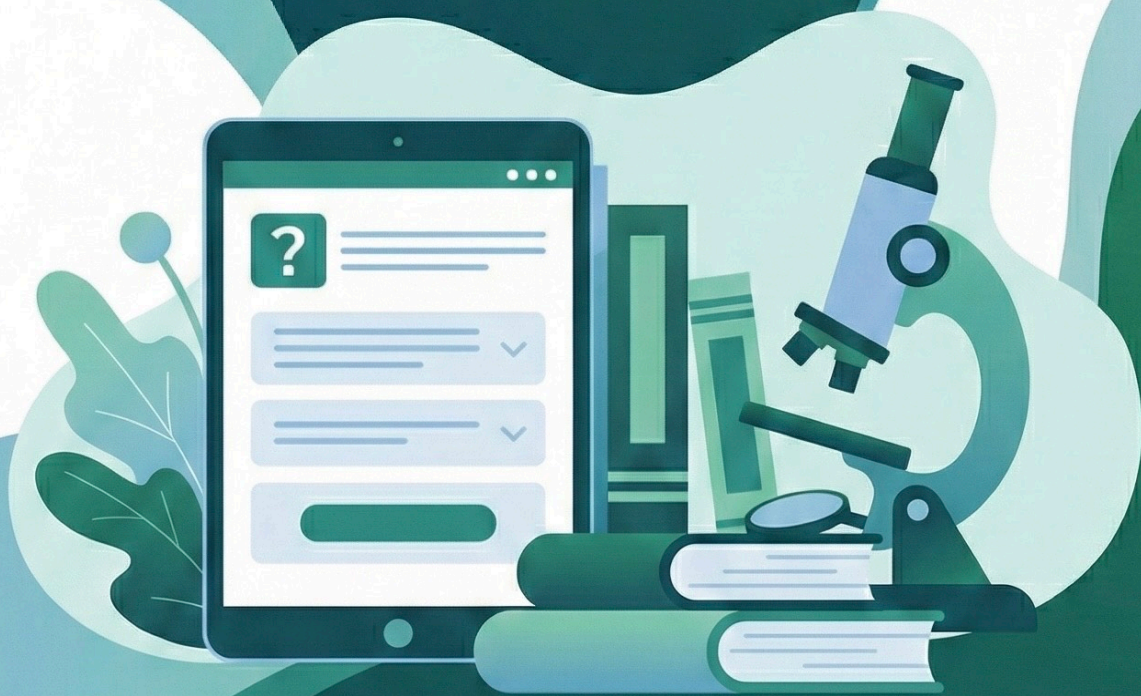


Hospital Santa Rita de Cássia

GABARITO | 2026 | SP | 50 Questões



Gabarito: Hospital Santa Rita de Cássia

2026 | SP

- | | |
|--------|--------|
| 1 - D | 40 - A |
| 2 - B | 41 - B |
| 3 - C | 42 - A |
| 4 - A | 43 - E |
| 5 - E | 44 - C |
| 6 - D | 45 - D |
| 7 - E | 46 - C |
| 8 - B | 47 - E |
| 9 - A | 48 - B |
| 10 - C | 49 - D |
| 11 - A | 50 - A |
| 12 - C | |
| 13 - D | |
| 14 - E | |
| 15 - A | |
| 16 - C | |
| 17 - B | |
| 18 - B | |
| 19 - E | |
| 20 - D | |
| 21 - D | |
| 22 - A | |
| 23 - A | |
| 24 - C | |
| 25 - B | |
| 26 - D | |
| 27 - C | |
| 28 - E | |
| 29 - C | |
| 30 - E | |
| 31 - B | |
| 32 - C | |
| 33 - A | |
| 34 - E | |
| 35 - D | |
| 36 - B | |
| 37 - E | |
| 38 - C | |
| 39 - D | |

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma síndrome anêmica (astenia, dispneia e palidez) associada a achados laboratoriais de anemia macrocítica (VCM 112 fL) e pancitopenia (redução de hemácias, leucócitos e plaquetas). O dado crucial no esfregaço de sangue periférico é a presença de neutrófilos hipersegmentados, que é o marcador clássico das anemias megaloblásticas. Essas anemias ocorrem devido a uma falha na síntese de DNA durante a hematopoiese.

As duas causas principais de anemia megaloblástica são as deficiências de Vitamina B9 (Ácido Fólico) e Vitamina B12 (Cobalamina). A distinção entre elas neste caso clínico baseia-se em dois pontos fundamentais:

1. Tempo de reserva: O organismo possui reservas de folato (B9) para apenas 3 a 4 meses, enquanto as reservas de B12 são extensas e duram de 3 a 5 anos. O paciente está em situação de rua e com dieta precária há 1 ano, tempo suficiente para exaurir os estoques de B9, mas geralmente insuficiente para esgotar os de B12.
2. Sintomas neurológicos: A deficiência de B12 frequentemente causa neuropatia e degeneração da medula espinhal, enquanto a deficiência de folato não apresenta sintomas neurológicos. O exame físico do paciente foi explicitamente descrito como normal na parte neurológica.

Análise das alternativas:

- a) Vitamina B1: Incorreta. A deficiência de tiamina causa o beribéri (seco ou úmido) e a encefalopatia de Wernicke, afetando principalmente os sistemas cardiovascular e nervoso, sem causar pancitopenia ou macrocitose.
- b) Vitamina B2: Incorreta. A deficiência de riboflavina causa ariboflavinose, caracterizada por lesões em mucosas, como queilite angular, glossite e dermatite seborreica, sem relação com o quadro hematológico descrito.
- c) Vitamina B3: Incorreta. A deficiência de niacina causa a pelagra, manifestada pelos três Ds: dermatite, diarreia e demência. Não é causa de anemia megaloblástica.
- d) Vitamina B9: Correta. O ácido fólico é encontrado em vegetais verdes e carnes. A situação de rua com alimentação precária por um ano é o cenário ideal para essa deficiência. A deficiência de B9 justifica perfeitamente a pancitopenia, a macrocitose e a hipersegmentação de neutrófilos na ausência de sintomas neurológicos.

e) Vitamina B12: Incorreta. Embora a deficiência de B12 também cause pancitopenia e neutrófilos hipersegmentados, o curto período de desnutrição (1 ano) e a ausência de alterações neurológicas tornam a deficiência de folato (B9) a hipótese muito mais provável e correta para a questão.

Questão 2

O quadro clínico e laboratorial do paciente indica claramente uma anemia megaloblástica. Os principais achados que sustentam esse diagnóstico são: macrocitose (VCM 112 fL), pancitopenia (anemia, leucopenia e plaquetopenia) e a presença de neutrófilos hipersegmentados no esfregaço de sangue periférico (achado patognomônico). Esse tipo de anemia ocorre geralmente por deficiência de vitamina B12 (cobalamina) ou vitamina B9 (ácido fólico), ambas comuns em situações de desnutrição grave e privação alimentar, como relatado no caso.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A síndrome de Wernicke-Korsakoff é causada pela deficiência de vitamina B1 (tiamina), frequentemente associada ao etilismo crônico ou à desnutrição grave. Embora o paciente esteja desnutrido, os achados hematológicos de macrocitose e hipersegmentação de neutrófilos apontam especificamente para a carência de B12 ou folato.

Alternativa B: Correta. Na anemia megaloblástica, ocorre um fenômeno chamado eritropoiese ineficaz. Devido ao defeito na síntese de DNA, os precursores das hemácias são anormais e acabam sendo destruídos ainda dentro da medula óssea (hemólise intramedular). Essa destruição libera hemoglobina, que é convertida em bilirrubina indireta, podendo levar ao surgimento de icterícia em casos mais graves, além da elevação de desidrogenase lática (DHL).

Alternativa C: Incorreta. Queilite angular, dermatite seborreica e vascularização da córnea são manifestações clássicas da deficiência de vitamina B2 (riboflavina), que não se correlacionam com o quadro de anemia macrocítica e pancitopenia descrito.

Alternativa D: Incorreta. Dermatite, diarreia e demência formam a tríade da pelagra (os "3 Ds"), causada pela deficiência de vitamina B3 (niacina). Não há relação direta com neutrófilos hipersegmentados ou macrocitose severa.

Alternativa E: Incorreta. A neuropatia com diminuição da sensação de vibração e posição (degeneração combinada subaguda da medula) é exclusiva da deficiência de vitamina B12. No entanto, a questão apresenta um paciente com exame neurológico normal e uma história de desnutrição global na qual a deficiência de folato (que não

causa esses sintomas neurológicos) é um diferencial importante. A alternativa B é considerada mais adequada para descrever a repercussão do quadro hematológico grave (hemólise intramedular) comum a ambas as hipovitaminoses que causam megaloblastose. Além disso, o enunciado pergunta sobre quadros severos da "mesma hipovitaminose", e a hiperbilirrubinemia indireta é uma consequência direta da gravidade da própria anemia megaloblástica.

Questão 3

A estenose mitral é uma valvulopatia frequentemente associada à seqüela de febre reumática, como no caso da paciente de 38 anos. A compreensão da fisiopatologia e da semiologia cardíaca é fundamental para identificar as características clássicas desse sopro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sopro da estenose mitral é obrigatoriamente diastólico, pois é nesse momento que o sangue flui do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo através da valva mitral estenosada. Um sopro sistólico no foco mitral indicaria insuficiência mitral.

b) Incorreta. A irradiação para o pescoço é típica de patologias da valva aórtica (como a estenose aórtica). Além disso, o sopro da estenose mitral é um som de baixa frequência, sendo mais bem captado pela campânula do estetoscópio, e não pelo diafragma.

c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o "ruflar diastólico". O sopro ocorre na diástole e apresenta um reforço pré-sistólico (causado pela sístole atrial, que aumenta o fluxo no final da diástole, desde que o paciente esteja em ritmo sinusal). O foco mitral (ápice) é o local de maior intensidade, e a posição de Pachón (decúbito lateral esquerdo) aproxima a ponta do coração da parede torácica, facilitando a ausculta com a campânula.

d) Incorreta. O sopro da estenose mitral não irradia para o pescoço. Além disso, na estenose mitral, a primeira bulha (B1) costuma ser hiperfonética (devido ao fechamento abrupto das cúspides espessadas) e não se espera hipofonese da segunda bulha como característica definidora do sopro mitral.

e) Incorreta. A irradiação para a fúrcula não é característica da estenose mitral, sendo mais comum em sopros aórticos. A posição sentada com inclinação para frente também é uma manobra utilizada para evidenciar sopros da base do coração (aórticos e pulmonares), e não do foco mitral.

Resumo dos achados na Estenose Mitral:

1. B1 hiperfonética.
2. Estalido de abertura da valva mitral (logo após B2).
3. Ruflar diastólico (baixa frequência — campânula).
4. Reforço pré-sistólico (em ritmo sinusal).
5. Mais audível no foco mitral em decúbito lateral esquerdo (posição de Pachón).

Questão 4

O acidente elapídico é causado por serpentes do gênero *Micrurus* (corais-verdadeiras). O veneno possui ação predominantemente neurotóxica, atuando nos receptores de acetilcolina na junção neuromuscular. De acordo com o Manual do Ministério da Saúde, a análise das alternativas revela o seguinte:

Alternativa a) Correta. A neurotoxicidade do veneno elapídico bloqueia a transmissão neuromuscular, levando a uma paralisia motora progressiva. Os sinais iniciais costumam ser a ptose palpebral bilateral e a oftalmoplegia (dificuldade de movimentação ocular), que compõem a chamada fácies miastênica ou de Rosenfeld. Pode evoluir para fraqueza de músculos respiratórios e insuficiência respiratória aguda. Importante notar que o acidente crotálico (cascavel) também pode apresentar essa fácies, mas a questão pede a descrição clínica compatível com o elapídico.

Alternativa b) Incorreta. Essa descrição é característica do acidente botrópico (jararaca). O veneno de jararaca possui ação proteolítica, coagulante e hemorrágica, resultando em dor, edema, equimoses e sangramentos no local da picada, além de possíveis alterações sistêmicas da coagulação.

Alternativa c) Incorreta. Edema local importante e dor são típicos de acidentes botrópicos ou laquéticos. O acidente elapídico é conhecido justamente por cursar com manifestações locais discretas ou ausentes; o paciente pode apresentar apenas uma leve parestesia ou dor local mínima, sem edema ou equimose significativos.

Alternativa d) Incorreta. A síndrome vagal (bradicardia, hipotensão, cólicas abdominais e diarreia) é a marca registrada do acidente laquético (surucucu-pico-de-jaca). Este acidente combina a sintomatologia local do botrópico com esses sinais de estimulação parassimpática.

Alternativa e) Incorreta. A insuficiência renal aguda é uma complicação sistêmica grave comum nos acidentes crotálicos (devido à rabdomiólise e mioglobinúria) e botrópicos graves. Embora possa ocorrer em situações críticas, não define o quadro clínico típico inicial do acidente elapídico descrito pelo Ministério da Saúde.

Questão 5

O quadro clínico descreve uma pneumonia atípica em uma paciente adolescente. Os principais pontos que direcionam o diagnóstico são o início subagudo (7 dias de sintomas), a tosse seca, o infiltrado intersticial bilateral na radiografia de tórax e, fundamentalmente, as manifestações extrapulmonares: a otalgia com hiperemia timpânica (sugestiva de miringite bolhosa) e as lesões cutâneas em alvo (eritema multiforme).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) é o principal agente da pneumonia típica. Clinicamente, manifesta-se com início abrupto, febre alta, tosse produtiva e, na radiografia, observa-se geralmente consolidação lobar com broncogramas aéreos, o que diverge do padrão intersticial e das lesões de pele da paciente.
- b) Incorreta. O *Staphylococcus aureus* costuma causar pneumonias graves e rapidamente progressivas, frequentemente após um quadro gripal. Pode apresentar complicações como abscessos, pneumatoceles e derrame pleural, não correspondendo ao padrão de infiltrado intersticial leve e manifestações de hipersensibilidade do tipo eritema multiforme.
- c) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* causa pneumonia de padrão típico (consolidação). É um agente comum em pacientes com doenças pulmonares crônicas ou crianças, mas não costuma estar associado a manifestações cutâneas em alvo ou miringite.
- d) Incorreta. Embora a *Chlamydia pneumoniae* seja um agente de pneumonia atípica e possa causar infiltrado intersticial em jovens, ela não é a associação epidemiológica e clínica clássica com o eritema multiforme (lesões em alvo) nem com a miringite bolhosa.
- e) Correta. O *Mycoplasma pneumoniae* é a causa mais comum de pneumonia atípica em adolescentes e adultos jovens. O quadro é tipicamente insidioso, com sintomas constitucionais, tosse seca e dissociação clínico-radiológica (o raio X parece pior do que o exame físico pulmonar). É o agente clássico relacionado a manifestações extrapulmonares, como a miringite bolhosa e o eritema multiforme. Como o *Mycoplasma* não possui parede celular, os antibióticos betalactâmicos não são eficazes. O tratamento de escolha é feito com macrolídeos, como a azitromicina, que agem na síntese proteica bacteriana.

