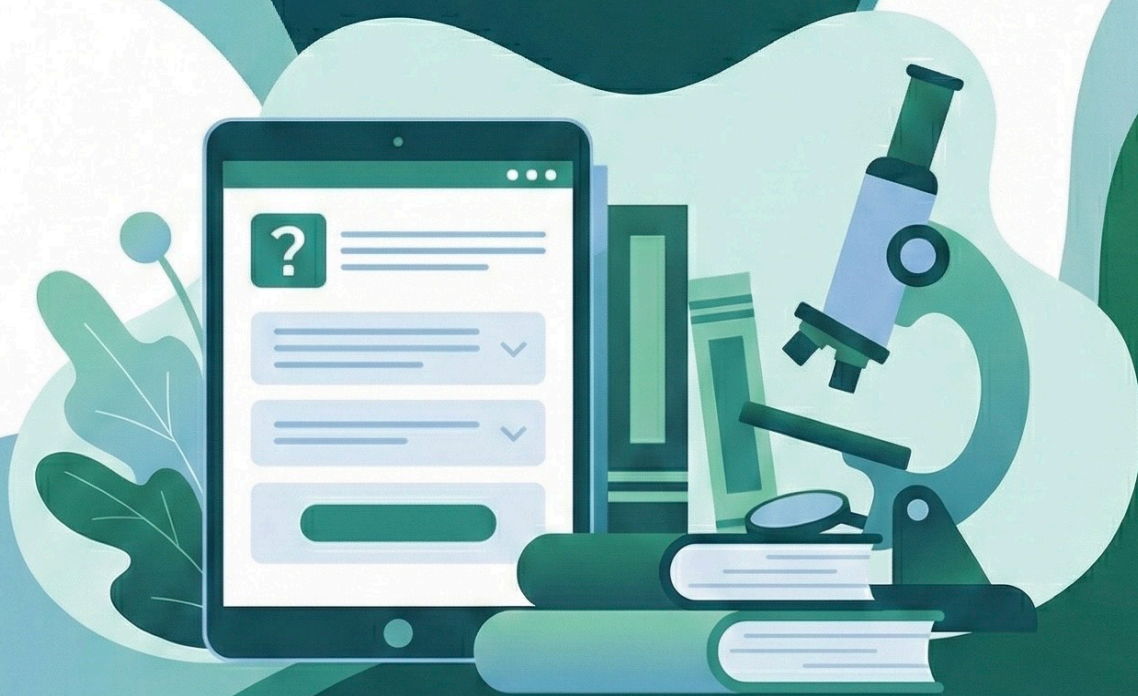




# UNIMED

GABARITO | 2026 | PI | 75 Questões



## Gabarito: UNIMED

2026 | PI

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

#### ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro clínico e laboratorial clássico de anemia (hemoglobina de 10 g/dL). A classificação morfológica revela uma anemia microcítica, dado o VCM de 70 fL (valor de referência normal entre 80 e 100 fL). O ponto crucial para o diagnóstico diferencial das anemias microcíticas neste caso é a ferritina baixa, que indica a exaustão dos estoques de ferro orgânico.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A anemia megaloblástica, geralmente causada pela deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, caracteriza-se por ser uma anemia macrocítica. Nela, o VCM encontra-se elevado (frequentemente acima de 110 fL), o que contradiz o achado de microcitose (VCM baixo) do enunciado.

ALTERNATIVA B: CORRETA. A anemia ferropriva (por deficiência de ferro) é a causa mais comum de anemia em todo o mundo. Laboratorialmente, ela se manifesta com microcitose e hipocromia. A diminuição da ferritina é o achado laboratorial mais precoce e específico para confirmar que a causa da anemia é a falta de ferro, refletindo fielmente a depleção das reservas corporais.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. As anemias hemolíticas são tipicamente normocíticas. Em situações de hemólise acentuada, podem até apresentar macrocitose devido ao aumento de reticulócitos (hemácias jovens e maiores) na circulação. Além disso, a ferritina costuma estar normal ou elevada em quadros hemolíticos devido à liberação do ferro contido nas hemácias destruídas.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A anemia de doença inflamatória crônica é classicamente normocítica e normocrômica, embora possa evoluir para microcitose em estados crônicos avançados. Contudo, o diferencial fundamental é a ferritina: por ser uma proteína de fase aguda, a ferritina na doença crônica encontra-se normal ou aumentada, ao contrário da ferritina baixa observada na anemia ferropriva.

ALTERNATIVA E: INCORRETA. Embora a talassemia seja uma causa importante de anemia microcítica acentuada, ela decorre de um defeito genético na síntese das cadeias de globina, e não da falta de ferro. Portanto, na talassemia, a ferritina é normal ou elevada. Além disso, a talassemia maior é a forma clínica grave da doença, diagnosticada precocemente na infância, com sintomas muito mais severos do que os apresentados por este paciente de 55 anos.

---

## Questão 2

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) exige uma avaliação de gravidade para determinar se o paciente deve ser tratado em casa ou no hospital. O principal instrumento utilizado para essa decisão é o escore CURB-65, que avalia Confusão mental, Ureia (maior ou igual a 43 mg/dL), Frequência Respiratória (maior ou igual a 30 irpm), Pressão arterial (Sistólica menor que 90 mmHg ou Diastólica menor ou igual a 60 mmHg) e Idade (maior ou igual a 65 anos).

