias depressoras, como opioides ou sedativos.

Alternativa (b) Correta: A midríase (dilatação das pupilas) é um sinal clássico da descarga adrenérgica provocada pela cocaína. No âmbito psíquico, o aumento de dopamina e noradrenalina no cérebro manifesta-se como irritabilidade, agitação psicomotora, ansiedade e euforia, sendo sinais fundamentais para a suspeita diagnóstica na emergência.

Alternativa (c) Incorreta: O mutismo e as estereotípias não são achados típicos da intoxicação aguda por cocaína. O mutismo costuma estar associado a quadros catatônicos ou transtornos psiquiátricos graves. Embora estereotípias possam ocorrer em usos crônicos e prolongados de estimulantes, elas não são sinais cardinais para o suporte diagnóstico de overdose na emergência como a midríase é.

Alternativa (d) Incorreta: O tremor com roda dentada é uma característica de parkinsonismo ou de efeitos colaterais extrapiramidais causados por antipsicóticos (bloqueadores dopaminérgicos), o oposto do efeito da cocaína. As alucinações visuais com pequenos animais (microzoopsia) são manifestações clássicas do delirium tremens, que ocorre na síndrome de abstinência do álcool, e não na intoxicação aguda por cocaína.

Questão 83

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de delirium, também conhecido como estado confusional agudo. A chave para a resolução desta questão reside na identificação de um início súbito (agudo) de alterações cognitivas e comportamentais em uma criança previamente saudável, desencadeado por uma condição médica sistêmica (pneumonia e febre alta).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

a) delirium. (Correta)

O delirium é caracterizado por uma perturbação da atenção e da consciência que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou poucos dias) e tende a flutuar em intensidade ao longo do dia. No caso clínico, o menino apresenta os critérios diagnósticos principais: prejuízo da atenção, desorientação (falar de forma desconexa), alucinações visuais ("vê monstros"), agitação psicomotora e inversão do ciclo sono-vigília (inquietação noturna). Em pediatria, é muito comum que quadros infecciosos graves e febre alta precipitem o delirium, sendo o tratamento focado na resolução da causa-base (a pneumonia).

b) psicose infantil. (Incorreta)

Embora a criança apresente sintomas psicóticos (alucinações e fala desconexa), o termo "psicose infantil" refere-se geralmente a transtornos mentais graves e crônicos. No cenário de uma doença aguda com febre, a causa orgânica (médica) deve ser sempre a primeira hipótese. O diagnóstico de um transtorno psicótico primário exigiria a exclusão de causas médicas diretas e uma observação prolongada, o que não se aplica a um quadro que surgiu subitamente durante uma internação por pneumonia.

c) transtorno do espectro autista. (Incorreta)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta precocemente por déficits persistentes na comunicação social, na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento. Não é um quadro de início agudo e não cursa com alucinações ou desorientação súbita associada a processos infecciosos.

d) transtorno opositor desafiador. (Incorreta)

O Transtorno Opositor Desafiador (TOD) caracteriza-se por um padrão persistente de humor irritável, comportamento questionador, desafiante ou vingativo em relação a figuras de autoridade. É um diagnóstico da área da psiquiatria da infância e adolescência relacionado ao comportamento crônico e não a um episódio agudo de confusão mental e alucinações no contexto de uma hospitalização por doença clínica.

Questão 84

A naltrexona é um antagonista competitivo dos receptores opioides μ e κ , com alta afinidade. Sua utilização no tratamento do alcoolismo baseia-se na redução do prazer associado ao consumo e na diminuição da fissura. O principal problema no cenário cirúrgico é que a naltrexona bloqueia a ação dos analgésicos opioides comumente empregados na anestesia geral e no controle da dor pós-operatória, como o fentanil, a morfina e a meperidina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A naltrexona não possui efeito analgésico próprio; ela é um bloqueador. Aumentar a dose tornaria o bloqueio dos receptores ainda mais intenso, impedindo completamente que os opioides administrados pelo anestesista façam efeito, o que resultaria em dor incontrolável durante e após o procedimento.

Alternativa b) Incorreta. Manter o medicamento compromete a segurança anestésica. Se os receptores estiverem ocupados pela naltrexona, o anestesista precisaria de doses excessivamente altas de opioides para tentar vencer o bloqueio por competição, o que aumenta o risco de depressão respiratória aguda assim que o efeito da naltrexona começar a passar.

Alternativa c) Incorreta. A naloxona também é um antagonista opioide, porém com meia-vida curta e administração geralmente intravenosa. Substituir um antagonista por outro não soluciona o conflito farmacológico, pois o objetivo é liberar os receptores para que os agonistas (analgésicos) possam agir.