Questão 6

O quadro clínico descrito aponta para uma pneumonia atípica causada pela bactéria *Mycoplasma pneumoniae*. Os principais indícios são: a idade da paciente (adolescente), a presença de pródromos respiratórios (tosse seca, odinofagia, mialgia), a otalgia associada à hiperemia timpânica (sugerindo miringite bolhosa, clássica do *Mycoplasma*), o infiltrado intersticial bilateral no raio X de tórax e, fundamentalmente, as lesões dermatológicas em "alvo" (eritema multiforme), que é a manifestação extrapulmonar mais característica desta infecção.

Alternativa A (Incorreta): A elevação acentuada de transaminases (acima de 10 vezes o valor de referência) é típica de hepatites virais agudas ou lesões tóxico-farmacológicas, e não é um achado esperado na pneumonia por *Mycoplasma*.

Alternativa B (Incorreta): A dissociação pulso-temperatura (Sinal de Faget) ocorre quando o paciente apresenta febre alta sem o aumento proporcional da frequência cardíaca. É um sinal clássico de febre amarela, febre tifoide e da pneumonia por *Legionella pneumophila*, mas não é o achado mais característico do *Mycoplasma*.

Alternativa C (Incorreta): O *Mycoplasma pneumoniae* é uma bactéria que não possui parede celular. Como as aminopenicilinas (como amoxicilina e ampicilina) agem justamente impedindo a síntese da parede celular bacteriana, elas não possuem eficácia contra esse agente. O tratamento de escolha envolve macrolídeos (como azitromicina) ou tetraciclina.

Alternativa D (Correta): Cerca de 50% a 75% dos pacientes com pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae* desenvolvem crioaglutininas (anticorpos IgM que aglutinam hemácias em baixas temperaturas). Esses anticorpos podem causar anemia hemolítica autoimune e são um marcador laboratorial clássico, embora inespecífico, associado a essa patologia.

Alternativa E (Incorreta): O *Mycoplasma* costuma causar um padrão de infiltrado intersticial com pouco ou nenhum derrame pleural. Derrames pleurais volumosos são mais comuns em pneumonias bacterianas típicas (como pelo *Streptococcus pneumoniae*) ou em quadros de tuberculose pleural.

Questão 7

Alternativa a: Incorreta. Embora o impacto do café na pressão arterial a longo prazo seja menor em consumidores habituais devido à tolerância, a cafeína pode causar elevações agudas e temporárias na pressão arterial e na frequência cardíaca. As diretrizes recomendam a moderação, e afirmar que não há qualquer necessidade de limitação é uma orientação imprecisa para um paciente hipertenso, especialmente se

ele consome volumes maiores.

Alternativa b: Incorreta. O uso de solução salina nasal, mesmo na forma hipertônica, tem ação local na mucosa respiratória. A quantidade de sódio absorvida sistemicamente por essa via é desprezível e não possui relevância clínica no controle da hipertensão arterial sistêmica, não havendo base para contra-indicação.

Alternativa c: Incorreta. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são uma das classes de medicamentos que mais interferem no tratamento da hipertensão. Eles inibem as prostaglandinas renais, resultando em retenção de sódio e água, além de promoverem vasoconstrição. Também podem atenuar o efeito de medicamentos como diuréticos, inibidores da ECA e bloqueadores dos receptores de angiotensina.

Alternativa d: Incorreta. No manejo da hipertensão, o impacto negativo do álcool está relacionado à quantidade total de etanol consumida e não ao tipo de bebida (fermentada ou destilada). As diretrizes recomendam a restrição do consumo total de álcool para auxiliar no controle pressórico, independentemente da origem da bebida.

Alternativa e: Correta. Os descongestionantes orais, como a pseudoefedrina e a fenilefrina, são agentes simpatomiméticos que causam vasoconstrição e podem elevar a pressão arterial e a frequência cardíaca. Conforme as diretrizes do ACC/AHA, esses medicamentos devem ter seu uso evitado ou minimizado, especialmente em pacientes com hipertensão grave ou que não esteja adequadamente controlada, devido ao risco de descompensação clínica.

Questão 8

Esta questão aborda as recomendações da Diretriz Brasileira de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório (2023) sobre a realização da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). O objetivo é garantir que as medidas reflitam a pressão arterial real do paciente, minimizando interferências externas.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A orientação correta é realizar as medidas no braço que apresentou os maiores valores de pressão arterial durante a avaliação inicial no consultório (braço com maior valor de pressão). Caso não haja diferença significativa entre os braços, utiliza-se preferencialmente o braço não dominante para maior conforto do paciente.

Alternativa B: Correta. Esta é uma recomendação fundamental para a estabilização hemodinâmica antes da aferição. O paciente deve estar em ambiente calmo,

sentado, com as costas apoiadas e os pés no chão, permanecendo em repouso por um período de 3 a 5 minutos antes da primeira medida. Além disso, não deve falar durante o procedimento, pois o ato de falar pode elevar os níveis pressóricos.

Alternativa C: Incorreta. O braço não deve ficar estendido ao longo do corpo. A recomendação correta é que o braço esteja apoiado sobre uma superfície firme (como uma mesa), posicionado na altura do coração (nível do ponto médio do esterno), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Braços pendentes ou sem apoio podem superestimar os valores da pressão devido à gravidade e à contração muscular isométrica.

Alternativa D: Incorreta. A recomendação de evitar o consumo de cafeína, o fumo ou a prática de exercícios físicos refere-se ao período de 30 a 60 minutos ANTES da realização das medidas, e não após. Tais substâncias e atividades estimulam o sistema nervoso simpático, podendo elevar transitoriamente a pressão arterial e mascarar o resultado real do exame.

Alternativa E: Incorreta. Na grande maioria dos indivíduos, ocorre o fenômeno do alerta ou o "efeito do avental branco", o que faz com que a pressão arterial medida dentro do consultório seja, em média, mais alta do que a pressão medida fora dele (MRPA ou MAPA). Inclusive, os valores de referência para diagnóstico de hipertensão na MRPA são menores (maiores ou iguais a 130/80 mmHg) do que no consultório (maiores ou iguais a 140/90 mmHg).

Questão 9

O carcinoma hepatocelular (CHC) é conhecido por sua capacidade de produzir diversas substâncias sistêmicas, resultando em síndromes paraneoplásicas. Entre as manifestações mais comuns e características, destacam-se a eritrocitose, a hipoglicemia, a hipercalemia e a hipercolesterolemia.

Alternativa (a) - CORRETA: A eritrocitose ocorre em cerca de 3% a 12% dos pacientes com CHC. Ela é causada pela produção ectópica de eritropoietina (EPO) pelas células tumorais ou, em alguns casos, pela compressão do tecido hepático normal, o que estimula a síntese dessa substância. Isso leva ao aumento da massa de glóbulos vermelhos no sangue, justificando a alternativa.

Alternativa (b) - INCORRETA: O CHC está classicamente associado à hipoglicemia paraneoplásica, e não à hiperglicemia. A hipoglicemia ocorre por dois mecanismos: o Tipo A (em fases terminais, devido ao alto consumo de glicose pelo tumor e falência hepática) e o Tipo B (causado pela secreção de uma forma imatura de fator de crescimento semelhante à insulina, o IGF-2).

Alternativa (c) - INCORRETA: A alteração metabólica do cálcio associada ao CHC é a hipercalcemia, e não a hipocalcemia. A hipercalcemia paraneoplásica no CHC geralmente decorre da secreção da proteína relacionada ao paratormônio (PTHrP), que mimetiza a ação do PTH, promovendo reabsorção óssea e aumento dos níveis séricos de cálcio.

Alternativa (d) - INCORRETA: O aumento da excreção urinária de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) é um marcador diagnóstico para a síndrome carcinoide, que ocorre em tumores neuroendócrinos produtores de serotonina. Não é uma manifestação típica ou esperada para o carcinoma hepatocelular.

Alternativa (e) - INCORRETA: A hiponatremia com queda da osmolalidade plasmática sugere a Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH). Embora a SIADH possa ocorrer em diversos tipos de neoplasias (como o câncer de pulmão de pequenas células), ela não é considerada uma das síndromes paraneoplásicas clássicas ou frequentes do carcinoma hepatocelular na proporção estatística mencionada no enunciado.

Questão 10

O caso clínico descreve uma paciente na fase crônica da infecção por Chikungunya (sintomas há 5 meses, ultrapassando o marco de 3 meses ou 90 dias). Ela apresenta sinais de artrite persistente (sinais flogísticos em joelhos, punhos e cotovelos, além de rigidez matinal) e já apresentou falha ao tratamento inicial com anti-inflamatórios e hidroxicloroquina.

De acordo com o Manual de Manejo Clínico de Chikungunya do Ministério da Saúde (2ª edição), o tratamento da fase crônica deve ser escalonado. A hidroxicloroquina é frequentemente a primeira Droga Modificadora do Curso da Doença (MET) utilizada. Diante da falha terapêutica ou em casos com acometimento articular moderado a grave com sinais de sinovite, o metotrexato é a droga de escolha para o controle do processo inflamatório crônico.

Alternativa a) Incorreta. A colchicina é indicada para o tratamento de crises de gota e em certas condições, como pericardite, mas não possui indicação no protocolo de tratamento da fase crônica da Chikungunya.

Alternativa b) Incorreta. Os sais de ouro são fármacos de uso histórico na reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide, porém atualmente estão em desuso e não fazem parte das recomendações para o manejo das arboviroses.

Alternativa c) Correta. O metotrexato é o imunossupressor (MET) de eleição para o manejo da fase crônica da Chikungunya quando há evidência de artrite persistente e falha à hidroxicloroquina. Ele atua reduzindo a inflamação sinovial e é fundamental para evitar a cronificação da dor e possíveis danos articulares.

Alternativa d) Incorreta. Embora os opioides possam ser usados para o controle da dor em pacientes que não respondem a analgésicos comuns, eles são apenas sintomáticos. Eles não tratam a base inflamatória da artrite descrita no exame físico da paciente.

Alternativa e) Incorreta. Os imunobiológicos (como os anti-TNF) são reservados apenas para casos graves e refratários, que permanecem com atividade de doença após a falha de tratamentos convencionais com METs (como o uso isolado ou combinado de metotrexato, leflunomida ou sulfassalazina). Não são a droga de escolha imediata após a falha da hidroxicloroquina.

Questão 11

O diagnóstico do paciente fundamenta-se nos Critérios de Roma IV para constipação intestinal funcional em crianças com idade de desenvolvimento de pelo menos 4 anos. Segundo esses critérios, o diagnóstico é estabelecido quando o paciente apresenta pelo menos dois dos seguintes itens, por pelo menos um mês: duas ou menos defecações no vaso sanitário por semana; pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; histórico de comportamento de retenção fecal excessiva; histórico de evacuações dolorosas ou difíceis; presença de grande massa fecal no reto; ou histórico de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário. O caso clínico descreve um menino de 6 anos com evacuações infrequentes, dolorosas, volumosas e escape fecal semanal, preenchendo quatro dos critérios citados.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. O quadro é típico de constipação intestinal funcional, que representa cerca de 95% dos casos de constipação na infância. O exame físico normal corrobora essa hipótese, indicando a ausência de sinais de alerta para causas secundárias. O escape fecal (encoprese) mencionado é decorrente do transbordamento de fezes líquidas ao redor de uma massa fecal retida (impactação), sendo um achado clássico da cronicidade funcional.

Alternativa b: Incorreta. A constipação orgânica deve ser suspeitada na presença de sinais de alerta (*red flags*), como atraso na eliminação de mecônio (após 48 horas de vida), vômitos biliosos, distensão abdominal grave, atraso no crescimento

pôndero-estatural, fístulas ou malformações anais e alterações neurológicas. O exame físico normal do paciente afasta, inicialmente, essa hipótese.

Alternativa c: Incorreta. Embora a Síndrome do Intestino Irritável possa cursar com constipação, seu sintoma primordial é a dor abdominal recorrente que melhora ou piora com a evacuação. O quadro descrito foca especificamente na mecânica da constipação e no escape fecal, que são definidores da constipação funcional nos critérios de Roma IV, e não na dor abdominal crônica como sintoma-guia.

Alternativa d: Incorreta. A disquesia do lactente é uma condição funcional que ocorre apenas em crianças com menos de 9 meses de idade. É caracterizada por pelo menos 10 minutos de esforço, choro e vermelhidão facial antes da evacuação de fezes moles, resultante da falta de coordenação entre o esforço expulsivo e o relaxamento do assoalho pélvico. Não se aplica a uma criança de 6 anos.

Alternativa e: Incorreta. A doença celíaca é uma enteropatia imunomediada que pode, em alguns casos, manifestar-se com constipação. No entanto, ela costuma vir acompanhada de outros sintomas como dor abdominal, distensão, anemia ferropriva, baixa estatura ou sintomas gastrointestinais mais variados. O quadro clínico do paciente é perfeitamente explicado pela constipação funcional, sem necessidade de investigar doenças absorptivas de imediato.

Questão 12

O quadro clínico descreve uma adolescente com dor abdominal crônica recorrente (há quatro meses), mas que apresenta sintomas sistêmicos associados: perda de peso e febre. Esses dois achados são considerados sinais de alerta, também conhecidos como sinais de alarme ou red flags.

Na abordagem de dores abdominais em crianças e adolescentes, o principal desafio é diferenciar a dor funcional (como a dispepsia funcional ou a Síndrome do Intestino Irritável) de uma dor de causa orgânica (como doença inflamatória intestinal, infecções crônicas, doença celíaca ou neoplasias). A presença de febre, perda ponderal, desaceleração do crescimento, sangramento gastrointestinal ou dor que desperta o paciente à noite aponta fortemente para uma etiologia orgânica.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora os distúrbios funcionais sejam comuns nessa faixa etária, eles são diagnósticos de exclusão ou baseados nos Critérios de Roma e não costumam cursar com febre ou perda de peso. Ignorar os sinais de alerta e focar apenas no suporte psicológico pode atrasar um diagnóstico grave.