Alternativa a: Está incorreta porque a idade inferior a 65 anos não é um fator de risco para internação, mas sim um fator de proteção no escore CURB-65. Além disso, a *Chlamydia pneumoniae* é um agente atípico e não é o mais frequente na PAC.

Alternativa b: Está incorreta, pois uma pontuação inferior a 2 no CURB-65 (0 ou 1 ponto) indica que o paciente tem baixo risco de morte e, geralmente, pode receber tratamento ambulatorial. A internação hospitalar passa a ser considerada a partir de uma pontuação igual ou superior a 2.

Alternativa c: Está correta. A frequência respiratória elevada, especificamente maior ou igual a 30 incursões por minuto, é um sinal de desconforto respiratório e um dos critérios objetivos do CURB-65 (o R do acrônimo) para indicar gravidade e necessidade de internação. O *Streptococcus pneumoniae*, também conhecido como pneumococo, é o agente etiológico mais comum da pneumonia em todos os grupos etários e níveis de gravidade.

Alternativa d: Está incorreta, porque a tosse seca é uma característica clínica que pode sugerir agentes atípicos, mas não serve como indicador de necessidade de internação. O *Haemophilus influenzae* é um agente comum, especialmente em pacientes com doenças pulmonares prévias, mas não é o mais frequente na população geral.

Alternativa e: Está incorreta, pois a radiografia é fundamental para o diagnóstico de pneumonia, mas a realização do exame por si só não define a necessidade de internação; o que define a gravidade são os critérios clínicos e laboratoriais. O *Mycoplasma pneumoniae* é o agente atípico mais comum, porém não é o patógeno mais frequente de forma global na comunidade.

### Questão 3

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um idoso, hipertenso e diabético, que faz uso de uma combinação de olmesartana com hidroclorotiazida (HCT). Ele apresenta um quadro de hiponatremia (sódio de 124 mEq/L) com sintomas moderados (fadiga, náuseas e vômitos), mas está hemodinamicamente estável e sem sinais de gravidade neurológica (está consciente e orientado). O principal diagnóstico etiológico é a hiponatremia induzida por diurético tiazídico, uma condição comum em idosos.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A infusão de solução salina hipertônica a 3% em bolus é reservada para casos de hiponatremia aguda grave com manifestações neurológicas severas, como convulsões, coma ou rebaixamento importante do nível de consciência. Como o paciente está orientado e estável, a correção rápida e agressiva com hipertônica aumenta o risco de Síndrome de Desmielinização Osmótica.

Alternativa (b) CORRETA: O manejo inicial da hiponatremia por tiazídicos em pacientes estáveis envolve a suspensão do diurético causador, a restrição da ingestão de água livre e, em alguns casos, o uso de diuréticos de alça (furosemida). Diferentemente dos tiazídicos, que agem no túbulo distal e preservam a capacidade de concentração urinária (favorecendo a retenção de água livre), a furosemida age na alça de Henle, interferindo no gradiente medular e diminuindo a capacidade do rim de concentrar a urina, o que resulta em maior excreção de água livre de eletrólitos.

Alternativa (c) INCORRETA: Embora a suplementação com ureia possa ser utilizada em casos de SIADH (Síndrome de Secreção Inapropriada de ADH) para aumentar a carga de solutos e a excreção de água, não é a conduta de primeira linha para hiponatremia induzida por diuréticos tiazídicos, especialmente quando a simples retirada da droga e a restrição hídrica são eficazes.

Alternativa (d) INCORRETA: O lítio já foi utilizado no passado para tratar a SIADH por induzir uma forma de diabetes insipidus nefrogênico, mas seu uso foi abandonado devido à alta toxicidade e à disponibilidade de terapias mais seguras. Não há indicação de lítio para tratar hiponatremia por tiazídicos.

Alternativa (e) INCORRETA: O uso de soluções de glicose (como o soro glicosado a 5%) é contraindicado no tratamento da hiponatremia. A glicose é rapidamente metabolizada, restando apenas água livre na circulação, o que causaria uma diluição ainda maior do sódio sérico, agravando perigosamente o quadro de hiponatremia.

#### Questão 4

Para definir a Lesão Renal Aguda (LRA) segundo a classificação KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), o diagnóstico deve ser fundamentado em critérios de creatinina sérica e/ou débito urinário.

Alternativa a: Incorreta. O valor de 0,5 mg/dL não é o ponto de corte definido pelo KDIGO para o diagnóstico em 24 horas. O critério temporal estabelecido pela diretriz é um aumento absoluto de, pelo menos, 0,3 mg/dL em um intervalo de 48 horas.

Alternativa b: Incorreta. A taxa de filtração glomerular (TFG) não é utilizada para definir Lesão Renal Aguda nos critérios KDIGO. A TFG é um parâmetro central na classificação e diagnóstico da Doença Renal Crônica, mas, na fase aguda, ela é instável e não reflete adequadamente a função renal imediata.

Alternativa c: Incorreta. O critério de volume urinário para o diagnóstico de LRA (estágio 1) é um fluxo inferior a 0,5 mL/kg/h por um período de, pelo menos, 6 horas. O valor de 0,3 mL/kg/h é utilizado apenas para classificar o estágio 3 (o mais grave) da lesão renal, quando mantido por 24 horas ou mais, ou se houver anúria por 12 horas.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente um dos critérios diagnósticos do KDIGO. A diretriz define LRA como o aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em um período de 48 horas. Os outros critérios diagnósticos seriam: aumento da creatinina sérica para 1,5 vez ou mais em relação ao valor basal (conhecido ou presumido nos últimos 7 dias) ou débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por, pelo menos, 6 horas.