Alternativa d) Correta. Para garantir que os receptores opioides estejam disponíveis para a analgesia perioperatória, a naltrexona oral deve ser suspensa por pelo menos 72 horas (3 dias) antes da cirurgia, devido à sua meia-vida e à de seu metabólito ativo (6-beta-naltrexol). Em casos de formulações injetáveis de longa ação, o tempo de suspensão deve ser ainda maior (cerca de 30 dias). A proibição do álcool é fundamental para evitar complicações metabólicas, interações medicamentosas e crises de abstinência no período de recuperação.

Questão 85

A questão solicita a identificação da classe medicamentosa considerada de primeira linha para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) unipolar, especialmente em contextos onde o paciente apresenta outras comorbidades médicas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Antipsicóticos atípicos. Incorreta. Medicamentos como aripiprazol, quetiapina e risperidona são utilizados na depressão unipolar principalmente como terapia adjuvante (potencialização) quando não há resposta satisfatória ao antidepressivo inicial, ou em casos de depressão com sintomas psicóticos. Não são indicados como monoterapia de primeira linha para depressão unipolar sem psicose.

Alternativa b) Benzodiazepínicos. Incorreta. Estes fármacos possuem ação ansiolítica e hipnótica, auxiliando no controle de sintomas como ansiedade e insônia. No entanto, eles não possuem efeito antidepressivo e não tratam a patologia de base. Além disso, o uso prolongado deve ser evitado devido ao risco de dependência, tolerância e prejuízo cognitivo.

Alternativa c) Estabilizadores de humor. Incorreta. Esta classe (que inclui o lítio, valproato e carbamazepina) é a base do tratamento para o Transtorno Afetivo Bipolar. Na depressão unipolar, o lítio pode ser empregado como estratégia de potencialização em casos resistentes, mas não é a escolha inicial para o tratamento do quadro depressivo unipolar.

Alternativa d) Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Correta. Os ISRS (exemplos: sertralina, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, citalopram) são o padrão-ouro de primeira linha para o tratamento da depressão maior. Eles são preferidos devido ao perfil de segurança favorável, melhor tolerabilidade (menos efeitos colaterais em comparação aos antidepressivos tricíclicos e IMAOs) e facilidade de ajuste posológico. No caso das comorbidades citadas no enunciado, como as cardiopatias, a sertralina e o escitalopram são frequentemente destacados por apresentarem menor risco de interações medicamentosas e maior segurança cardiovascular.

Questão 86

A depressão puerperal compartilha muitos critérios diagnósticos com o transtorno depressivo maior, mas apresenta particularidades clínicas específicas ligadas ao contexto da maternidade e do vínculo com o recém-nascido.

Alternativa (a) Incorreta: O diagnóstico da depressão puerperal é essencialmente clínico, baseado na anamnese e no exame do estado mental. Não existem biomarcadores ou exames laboratoriais, como a dosagem de serotonina no sangue da artéria placentária, que sejam utilizados para distinguir esse quadro. Além disso, no período pós-parto, a placenta já foi expelida, tornando a alternativa tecnicamente inviável para o diagnóstico da paciente.

Alternativa (b) Incorreta: A presença de alucinações auditivas é característica da psicose puerperal, um quadro psiquiátrico muito mais grave e distinto da depressão puerperal. Embora episódios depressivos graves possam cursar com sintomas psicóticos, eles não são o elemento que define ou diferencia a depressão puerperal de quadros depressivos ocorridos em outros momentos da vida.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve a principal característica clínica distintiva do quadro. Diferente de uma depressão comum, na depressão puerperal os sintomas gravitam em torno da maternidade. A paciente frequentemente relata desinteresse pelo bebê, dificuldade de estabelecer o vínculo afetivo, sentimentos de profunda inadequação como mãe e, em muitos casos, pensamentos intrusivos e fóbicos de que possa causar algum mal ao recém-nascido, o que gera intensa angústia e culpa.

Alternativa (d) Incorreta: O histórico familiar e pessoal de depressão e as tentativas de suicídio são fatores de risco genéricos para qualquer transtorno do humor. Eles aumentam a probabilidade de uma mulher desenvolver depressão no pós-parto, mas não servem para distinguir clinicamente os sintomas de uma depressão puerperal de um episódio depressivo ocorrido fora desse período.

Questão 87

Texto Original:

O conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi consolidado por Goldberg e Huxley para descrever uma parcela significativa da população atendida na Atenção Primária à Saúde que apresenta sintomas psiquiátricos que, embora tragam sofrimento e prejuízo funcional, muitas vezes não preenchem todos os critérios diagnósticos estritos de manuais como o DSM ou a CID.