Alternativa B: Incorreta. Conversar com a família é parte da anamnese, mas, diante de sinais de alarme, a abstenção de exames complementares é uma conduta tecnicamente inadequada e perigosa.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta inicial mais apropriada. A presença de sinais de alerta exige a solicitação de exames laboratoriais e/ou de imagem (como hemograma, marcadores inflamatórios, triagem para doença celíaca, calprotectina fecal ou ultrassonografia) para investigar uma patologia de base.

Alternativa D: Incorreta. A dieta pobre em FODMAPs é uma estratégia terapêutica para pacientes com Síndrome do Intestino Irritável. Ela não deve ser iniciada antes de uma investigação diagnóstica adequada, especialmente quando há suspeita de doença orgânica.

Alternativa E: Incorreta. O uso empírico de probióticos não tem indicação clínica para tratar dor abdominal associada a febre e perda de peso. O foco deve ser a descoberta da etiologia dos sintomas.

Questão 13

A questão aborda o manejo inicial da sepse pediátrica fundamentada no Phoenix Sepsis Score (PSS), que é o novo consenso internacional (2024) para definição de sepse em crianças. Segundo esse critério, a presença de pelo menos 2 pontos no escore, em um contexto de suspeita de infecção, confirma o diagnóstico de sepse, indicando uma disfunção orgânica que ameaça a vida.

O quadro clínico descrito apresenta sinais claros de gravidade: febre (sugere infecção), sonolência (disfunção neurológica), taquipneia e saturação de 90% (disfunção respiratória) e tempo de enchimento capilar aumentado (disfunção cardiovascular). Diante desse cenário de sepse, a conduta deve ser imediata e agressiva para reduzir a mortalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na suspeita de sepse, o início da antibioticoterapia não deve ser retardado por exames laboratoriais. Cada hora de atraso no início do antibiótico está diretamente associada ao aumento da mortalidade e piora do prognóstico.

Alternativa b) Incorreta. Uma criança com disfunção orgânica e sinais de choque (enchimento capilar lento) necessita de cuidados em ambiente de emergência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e não apenas observação em enfermaria, que

não dispõe do suporte necessário para monitorização invasiva e intervenções rápidas.

Alternativa c) Incorreta. Embora exames de imagem possam ser úteis para identificar o foco da infecção, eles não são a prioridade diante de um paciente instável. O acompanhamento ambulatorial é contraindicado, pois o paciente apresenta critérios de internação hospitalar imediata por risco de morte.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos internacionais (como o Surviving Sepsis Campaign). Uma vez identificada a sepse, deve-se instituir o "pacote da primeira hora", que inclui a estabilização hemodinâmica (expansão volêmica e, se necessário, drogas vasoativas) e a administração de antibióticos de amplo espectro o mais rápido possível.

Alternativa e) Incorreta. Prescrever apenas antitérmico e dar alta seria um erro grave de conduta. O paciente apresenta sinais de choque e insuficiência respiratória, exigindo suporte de oxigênio e internação para tratamento intensivo.

Em resumo, o Phoenix Sepsis Score objetiva identificar precocemente a disfunção orgânica. Uma vez atingida a pontuação de 2 pontos, o diagnóstico de sepse é estabelecido, exigindo suporte hemodinâmico e terapêutica antimicrobiana imediata.

Questão 14

A questão aborda o manejo da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em pediatria, focando em uma criança de 3 anos com quadro clínico típico e sem sinais de gravidade. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, o diagnóstico da PAC em crianças é fundamentalmente clínico, e o tratamento deve ser iniciado prontamente quando há suspeita bacteriana.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para pacientes em tratamento ambulatorial e com quadro clínico claro, a radiografia de tórax não é obrigatória, pois não altera a conduta inicial e não diferencia com segurança a etiologia viral da bacteriana. A hemocultura tem baixíssima sensibilidade (positiva em menos de 10 por cento dos casos) e sua solicitação é restrita a pacientes hospitalizados com quadros graves ou que não respondem ao tratamento.

Alternativa b) Incorreta. A procalcitonina e a Proteína C Reativa (PCR) são marcadores inflamatórios que, embora possam sugerir etiologia bacteriana, não devem ser usados de rotina para decidir o início da antibioticoterapia em casos

ambulatoriais. O diagnóstico baseia-se na presença de febre, tosse e, principalmente, taquipneia.

Alternativa c) Incorreta. O atraso no início do antibiótico em casos de pneumonia bacteriana suspeita pode elevar o risco de complicações. Como os exames laboratoriais são dispensáveis em casos leves, não se deve aguardar resultados para tratar.

Alternativa d) Incorreta. A criança não apresenta critérios de internação. Ela mantém boa aceitação alimentar, não tem sinais de desconforto respiratório grave (como tiragem subcostal ou batimento de asa de nariz) e não apresenta sinais de perigo (como sonolência excessiva ou vômitos incoercíveis). O tratamento pode ser feito de forma segura no domicílio.

Alternativa e) Correta. Em crianças com pneumonia não complicada e sem sinais de gravidade, a conduta correta é instituir a antibioticoterapia empírica (geralmente com amoxicilina via oral, que cobre o principal agente, o *Streptococcus pneumoniae*) e agendar uma reavaliação clínica em 48 a 72 horas. Esse prazo é o tempo esperado para que ocorra a defervescência da febre e melhora do estado geral. Caso não haja melhora nesse período, deve-se investigar complicações ou falha terapêutica.

Questão 15

O tema central desta questão é o tratamento ambulatorial da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em pediatria, fundamentado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Ponto fundamental: Em crianças acima de 2 meses de idade, o principal agente etiológico bacteriano da pneumonia é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Por esse motivo, o tratamento deve ser direcionado para cobrir este patógeno.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com o documento científico da SBP (2022), a amoxicilina por via oral é o antimicrobiano de primeira escolha para crianças com PAC sem sinais de gravidade tratadas ambulatorialmente. A dose recomendada é de 50 mg/kg/dia, dividida em duas ou três tomadas diárias. O tempo de tratamento preconizado para casos não complicados é de 7 dias, podendo variar de 5 a 10 dias conforme a evolução clínica.

Alternativa B (Incorreta): A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração de uso parenteral (EV ou IM). Seu uso é reservado para pacientes hospitalizados, casos

de falha terapêutica na primeira linha, pneumonia com sinais de gravidade ou quando há impossibilidade de ingestão por via oral. Não é a primeira escolha para PAC sem sinais de gravidade.

Alternativa C (Incorreta): A azitromicina é um macrolídeo. Esta classe de antibióticos é indicada principalmente quando há suspeita de pneumonia atípica (causada por *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*), o que é mais frequente em crianças maiores de 5 anos de idade. Em uma criança de 2 anos, o foco deve ser o pneumococo, para o qual a amoxicilina é superior.

Alternativa D (Incorreta): A clindamicina não é medicação de primeira linha para PAC comunitária típica. Ela é geralmente utilizada em casos de suspeita de pneumonia estafilocócica (como em casos de complicações como abscesso pulmonar ou em regiões com alta prevalência de MRSA comunitário) ou como alternativa em pacientes com alergia grave à penicilina.

Alternativa E (Incorreta): Assim como a azitromicina, a claritromicina é um macrolídeo indicado para germes atípicos. Além de não ser a primeira escolha para a faixa etária de 2 anos, o tempo de 10 dias e o espectro de ação não condizem com a recomendação inicial da SBP para casos típicos de PAC.

Resumo do tratamento para prova:

Paciente hígido, sem sinais de gravidade, com suspeita de pneumonia bacteriana típica (febre alta, tosse, taquipneia, achados focais no exame físico) -> Amoxicilina oral 50 mg/kg/dia por 7 dias.

Questão 16

Para resolver essa questão, devemos analisar os sinais clínicos apresentados e correlacioná-los com os Planos de Reidratação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

O paciente apresenta irritabilidade e olhos fundos, além do sinal da prega que desaparece lentamente. Esses sinais, isoladamente, poderiam sugerir uma desidratação moderada. No entanto, o ponto-chave da questão é o relato de pulso fraco. De acordo com os protocolos vigentes (AIDPI/Ministério da Saúde), a presença de sinais de comprometimento circulatório, como pulso fraco ou ausente, enchimento capilar muito lento ou alteração grave do nível de consciência (letargia ou coma), classifica a desidratação como grave.

Alternativa (a) Incorreta: O Plano A é destinado à prevenção da desidratação em crianças que apresentam diarreia, mas que, ao exame físico, não possuem sinais

clínicos de perda de fluidos. O tratamento é domiciliar, focado no aumento da oferta de líquidos e manutenção da alimentação.

Alternativa (b) Incorreta: O Plano B é indicado para crianças com sinais de desidratação (como irritabilidade, olhos fundos e sinal da prega que desaparece lentamente), mas que ainda não apresentam sinais de choque ou incapacidade de ingestão oral. O tratamento é realizado com Terapia de Reidratação Oral (TRO) sob supervisão médica na unidade de saúde. A presença do pulso fraco eleva a gravidade do caso, contraindicando a exclusividade do Plano B.

Alternativa (c) Correta: O Plano C é o protocolo de reidratação emergencial por via parenteral (endovenosa), indicado para casos de desidratação grave. O achado de pulso fraco é um sinal clássico de choque hipovolêmico ou pré-choque, o que exige expansão volêmica imediata para restaurar a perfusão dos órgãos, conforme preconizado pelo fluxograma adotado pela SBP.

Alternativa (d) Incorreta: Não existe a nomenclatura Plano D nos protocolos oficiais de reidratação para diarreia. Além disso, antibióticos não são indicados para diarreia aquosa rotineira, e antieméticos devem ser usados com cautela, nunca substituindo a prioridade, que é a reposição de volume.

Alternativa (e) Incorreta: Não existe Plano E nos protocolos de manejo de desidratação. A conduta de dieta zero é contraindicada na diarreia aguda; a recomendação é manter a alimentação habitual (ou aleitamento materno) assim que o paciente estiver estabilizado e hidratado, para auxiliar na recuperação da mucosa intestinal.

Em resumo, a presença de um sinal de gravidade hemodinâmica (pulso fraco) define a conduta como Plano C.

Questão 17

A avaliação do controle da asma, segundo as diretrizes da GINA (Global Initiative for Asthma), inclusive na atualização de 2025, baseia-se em dois domínios fundamentais: o controle atual dos sintomas e o risco futuro de desfechos adversos.

A alternativa (b) está correta porque contempla integralmente esses domínios. A GINA estabelece que o controle da asma deve ser avaliado pela frequência dos sintomas (sintomas diurnos, despertares noturnos, necessidade de medicação de resgate e limitação de atividades) e pela avaliação de fatores de risco, em que a função pulmonar (VEF1) é um marcador essencial para prever o risco de exacerbações futuras, perda acelerada da função pulmonar e efeitos colaterais do

tratamento. No caso clínico descrito, o paciente já apresenta sinais de descontrole (despertares e uso de broncodilatador) e alteração na função pulmonar, o que reforça a necessidade de avaliar todos esses componentes simultaneamente.

A alternativa (a) está incorreta porque a ausência de sintomas diurnos é apenas um dos componentes do controle de sintomas. Mesmo sem sintomas diurnos, o paciente pode ter despertares noturnos ou queda na função pulmonar, o que ainda caracterizaria a asma como não controlada.

A alternativa (c) está incorreta porque o número de visitas ao pronto-socorro é uma consequência da asma não controlada (uma exacerbação), e não o critério isolado para definir o controle. O controle visa justamente prevenir essas visitas por meio da análise conjunta de sintomas e riscos.

A alternativa (d) está incorreta porque o uso de corticoide inalatório é a base do tratamento farmacológico da asma, e não um critério de avaliação do nível de controle da doença. O que se avalia é como o paciente está sob o tratamento atual.

A alternativa (e) está incorreta porque o tempo decorrido desde o diagnóstico não tem relação direta com o nível de controle atual. Um paciente diagnosticado há muitos anos pode estar controlado, enquanto um recém-diagnosticado pode estar em crise ou sem controle adequado.

Em resumo, para a GINA, "controle" não significa apenas "estar sem sintomas hoje", mas sim "estar sem sintomas hoje e com baixo risco de ter problemas amanhã", o que exige olhar para a clínica do paciente, sua espirometria e seu histórico de crises.

Questão 18

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve um lactente com um furúnculo que evoluiu para a formação de um abscesso (caracterizado pela presença de flutuação central). Trata-se de uma infecção piogênica localizada da pele e tecidos moles. Em pacientes sem sinais de gravidade sistêmica, o tratamento padrão baseia-se no esvaziamento da coleção purulenta.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O uso de antibióticos orais de amplo espectro não é a conduta inicial prioritária para um abscesso flutuante localizado. A penetração do antibiótico no interior da coleção purulenta é limitada. Além disso, o banho de

permanganato de potássio, embora tenha ação antisséptica, é uma medida adjuvante e não trata a causa principal, que é o acúmulo de pus.

Alternativa b) Correta. O preceito clássico da cirurgia e infectologia é "ubi pus, ibi evacua" (onde há pus, deve-se esvaziar). A presença de flutuação indica que a coleção está madura e pronta para ser drenada. Em abscessos localizados e sem sinais de celulite extensa ou repercussão sistêmica, a drenagem cirúrgica é o tratamento definitivo e, muitas vezes, dispensa o uso de antibióticos sistêmicos. A higiene local complementa o cuidado para evitar reinfecções.

Alternativa c) Incorreta. Pomadas antibióticas são indicadas para infecções superficiais, como o impetigo. Elas não possuem capacidade de penetração para tratar um nódulo profundo e flutuante como o furúnculo em estágio de abscesso. A drenagem é indispensável nesse estágio.

Alternativa d) Incorreta. A ultrassonografia é um exame útil quando há dúvida diagnóstica ou suspeita de coleções profundas que não são evidentes ao exame físico. No caso relatado, a flutuação é clinicamente detectável, tornando o diagnóstico de abscesso superficial óbvio e dispensando exames de imagem.

Alternativa e) Incorreta. A antibioticoterapia endovenosa e a internação hospitalar são reservadas para casos com sinais de gravidade (sepse, toxemia), celulite periorbitária, abscessos em locais de risco ou em pacientes imunocomprometidos. O lactente apresenta febre baixa e não tem sinais sistêmicos de gravidade, podendo ser tratado ambulatorialmente.