Alternativa e: Incorreta. O aumento da creatinina para 2 vezes o valor basal indica que o paciente já está no estágio 2 da LRA, mas o diagnóstico inicial (estágio 1) ocorre com um aumento de 1,5 vez o basal. Além disso, a janela temporal considerada para essa comparação é de 7 dias, e não de 30 dias.

---

#### Questão 5

PASSO 1: ANÁLISE DO PH E DISTÚRBO PRIMÁRIO

O pH de 7,21 indica uma acidemia (valor normal entre 7,35 e 7,45). O bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) de 12 mEq/L está reduzido (referência de 24 mEq/L), o que define que o distúrbio primário é uma Acidose Metabólica.

PASSO 2: CÁLCULO DO ANION GAP (AG)

O Anion Gap é a diferença entre os cátions e ânions mensuráveis, calculado pela fórmula:  $Na - (Cl + HCO_3)$ .

$$AG = 142 - (100 + 12) = 30.$$

Como o valor de normalidade fornecido é 12, estamos diante de uma Acidose Metabólica com Anion Gap Elevado (também chamada de AG positiva).

### PASSO 3: AVALIAÇÃO DA RESPOSTA COMPENSATÓRIA

Na acidose metabólica, a  $pCO_2$  esperada é calculada pela Fórmula de Winters:  $(1,5 \times HCO_3) + 8$  (com margem de erro de 2 para mais ou para menos).

$$pCO_2 \text{ esperada} = (1,5 \times 12) + 8 = 18 + 8 = 26 \text{ mmHg.}$$

A faixa esperada seria de 24 a 28 mmHg. A  $pCO_2$  real do paciente é 35 mmHg. Como a  $pCO_2$  medida está significativamente acima da esperada, o paciente apresenta uma Acidose Respiratória associada (hipoventilação relativa).

### PASSO 4: CÁLCULO DO BICARBONATO CORRIGIDO (DELTA-DELTA)

Para identificar um terceiro distúrbio oculto em acidoses de AG elevado, somamos o excesso do AG ao bicarbonato atual:

$$HCO_3 \text{ corrigido} = HCO_3 \text{ atual} + (AG \text{ medido} - AG \text{ normal}).$$

$$HCO_3 \text{ corrigido} = 12 + (30 - 12) = 12 + 18 = 30 \text{ mEq/L.}$$

Um  $HCO_3$  corrigido acima de 26 mEq/L indica uma Alcalose Metabólica concomitante. Se o paciente tivesse apenas acidose metabólica de AG elevado pura, o  $HCO_3$  corrigido deveria retornar ao valor normal (24-26). Como resultou em 30, confirmamos o distúrbio triplo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O Anion Gap calculado é 30, o que caracteriza acidose com AG elevado (positivo), e não AG normal.

Alternativa b) Incorreta. Ignora o distúrbio metabólico primário (acidose metabólica) e a análise do anion gap.

Alternativa c) Incorreta. O pH de 7,21 indica acidemia severa, o que torna impossível que o diagnóstico seja composto apenas por alcaloses.

Alternativa d) Incorreta. A  $pO_2$  de 102 mmHg está normal, portanto não há hipoxemia.

Alternativa e) Correta. Contempla os três achados matemáticos: Acidose metabólica com AG elevado (30), Acidose respiratória ( $pCO_2$  de 35 maior que a esperada de 26) e Alcalose metabólica ( $HCO_3$  corrigido de 30).

GABARITO: Letra (e).

## Questão 6

Esta questão aborda os fundamentos da fisiopatologia e epidemiologia das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), especificamente a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU).

Alternativa (a) Incorreta: As DIIs não são causadas exclusivamente por infecções bacterianas. A ciência médica define essas condições como multifatoriais, resultantes de uma interação complexa entre a predisposição genética do indivíduo, fatores ambientais (como dieta e tabagismo), a composição da microbiota intestinal e uma resposta imune desregulada.

Alternativa (b) Correta: O gene NOD2 (também conhecido como CARD15), localizado no cromossomo 16, foi o primeiro gene de suscetibilidade identificado para a Doença de Crohn. Ele desempenha um papel crucial no reconhecimento de padrões moleculares bacterianos. Mutações nesse gene estão associadas a uma maior probabilidade de desenvolver a doença e a fenótipos específicos, como o acometimento ileal e comportamento estenosante, o que exemplifica a forte base genética das DIIs.

Alternativa (c) Incorreta: Embora existam variações geográficas, a afirmação está errada principalmente ao excluir os fatores ambientais. O tabagismo, por exemplo, é um dos fatores ambientais mais estudados: ele aumenta o risco e a gravidade da Doença de Crohn, enquanto exerce um curioso efeito "protetor" (reduzindo a incidência) na Retocolite Ulcerativa.

Alternativa (d) Incorreta: O perfil epidemiológico das DIIs é tipicamente bimodal. O maior pico de incidência ocorre em adultos jovens, geralmente entre os 15 e 35 anos de idade. Um segundo pico, de menor magnitude, pode ser observado em idosos entre 60 e 80 anos. Portanto, a prevalência em jovens adultos é extremamente significativa.