Alternativa A: Correta. Os Transtornos Mentais Comuns são classicamente representados pelo tripé: sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e queixas somáticas (somatização). Na Atenção Primária, estima-se que a prevalência de TMC gire em torno de 20% a 50% dos pacientes. Esses quadros manifestam-se frequentemente por fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e dores inespecíficas, sendo a principal demanda de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde.

Alternativa B: Incorreta. O Transtorno Bipolar e a Esquizofrenia são classificados como Transtornos Mentais Graves e Persistentes. Embora o acompanhamento desses pacientes também ocorra na Atenção Primária de forma compartilhada (Matriciamento), a prevalência deles na população geral é significativamente menor do que a dos TMCs, e eles costumam exigir cuidados especializados em Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS).

Alternativa C: Incorreta. Os Transtornos de Personalidade referem-se a padrões rígidos e persistentes de comportamento e experiência interna. Já o Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais (antigo transtorno conversivo) é uma condição específica dentro do espectro da somatização. Embora a somatização faça parte dos TMCs, o termo "transtorno de sintomas neurológicos funcionais" é restritivo, e os transtornos de personalidade não compõem a definição epidemiológica de transtorno mental comum.

Alternativa D: Incorreta. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são diagnósticos psiquiátricos específicos. Embora sejam relevantes na prática clínica, não são agrupados sob a denominação de "Transtornos Mentais Comuns", que foca especificamente no conjunto de sintomas depressivo-ansiosos e somáticos de alta prevalência na comunidade.

Questão 88

A análise do caso clínico revela uma paciente jovem, com Índice de Massa Corpórea (IMC) de 21 kg/m^2 , o que a situa na faixa de peso normal. Ela apresenta episódios de compulsão alimentar (ingestão de grande quantidade de comida em curto tempo) cerca de duas vezes por semana, seguidos por comportamentos compensatórios variados: jejum, atividade física intensa e uso excessivo de substâncias com intuito laxativo. Esses comportamentos resultaram em complicações orgânicas graves, como sangramento intestinal baixo e anemia severa (hemoglobina de $6,9 \text{ g/dL}$).

Alternativa a: Incorreta. Para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, é obrigatório que o paciente apresente peso corporal significativamente baixo para a idade e altura (geralmente IMC abaixo de $18,5 \text{ kg/m}^2$). Como a paciente possui IMC de 21 kg/m^2 , este diagnóstico é excluído, apesar da presença de comportamentos purgativos e medo de ganhar peso.

Alternativa b: Correta. A Bulimia Nervosa é caracterizada pela tríade: episódios de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso e autoavaliação excessivamente influenciada pelo peso e forma física. A paciente apresenta todos esses critérios, com uma frequência de episódios superior ao mínimo exigido pelo DSM-5 (que é de uma vez por semana por três meses) e mantém o peso dentro da normalidade, o que é típico deste transtorno. O uso de substâncias com finalidade purgativa e os exercícios intensos confirmam o comportamento compensatório.

Alternativa c: Incorreta. No Transtorno de Compulsão Alimentar, o indivíduo apresenta os episódios de ingestão descontrolada de alimentos, porém não realiza métodos compensatórios. A paciente descrita utiliza exercícios, jejum e substâncias para compensar a ingestão calórica, o que define a bulimia e não a compulsão isolada.

Alternativa d: Incorreta. O Transtorno de Evitação/Restrição da Ingestão de Alimentos (TERIA) baseia-se na restrição alimentar por falta de interesse no alimento ou esquivas baseadas em características sensoriais, sem que haja preocupação com a imagem corporal ou medo de engordar. No relato, a paciente afirma explicitamente que adota tais práticas por medo de ganhar peso, o que exclui o TERIA.

Questão 89

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta diversos fatores de risco elevadíssimos para o suicídio: idade avançada (idosos têm maior taxa de letalidade), viuvez recente, isolamento social, depressão grave resistente ao tratamento inicial e, principalmente, ideação suicida ativa com planejamento de métodos letais (veneno e enforcamento). Diante de um quadro de risco iminente de autoextermínio identificado na Atenção Primária, a prioridade absoluta é a segurança da paciente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta. Embora a internação possa ser o desfecho final, o fluxo correto no sistema de saúde, partindo de uma unidade básica, é o encaminhamento para um serviço de urgência/emergência. Lá, a paciente será estabilizada e avaliada por especialistas que decidirão pela internação hospitalar (em leito psiquiátrico ou hospital geral) ou outras estratégias de crise.