Questão 19

O diagnóstico de tuberculose (TB) na infância representa um desafio clínico, pois as crianças geralmente apresentam formas paucibacilares (com poucos bacilos), dificultando a confirmação bacteriológica por meio da baciloscopia ou do teste rápido molecular. Por esse motivo, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a utilização de um sistema de pontuação que avalia critérios clínicos, radiológicos, epidemiológicos e imunológicos.

Análise do caso clínico:

A criança apresenta um quadro clínico clássico de tuberculose primária: tosse prolongada, febre vespertina, emagrecimento e inapetência. Além disso, possui um fator epidemiológico determinante (contato domiciliar com adulto doente) e exames complementares sugestivos (radiografia com adenomegalia hilar e prova tuberculínica positiva de 12 mm).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a cultura seja o padrão-ouro para o diagnóstico, ela é demorada (pode levar até 8 semanas) e frequentemente negativa em crianças devido à baixa carga bacilar. Não se deve retardar o tratamento em uma criança sintomática com alta suspeita clínica aguardando a cultura.

Alternativa b) Incorreta. O Teste Rápido Molecular (TRM-TB) tem baixa sensibilidade em crianças. Um resultado negativo não exclui o diagnóstico de tuberculose na infância; portanto, suspender a investigação baseando-se apenas nesse teste seria um erro de conduta.

Alternativa c) Incorreta. Adiar a avaliação é uma conduta perigosa e negligente. A tuberculose na criança pode evoluir rapidamente para formas graves, como a meningoencefalite ou a forma miliar, se não for tratada oportunamente.

Alternativa d) Incorreta. A tomografia computadorizada não é o exame de rotina inicial para o diagnóstico de TB infantil quando a radiografia de tórax já apresenta alterações sugestivas (como a adenomegalia hilar). Além disso, a presença de cavitação é típica da forma pós-primária (comum em adolescentes e adultos), sendo rara na forma primária da criança de 4 anos.

Alternativa e) Correta. Esta é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. O sistema de pontuação é a principal ferramenta diagnóstica na criança negativa à baciloscopia ou ao TRM-TB. No caso descrito, a pontuação seria:

- Quadro clínico (tosse, febre, perda de peso): 15 pontos.
- Radiografia de tórax (adenomegalia hilar): 15 pontos.
- Contato com adulto tuberculoso: 15 pontos.
- Prova tuberculínica (12 mm): 15 pontos.

O total de 60 pontos indica um diagnóstico muito provável (escore maior ou igual a 40 pontos), autorizando o início do tratamento imediato.

Questão 20

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão apresenta um caso clínico típico de um pré-escolar (4 anos de idade) com sibilância recorrente e dispneia desencadeadas exclusivamente por infecções virais, permanecendo assintomático nos períodos entre essas infecções. Esse quadro define o fenótipo conhecido como sibilante induzido por vírus. Segundo as atualizações mais recentes do GINA (Global Initiative for Asthma), o objetivo no tratamento dessa faixa etária é o controle dos sintomas agudos e, principalmente, a redução do risco de

exacerbações graves que levem à hospitalização ou ao uso de corticoide oral.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Para crianças de 5 anos ou menos com o fenótipo de sibilância induzida por vírus e que não apresentam sintomas persistentes no dia a dia, a estratégia de usar corticoide inalatório (ICS) de forma intermitente é a mais apropriada. Essa abordagem consiste em iniciar o uso do corticoide inalatório assim que surgem os primeiros sinais de uma infecção respiratória viral (resfriado), mantendo o uso por cerca de 7 a 10 dias. Estudos mostram que essa conduta reduz significativamente a gravidade dos episódios e a necessidade de terapia de resgate sistêmica, sendo uma opção segura para evitar o uso diário contínuo em pacientes com sintomas puramente episódicos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O uso diário de ICS em baixa dose é o tratamento de escolha para o Passo 2 do GINA em crianças que apresentam sintomas persistentes (mais de 2 vezes por mês), despertares noturnos devido à sibilância ou exacerbações frequentes. Como o enunciado deixa claro que não há sintomas entre os episódios virais, a estratégia intermitente (letra D) é mais custo-efetiva e reduz a exposição desnecessária ao corticoide.

Alternativa (b): Os beta-2 agonistas de longa duração (LABA) nunca devem ser utilizados como monoterapia no tratamento da asma ou sibilância em nenhuma faixa etária. Além disso, seu uso em pré-escolares é restrito a etapas muito mais avançadas do tratamento e sempre em associação com um corticoide inalatório.

Alternativa (c): O uso isolado de SABA (salbutamol) apenas para alívio dos sintomas trata a broncodilatação, mas não atua na inflamação da via aérea desencadeada pelo vírus. O GINA recomenda a introdução de corticoides (mesmo que intermitentes) em crianças com episódios recorrentes para prevenir a progressão para exacerbações graves.

Alternativa (e): O anticolinérgico inalatório (brometo de ipratrópio) é uma medicação adjuvante utilizada apenas no manejo da crise aguda moderada a grave em ambiente de emergência. Ele não tem indicação como monoterapia nem como terapia de controle ou manutenção para sibilância recorrente.

Questão 21

Análise do caso: O paciente apresenta uma hérnia umbilical de 2 cm que se tornou sintomática (dor e incômodo) nos últimos três meses. Em pacientes adultos com hérnias umbilicais, a decisão cirúrgica baseia-se na presença de sintomas e no tamanho do defeito herniário.

Alternativa a: Incorreta. A conduta de observação e acompanhamento (watchful waiting) é reservada para pacientes com hérnias assintomáticas ou com sintomas muito leves em que o risco cirúrgico se sobrepõe ao benefício. Como o paciente passou a ter dor, existe indicação de tratamento cirúrgico para prevenir complicações agudas, como o encarceramento ou o estrangulamento.

Alternativa b: Incorreta. O fechamento primário (apenas com sutura, sem uso de tela) é aceitável apenas para defeitos muito pequenos, geralmente menores que 1 cm. Para hérnias umbilicais entre 1 cm e 4 cm, como é o caso deste paciente (2 cm), o uso de tela é fortemente recomendado pelas diretrizes mundiais (como as da Sociedade Europeia de Hérnia) por reduzir significativamente as taxas de recidiva.

Alternativa c: Incorreta. Na cirurgia aberta, a colocação da tela em posição intraperitoneal (dentro da cavidade abdominal, em contato com as vísceras) deve ser evitada devido ao alto risco de formação de aderências firmes entre as alças intestinais e a tela, o que pode causar obstrução intestinal ou fístulas no futuro. Se a via for aberta, a tela deve ser posicionada fora da cavidade peritoneal.

Alternativa d: Correta. Esta é a conduta ideal. O paciente tem indicação cirúrgica por ser sintomático. O uso da tela é necessário pelo tamanho do defeito (2 cm) para evitar que a hérnia volte. A posição pré-peritoneal (atrás da musculatura e na frente do peritônio) é uma das localizações mais seguras e eficazes, pois o peritônio atua como uma barreira natural entre a tela e os órgãos abdominais, diminuindo complicações e garantindo um reforço sólido à parede.

Alternativa e: Incorreta. O reparo laparoscópico é uma opção viável, mas o erro da alternativa reside em propor o reparo "sem colocação de tela". O princípio fundamental do tratamento de hérnias de 2 cm, seja por via aberta ou laparoscópica, é o reforço com prótese (tela) para garantir resultados duradouros. Além disso, o reparo laparoscópico sem tela para uma hérnia desse tamanho não é o padrão-ouro.

Questão 22

A questão descreve um paciente jovem, vítima de trauma de alta energia (acidente de moto), apresentando sinais clínicos claros de choque hipovolêmico Grau III ou IV (taquicardia de 132 bpm e hipotensão de 80/50 mmHg) decorrente de uma hemorragia externa ativa e visível na perna esquerda.

A base para a resolução desta questão reside na atualização dos protocolos de atendimento ao trauma, como o ATLS 10ª edição e o PHTLS. Atualmente, a sequência de atendimento prioritário é definida pelo acrônimo XABCDE, onde o "X" representa a exsanguinação (hemorragia externa grave).

Análise das alternativas:

a) Alternativa correta. A compressão direta do local do sangramento é a medida inicial mais simples e eficaz para controlar uma hemorragia externa exsanguinante. No protocolo XABCDE, o controle de sangramentos externos maciços precede a abordagem das vias aéreas (A), pois a morte por choque hipovolêmico pode ocorrer de forma mais rápida do que por obstrução de via aérea ou hipóxia em muitos cenários de trauma.

b) Alternativa incorreta. Embora a manutenção da via aérea pérvia seja o passo "A" do ABCDE tradicional, as diretrizes atuais priorizam o "X" (hemorragia externa grave). Como o paciente possui um sangramento ativo visível e sinais de choque, a prioridade zero é estancar esse sangramento antes de prosseguir para a avaliação da via aérea.

c) Alternativa incorreta. A reposição volêmica faz parte do passo "C" (Circulação) do atendimento primário. No entanto, não se deve repor volume se a fonte do sangramento externo ainda não foi controlada ("não se enche um balde furado"). Além disso, o ATLS 10ª edição recomenda atualmente um bolus inicial de 1.000 mL de cristalóide aquecido para adultos, e não mais 2.000 mL, para evitar a coagulopatia dilucional e a sobrecarga volêmica.

d) Alternativa incorreta. A oximetria de pulso e a monitorização cardíaca são exames auxiliares ao exame primário. Eles são importantes para o acompanhamento contínuo, mas não substituem nem devem preceder as manobras de intervenção imediata para salvar a vida, como o controle de hemorragia.

e) Alternativa incorreta. O alinhamento de membros e o tratamento de fraturas são realizados em etapas posteriores (geralmente no "E" ou na avaliação secundária), a menos que a deformidade esteja causando comprometimento vascular distal grave. No cenário de instabilidade hemodinâmica por sangramento ativo, o foco é a

compressão e a hemostasia, não o alinhamento ortopédico.

Questão 23

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um ferimento por arma de fogo (PAF) no abdômen com sinais claros de choque hipovolêmico Classe IV (frequência cardíaca acima de 140 bpm, hipotensão severa de 60/30 mmHg e sinais de má perfusão periférica, como pele fria e sudorese). Nessa situação, a perda volêmica estimada é superior a 40% do volume sanguíneo total, configurando uma emergência médica com alto risco de morte por exsanguinação.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) sangue total: **ESTÁ CORRETA**. Atualmente, as diretrizes mais modernas de trauma (incluindo as atualizações do ATLS e protocolos de ressuscitação hemostática) preconizam que, em pacientes com choque hemorrágico grave (Classe IV), a reposição deve ser feita precocemente com derivados de sangue. O sangue total (*Whole Blood*) é considerado o padrão-ouro nessas situações, pois repõe simultaneamente hemácias, fatores de coagulação e plaquetas na concentração fisiológica, combatendo a tríade letal (acidose, coagulopatia e hipotermia) de forma mais eficaz do que a administração isolada de cristaloides ou componentes separados de forma desproporcional.

b) dois concentrados de hemácias tipadas: **ESTÁ INCORRETA**. Em um paciente com PA de 60/30 mmHg, não há tempo hábil para aguardar a tipagem sanguínea e prova cruzada (que levam cerca de 45 a 60 minutos). Nesses casos de instabilidade extrema, deve-se utilizar sangue tipo O negativo (ou O positivo em homens e mulheres fora da idade fértil) imediatamente. Além disso, a reposição apenas de hemácias, sem plasma e plaquetas, agrava a coagulopatia dilucional.

c) Ringer lactato 30 mL/kg/hora: **ESTÁ INCORRETA**. Essa conduta é comumente associada ao manejo inicial de sepse, não ao trauma abdominal penetrante com choque Classe IV. O uso excessivo de cristaloides no trauma hemorrágico está associado a piores desfechos, aumento do sangramento (fenômeno de *pop-the-clot*) e desenvolvimento de coagulopatia.

d) soro fisiológico 0,9% 2.000 mL: **ESTÁ INCORRETA**. Esta era a recomendação de edições mais antigas do ATLS. No entanto, a partir da 10ª edição, o volume inicial de cristaloides foi reduzido para no máximo 1.000 mL, com ênfase na transição precoce para hemoderivados. Administrar 2 litros de soro fisiológico em um choque Classe IV

agrava a acidose hiperclorêmica e a coagulopatia por diluição.

e) quatro concentrados de hemácias e uma unidade de plasma: ESTÁ INCORRETA. Embora essa alternativa caminhe no sentido da ressuscitação hemostática, a proporção apresentada (4:1) está abaixo do ideal recomendado para protocolos de transfusão maciça, que buscam uma proporção mais equilibrada de 1:1:1 (um concentrado de hemácias para um de plasma para um de plaquetas). O sangue total (alternativa A) cumpre esse papel de forma superior em termos de equilíbrio de componentes.

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de icterícia obstrutiva, sugerido pela elevação importante de bilirrubinas (5,7 mg/dL) e pela dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas ao ultrassom. A presença de cálculos na vesícula biliar (coletítase) associada a essa dilatação sugere fortemente que um cálculo migrou para o colédoco (coledocolitíase). Além disso, a leucocitose (16.700) e a dor abdominal podem indicar uma complicação, como a colangite aguda, embora a paciente esteja em bom estado geral e sem febre descrita.