Alternativa (e) Incorreta: Fatores que alteram a microbiota intestinal precocemente, como o uso de antibióticos na infância, são considerados fatores de risco ambientais. A exposição a antibióticos pode causar disbiose, que, em indivíduos com predisposição genética, pode atuar como um gatilho para o desenvolvimento de processos inflamatórios crônicos no intestino.

## Questão 7

A questão aborda o tratamento farmacológico das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), que incluem a Retocolite Ulcerativa e a Doença de Crohn. Para responder corretamente, é necessário identificar um fármaco que atue topicamente, seja eficaz na fase aguda (indução) e na prevenção de recidivas (manutenção).

Alternativa a) Glicocorticoides: Estão incorretos. Embora sejam extremamente eficazes na indução da remissão em crises moderadas a graves devido à sua potente ação anti-inflamatória, os corticoides não possuem papel na manutenção da remissão. O uso prolongado é contraindicado devido aos graves efeitos colaterais sistêmicos e à falta de benefício em manter o paciente assintomático a longo prazo.

Alternativa b) Imunomoduladores (tiopurinas): Estão incorretos. A azatioprina e a 6-mercaptopurina são utilizadas principalmente para a manutenção da remissão em pacientes que não respondem ou são dependentes de corticoides. Como possuem um início de ação lento (geralmente de 3 a 6 meses), não são eficazes para a indução rápida da remissão de forma isolada. Além disso, sua ação é sistêmica e não tópica na mucosa.

Alternativa c) Mesalazina: Esta é a alternativa correta. A mesalazina pertence à classe dos 5-aminossalicilatos (5-ASA). Sua principal característica é a ação anti-inflamatória tópica diretamente na mucosa intestinal inflamada, onde modula mediadores químicos como leucotrienos e prostaglandinas. É considerada a terapia de primeira linha para casos leves a moderados, sendo eficaz tanto para induzir a remissão quanto para mantê-la, especialmente na Retocolite Ulcerativa.

Alternativa d) Anticorpos anti-TNF: Estão incorretos. Agentes biológicos como o infliximabe e o adalimumabe são eficazes tanto na indução quanto na manutenção de quadros moderados a graves. No entanto, agem de forma sistêmica através do bloqueio do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) na circulação e nos tecidos, não se enquadrando na descrição de "anti-inflamatório tópico na mucosa".

Alternativa e) Metotrexato: Está incorreto. É um imunomodulador análogo do ácido fólico utilizado principalmente na Doença de Crohn para indução e manutenção da remissão em pacientes que falharam ou não toleraram outras terapias. Sua ação é sistêmica (antimetabólica e imunomoduladora) e não tópica.

## Questão 8

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O paciente apresenta um quadro clínico típico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr), com sintomas de congestão pulmonar e sistêmica, além de uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 29%. O tratamento da ICFEr foca em dois pilares principais: o alívio dos sintomas e a redução da mortalidade. Para melhorar a sobrevida, a estratégia fundamental é o bloqueio dos sistemas neuro-hormonais (sistema renina-angiotensina-aldosterona e sistema nervoso simpático), que são os responsáveis pelo remodelamento ventricular patológico.

#### ALTERNATIVA A - INCORRETA

Os diuréticos de alça (como a furosemida) são essenciais para o manejo da congestão e controle sintomático (alívio do edema e da dispneia). Entretanto, apesar de serem fundamentais na prática clínica, não existem evidências sólidas de que o uso isolado desses agentes reduza a mortalidade ou altere a história natural do remodelamento cardíaco.

#### ALTERNATIVA B - CORRETA

Esta alternativa descreve a base clássica do tratamento que modifica o prognóstico da ICFEr. Os Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) bloqueiam a produção de angiotensina II, reduzindo a pós-carga e o remodelamento cardíaco. Os betabloqueadores (como carvedilol, succinato de metoprolol ou bisoprolol) bloqueiam a ação deletéria das catecolaminas no miocárdio, permitindo a recuperação da função ventricular e reduzindo o risco de morte súbita. A combinação dessas classes é o passo inicial obrigatório para aumentar a sobrevida do paciente.

#### ALTERNATIVA C - INCORRETA

Vasodilatadores isolados, como os nitratos, são úteis para reduzir a pré-carga e aliviar sintomas agudos de congestão. Embora a combinação de hidralazina com nitrato tenha benefício comprovado em populações específicas (como em pacientes negros ou naqueles que não toleram IECA/BRA), o uso de nitratos de forma isolada não é a terapia de escolha para melhorar a sobrevida global.

#### ALTERNATIVA D - INCORRETA

O sacubitril/valsartana é um medicamento de classe superior (Inibidor da Neprilisina e do Receptor de Angiotensina) que demonstrou reduzir mortalidade de forma mais eficaz que os IECAs isolados. No entanto, a questão propõe o "tratamento isolado", o que é incorreto. O manejo da ICFEr exige a terapia tripla ou quádrupla (associação com betabloqueadores, antagonistas da aldosterona e inibidores da SGLT2). Não se recomenda tratar o paciente apenas com sacubitril/valsartana sem o uso concomitante de um betabloqueador.

#### ALTERNATIVA E - INCORRETA

A digoxina é um agente inotrópico que aumenta a contratilidade, mas estudos clínicos (como o estudo DIG) mostraram que ela não reduz a mortalidade na insuficiência cardíaca. Seu papel atual é restrito ao controle de sintomas em pacientes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento otimizado ou para controle da frequência cardíaca em pacientes com fibrilação atrial associada.