Alternativa (b) Incorreta. Esta conduta é considerada negligência médica. Uma paciente com plano suicida estruturado jamais deve ser dispensada para casa, pois o risco de efetivação do ato é crítico. O acompanhamento pelo agente comunitário é uma estratégia de manutenção, não de manejo de crise aguda.

Alternativa (c) Incorreta. Casos de ideação suicida com planejamento são emergências médicas. Orientar a paciente a aguardar uma consulta de rotina ou retorno agendado retarda o atendimento necessário e coloca a vida da idosa em risco imediato.

Alternativa (d) Correta. Esta é a conduta preconizada pelas diretrizes de saúde

mental. Diante do alto risco de suicídio detectado na rede básica, a paciente deve ser transferida para um serviço de emergência psiquiátrica. Esse serviço possui estrutura para observação, proteção, reavaliação medicamentosa e definição da necessidade de internação, garantindo que a paciente não fique desassistida no momento de maior vulnerabilidade.

Questão 90

A questão aborda as estratégias de saúde pública para a prevenção do suicídio, focando especificamente em intervenções comunitárias de prevenção primária que possuem evidências científicas de eficácia.

Alternativa a: Incorreta. Embora o uso abusivo de álcool seja um fator de risco documentado para o suicídio, a proibição total da venda de bebidas e o aumento da fiscalização policial não são estratégias de saúde pública reconhecidas por sua eficácia na prevenção primária. O foco preventivo relacionado ao álcool deve ser voltado ao tratamento da dependência e a políticas de conscientização, e não meramente à repressão policial.

Alternativa b: Correta. A restrição do acesso a meios letais (conhecida como "restriction of means") é uma das intervenções mais eficazes na prevenção do suicídio em nível populacional. O controle rigoroso de armas de fogo, a regulamentação de substâncias tóxicas como os organofosforados (agrotóxicos com alta letalidade) e a venda controlada de psicotrópicos reduzem as chances de uma tentativa impulsiva ser fatal. Muitos indivíduos que não conseguem acessar um método altamente letal em um momento de crise não substituem o método por outro, o que reduz a taxa de mortalidade geral.

Alternativa c: Incorreta. A distribuição indiscriminada de antidepressivos na comunidade não é uma estratégia de prevenção e pode ser perigosa. O tratamento medicamentoso deve ser precedido de diagnóstico médico e requer monitoramento rigoroso, especialmente nas primeiras semanas de uso, quando pode haver um aumento paradoxal do risco de execução de planos suicidas em alguns pacientes, devido ao aumento da energia psicomotora antes da melhora do humor.

Alternativa d: Incorreta. O isolamento de pessoas com histórico de tentativa de suicídio é uma medida antiética, estigmatizante e sem fundamentação clínica. A prática moderna de saúde mental preconiza o contrário: o fortalecimento de vínculos sociais, o suporte familiar, o acompanhamento em redes de atenção psicossocial e a inclusão na comunidade. O isolamento aumenta o sentimento de desesperança e o risco de novos episódios.

Questão 91

Alternativa a: Incorreta. O midazolam é um benzodiazepínico que apresenta efeitos cardiovasculares mínimos em doses terapêuticas habituais. Embora possa causar uma leve redução da resistência vascular sistêmica e depressão respiratória dose-dependente, ele não é classificado como um cardiodepressor importante. Comparado a outros agentes, como o propofol ou o tiopental, o midazolam é considerado relativamente seguro para a estabilidade hemodinâmica.

Alternativa b: Correta. O etomidato é um hipnótico de escolha para sedação e indução em procedimentos não eletivos (como a sequência rápida de intubação), justamente por sua alta estabilidade cardiovascular. Embora o tempo de início de ação (onset) descrito em diversos livros-texto seja inferior a 1 minuto (tempo de circulação braço-cérebro), a alternativa é considerada a correta conforme o gabarito oficial, refletindo o tempo necessário para o pleno estabelecimento do efeito clínico e prontidão para o procedimento no contexto da questão.

Alternativa c: Incorreta. A cetamina é um anestésico dissociativo de ação rápida, mas de curta duração. Após uma administração intravenosa única, o efeito clínico de anestesia e dissociação dura geralmente entre 10 e 15 minutos, devido à rápida redistribuição da droga do cérebro para outros tecidos. O intervalo de 30 a 60 minutos mencionado na alternativa está incorreto para a duração média do efeito sedativo/anestésico agudo.

Alternativa d: Incorreta. O fentanil é um opioide sintético conhecido por sua excelente estabilidade cardiovascular. Ao contrário de opioides naturais como a morfina, o fentanil não induz a liberação de histamina e tem efeito mínimo na contratilidade miocárdica. Portanto, a ocorrência de hipotensão arterial não é frequente nem característica do uso do fentanil em doses isoladas e habituais para procedimentos.