Para definir a conduta, utilizamos os critérios de probabilidade de coledocolitíase (baseados em diretrizes como as da ASGE). Pacientes com bilirrubina total acima de 4,0 mg/dL e dilatação da via biliar principal no ultrassom são classificados como de alta probabilidade (risco alto) para coledocolitíase. Nesses casos, a conduta indicada é a realização de um procedimento que seja simultaneamente diagnóstico e terapêutico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A colangiorressonância é um excelente exame diagnóstico, mas não possui caráter terapêutico. Ela é indicada para pacientes com risco intermediário de coledocolitíase (quando há dúvida diagnóstica). Como esta paciente já possui critérios de alta probabilidade, deve-se prosseguir direto para o tratamento.

b) Incorreta. A colecistectomia videolaparoscópica trata a causa-base (a vesícula com cálculos), mas não resolve a obstrução aguda da via biliar principal que está causando a icterícia de 5,7 mg/dL. O colédoco deve ser desobstruído antes ou durante o ato cirúrgico.

c) Correta. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o

procedimento de escolha para pacientes com alta probabilidade de coledocolitíase ou com sinais de colangite. Ela permite visualizar a via biliar, identificar o cálculo e realizar a papilotomia com remoção do cálculo, resolvendo a obstrução e prevenindo a piora do quadro infeccioso/inflamatório.

d) Incorreta. A ecoendoscopia é o exame com maior sensibilidade para detectar pequenos cálculos na via biliar, porém, assim como a ressonância, é apenas diagnóstica. É reservada para casos de risco intermediário em que se deseja evitar os riscos de uma CPRE desnecessária.

e) Incorreta. A tomografia computadorizada de abdome tem baixa sensibilidade para detectar cálculos biliares (muitos são radiotransparentes). Não é o exame de escolha para avaliação inicial de coledocolitíase e não oferece possibilidade terapêutica imediata para a obstrução biliar.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO:

O paciente em questão é vítima de um trauma de alta energia (colisão entre carro e caminhão). Ele apresenta-se hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca de 92 bpm e PA de 110/70 mmHg, porém demonstra uma leve alteração do nível de consciência (Glasgow 14) e sinais de trauma abdominal (escoriações e dor à palpação profunda). Diante de um mecanismo de trauma grave com paciente estável, a prioridade é a investigação de lesões internas que podem não ser evidentes apenas ao exame físico.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A tomografia de corpo inteiro (conhecida como Pan-Scan) é a conduta de escolha para pacientes vítimas de trauma de alta energia que estão hemodinamicamente estáveis. Esse protocolo inclui a avaliação sistemática de crânio, coluna cervical, tórax, abdome e pelve. No caso deste paciente, a tomografia é essencial tanto para avaliar a causa do Glasgow 14 quanto para investigar possíveis lesões de órgãos sólidos ou ocos no abdome, que são sugeridas pela dor à palpação e pelo mecanismo do acidente. Estudos mostram que o uso precoce da tomografia de corpo inteiro em traumas graves reduz o tempo de diagnóstico e pode melhorar o prognóstico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Apenas a tomografia de crânio e a observação clínica seriam insuficientes. O paciente tem um mecanismo de trauma de alta energia e dor abdominal, o que exige uma avaliação radiológica do tronco para excluir lesões internas potencialmente fatais que a observação clínica isolada pode deixar passar.

Alternativa (c): O FAST estendido (e-FAST) é uma excelente ferramenta de triagem à beira-leito para detectar líquido livre (sangue) ou pneumotórax em pacientes instáveis. No entanto, em um paciente hemodinamicamente estável e com trauma de alta energia, a tomografia é superior por ser mais detalhada, permitindo diagnosticar lesões retroperitoneais e de vísceras sólidas que o ultrassom muitas vezes não detecta.

Alternativa (d): O ultrassom de abdome isolado sofre das mesmas limitações que o FAST em pacientes estáveis. Ele não substitui a precisão da tomografia computadorizada na identificação de lesões específicas e na graduação de traumas de órgãos sólidos.

Alternativa (e): A lavagem peritoneal diagnóstica (LPD) é um procedimento invasivo indicado quase exclusivamente para pacientes com instabilidade hemodinâmica nos quais o FAST não está disponível ou foi inconclusivo. Em um paciente estável, a LPD é contraindicada, pois a tomografia fornece muito mais informações de forma não invasiva.

Questão 26

Análise do caso:

A paciente de 66 anos apresenta um quadro clínico clássico de diverticulite aguda, frequentemente chamada de "apendicite à esquerda". A tríade de dor em fossa ilíaca esquerda, febre e alterações no hábito intestinal (associada ou não a náuseas) em pacientes idosos é altamente sugestiva desta patologia. A presença de defesa abdominal indica um processo inflamatório local que precisa de confirmação por imagem.

Alternativa a) Incorreta. A realização de colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite (geralmente deve-se aguardar de 4 a 6 semanas após a resolução do quadro). A insuflação de ar durante o exame em um cólon inflamado e fragilizado aumenta drasticamente o risco de perfuração intestinal e peritonite.

Alternativa b) Incorreta. A radiografia simples de abdome apresenta baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de diverticulite. Ela é solicitada rotineiramente no protocolo de abdome agudo apenas para excluir complicações imediatas, como pneumoperitônio (sinal de perfuração de víscera oca) ou sinais de obstrução intestinal, mas não consegue confirmar o diagnóstico de diverticulite nem avaliar sua gravidade.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento inicial da diverticulite aguda, na maioria das vezes, é clínico e conservador, envolvendo repouso intestinal (dieta líquida ou jejum)

e antibioticoterapia. A videolaparoscopia pode ser utilizada no tratamento de casos complicados (como peritonite purulenta), mas não é a conduta inicial padrão para todos os casos.

Alternativa d) Correta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste endovenoso é o exame padrão-ouro para a diverticulite aguda. Ela confirma o diagnóstico ao demonstrar sinais como espessamento da parede do cólon e borramento da gordura pericólica. Além disso, a TC permite a aplicação da classificação de Hinchey (ou suas modificações), que estratifica a gravidade da doença (presença de abscessos, ar livre ou secreção fecal) e define se a conduta será ambulatorial, hospitalar ou cirúrgica.

Alternativa e) Incorreta. A grande maioria dos casos de diverticulite aguda (cerca de 75% a 80%) é classificada como não complicada e responde satisfatoriamente ao tratamento clínico com antibióticos. A cirurgia é reservada para casos de peritonite generalizada, obstrução completa, fístulas ou falha do tratamento clínico em pacientes com abscessos não drenáveis por via percutânea.

Questão 27

O quadro clínico descreve um paciente com trauma torácico penetrante (ferimento por arma de fogo) apresentando sinais de choque obstrutivo/hipovolêmico e insuficiência respiratória. A drenagem imediata de 1.600 mL de sangue caracteriza o diagnóstico de hemotórax massivo. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), as indicações para toracotomia de urgência no hemotórax são: drenagem imediata de 1.500 mL ou mais de sangue, ou uma drenagem contínua de 200 mL/hora nas primeiras 2 a 4 horas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A monitorização em UTI é indicada para pacientes estáveis com drenagens de pequeno volume. No caso de um hemotórax massivo (1.600 mL), a conduta expectante resultaria em óbito por choque hemorrágico persistente, pois indica lesão de vasos de grande calibre ou do parênquima pulmonar de forma grave.

b) Incorreta. A videotoracoscopia (VATS) é uma excelente ferramenta para avaliar hemotórax retido ou sangramentos de menor monta em pacientes estáveis. Em situações de instabilidade hemodinâmica e hemorragia volumosa aguda, a via de escolha deve ser a toracotomia aberta para controle rápido e adequado do sangramento.

c) Correta. A toracotomia anterolateral direita é a via de acesso preferencial em

emergências, permitindo rápida exposição das estruturas hilares e controle de hemorragias massivas. O paciente preenche o critério clássico de indicação cirúrgica imediata (drenagem inicial > 1.500 mL).

d) Incorreta. Embora ferimentos no quarto espaço intercostal possam envolver o diafragma e a cavidade abdominal (trauma toracoabdominal), o achado de 1.600 mL de sangue no dreno de tórax confirma que a origem principal do choque e da perda volêmica é torácica. A prioridade é tratar a fonte de sangramento identificada e que ameaça a vida imediatamente.

e) Incorreta. A tomografia computadorizada é contraindicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica (PA 80/50 mmHg e FC 123 bpm). O paciente deve ser levado diretamente ao centro cirúrgico. "Paciente instável não passeia no hospital", devendo-se priorizar o controle da hemorragia.

Questão 28

O quadro clínico e os achados radiológicos descritos são altamente característicos e apontam para um diagnóstico clássico na gastroenterologia. Para chegar à resposta correta, devemos analisar o tripé: perfil do paciente, tempo de evolução e achados da tomografia.

O paciente é etilista crônico, o que é o principal fator de risco para a doença em questão. A dor no dorso com evolução de seis meses indica um processo crônico, e não um evento agudo. No exame de imagem, a presença de múltiplas calcificações no parênquima pancreático é considerada um sinal patognomônico (específico) da pancreatite crônica.

Análise das alternativas:

a) Pancreatite aguda: Incorreta. A pancreatite aguda caracteriza-se por uma dor abdominal de início súbito, geralmente em barra, com rápida evolução. O tempo de seis meses de dor progressiva é incompatível com a fase aguda. Além disso, as calcificações no pâncreas não surgem na pancreatite aguda; elas são sequelas de inflamação persistente e prolongada.

b) Úlcera gástrica perforada: Incorreta. Esta condição é uma emergência médica de início abrupto (abdome agudo perfurativo), cursando com dor súbita e intensa, sinais de irritação peritoneal e, classicamente, ar livre na cavidade abdominal (pneumoperitônio) visto no raio X ou na tomografia. Não apresenta relação com calcificações pancreáticas ou evolução de seis meses.

c) Doença cística mucinosa do pâncreas: Incorreta. Esta é uma neoplasia cística que costuma acometer mulheres e se apresenta na tomografia como uma lesão cística (contendo líquido), geralmente única, com septos ou cápsula, localizada preferencialmente no corpo ou na cauda do pâncreas. Não se manifesta com calcificações difusas e dilatação ductal generalizada.

d) Adenocarcinoma de pâncreas: Incorreta. Embora o câncer de pâncreas possa causar dor e dilatação ductal, o achado de múltiplas pequenas calcificações pelo parênquima fala fortemente a favor de um processo inflamatório crônico. No adenocarcinoma, a tomografia tipicamente revelaria uma massa sólida hipovascular, muitas vezes causando a interrupção brusca do ducto pancreático.

e) Pancreatite crônica: Correta. É o diagnóstico mais provável. A pancreatite crônica é uma doença inflamatória irreversível caracterizada por fibrose e destruição do parênquima exócrino. O etilismo é a causa em cerca de 70% a 90% dos casos em adultos. Os achados tomográficos de calcificações pancreáticas, aumento de volume (que ocorre em fases de agudização ou inflamação focal) e dilatação do ducto pancreático principal formam a apresentação clássica da doença. As calcificações resultam da precipitação de proteínas e cálcio nos ductos, sendo a evidência definitiva de dano crônico.

Questão 29

O fechamento da parede abdominal (aponeurose) após uma laparotomia exploradora, especialmente em contextos de potencial contaminação como uma úlcera perfurada, exige uma técnica que garanta força tênsil prolongada, minimize o risco de infecção e evite a evisceração.

Alternativa (a) Incorreta: A poliglactina é um fio absorvível e multifilamentar (trançado). Em cirurgias com potencial de contaminação, os espaços entre os filamentos podem abrigar bactérias, aumentando o risco de infecção do sítio cirúrgico. Além disso, pontos separados demandam mais tempo cirúrgico e não distribuem a tensão de forma tão homogênea quanto a sutura contínua.

Alternativa (b) Incorreta: A polidioxanona (PDS) é um fio monofilamentar de absorção lenta, sendo uma excelente opção técnica na prática moderna. No entanto, para fins de prova e baseando-se na literatura clássica de técnica cirúrgica, o uso de fios inabsorvíveis de alta resistência como o polipropileno ainda é frequentemente apontado como o padrão-ouro para garantir a integridade da parede em casos de risco.

Alternativa (c) Correta: O polipropileno é um fio inabsorvível e monofilamentar. Ele é

considerado ideal para o fechamento da aponeurose por ser inerte, não favorecer a fixação bacteriana (por ser monofilamento) e manter sua força tênsil permanentemente, o que previne hérnias incisionais e eviscerações. A técnica contínua é a preferida por ser mais rápida, promover uma distribuição uniforme da tensão ao longo de toda a ferida e causar menos isquemia tecidual quando comparada aos múltiplos nós de uma sutura simples.

Alternativa (d) Incorreta: O mononylon é um fio monofilamentar e inabsorvível, mas é mais comumente utilizado em suturas de pele ou em situações específicas. Embora pudesse ser usado na aponeurose, a técnica de pontos separados é considerada inferior à contínua para o fechamento da linha média (laparotomia), pois cria pontos de isquemia focal e demanda mais tempo.

Alternativa (e) Incorreta: O catagute cromado é um fio absorvível orgânico de degradação rápida e imprevisível, além de causar uma reação inflamatória intensa. Seu uso em aponeurose é formalmente contraindicado, pois o fio perde a resistência muito antes de a cicatriz ter força suficiente para manter a parede fechada, resultando em altíssimas taxas de deiscência.

Questão 30

O caso clínico descreve uma apendicite aguda em estágio avançado (Grau IV), caracterizada por perfuração com bloqueio e presença de abscesso localizado (coleção purulenta). O debate sobre o uso de drenos na apendicite é clássico na cirurgia, e o entendimento atual baseia-se em evidências de que o dreno não substitui uma limpeza exaustiva da cavidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A drenagem rotineira na apendicectomia é contraindicada. Em casos iniciais (fases I e II), o dreno aumenta o risco de infecção de sítio cirúrgico, formação de aderências e fístulas, além de prolongar o tempo de internação, sem oferecer benefícios.

Alternativa b: Incorreta. Se o cirurgião optou por deixar um dreno devido a uma coleção purulenta volumosa ou dificuldade técnica, retirá-lo precocemente no primeiro dia pós-operatório (DPO) pode ser ineficaz, pois o objetivo da drenagem é monitorar a secreção e permitir o esvaziamento de conteúdo residual nos primeiros dias críticos.

Alternativa c: Incorreta. Embora existam fortes evidências e diretrizes modernas (como as da WSES) que sugerem que a drenagem não é necessária mesmo em

apendicites complicadas se a limpeza da cavidade for adequada, a questão foca na conduta específica para o caso relatado, onde o dreno já foi colocado devido à gravidade do achado (apendicite Grau IV com pus livre). No contexto de provas que seguem condutas mais tradicionais, a presença de abscesso ainda é citada como indicação de drenagem por alguns autores.

Alternativa d: Incorreta. Manter o dreno por sete dias é um período excessivamente longo e arbitrário. O dreno atua como um corpo estranho e, após as primeiras 48 a 72 horas, o trajeto do dreno costuma estar bloqueado pelo próprio organismo (epíplon e alças), perdendo sua função e tornando-se uma porta de entrada para infecções retrógradas.

Alternativa e: Correta. No caso de apendicite Grau IV com coleção purulenta, a conduta clássica ensinada é que o dreno deve permanecer até que o débito seja mínimo ou que a secreção deixe de ser purulenta (tornando-se serosa). O período de três dias (72 horas) coincide com o tempo necessário para que a secreção da cavidade diminua após o controle do foco infeccioso e o início da antibioticoterapia. É o tempo médio para avaliar se haverá formação de novos abscessos ou fístula do coto apendicular.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 17 anos apresenta um quadro clássico de Sangramento Uterino Anormal (SUA) na adolescência. O fato de ter ciclos irregulares desde a menarca, associado a um exame físico normal, ultrassonografia sem alterações estruturais e exames laboratoriais (TSH, Prolactina e Beta-hCG) normais, direciona o diagnóstico para uma causa funcional. Na classificação FIGO (PALM-COEIN), o diagnóstico mais provável é o SUA-O (disfunção ovulatória), decorrente da imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, comum nos primeiros anos após a menarca. O tratamento visa interromper o sangramento agudo, estabilizar o endométrio e prevenir novos episódios.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta. A curetagem uterina é um procedimento invasivo e raramente indicado em adolescentes. Reservamos esse método para casos de sangramento grave, com instabilidade hemodinâmica, que não responde ao tratamento medicamentoso, ou quando há suspeita de malignidade (o que não condiz com a idade e o quadro da paciente).