### Questão 9

O quadro clínico descrito é clássico de um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST). O paciente apresenta dor torácica típica, fatores de risco cardiovascular e confirmação eletrocardiográfica (supra de ST em derivações precordiais, sugerindo parede anterior). Além disso, a pressão arterial de 90/60 mmHg acende um alerta para instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico iminente. O objetivo principal no tratamento do IAMCSST é a reperfusão imediata da artéria obstruída.

Alternativa (a) Incorreta: Os betabloqueadores são contraindicados na fase aguda do infarto em pacientes com sinais de baixo débito, hipotensão (PA 90/60 mmHg) ou risco de choque cardiogênico, pois podem agravar o quadro. O teste ergométrico é uma ferramenta para estratificação de doença estável e é absolutamente contraindicado durante um infarto agudo.

Alternativa (b) Incorreta: A fibrinólise (uso de trombolíticos) é uma estratégia de reperfusão válida apenas quando a angioplastia primária não pode ser realizada em tempo hábil (geralmente em até 120 minutos do diagnóstico). No entanto, em pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico, a angioplastia é significativamente superior e deve ser a escolha prioritária, mesmo que demande transferência para um centro especializado.

Alternativa (c) Correta: A angioplastia coronária primária é o tratamento padrão-ouro para o IAMCSST. Ela consiste na abertura mecânica da artéria por meio de um balão e implante de stent. Quando realizada rapidamente (idealmente com tempo porta-balão inferior a 90 minutos), reduz a mortalidade e as complicações em comparação à fibrinólise, sendo a conduta de escolha, especialmente em pacientes com o perfil de gravidade apresentado.

Alternativa (d) Incorreta: O IAMCSST é uma emergência médica que requer intervenção imediata para salvar o músculo cardíaco. O encaminhamento para angiografia eletiva (agendada) retardaria o tratamento de forma inaceitável. Além disso, o tratamento inicial utiliza antiagregantes plaquetários (aspirina e inibidores do

P2Y12) e anticoagulantes parenterais, e não apenas anticoagulantes orais.

Alternativa (e) Incorreta: O diagnóstico de IAMCSST é clínico e eletrocardiográfico. Embora o ecocardiograma seja útil para avaliar complicações mecânicas e a função do ventrículo, ele jamais deve atrasar o início da terapia de reperfusão. No infarto, "tempo é músculo", e cada minuto de atraso aumenta a área de necrose miocárdica.

### Questão 10

O estado de mal epiléptico (EME) é uma emergência neurológica crítica. Ele é definido operacionalmente como uma crise convulsiva que dura mais de 5 minutos ou crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas. Quando a crise ultrapassa 30 minutos, como no caso do paciente, o risco de lesão neuronal irreversível e complicações sistêmicas aumenta drasticamente.

O tratamento do EME é dividido em estágios: a primeira linha consiste em benzodiazepínicos (diazepam, lorazepam ou midazolam). A segunda linha envolve anticonvulsivantes intravenosos (fenitoína, ácido valproico ou levetiracetam). O EME é considerado refratário quando as crises persistem após o uso da primeira e da segunda linha de tratamento.

Alternativa a: Incorreta. Aumentar a dose de benzodiazepínicos após a falha inicial não é eficaz. Com o prolongamento da crise, ocorre a internalização dos receptores GABA-A na membrana pós-sináptica, o que torna os benzodiazepínicos progressivamente menos eficazes. Além disso, doses excessivas podem causar depressão respiratória grave e instabilidade hemodinâmica.

Alternativa b: Incorreta (para esta questão específica). Em protocolos convencionais, a fenitoína ou o ácido valproico seriam a segunda linha lógica. No entanto, o enunciado já posiciona o paciente como refratário e em ambiente de UTI. Em casos de EME que já atingem 30 minutos de duração com falha inicial, muitas diretrizes de terapia intensiva preconizam a transição rápida para agentes anestésicos para garantir a cessação imediata da atividade epileptogênica.

Alternativa c: Correta. De acordo com o gabarito indicado, a estratégia para o EME refratário é a indução de coma anestésico. O propofol é um agente de escolha na UTI por possuir início de ação ultrarrápido e meia-vida curta, permitindo fácil titulação. Ele atua potencializando a inibição via receptores GABA e bloqueando receptores NMDA de glutamato, o que ajuda a interromper a excitotoxicidade e as crises. O objetivo é alcançar o padrão de surto-supressão ou a supressão total das crises no eletroencefalograma (EEG).

Alternativa d: Incorreta. O paciente já está no local mais adequado para o tratamento (UTI). Interromper o tratamento ou evitar medicação adicional em um quadro de EME é contraindicado, pois a atividade convulsiva contínua leva a rabdomiólise, acidose metabólica, hipertermia e morte neuronal.

Alternativa e: Incorreta. O isoflurano é um anestésico inalatório utilizado apenas em casos de EME super-refratário (quando as crises persistem mesmo após 24 horas de coma anestésico com drogas venosas). Além disso, o tratamento não é paliativo, mas sim uma tentativa agressiva de salvar a vida do paciente e preservar a função cerebral.