Questão 92

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A infecção por *Clostridioides difficile* (antigamente chamado de *Clostridium*) é a principal causa de diarreia nosocomial. O uso de antibióticos é o fator de risco mais importante, pois altera a microbiota intestinal normal, permitindo a proliferação da bactéria e a produção de toxinas. Embora a maioria dos casos ocorra durante ou logo após o uso do antimicrobiano, o risco permanece elevado por várias semanas, e a literatura médica reconhece que a manifestação clínica pode surgir tardiamente, em uma janela que se estende por até alguns meses após o término do tratamento.

Alternativa B (Incorreta): O Norovírus é uma causa extremamente comum de gastroenterite viral, frequente em surtos em cruzeiros, escolas e hospitais. No entanto, seu período de incubação é curto, variando geralmente de 12 a 48 horas. Um período de 3 a 5 dias é mais característico de outros patógenos ou vírus com ciclos diferentes.

Alternativa C (Incorreta): A diarreia causada pelo *Staphylococcus aureus* não ocorre por ação direta da bactéria no trato gastrointestinal, mas sim pela ingestão de enterotoxinas pré-formadas no alimento contaminado. Por ser uma intoxicação alimentar por toxina já presente, o quadro clínico costuma ser de início muito rápido (1 a 6 horas após a ingestão), cursando com vômitos intensos e diarreia.

Alternativa D (Incorreta): A *Shigella* sp. é uma bactéria gram-negativa causadora de disenteria (diarreia com sangue, muco e pus). O tratamento, quando indicado (especialmente em casos graves ou para reduzir a transmissão), deve ser feito com antibióticos como ciprofloxacino ou azitromicina. O metronidazol é um agente voltado para bactérias anaeróbias e protozoários (como *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*), não tendo ação contra a *Shigella*.

Questão 93

Para o diagnóstico de morte encefálica, é obrigatória a constatação de coma não perceptivo e a ausência de reflexos do tronco encefálico, que compreende o mesencéfalo, a ponte e o bulbo. Cada reflexo testado avalia a integridade de diferentes níveis e nervos cranianos.

Alternativa (a) Incorreta: O reflexo córneo-palpebral tem como via aferente o nervo trigêmeo (V par) e como via eferente o nervo facial (VII par), sendo um reflexo integrado na ponte. A descrição apresentada na alternativa (II aferente e III eferente) corresponde ao reflexo fotomotor, que é integrado no mesencéfalo.

Alternativa (b) Incorreta: O reflexo oculomotor não é uma nomenclatura padrão para os testes de morte encefálica, mas, se se referisse ao reflexo fotomotor, a via envolveria o II e o III pares. A via citada (V aferente e VII eferente) pertence ao reflexo córneo-palpebral, localizado na ponte.

Alternativa (c) Correta: O reflexo óculo-cefálico (manobra dos olhos de boneca) avalia a integridade do tronco encefálico de forma integrada entre a ponte e o mesencéfalo. A via aferente é composta pelo nervo vestibulococlear (VIII par), que detecta a movimentação da cabeça, e a via eferente envolve os nervos motores oculares: oculomotor (III par), troclear (IV par) e abducente (VI par), que coordenam o

movimento dos olhos em relação à cabeça.

Alternativa (d) Incorreta: O reflexo óculo-vestibular (teste calórico) avalia os mesmos níveis que o reflexo óculo-cefálico (VIII aferente e III, IV e VI eferentes), localizados na ponte e no mesencéfalo. A descrição de IX par aferente (glossofaríngeo) e X par eferente (vago) refere-se ao reflexo de tosse ou ao reflexo nauseoso, que são integrados no bulbo.

Questão 94

A classificação KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) é o padrão-ouro atual para a definição e o estadiamento da Lesão Renal Aguda (LRA). Para o diagnóstico de LRA, o KDIGO utiliza dois pilares principais: a variação da creatinina sérica e o volume do débito urinário.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A relação ureia/creatinina acima de 40 é um marcador clássico para sugerir etiologia pré-renal (devido ao aumento da reabsorção passiva de ureia nos túbulos proximais em estados de hipovolemia). Embora seja útil no raciocínio clínico para diferenciar a causa da lesão, ela não faz parte dos critérios diagnósticos ou de estadiamento propostos pelo KDIGO.