Alternativa (b) Correta. O uso de anticoncepcionais combinados orais (ACO) é a primeira linha de tratamento para o sangramento uterino anormal de causa ovulatória em adolescentes. O componente estrogênico do ACO promove a proliferação e estabilização do endométrio, cessando o sangramento agudo, enquanto o componente progestagênico controla o crescimento endometrial. O esquema contínuo ou estendido é frequentemente utilizado no manejo inicial para garantir a interrupção rápida do fluxo e a recuperação dos níveis de hemoglobina.

Alternativa (c) Incorreta. Embora o DIU de levonorgestrel seja uma excelente opção para o tratamento de sangramento menstrual pesado a longo prazo, ele não é a conduta inicial de escolha para o manejo de um episódio de sangramento intenso e prolongado que precisa de controle hormonal imediato em uma adolescente de 17 anos. O ACO permite um ajuste hormonal mais rápido e não exige um procedimento de inserção em consultório durante a fase aguda.

Alternativa (d) Incorreta. Os análogos do GnRH causam um estado de hipostrogenismo severo (menopausa farmacológica). São medicações de custo elevado, com efeitos colaterais significativos e não possuem indicação no manejo inicial de sangramento por anovulação na adolescência.

Alternativa (e) Incorreta. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico que ajuda a reduzir o volume do sangramento, mas ele não trata a causa-base (a anovulação). Ele pode ser usado como adjuvante, mas de forma isolada não é a conduta mais adequada para regularizar os ciclos ou tratar a disfunção hormonal subjacente nesta paciente.

Questão 32

Texto Original:

A questão aborda o acompanhamento pré-natal de baixo risco em uma gestante no terceiro trimestre (32 semanas), com parâmetros clínicos e obstétricos normais. O objetivo é identificar quais métodos de vigilância fetal são preconizados pelo Ministério da Saúde para esse perfil de paciente.

Alternativa a: Incorreta. A cardiotocografia basal é um exame complementar utilizado para avaliar a vitalidade fetal em situações específicas, como gestações de alto risco ou quando há suspeita de comprometimento agudo (ex.: redução de movimentos fetais). Não há indicação para sua realização de rotina em todas as consultas de um pré-natal de baixo risco.

Alternativa b: Incorreta. O perfil biofísico fetal (PBF) é um exame que combina a cardiotocografia com a avaliação ultrassonográfica de parâmetros como movimentos

respiratórios, movimentos fetais, tônus e volume de líquido amniótico. É uma ferramenta de vigilância para gestações de risco e não deve ser solicitada de forma rotineira ou quinzenal em pacientes saudáveis.

Alternativa c: Correta. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco, o acompanhamento do crescimento fetal é realizado por meio da medida da Altura Uterina (AU) e sua marcação na curva de crescimento (Gráfico AU x Idade Gestacional). A vitalidade fetal é monitorada clinicamente por meio da ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) e da percepção materna dos movimentos fetais, orientando a gestante a observar a movimentação diária do feto.

Alternativa d: Incorreta. A ultrassonografia com Doppler (dopplerfluxometria) é utilizada para avaliar a função placentária e o estado hemodinâmico fetal em patologias como pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento intrauterino. Não é um exame de rotina mensal para gestantes sem comorbidades.

Alternativa e: Incorreta. A amnioscopia é um procedimento invasivo que visa visualizar a cor do líquido amniótico através do colo uterino para identificar a presença de mecônio. Apresenta riscos como rotura prematura de membranas e infecção, além de ter sido amplamente substituída por métodos não invasivos. Jamais deve ser utilizada como rotina no acompanhamento pré-natal.

Questão 33

A assistência ao pré-natal de baixo risco no Brasil é orientada pelas diretrizes do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 32), que define uma rotina laboratorial mínima para a primeira consulta com o objetivo de identificar precocemente patologias que possam afetar o desfecho gestacional.

Alternativa a: Correta. Esta alternativa descreve precisamente os exames listados como obrigatórios pelo Ministério da Saúde na primeira consulta: hemograma (para avaliar anemia e plaquetopenia); glicemia de jejum (rastreamento de diabetes mellitus); VDRL (rastreamento de sífilis); urina tipo I (EAS) e urocultura (para identificar infecção urinária ou bacteriúria assintomática); tipagem sanguínea e fator Rh (verificação de compatibilidade sanguínea e risco de isoimunização); e sorologias para HIV e hepatite B (HBsAg), visando prevenir a transmissão vertical.

Alternativa b: Incorreta. O erro principal reside na inclusão do TSH. Embora o rastreamento de disfunções tireoidianas seja comum em alguns protocolos institucionais, ele não consta na lista de exames mínimos obrigatórios para gestantes de baixo risco sem sintomas do Ministério da Saúde. Além disso, a alternativa omite as sorologias para HIV e hepatite B.

Alternativa c: Incorreta. Ureia e creatinina não fazem parte da rotina de baixo risco, sendo reservadas para pacientes com hipertensão, diabetes ou doença renal prévia. O TSH também não é obrigatório no protocolo básico, e a ultrassonografia, apesar de recomendada, não é classificada estritamente como exame laboratorial nesta lista de triagem inicial mínima.

Alternativa d: Incorreta. O coagulograma não tem indicação na rotina de pré-natal de baixo risco, sendo solicitado apenas em casos de suspeita de coagulopatias ou planejamento cirúrgico específico. A alternativa também é incompleta por não citar glicemia, tipagem sanguínea e sorologias essenciais como HIV e hepatite B.

Alternativa e: Incorreta. Esta alternativa apresenta uma lista extremamente reduzida e insuficiente para o acompanhamento pré-natal, omitindo toda a triagem para infecções sexualmente transmissíveis (sífilis e HIV) e a tipagem sanguínea, que são pilares da segurança materna e fetal.

Questão 34

Análise do caso clínico:

Helena está com 45 dias de pós-parto, em amamentação exclusiva e amenorreia. Ela deseja contracepção por pelo menos dois anos. O principal ponto para resolver esta questão é o conhecimento sobre os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS e as recomendações da FEBRASGO/Ministério da Saúde para lactantes.

Alternativa A - Incorreta. Os anticoncepcionais combinados (que contêm estrogênio) são contraindicados para mulheres que amamentam até o 6º mês pós-parto. O estrogênio pode interferir negativamente na produção (quantidade) e na composição (qualidade) do leite materno.

Alternativa B - Incorreta. A laqueadura tubária é um procedimento definitivo. A paciente deseja evitar a gestação por dois anos, o que indica necessidade de um método reversível. Além disso, a legislação brasileira estabelece critérios rigorosos para esterilização voluntária, incluindo prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação do desejo e a cirurgia, não sendo indicada de forma "imediate por conveniência" nesse contexto.

Alternativa C - Incorreta. O anticoncepcional injetável mensal é um método combinado (contém um estrogênio e um progestogênio). Assim como a pílula combinada, é contraindicado para lactantes antes dos 6 meses pós-parto devido aos prejuízos potenciais à amamentação.

Alternativa D - Incorreta. Orientar a paciente a aguardar a menstruação para iniciar a contracepção é uma conduta de risco. A ovulação ocorre antes da primeira menstruação pós-parto, o que pode levar a uma gestação indesejada em um curto intervalo interpartal.

Alternativa E - Correta. O Método da Amenorreia Lactacional (LAM) é uma opção válida para esta paciente, pois ela cumpre os três requisitos de eficácia: amamentação exclusiva, ausência de menstruação (amenorreia) e está dentro dos primeiros 6 meses pós-parto. Entretanto, como o LAM perde a validade após os 6 meses ou caso ocorra mudança no padrão de amamentação, a discussão sobre métodos de longa duração (LARCs) é ideal. O DIU de cobre, o DIU de levonorgestrel e o implante subdérmico de etonogestrel são excelentes opções para quem deseja espaçamento de 2 anos, pois não interferem no leite materno e apresentam altíssima eficácia.

Questão 35

Análise do caso:

Cláudia apresenta um carcinoma ductal invasivo em estágio inicial (T1cN0M0), com diâmetro de 1,8 cm e perfil imuno-histoquímico favorável (receptor hormonal positivo e HER2-negativo). A paciente possui boa reserva funcional e manifestou o desejo de preservar a mama. Segundo as diretrizes da FEBRASGO (2023) e NCCN (2024), o tratamento deve buscar a segurança oncológica com o menor impacto estético e funcional possível.

Alternativa (a) Incorreta. A mastectomia radical com esvaziamento axilar é uma conduta desnecessariamente agressiva para este cenário. Estudos clássicos demonstraram que a cirurgia conservadora, quando seguida de radioterapia, oferece a mesma sobrevida global que a mastectomia em tumores iniciais. Além disso, o esvaziamento axilar completo (linfadenectomia) causa maior morbidade e não é indicado para pacientes com axila clinicamente negativa (N0).

Alternativa (b) Incorreta. A quadrantectomia é a técnica cirúrgica para preservação da mama, porém a avaliação linfonodal é uma etapa indispensável no tratamento do câncer de mama invasivo. Mesmo em tumores pequenos e axila clinicamente negativa, a avaliação do status linfonodal é fundamental para o estadiamento preciso e para a definição das terapias complementares (adjuvantes).

Alternativa (c) Incorreta. A radioterapia isolada não é o tratamento padrão inicial para o câncer de mama invasivo ressecável. A radioterapia atua como tratamento adjuvante (após a cirurgia) em casos de cirurgia conservadora para reduzir as taxas de recidiva local, mas não substitui a remoção cirúrgica do tumor primário.

Alternativa (d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para o caso descrito. A quadrantectomia atende ao critério de preservação mamária, sendo segura em tumores de 1,8 cm (T1c). A biópsia do linfonodo sentinela é a técnica de escolha para pacientes com axila clinicamente negativa (N0), permitindo identificar se há disseminação linfática com mínima morbidade, evitando as complicações do esvaziamento axilar completo, como o linfedema.

Alternativa (e) Incorreta. A quimioterapia neoadjuvante (antes da cirurgia) é indicada principalmente para converter casos de mastectomia em cirurgia conservadora (tumores grandes em relação à mama), ou para subtipos biológicos mais agressivos, como o HER2-positivo e o triplo-negativo. Em tumores pequenos (T1), com receptores hormonais positivos e HER2-negativo, a cirurgia inicial é a conduta preferencial, sendo a quimioterapia (se necessária) realizada após o procedimento cirúrgico.

Questão 36

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente de 40 anos com endometriose profunda submetida a tratamento cirúrgico completo, mas que apresenta sintomas residuais cíclicos. A endometriose é uma doença crônica e estrógeno-dependente. A cirurgia, embora necessária para a ressecção de nódulos e lise de aderências, não garante a cura definitiva. De acordo com as diretrizes da ESHRE (2022) e da FEBRASGO (2023), o tratamento hormonal pós-operatório é fundamental para prevenir a recidiva das lesões e controlar sintomas dolorosos remanescentes, desde que a paciente não deseje engravidar de imediato.

ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A terapia combinada cíclica permite a privação hormonal e o sangramento mensal. Para pacientes com sintomas residuais cíclicos (como a disúria e distensão no período menstrual relatadas), o regime cíclico é menos eficaz que o regime contínuo, pois a menstruação mantém o estímulo inflamatório e a sintomatologia associada ao ciclo.

Alternativa b) Correta. Esta é a recomendação principal das diretrizes atuais. O uso de anticoncepcionais hormonais em regime contínuo ou progestagênios isolados (como dienogeste, implante de etonogestrel ou DIU de levonorgestrel) visa promover a amenorreia e a supressão do tecido endometrial ectópico. Essa medida reduz significativamente as taxas de recorrência de endometriomas e nódulos de endometriose profunda, além de estabilizar os sintomas residuais ao evitar as

flutuações hormonais e o fluxo menstrual.

Alternativa c) Incorreta. Não existe o conceito de cirurgia preventiva programada para endometriose. A reintervenção cirúrgica é uma medida de exceção, indicada apenas em casos de falha terapêutica do tratamento clínico, progressão da doença com comprometimento de órgãos vitais ou dor intratável.

Alternativa d) Incorreta. Suspender o tratamento hormonal em uma paciente com sintomas residuais e histórico de endometriose profunda aumentaria o risco de progressão da doença e recidiva precoce, uma vez que o estímulo estrogênico fisiológico permaneceria agindo sobre possíveis focos microscópicos não visualizados na cirurgia.

Alternativa e) Incorreta. Embora os agonistas de GnRH sejam potentes na supressão da doença, eles não são indicados por tempo indeterminado como primeira escolha de manutenção. Seu uso prolongado causa efeitos colaterais graves, como perda de densidade mineral óssea e sintomas climatéricos intensos. Quando utilizados por mais de seis meses, exigem obrigatoriamente a terapia de reposição paralela (add-back therapy).

Gabarito: Letra (b).

Questão 37

Para compreender esta questão, devemos analisar os valores fornecidos pelo sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), que utiliza o hímen como ponto de referência (zero). Valores negativos indicam pontos acima do hímen e valores positivos indicam pontos além (abaixo) do hímen.

Os pontos descritos são:

1. Compartimento Anterior: Aa e Ba. No caso, Aa = +2 e Ba = +3. Ambos estão além do hímen.
2. Compartimento Apical: C (colo do útero) e D (fundo de saco de Douglas). No caso, C = +3 (além do hímen) e D = -4 (indicando que o útero está presente).
3. Compartimento Posterior: Ap e Bp. No caso, Ap = 0 e Bp = 0, indicando que a parede posterior está exatamente no nível do hímen.
4. CVT (Comprimento Vaginal Total): 8 cm.

Determinação do Estadiamento:

O estágio é definido pelo ponto de maior prolapso (neste caso, +3 cm, observado nos pontos Ba e C).

- Estágio 0: Sem prolapso.