---

## Questão 11

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A procalcitonina (PCT) é um biomarcador de fase aguda cuja produção é estimulada por toxinas bacterianas e citocinas inflamatórias (como IL-1 beta e TNF-alfa), sendo inibida pelo interferon-gama, típico de infecções virais. Na prática clínica da terapia intensiva, a PCT é utilizada principalmente como uma ferramenta para guiar a interrupção (e não necessariamente o início) da antibioticoterapia. O objetivo principal do uso da PCT é reduzir o tempo total de exposição aos antimicrobianos, o que diminui a toxicidade para o paciente, os custos hospitalares e a pressão seletiva para o surgimento de bactérias multirresistentes.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Esperar a normalização absoluta da procalcitonina para encerrar o tratamento pode levar ao uso desnecessário e prolongado de antibióticos. A maioria dos protocolos de "stewardship" recomenda a interrupção quando ocorre uma queda relativa significativa (geralmente acima de 80% a 90% em relação ao valor de pico) ou quando o valor atinge um limiar absoluto seguro (como abaixo de 0,5 ng/mL), sempre em conjunto com a melhora clínica.

Alternativa b) Incorreta. A medicina moderna busca fugir de tempos de tratamento fixos e arbitrários, como os tradicionais 14 dias. Em casos de sepse abdominal onde houve controle adequado do foco (cirurgia para a perfuração), cursos curtos de antibióticos costumam ser tão eficazes quanto cursos longos, com a vantagem de causar menos efeitos adversos.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa falha ao sugerir a exclusão do estado clínico do paciente. Decisões terapêuticas não devem ser baseadas apenas em exames laboratoriais. Se a PCT baixar, mas o paciente ainda apresentar febre, instabilidade

hemodinâmica ou novos sinais de infecção, a antibioticoterapia não deve ser descontinuada.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o papel da procalcitonina no manejo da sepse. A redução progressiva dos níveis de PCT indica que a carga bacteriana está sendo controlada e que a resposta inflamatória sistêmica está cedendo. Se essa tendência laboratorial for acompanhada de melhora nos sinais vitais e parâmetros clínicos, o médico pode reduzir com segurança a duração total da terapia, interrompendo o antibiótico mais cedo do que faria sem o auxílio do biomarcador.

Alternativa e) Incorreta. O isolamento de uma bactéria resistente a múltiplos fármacos exige que o esquema seja adequado ao perfil de sensibilidade (antibiograma), mas não necessariamente "mais agressivo" se o esquema já instituído for eficaz. Além disso, a decisão de alterar o esquema deve sempre considerar o progresso clínico: se o paciente está melhorando, o esquema atual está funcionando, independentemente da resistência observada in vitro ou dos níveis isolados de procalcitonina.

---

## Questão 12

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central da questão é a vacinação em pacientes imunocomprometidos por doenças autoimunes e tratamentos imunossupressores. Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) possuem maior vulnerabilidade a infecções devido à própria fisiopatologia da doença e ao uso de medicações que reduzem a resposta imune, tornando a imunização uma parte crucial do cuidado preventivo.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A vacinação não é universalmente contraindicada. Embora exista um receio teórico de que o estímulo imunológico da vacina possa causar um "flare" (exacerbação) da doença, estudos clínicos mostram que a maioria das vacinas inativadas não demonstra esse efeito de forma significativa. O risco de contrair uma infecção grave supera os riscos potenciais da vacinação na imensa maioria dos casos.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa está alinhada com as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) e do EULAR. Especificamente sobre o HPV, mulheres com LES apresentam maior prevalência de infecção persistente pelo vírus e maiores taxas de lesões precursoras de câncer do colo do útero. A vacina

contra o HPV mostrou-se segura e imunogênica em pacientes com lúpus. A avaliação individualizada é necessária para escolher o momento de menor atividade da doença, otimizando a eficácia da vacina.

Alternativa C (Incorreta): Não há evidências de que a vacinação anule os efeitos dos imunossupressores. O que ocorre é uma preocupação inversa: o tratamento imunossupressor pode reduzir a resposta vacinal (o corpo produz menos anticorpos em resposta à vacina), mas isso não impede a vacinação, apenas reforça a necessidade de realizá-la, preferencialmente, em momentos de estabilidade clínica.

Alternativa D (Incorreta): Os medicamentos imunossupressores não protegem contra infecções; eles agem controlando a resposta autoimune desregulada. Como efeito colateral, diminuem a capacidade do corpo de lutar contra patógenos externos (vírus e bactérias). Assim, a vacinação é uma estratégia vital para tentar compensar essa vulnerabilidade.

Alternativa E (Incorreta): Esta afirmação é falsa. A segurança da vacina depende diretamente do seu tipo. Vacinas de agentes vivos atenuados (como Febre Amarela, Tríplice Viral e Varicela) são, em regra, contraindicadas para pacientes sob imunossupressão significativa (como o uso de prednisona em doses altas, micofenolato ou biológicos), devido ao risco de a vacina causar a própria doença que deveria prevenir.

Resumo para Provas:

1. Vacinas Inativadas (Gripe, HPV, Pneumococo): Geralmente seguras e recomendadas para pacientes com doenças autoimunes.
2. Vacinas de Agentes Vivos (Febre Amarela, BCG, Tríplice Viral): Contraindicadas se o paciente estiver em uso de imunossupressão moderada a grave.
3. Momento Ideal: A vacinação deve ser planejada, preferencialmente, antes de iniciar tratamentos imunossupressores potentes ou quando a doença estiver em remissão/baixa atividade.

GABARITO: Alternativa (b).