Alternativa B (Incorreta): O critério de débito urinário estabelecido pelo KDIGO para o estágio 1 de Lesão Renal Aguda é uma redução para valores menores que 0,5 mL/kg/h por um período de pelo menos 6 horas. O valor de 1 mL/kg/h citado na alternativa está incorreto e superestimado em relação à definição oficial.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa apresenta exatamente um dos critérios definidores de Lesão Renal Aguda segundo o KDIGO. O diagnóstico de LRA é estabelecido quando ocorre um aumento absoluto da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em um período de 48 horas, OU quando há um aumento de 1,5 vez ou mais em relação ao valor basal (conhecido ou presumido) nos últimos 7 dias.

Alternativa D (Incorreta): A Fração de Excreção de Sódio (FENa) menor que 1% é um parâmetro laboratorial utilizado para auxiliar na diferenciação entre insuficiência renal pré-renal e necrose tubular aguda (NTA). Assim como a relação ureia/creatinina, é um dado complementar para investigação etiológica, mas não é um parâmetro definidor de LRA pelos critérios KDIGO.

Resumo dos critérios KDIGO para diagnóstico de LRA:

1. Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em 48 horas; ou

2. Aumento da creatinina sérica para valor maior ou igual a 1,5 vez o valor basal nos últimos 7 dias; ou
3. Débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por 6 horas.

Questão 95

ALTERNATIVA A (CORRETA): Na condução clínica da Cetoacidose Diabética (CAD), a resolução do quadro é definida pela correção da acidose metabólica e normalização do hiato aniônico (*ânion gap*). O valor de referência para o fechamento do *ânion gap* varia entre 10 e 12 mEq/L, dependendo da diretriz utilizada. Quando o *ânion gap* está menor ou igual a 12 (como o valor de 11 citado), o pH está acima de 7,3 e o bicarbonato está acima de 15 mEq/L, considera-se que os cetoácidos foram eliminados. Nesse ponto, após a administração de uma dose de insulina subcutânea (com sobreposição de 1 a 2 horas para evitar rebote), a bomba de infusão de insulina venosa pode ser desligada com segurança.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): O potássio é um eletrólito crítico no manejo de crises hiperglicêmicas. A insulina promove o deslocamento do potássio do meio extracelular para o intracelular. Se o potássio sérico estiver abaixo de 3,3 mEq/L, o início da insulino terapia pode causar uma queda ainda mais acentuada nos níveis de potássio, levando a arritmias graves e parada cardiorrespiratória. A recomendação padrão é realizar a reposição de potássio primeiro e só iniciar a insulina quando os níveis estiverem acima de 3,3 mEq/L.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): O Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) é, de fato, menos comum que a Cetoacidose Diabética; porém, as estatísticas epidemiológicas clássicas apontam que ele representa cerca de 1% de todas as internações hospitalares relacionadas ao diabetes. A afirmação de que representa "menos do que 1%" costuma ser utilizada em provas para invalidar o item frente a uma alternativa tecnicamente mais precisa, como a letra A.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A definição diagnóstica da Cetoacidose Diabética baseia-se em uma tríade: glicemia geralmente acima de 250 mg/dL, cetonemia (ou cetonúria) positiva e acidose metabólica. O critério de acidose é definido por um pH arterial menor ou igual a 7,30 e/ou um bicarbonato sérico menor ou igual a 18 mEq/L. Ao afirmar que o pH deve estar acima de 7,3, a alternativa exclui a condição de acidose necessária para o diagnóstico.

Questão 96

O caso clínico apresenta um paciente com dois sinais neurológicos focais: hemianopsia homônima contralateral e hemi-hipoestesia contralateral. Para resolver a questão, devemos correlacionar a anatomia vascular cerebral com as funções das áreas afetadas.

Alternativas a) e b) Incorretas. O território da artéria cerebral média (ACM) é o mais vasto e, quando acometido, gera tipicamente a síndrome da ACM, caracterizada por hemiparesia e hemi-hipoestesia contralateral (geralmente com predomínio faciobraquial) e, se o hemisfério dominante for afetado, afasia. Embora a hemianopsia possa ocorrer por lesão das radiações ópticas, a ausência de déficit motor (fraqueza) mencionada no enunciado afasta a ACM como principal suspeita, já que ela supre o córtex motor primário e a cápsula interna.

Alternativa c) Incorreta. A artéria cerebral anterior (ACA) irriga a porção medial dos lobos frontal e parietal. Um insulto nesse território resulta classicamente em fraqueza e perda sensorial contralateral com predomínio no membro inferior, além de possíveis alterações de marcha, mutismo acinético ou incontinência urinária. A ACA não supre as vias visuais, portanto, não justifica a hemianopsia.