- Estágio I: O ponto mais distal está a mais de 1 cm acima do hímen (valor < -1).
- Estágio II: O ponto mais distal está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen (valor entre -1 e $+1$).
- Estágio III: O ponto mais distal está a mais de 1 cm abaixo do hímen (valor $> +1$), mas não chega à eversão total. O limite para o estágio III é até o valor do CVT menos 2 cm.
- Estágio IV: Eversão total. O ponto mais distal está em um valor igual ou maior que $CVT - 2$.

Cálculo para esta paciente:

O ponto mais distal é $+3$.

O limite para o Estágio IV seria $CVT (8) - 2 = 6$ cm.

Como $+3$ é maior que $+1$ e menor que $+6$, o diagnóstico é Estágio III.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O estágio é III, pois o valor $+3$ ultrapassa o limite de $+1$ cm do estágio II. Além disso, o compartimento posterior está no nível 0, não sendo o principal.
- b) Incorreta. Para ser estágio IV, o ponto mais avançado deveria ser pelo menos $+6$ ($CVT - 2$). O valor encontrado foi $+3$.
- c) Incorreta. Embora o estágio III esteja correto, o compartimento posterior (Ap e Bp = 0) está menos projetado do que o anterior e o apical ($+3$).
- d) Incorreta. O estágio é III, uma vez que o ponto de maior prolapso ($+3$) está além de 1 cm do hímen.
- e) Correta. O estágio é III porque o ponto de maior prolapso ($+3$) está entre $+1$ e o valor de $CVT - 2$ (6 cm). Os compartimentos principais são o anterior (Ba = $+3$) e o apical (C = $+3$).

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 58 anos apresenta um quadro clássico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Os principais pontos que confirmam esse diagnóstico são a perda de urina associada a aumentos da pressão intra-abdominal (tossir, espirrar, levantar peso) e o teste do cotonete positivo, que indica hiper mobilidade uretral. Não há sintomas de urgência miccional, o que afasta o diagnóstico de bexiga hiperativa. O relato de ressecamento vaginal sugere Síndrome Geniturinária da Menopausa,

condição comum nesta faixa etária que pode agravar os sintomas urinários, mas a queixa principal é a perda ao esforço.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A conduta inicial para a Incontinência Urinária de Esforço, conforme preconizado por diretrizes nacionais e internacionais (como as da FEBRASGO e da Sociedade Brasileira de Urologia), deve ser o tratamento conservador. A fisioterapia do assoalho pélvico, que inclui o treinamento muscular supervisionado (exercícios de Kegel), é a primeira linha de tratamento clínico. Ela visa fortalecer a musculatura estriada periuretral e o suporte do assoalho pélvico, apresentando altos índices de melhora na qualidade de vida e redução dos episódios de perda, sendo exatamente o que a paciente solicitou ao optar pelo tratamento clínico.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O uso de antibióticos e uroculturas seriadas não possui indicação neste caso, pois a paciente não apresenta sinais de Infecção do Trato Urinário (ITU) recorrente. A incontinência de esforço é um problema mecânico/anatômico, não infeccioso.

Alternativa B: Embora as cirurgias de sling (como o transobturatório) sejam o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da IUE, a questão deixa claro que a paciente prefere o tratamento clínico inicialmente. Além disso, o manejo conservador deve ser sempre oferecido antes da intervenção cirúrgica em casos não complicados.

Alternativa D: Os anticolinérgicos (como oxibutinina ou solifenacina) são utilizados no tratamento da Incontinência Urinária de Urgência ou Bexiga Hiperativa, e não na incontinência de esforço. O estudo urodinâmico, embora útil em casos complexos ou falha de tratamento, não é obrigatório para iniciar a conduta clínica em uma paciente com diagnóstico clínico claro de IUE.

Alternativa E: A terapia estrogênica sistêmica não é o tratamento de escolha para a incontinência urinária. Para os sintomas de atrofia vaginal (ressecamento), o estrogênio tópico (cremes ou óvulos) seria mais indicado e seguro. No entanto, mesmo o estrogênio local seria um adjuvante, e não a terapia principal para a perda de urina ao esforço, que exige o fortalecimento muscular mencionado na alternativa C. Importante notar que alguns estudos sugerem que a terapia estrogênica sistêmica pode até piorar a incontinência urinária preexistente.

Questão 39

O caso clínico descreve uma gestante de 9 semanas com quadro de ameaça de abortamento. Os critérios que definem esse diagnóstico são a presença de sangramento vaginal com o colo uterino fechado e a constatação de vitalidade embrionária (presença de batimentos cardíacos fetais) ao exame de ultrassonografia. O discreto descolamento corioamniótico é um achado comum nessas situações e, isoladamente, não altera a viabilidade da gestação no momento.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. A internação para curetagem é indicada apenas em casos de abortamento incompleto, retido ou inevitável, nos quais não há vitalidade embrionária ou há presença de restos ovulares. Realizar esse procedimento em um embrião vivo constitui iatrogenia grave.

Alternativa B: INCORRETA. O misoprostol é um análogo da prostaglandina utilizado para promover o esvaziamento uterino em situações de perda gestacional confirmada (aborto retido ou incompleto). Não se utiliza medicação para esvaziamento em gestações viáveis.

Alternativa C: INCORRETA. A literatura médica atual não recomenda o repouso absoluto, pois ele não demonstrou eficácia em prevenir a evolução para o abortamento e pode aumentar o risco de fenômenos tromboembólicos na gestante. A antibioticoterapia é reservada exclusivamente para casos de aborto séptico, nos quais há sinais claros de infecção.

Alternativa D: CORRETA. Esta é a conduta padrão para a ameaça de abortamento. O repouso relativo (redução de atividades físicas extenuantes), a abstinência sexual (para evitar o contato do colo com as prostaglandinas do sêmen e o estímulo contrátil do orgasmo) e a reavaliação clínica e ultrassonográfica posterior são as orientações iniciais recomendadas.

Alternativa E: INCORRETA. O uso de progesterona na ameaça de abortamento ainda é tema de debate, sendo geralmente reservado para pacientes com histórico de abortamento habitual ou insuficiência de corpo lúteo. A prescrição por tempo indeterminado e via intramuscular não faz parte da conduta inicial padrão e não possui evidência robusta para todos os casos de ameaça de aborto.

Questão 40

DIAGNÓSTICO E DISCUSSÃO

O quadro clínico descrito é clássico de Vaginose Bacteriana (VB). Para o diagnóstico desta condição, a medicina utiliza os Critérios de Amsel, sendo necessária a presença de pelo menos três dos quatro requisitos a seguir:

1. Corrimento vaginal branco-acinzentado, fluido e homogêneo.
2. pH vaginal maior que 4,5 (no caso, é 5,5).
3. Teste das aminas (Whiff test) positivo (liberação de odor de peixe após adição de KOH a 10%).
4. Presença de Clue Cells (células-guia) na microscopia a fresco (células epiteliais cobertas por bactérias).

A paciente apresenta todos os critérios de Amsel, o que confirma a Vaginose Bacteriana. Esta patologia não é uma infecção de transmissão obrigatoriamente sexual, mas sim um desequilíbrio da microbiota vaginal, com substituição dos *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias (como *Gardnerella vaginalis* e *Atopobium vaginae*).

O tratamento de primeira escolha é o Metronidazol 500 mg, por via oral, duas vezes ao dia (a cada 12 horas), durante 7 dias. Alternativamente, pode-se usar o tratamento tópico com metronidazol gel por 5 noites.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) CORRETA: Identifica corretamente a Vaginose Bacteriana baseada nos critérios clínicos e laboratoriais e indica o tratamento de primeira linha preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde e do CDC.

Alternativa b) INCORRETA: Na Tricomoniase, o corrimento costuma ser amarelo-esverdeado, bolhoso e com presença de colpíte (colo em framboesa). Embora o pH também seja elevado e o teste das aminas possa ser positivo, a microscopia revelaria o protozoário móvel e não clue cells. O tratamento de 2g em dose única é válido para tricomoniase, mas o diagnóstico está incorreto para este caso.

Alternativa c) INCORRETA: A Candidíase cursa com prurido intenso (ausente no caso), corrimento branco grumoso (tipo leite coalhado), pH vaginal baixo (menor que 4,5) e presença de hifas ou pseudohifas na microscopia. O teste das aminas é negativo na candidíase.

Alternativa d) INCORRETA: A Cervicite caracteriza-se por processo inflamatório no colo do útero, com presença de secreção mucopurulenta no orifício externo do colo e friabilidade (sangramento ao toque). O tratamento com azitromicina e ceftriaxona visa cobrir Clamídia e Gonococo, o que não condiz com o achado de clue cells e corrimento acinzentado.

Alternativa e) INCORRETA: A Infecção Pélvica (Doença Inflamatória Pélvica - DIP) manifesta-se com dor pélvica, dor à mobilização do colo uterino e, por vezes, febre e sinais de irritação peritoneal. A paciente do caso apresenta apenas sintomas vulvovaginais localizados, sem sinais de quadros sistêmicos ou dor pélvica aguda que justifiquem antibioticoterapia parenteral.

Questão 41

A questão aborda uma atualização recente e fundamental na legislação trabalhista e nas Normas Regulamentadoras (NRs) brasileiras, especificamente na NR-01 (Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais) e na NR-05 (CIPA). Com a promulgação da Lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022, que instituiu o Programa Emprega + Mulheres, o combate ao assédio tornou-se parte obrigatória das atribuições da CIPA, que teve seu nome alterado para Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.

Alternativa (b) CORRETA: O texto da Lei nº 14.457/2022 e as atualizações nas NRs estabelecem que as organizações devem adotar medidas com vistas à prevenção e ao combate ao assédio sexual e às demais formas de violência no âmbito do trabalho. Isso inclui a fixação de procedimentos para recebimento e acompanhamento de denúncias, aplicação de sanções administrativas e a realização de ações de capacitação e sensibilização sobre o tema.

Alternativa (a) INCORRETA: Embora o assédio moral e a discriminação de raça sejam condutas ilícitas e combatidas pelo ordenamento jurídico, eles não compõem a redação específica inserida na NR-01 pela atualização de 2022, que focou prioritariamente no assédio sexual e na violência laboral.

Alternativa (c) INCORRETA: A discriminação de gênero é um tema abrangido por diversas leis e diretrizes de direitos humanos, mas o foco da alteração normativa nas obrigações da CIPA em 2022 foi, textualmente, o assédio sexual e as demais formas de violência.

Alternativa (d) INCORRETA: O combate à discriminação por credo religioso é um direito constitucional e fundamental, mas não foi o objeto da nova exigência de gerenciamento de riscos ocupacionais introduzida pela reforma de 2022 na NR-01 e

na NR-05.

Alternativa (e) INCORRETA: A proteção contra a discriminação de trabalhadores PcD (Pessoas com Deficiência) é regida por legislação específica, como a Lei Brasileira de Inclusão. A atualização da NR-01 mencionada na questão direcionou-se especificamente ao enfrentamento da violência e do assédio sexual.

Em resumo, para provas de residência e concursos, o médico deve recordar que a CIPA agora também tem o Assédio em seu nome e sua principal nova missão regulamentar é o combate ao assédio sexual e à violência no trabalho.

Questão 42

Esta questão aborda as complicações específicas relacionadas às pneumoconioses, doenças pulmonares causadas pela inalação de poeiras minerais no ambiente de trabalho. A compreensão das associações clássicas é fundamental para o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes.

Alternativa (a): Correta. A silicose é a pneumoconiose mais comum e está fortemente associada ao aumento da suscetibilidade à tuberculose (*M. tuberculosis*) e às micobactérias atípicas. Isso ocorre porque a sílica livre é extremamente tóxica para os macrófagos alveolares, comprometendo a imunidade celular do hospedeiro e facilitando a proliferação do bacilo. O risco de um paciente silicótico desenvolver tuberculose é significativamente maior do que na população geral, sendo essa a complicação infecciosa mais clássica da doença.

Alternativa (b): Incorreta. As bronquiectasias representam a dilatação irreversível dos brônquios e, embora possam surgir em estágios terminais de qualquer fibrose pulmonar (bronquiectasias de tração), não são a complicação característica ou mais frequente especificamente associada à asbestose. As complicações mais marcantes do asbesto são o câncer de pulmão e o mesotelioma.

Alternativa (c): Incorreta. O mesotelioma de pleura é um tumor maligno com uma relação causal direta e quase exclusiva com a exposição ao asbesto (amianto), e não à sílica. A silicose predispõe ao câncer de pulmão, mas não ao mesotelioma pleural.

Alternativa (d): Incorreta. A hipertensão pulmonar pode ocorrer em fases avançadas de qualquer doença intersticial pulmonar (como a asbestose) devido à destruição do leito capilar e hipóxia crônica (cor pulmonale). No entanto, não é considerada a complicação "mais frequente" ou distintiva da asbestose para fins de diferenciação diagnóstica em provas, comparada ao risco de neoplasias.

Alternativa (e): Incorreta. A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas com hiper-responsividade brônquica, geralmente de origem atópica ou ocupacional por agentes sensibilizantes. A silicose é uma doença restritiva do parênquima pulmonar e não possui relação fisiopatológica direta com o desenvolvimento de asma.

Questão 43

ANÁLISE DO CASO:

O caso descreve um acidente ocupacional com exposição de mucosas (oral e conjuntival) a material biológico (líquido amniótico). Para decidir sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), devemos considerar três pilares: o tipo de material, o status da paciente-fonte e o tempo decorrido. O líquido amniótico é considerado um fluido com potencial de transmissão do HIV. O tempo de 48 horas (2 dias) está dentro do limite recomendado. A paciente-fonte (a mãe) tem status sorológico desconhecido, pois o teste do feto não substitui a sorologia materna e ela evadiu-se do hospital.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 2 horas após a exposição. No entanto, o protocolo do Ministério da Saúde e diretrizes internacionais estabelecem que a profilaxia pode e deve ser realizada se o atendimento ocorrer em até 72 horas após o acidente. Como se passaram 48 horas, a indicação permanece.

Alternativa B: Incorreta. A gestação não contraindica o uso da PEP. Na verdade, se a profissional de saúde for infectada, a gestação aumenta a importância da profilaxia para evitar a transmissão vertical para o seu próprio bebê. Além disso, o resultado do teste no natimorto não é garantia do status da mãe, especialmente em um contexto de falta de pré-natal e possível janela imunológica ou carga viral materna. A mãe é a fonte da exposição.

Alternativa C: Incorreta. De acordo com os protocolos de biossegurança, o líquido amniótico é classificado como material biológico com risco de transmissão do HIV, assim como o sangue, sêmen, secreções vaginais e fluidos de serosas (líquido pleural, pericárdico, peritoneal).