---

### Questão 13

O diagnóstico diferencial entre Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Artrite Reumatoide (AR) baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais específicos. Abaixo, analisamos cada alternativa para identificar o marcador mais específico para o LES:

- a) Correta. O anticorpo anti-DNA de cadeia dupla (anti-dsDNA) é um dos marcadores mais específicos para o LES, apresentando especificidade superior a 95%. Ele faz

parte dos critérios classificatórios da doença e sua presença raramente é observada na Artrite Reumatoide ou em outras patologias autoimunes. Além disso, seus títulos costumam flutuar de acordo com a atividade da doença, especialmente na nefrite lúpica.

b) Incorreta. O Fator Reumatoide (FR) é um anticorpo clássico da Artrite Reumatoide (presente em cerca de 70-80% dos casos), mas sua especificidade é baixa. O FR pode estar presente em aproximadamente 25-30% dos pacientes com LES, além de aparecer em diversas outras condições inflamatórias, infecciosas (como hepatites e endocardite) e até em indivíduos idosos saudáveis.

c) Incorreta. O anticorpo antinúcleo (ANA ou FAN) é o teste de triagem inicial para o LES devido à sua altíssima sensibilidade (superior a 95%). No entanto, sua especificidade é muito baixa. O ANA pode ser positivo em cerca de 30-50% dos pacientes com Artrite Reumatoide, em outras colagenoses, em infecções e em uma parcela significativa da população geral sem doença autoimune.

d) Incorreta. Os anticorpos anticitrulinados (ACPA), como o anti-CCP, são altamente específicos para o diagnóstico da Artrite Reumatoide (especificidade em torno de 95-98%). Portanto, este marcador é utilizado para confirmar a AR e não o LES. Embora possa ocorrer positividade em casos de sobreposição (Rhusus), ele define a característica reumatoide do quadro.

e) Incorreta. A Proteína C-reativa (PCR) é um marcador de fase aguda inespecífico que indica inflamação sistêmica. Curiosamente, o LES em atividade muitas vezes cursa com PCR normal ou discretamente elevada (exceto em casos de serosite ou infecção associada), enquanto a AR costuma apresentar elevações mais consistentes. De qualquer forma, a PCR não possui especificidade para diagnosticar nenhuma doença autoimune isoladamente.

---

### Questão 14

O quadro clínico descreve um adolescente com sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia e fadiga) e sinais sugestivos de resistência insulínica e síndrome metabólica, como sobrepeso e hipertensão arterial. Diante da suspeita de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em pacientes pediátricos (10 a 18 anos), as diretrizes da American Diabetes Association (ADA) e da ISPAD orientam a conduta com base na gravidade da apresentação clínica.

Alternativa a) Incorreta. A insulina basal é indicada no tratamento inicial do DM2 pediátrico apenas se o paciente apresentar descompensação metabólica grave, como cetoacidose diabética, cetose significativa ou níveis de hemoglobina glicada (HbA1c)

superiores a 8,5%. No caso descrito, o paciente está sintomático, mas estável, o que permite o início com medicação oral.

Alternativa b) Correta. A metformina é o fármaco de primeira escolha para o tratamento do DM2 em crianças e adolescentes a partir dos 10 anos de idade. Em pacientes com sintomas leves ou moderados e sem acidose, a conduta inicial padrão é a associação de mudanças no estilo de vida (dieta e exercícios) com a introdução da metformina. Ela atua principalmente reduzindo a produção hepática de glicose e melhorando a sensibilidade periférica à insulina.

Alternativa c) Incorreta. Embora as modificações no estilo de vida sejam fundamentais e devam ser iniciadas imediatamente, o tratamento isolado sem medicação raramente é suficiente para pacientes que já se apresentam sintomáticos e com hiperglicemia franca no diagnóstico. A diretriz atual recomenda a introdução farmacológica precoce para evitar a progressão da falência das células beta pancreáticas.

Alternativa d) Incorreta. A cirurgia bariátrica (cirurgia metabólica) é uma opção terapêutica de exceção na pediatria. Ela pode ser considerada apenas em adolescentes com obesidade severa (geralmente IMC acima de 35 kg/m<sup>2</sup>) que apresentam comorbidades graves de difícil controle após falha prolongada do tratamento clínico e farmacológico otimizado. Jamais seria uma conduta imediata.

Alternativa e) Incorreta. As sulfonilureias não são medicações de primeira linha para o tratamento de DM2 em jovens. Elas possuem um risco significativamente maior de causar hipoglicemia e podem levar ao ganho de peso, o que é contraproducente em um paciente que já apresenta sobrepeso. Além disso, a metformina apresenta um perfil de segurança e eficácia superior nesta faixa etária.

---

### Questão 15

O quadro clínico descrito apresenta os critérios diagnósticos para cetoacidose diabética (CAD): glicemia superior a 250 mg/dL, acidose metabólica (pH menor que 7,30 e bicarbonato menor que 18 mEq/L) e presença de cetonas urinárias. O paciente manifesta respiração de Kussmaul e dor abdominal, que são sinais clássicos dessa condição. O tratamento imediato deve focar na tríade: reidratação volêmica, correção de eletrólitos (principalmente o potássio) e insulinoterapia.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A administração de insulina é fundamental, porém o uso de bicarbonato de sódio é contraindicado para este paciente. O consenso atual (ADA e

SBD) recomenda bicarbonato apenas se o pH arterial for inferior a 6,9. Em pH de 7,21, o bicarbonato pode causar hipocalcemia grave, acidose paradoxal no sistema nervoso central e atrasar a recuperação.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. O manejo inicial da CAD exige a reposição volêmica rápida com soluções isotônicas (como o soro fisiológico 0,9%) para restaurar a perfusão tecidual e reduzir os hormônios contrarreguladores. A insulina intravenosa deve ser iniciada logo após, visando interromper a cetogênese e normalizar a glicemia, sempre atentando para os níveis de potássio antes de iniciar a infusão.