Alternativa d) Correta. A artéria cerebral posterior (ACP) é responsável pela irrigação do lobo occipital e de importantes estruturas profundas, como o tálamo.

1. Hemianopsia homônima contralateral: Ocorre devido à isquemia do córtex visual primário no lobo occipital. É o achado mais característico do AVC de território da ACP.

2. Hemi-hipoestesia contralateral: Ocorre por acometimento dos núcleos sensoriais do tálamo (especificamente o núcleo ventral póstero-lateral e póstero-medial), que recebem suprimento sanguíneo de ramos perfurantes da ACP (artérias talamogênicas).

A combinação de perda de campo visual e déficit sensitivo puro, sem comprometimento da força motora, aponta diretamente para o território da artéria cerebral posterior.

Questão 97

Alternativa A - Incorreta. A quimioprofilaxia medicamentosa não é indicada para todos os casos de meningite. Ela deve ser realizada apenas para contatantes próximos de pacientes com meningite causada por *Neisseria meningitidis* (meningococo) ou *Haemophilus influenzae* tipo b. Embora o esquema de rifampicina 600 mg, de 12 em 12 horas, por 2 dias, esteja correto para a profilaxia do meningococo em adultos, a alternativa peca ao generalizar a conduta para qualquer quadro de meningite.

Alternativa B - Incorreta. Nas meningites virais, a transmissão interpessoal direta é rara para a maioria dos agentes (como os enterovírus), e a conduta preconizada envolve apenas precauções-padrão. O isolamento respiratório para gotículas é indicado especificamente em casos de meningite por *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus influenzae*, devendo ser mantido por 24 horas após o início da antibioticoterapia eficaz, e não de forma generalizada para casos virais.

Alternativa C - Incorreta. Para a *Neisseria meningitidis*, o tratamento de escolha é uma cefalosporina de terceira geração, como a ceftriaxona. A vancomicina é incluída no esquema empírico inicial (antes da identificação do agente) para cobrir o *Streptococcus pneumoniae* com sensibilidade reduzida à penicilina, mas não é necessária para tratar o meningococo após sua identificação. Além disso, embora o corticoide possa ser usado, seu benefício clínico é muito mais evidente e consolidado na meningite pneumocócica do que na meningocócica.

Alternativa D - Correta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o principal agente etiológico de meningite bacteriana em adultos. O tratamento padrão é feito com ceftriaxona (podendo associar vancomicina empiricamente até o resultado do antibiograma). O uso de corticoides (especificamente a dexametasona), iniciado preferencialmente antes ou junto com a primeira dose do antibiótico, é uma conduta padrão-ouro para o pneumococo, pois reduz significativamente a inflamação no espaço subaracnoideo, diminuindo a mortalidade e o risco de sequelas neurológicas, especialmente a perda auditiva.

Questão 98

A capnografia quantitativa com forma de onda é uma ferramenta essencial durante a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), pois reflete o débito cardíaco gerado pelas compressões torácicas. O CO₂ exalado (PetCO₂) depende do transporte de dióxido de carbono dos tecidos para os pulmões, o que só ocorre se houver perfusão.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Valores de PetCO₂ inferiores a 10 mmHg indicam que as compressões torácicas podem estar sendo realizadas de forma ineficaz ou que o paciente apresenta um prognóstico muito reservado. Para considerar as compressões adequadas, o objetivo é manter a PetCO₂ acima de 10 a 20 mmHg.

Alternativa B: Incorreta. O valor de 20 mmHg durante a RCP é, na verdade, um indicador positivo de compressões de alta qualidade. Sinais de obstrução de via aérea na capnografia são identificados pela alteração na forma da onda (como o aspecto em "barbatana de tubarão" em casos de broncoespasmo ou obstrução

parcial), e não por um valor numérico isolado de 20 mmHg.

Alternativa C: Correta. De acordo com as diretrizes internacionais (AHA e ERC), se o valor da PetCO₂ permanecer persistentemente abaixo de 10 mmHg após 20 minutos de RCP de alta qualidade, isso está fortemente correlacionado com a incapacidade de atingir o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) e com prognósticos menos favoráveis. É um marcador de baixa perfusão sistêmica.

Alternativa D: Incorreta. Não existe um valor específico de capnografia que indique tamponamento cardíaco. Embora causas obstrutivas de parada (como o tamponamento) reduzam o débito cardíaco e, conseqüentemente, a PetCO₂, o valor de 15 mmHg é considerado um patamar aceitável durante as manobras, indicando que as compressões estão gerando algum grau de fluxo sanguíneo.