Alternativa D: Incorreta. Não existe previsão de dose única para a quimioprofilaxia do HIV. O esquema terapêutico da PEP, independentemente de a paciente estar gestante ou não, deve ser mantido por 28 dias consecutivos para garantir a eficácia na interrupção da replicação viral inicial.

Alternativa E: Correta. Esta alternativa sintetiza os critérios técnicos para a conduta: a PEP é indicada porque o status da paciente-fonte é desconhecido (ela evadiu-se e não tinha exames), o material é de risco e o tempo é oportuno (menos de 72 horas). Atualmente, os esquemas preferenciais (como Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir) são considerados seguros para uso em gestantes.

Questão 44

Alternativa (a) está incorreta. A infecção natural pelo vírus da dengue gera imunidade permanente apenas para o sorotipo específico que causou a doença (existem quatro sorotipos: DENV-1, 2, 3 e 4). A imunidade cruzada para os outros sorotipos é apenas temporária. Além disso, as vacinas atuais, como a Qdenga, são recomendadas inclusive para quem já teve a doença, pois o objetivo é proteger contra os demais sorotipos e prevenir formas graves em uma reinfecção.

Alternativa (b) está incorreta. A vacinação contra a raiva também é utilizada na profilaxia pré-exposição (PrEP). Ela é indicada para profissionais com risco ocupacional, como médicos-veterinários, biólogos, profissionais que trabalham em laboratórios de virologia e pessoas que manejam animais silvestres.

Alternativa (c) está correta. A febre tifoide é uma doença diretamente relacionada à precariedade do saneamento básico e da higiene (transmissão fecal-oral). Em locais com infraestrutura adequada e tratamento de água e esgoto, a incidência é mínima. Por esse motivo, a vacina não faz parte do calendário vacinal de rotina da população geral, sendo indicada apenas para viajantes que se deslocam para áreas de alta endemicidade ou para trabalhadores de laboratórios que manipulam a *Salmonella Typhi*.

Alternativa (d) está incorreta. Não existe vacina contra a hepatite C até o momento. A prevenção da doença é feita por meio do controle de bancos de sangue, do uso de materiais descartáveis e estéreis, além do tratamento dos pacientes infectados com antivirais de ação direta para interromper a cadeia de transmissão.

Alternativa (e) está incorreta. A vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) recebeu aprovação recente e tem como uma de suas principais indicações a aplicação em gestantes (geralmente entre a 24ª e a 36ª semana de gestação). O objetivo é a transferência transplacentária de anticorpos para o feto, garantindo proteção ao recém-nascido nos primeiros meses de vida, fase em que o vírus pode causar bronquiolite grave. Ela não é considerada teratogênica.

Questão 45

A hanseníase é uma doença espectral, o que significa que suas manifestações clínicas dependem diretamente da resposta imunológica do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. O enunciado descreve uma situação de anergia (ausência de imunidade celular específica), alta carga bacilar e grande gravidade clínica.

A alternativa (d) está correta. A forma virchowiana (ou lepromatosa) representa o polo multibacilar da doença. Nela, o sistema imunológico do paciente é incapaz de montar uma resposta mediada por células (imunidade celular nula) eficaz contra o bacilo. Como consequência, o bacilo multiplica-se desordenadamente e dissemina-se por via hematogênica. Clinicamente, caracteriza-se por lesões infiltrativas (hansenomas), madarose, congestão nasal e comprometimento neural sistêmico e simétrico, o que justifica a anestesia em extremidades (pés e mãos) citada no texto.

A alternativa (a) está incorreta. A forma indeterminada é o estágio inicial da doença. Geralmente apresenta-se como uma mancha hipocrômica com alteração de sensibilidade. Nessa fase, a resposta imunitária ainda não está definida, podendo evoluir para a cura espontânea ou para qualquer uma das outras formas clínicas. Não apresenta imunidade celular nula nem a gravidade descrita.

A alternativa (b) está incorreta. A forma tuberculoide representa o polo oposto à virchowiana. Aqui, o paciente possui uma imunidade celular forte e eficaz, que consegue limitar a proliferação do bacilo. Por isso, as lesões são poucas, bem delimitadas e a carga bacilar é baixíssima ou nula (paucibacilar).

A alternativa (c) está incorreta. A forma dimorfa (ou borderline) é uma forma intermediária e instável do espectro. Embora apresente maior número de lesões e maior comprometimento nervoso do que a forma tuberculoide, ainda existe algum grau de resposta imunológica, não sendo caracterizada pela imunidade celular totalmente nula.

A alternativa (e) está incorreta. O termo "determinada" não faz parte da classificação oficial de Ridley e Jopling ou da classificação operacional da OMS. Já a forma "borderline" é sinônimo de dimorfa, que, como explicado anteriormente, não se encaixa na descrição de ausência total de imunidade celular e multiplicação bacilar máxima típica da forma virchowiana.

Questão 46

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa A: INCORRETA. Este é um dos mitos mais difundidos e perigosos sobre o tema. A ideia de que quem fala sobre suicídio não o cometerá ou que está apenas tentando chamar a atenção é falsa. Na prática clínica, observamos que muitas pessoas que concretizam o ato deram sinais claros de suas intenções anteriormente. Toda ameaça ou expressão de desejo de morte deve ser levada a sério e avaliada criteriosamente pelo profissional de saúde.

Alternativa B: INCORRETA. Abordar o assunto de forma técnica, acolhedora e sem julgamentos não aumenta o risco de suicídio. Pelo contrário, falar sobre o tema reduz o estigma, proporciona alívio emocional ao paciente e permite que o médico identifique o grau de risco para estabelecer um plano terapêutico adequado. O silêncio, muitas vezes, impede que a pessoa receba a ajuda necessária.

Alternativa C: CORRETA. A maioria das pessoas em crise suicida comunica seu sofrimento e suas intenções, seja de forma verbal direta (comentários sobre querer desistir ou sumir) ou por meio de sinais comportamentais (despedidas, doação de pertences, isolamento súbito). A identificação desses sinais de alerta por familiares e profissionais de saúde é um pilar fundamental da prevenção.

Alternativa D: INCORRETA. Não existe uma proibição para que a mídia aborde o suicídio. O que existe são recomendações e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde sobre como o tema deve ser reportado. A abordagem deve ser educativa, focada na prevenção e na divulgação de canais de ajuda, evitando o sensacionalismo, a glamourização do ato ou a descrição detalhada de métodos, para prevenir o efeito de contágio (Efeito Werther).

Alternativa E: INCORRETA. Indivíduos com ideação suicida geralmente apresentam uma profunda ambivalência entre o desejo de morrer e o de viver. Na grande maioria dos casos, a pessoa não deseja necessariamente a morte, mas sim o fim de um sofrimento psíquico que ela percebe como intolerável e sem saída. A intervenção médica e psicológica atua justamente para fortalecer o desejo de vida e oferecer alternativas para lidar com a dor.

Questão 47

Alternativa A: Incorreta. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) fundamenta-se justamente na criação de um subsistema específico dentro do SUS (SasiSUS), que adota um modelo de atenção diferenciado. Esse modelo não é discriminatório, mas sim uma aplicação do princípio da equidade, reconhecendo que as populações indígenas possuem especificidades culturais, geográficas e epidemiológicas que exigem uma organização distinta do restante da rede.

Alternativa B: Incorreta. Embora as regiões Norte e Nordeste concentrem grandes contingentes, os povos indígenas estão presentes em todas as regiões e estados do Brasil, inclusive em contextos urbanos. Essa ampla dispersão geográfica, somada à grande diversidade de etnias e línguas, torna a implementação das ações de saúde mais complexa, e não mais fácil.

Alternativa C: Incorreta. Embora os povos indígenas compartilhem vulnerabilidades socioeconômicas com as classes sociais desfavorecidas, suas tensões e ameaças são distintas e específicas. Eles enfrentam questões relacionadas à demarcação de terras, à preservação da cultura e das línguas nativas, além de um perfil epidemiológico próprio que exige intervenções que as políticas gerais de assistência social não cobrem integralmente.

Alternativa D: Incorreta. Os dados demográficos das últimas décadas, notadamente os censos do IBGE, demonstram uma tendência de crescimento da população indígena no país, e não decréscimo. Esse aumento é atribuído tanto ao crescimento vegetativo quanto a um maior número de pessoas que passaram a se autodeclarar indígenas.

Alternativa E: Correta. A estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena baseia-se na criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O objetivo é levar a rede de serviços para dentro dos territórios, superando barreiras geográficas (cobertura e acesso) e culturais (aceitabilidade), garantindo que o atendimento respeite as medicinas tradicionais e as particularidades de cada povo.

Questão 48

Alternativa A: Incorreta. As causas mais prevalentes de cefaleia na atenção primária são as cefaleias primárias, especificamente a tensional e a migrânea. A hipertensão arterial sistêmica, embora muito comum na população, raramente é a causa direta de dor de cabeça, a menos que o paciente apresente níveis pressóricos extremamente elevados (crises hipertensivas reais), não sendo, portanto, a causa mais comum.

Alternativa B: Correta. Estudos epidemiológicos indicam que a cefaleia do tipo tensional é a forma mais comum de cefaleia primária na população geral. A migrânea (enxaqueca) aparece logo em seguida como a segunda causa mais frequente de procura por atendimento médico devido à dor de cabeça.

Alternativa C: Incorreta. Doenças intracranianas graves, como tumores ou infecções do sistema nervoso central, são consideradas "red flags" (sinais de alerta) e representam uma porcentagem muito baixa (geralmente menos de 1%) dos atendimentos por cefaleia na atenção primária. A terceira causa mais comum geralmente está associada a condições sistêmicas benignas, como infecções virais das vias aéreas superiores.

Alternativa D: Incorreta. O exame físico é fundamental no atendimento de qualquer cefaleia. O objetivo principal é descartar sinais de perigo ou causas secundárias. A avaliação neurológica básica, a aferição da pressão arterial e a avaliação de sinais de irritação meníngea são etapas indispensáveis para garantir a segurança do diagnóstico clínico.

Alternativa E: Incorreta. Embora a migrânea seja mais comum em mulheres e frequentemente apresente piora no período pré-menstrual ou menstrual devido à queda do estrogênio, a tendência durante a gravidez é de melhora importante dos sintomas. Devido à estabilização dos níveis hormonais, a maioria das pacientes experimenta alívio ou remissão das crises de enxaqueca, especialmente a partir do segundo trimestre gestacional.

Questão 49

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar a dor de origem isquêmica (angina) das dores torácicas de outras etiologias, como musculoesquelética, pleurítica ou gastrointestinal. A angina clássica possui características semiológicas bem definidas.

Alternativa (a) Incorreta. A dor isquêmica é tipicamente visceral e difusa, o que significa que o paciente geralmente não consegue localizá-la com precisão. O chamado sinal do dedo (apontar o local exato com a ponta do dedo) é um forte preditor de que a dor não é cardíaca, sugerindo etiologia musculoesquelética ou psicogênica. Além disso, a angina estável costuma durar de 2 a 10 minutos, e não muitas horas.

Alternativa (b) Incorreta. O desconforto em região mediana ou inferior do abdome com irradiação para os membros inferiores é totalmente atípico para isquemia miocárdica. Embora o infarto de parede inferior possa se manifestar como dor

epigástrica, a localização infraumbilical e a irradiação para as pernas sugerem outras patologias, como aneurisma de aorta abdominal ou problemas vasculares periféricos.

Alternativa (c) Incorreta. A dor que é reproduzida pela palpação da parede torácica ou por movimentos dos braços e do tronco é característica de dor osteomuscular, como a costochondrite (Síndrome de Tietze). A dor anginosa é profunda e não se altera com a compressão externa ou movimentação do tórax.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve a apresentação clássica da angina pectoris. A sensação é frequentemente relatada como um peso, aperto, opressão ou queimação retrosternal, e não necessariamente como uma dor aguda. A irradiação para o pescoço, mandíbula, ombros ou face interna dos braços (especialmente o esquerdo) é muito comum. A dificuldade de respirar (dispneia) pode acompanhar o quadro ou ser a única manifestação da isquemia em alguns pacientes (equivalente anginoso).

Alternativa (e) Incorreta. Dor em pontada ou facada que piora com a inspiração profunda, tosse ou movimentos respiratórios é definida como dor pleurítica. Esse padrão é típico de processos inflamatórios da pleura (como na pneumonia ou embolia pulmonar) ou do pericárdio (pericardite), e não da isquemia do miocárdio.

Questão 50

Alternativa a (Correta): Historicamente, as políticas de saúde pública no Brasil foram estruturadas com foco prioritário em grupos considerados mais vulneráveis ou que demandavam ações específicas de vigilância, como mulheres (saúde reprodutiva e materno-infantil), crianças e idosos. O homem adulto foi, por muito tempo, negligenciado pelas estratégias de prevenção e promoção da saúde, sendo visto apenas sob a ótica da saúde do trabalhador ou em atendimentos de urgência. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada justamente para enfrentar essa barreira cultural e institucional.

Alternativa b (Incorreta): Na realidade, os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, especialmente na Atenção Primária. Entre os motivos estão barreiras culturais, como a ideia de invulnerabilidade masculina, e barreiras institucionais, como o horário de funcionamento das unidades de saúde, que geralmente coincide com a jornada de trabalho do homem. Quando buscam atendimento, muitas vezes já o fazem em serviços de pronto-socorro para condições agudizadas.

Alternativa c (Incorreta): A violência e as causas externas em geral não acometem homens e mulheres de maneira semelhante. Existe uma sobremortalidade masculina

expressiva por causas externas (homicídios e acidentes de transporte), sendo esta a principal causa de morte na faixa etária de 15 a 39 anos entre os homens. A vitimização por violência interpessoal e letal é predominantemente masculina.

Alternativa d (Incorreta): Embora as doenças do aparelho circulatório sejam uma das principais causas de morte em ambos os sexos, a prevalência e a mortalidade prematura são historicamente maiores no sexo masculino. Os homens apresentam maior exposição a fatores de risco e menor adesão a tratamentos preventivos, o que resulta em eventos cardiovasculares mais precoces do que nas mulheres.

Alternativa e (Incorreta): De acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o tumor mais frequente na população masculina, desconsiderando o câncer de pele não melanoma, é o câncer de próstata. Em seguida, os mais comuns são os de cólon e reto e os de pulmão. A alternativa está incorreta ao omitir o câncer de próstata e focar em aparelhos de forma genérica, incluindo o urinário fora da ordem de maior prevalência.