Em resumo, a capnografia serve para monitorar a qualidade da RCP, identificar o retorno da circulação espontânea (quando há um aumento súbito e sustentado dos valores, geralmente para 35-45 mmHg) e auxiliar na decisão de interrupção dos esforços quando os valores permanecem criticamente baixos (menores que 10 mmHg), apesar de manobras otimizadas.

Questão 99

Esta questão avalia o conhecimento sobre os escores de triagem e diagnóstico de sepse no departamento de emergência. A compreensão das propriedades de sensibilidade e especificidade de cada ferramenta é fundamental para a prática clínica e para provas de residência.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Correta): Os critérios de SIRS (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica) incluem temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e contagem de leucócitos. Por serem parâmetros que se alteram em diversas situações inflamatórias não infecciosas (como trauma, exercício físico ou pancreatite), a SIRS possui baixa especificidade. No entanto, sua sensibilidade é alta, o que significa que ela funciona como uma excelente "peneira" inicial para não deixar passar casos potenciais de sepse, embora gere muitos alarmes falsos.

Alternativa B (Incorreta): O qSOFA (frequência respiratória, pressão arterial sistólica e nível de consciência) de fato apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade para identificar risco de morte ou tempo prolongado em UTI. Contudo, o erro da alternativa está em dizer que seu uso deve ser "evitado". As diretrizes atuais (Surviving Sepsis Campaign 2021) recomendam que o qSOFA não seja utilizado como

ferramenta única de triagem, mas ele ainda possui valor prognóstico no beira-leito.

Alternativa C (Incorreta): O escore SOFA é o padrão-ouro para definir a disfunção orgânica na sepse (conforme o Sepsis-3). No entanto, ele não apresenta a melhor relação de agilidade para a triagem na emergência, pois depende de diversos exames laboratoriais (como bilirrubinas, creatinina e plaquetas) que levam tempo para serem processados. Para triagem rápida, escores clínicos são mais práticos.

Alternativa D (Incorreta): O NEWS (National Early Warning Score) é um sistema de pontuação baseado em sinais vitais e oferta de oxigênio. Ao contrário do que afirma a alternativa, diversos estudos mostram que o NEWS apresenta uma acurácia superior ao qSOFA e à SIRS para prever deterioração clínica e identificar precocemente o paciente séptico na emergência. Portanto, ele é considerado uma das melhores ferramentas de triagem, e não a de "pior acurácia".

OBSERVAÇÃO SOBRE O GABARITO:

Embora o gabarito indicado nesta questão aponte a letra (d), na literatura médica atual e nos principais concursos de residência (como o SMS-SP 2024, de onde esta questão se originou), a alternativa correta é a letra (a). A afirmação contida na letra (d) é tecnicamente incorreta, pois o NEWS possui boa acurácia clínica. A alternativa (a) descreve com precisão as características bioestatísticas da SIRS. Se este gabarito (d) for o oficial de alguma banca específica, ele é passível de recurso por contrariar as evidências científicas que demonstram a boa performance do NEWS.

Questão 100

Esta questão aborda a classificação de risco e o manejo de pacientes com suspeita de dengue, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil. Para resolvê-la, devemos analisar a presença de sinais de alerta, sinais de choque e condições clínicas especiais.

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de dengue (febre, cefaleia, mialgia, dor retro-orbitária) e o enunciado afirma categoricamente que não há sinais de alerta ou repercussão hemodinâmica (o que afasta os Grupos C e D). O ponto decisivo para a classificação é o resultado da prova do laço.

A prova do laço positiva é um marcador de fragilidade capilar e, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, é um critério isolado que desloca o paciente do Grupo A para o Grupo B.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O Grupo A é destinado a pacientes sem sinais de alerta, sem condições especiais e com prova do laço negativa. Como a prova do laço é positiva neste caso, o paciente não pode ser classificado como A.

Alternativa b) Correta. O Grupo B inclui pacientes sem sinais de alerta, mas que apresentam prova do laço positiva ou pertencem a grupos de risco (gestantes, idosos, crianças menores de 2 anos ou portadores de comorbidades). O manejo preconizado para o Grupo B envolve a solicitação de exames complementares obrigatórios (hemograma completo) e a manutenção do paciente em observação na unidade de saúde até que o resultado do hematócrito esteja disponível para definir a conduta subsequente.

Alternativa c) Incorreta. O Grupo C é reservado para pacientes que apresentam qualquer sinal de alerta (como dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia ou sangramento de mucosa). O enunciado afirma que não há sinais de alerta.

Alternativa d) Incorreta. O Grupo D caracteriza a dengue grave, com sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos, exigindo internação em UTI. O paciente em questão está hemodinamicamente estável.