Alternativa c: Incorreta. Pelo mesmo motivo da alternativa A, não há indicação clínica para infusão de bicarbonato de sódio com um pH de 7,21. A correção da acidose ocorre naturalmente com a hidratação e a insulino terapia adequadas.

Alternativa d: Incorreta. A metformina é uma medicação de uso oral para o tratamento crônico do diabetes tipo 2. Ela é absolutamente contraindicada em situações de acidose metabólica aguda e instabilidade, devido ao alto risco de desenvolvimento de acidose láctica associada. O tratamento da CAD deve ser feito exclusivamente com insulina de ação rápida.

Alternativa e: Incorreta. Apesar de o gabarito indicado na questão ser a letra (e), esta alternativa apresenta erros técnicos segundo os protocolos médicos vigentes. Primeiramente, a reidratação inicial deve ser feita com soluções isotônicas (0,9%) e não hiposmolares, para evitar uma queda muito rápida da osmolaridade plasmática, o que aumenta o risco de edema cerebral. Segundo, o monitoramento deve ser rigoroso e incluir obrigatoriamente potássio, pH, bicarbonato e hiato aniônico (\*anion gap\*), e nunca ser limitado apenas à glicemia, que costuma normalizar muito antes da resolução da acidose.

Observação: Há um equívoco no gabarito oficial informado para esta questão, sendo a alternativa (b) a única que descreve a conduta médica correta e segura para o caso.

---

## Questão 16

A questão aborda a avaliação de risco cardiovascular pré-operatório, um tema fundamental na prática clínica e cirúrgica, baseado principalmente nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e do American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA).

A alternativa (a) está incorreta porque, embora uma fração de ejeção reduzida

(menor que 40%) represente um fator de risco importante para complicações perioperatórias, ela não é uma contraindicação absoluta para a cirurgia. O risco deve ser balanceado com o benefício do procedimento, e o paciente deve ser otimizado clinicamente antes da intervenção.

A alternativa (b) está incorreta. A angina estável de classes I e II da CCS (Canadian Cardiovascular Society) representa um risco leve a moderado. Contraindicações cardiovasculares absolutas (condições clínicas instáveis) para cirurgias eletivas incluem angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias graves e valvulopatias sintomáticas graves. A angina estável bem controlada permite a realização da cirurgia após avaliação adequada da capacidade funcional.

A alternativa (c) está correta. O Índice de Risco Cardíaco Revisado (RCRI), também conhecido como Índice de Lee, é um dos escores mais utilizados para prever complicações cardiovasculares graves. Ele pontua seis variáveis: 1. Cirurgia de alto risco (como as abdominais de grande porte); 2. História de doença isquêmica do coração; 3. História de insuficiência cardíaca; 4. História de doença cerebrovascular; 5. Diabetes mellitus em uso de insulina; e 6. Creatinina pré-operatória maior ou igual a 2,0 mg/dL.

A alternativa (d) está incorreta. O ecocardiograma transtorácico não é recomendado de forma rotineira baseado apenas na idade. Ele deve ser solicitado em pacientes com suspeita ou diagnóstico de insuficiência cardíaca, valvulopatias moderadas a graves ou sopros cardíacos de etiologia desconhecida. Para pacientes assintomáticos e sem alterações no exame físico, a idade superior a 60 anos, isoladamente, não justifica o exame.

A alternativa (e) está incorreta. Iniciar betabloqueadores no dia da cirurgia em pacientes virgens dessa medicação é perigoso, pois aumenta o risco de hipotensão, bradicardia e acidente vascular cerebral (AVC), conforme demonstrado em grandes estudos como o POISE. Se houver indicação de início de betabloqueador (geralmente em pacientes com isquemia documentada ou alto risco em cirurgias vasculares), isso deve ser feito idealmente de uma semana a 30 dias antes do procedimento, para permitir a titulação segura da dose.

---

## Questão 17

A pancreatite aguda necrosante infectada representa uma das complicações mais graves da doença, exigindo uma abordagem criteriosa para reduzir a morbimortalidade. Atualmente, o consenso internacional e as principais diretrizes (como as da International Association of Pancreatology) preconizam a abordagem escalonada, conhecida mundialmente como step-up approach.

Alternativa a: Incorreta. A laparotomia precoce com necrosectomia aberta na primeira semana está associada a taxas de mortalidade extremamente elevadas, frequentemente superiores a 50%. Nesse estágio inicial, o tecido necrótico ainda não está organizado ou delimitado, o que torna a cirurgia tecnicamente difícil, aumenta o risco de hemorragias incontroláveis e a perda de tecido pancreático viável.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro atual. O step-up approach consiste em iniciar o tratamento de forma minimamente invasiva, preferencialmente por drenagem percutânea (guiada por imagem) ou endoscópica das coleções infectadas. Em muitos casos, a drenagem isolada é suficiente para a melhora clínica. Caso o paciente não responda, procede-se a uma necrosectomia minimamente invasiva. O adiamento da intervenção cirúrgica por pelo menos 4 semanas é fundamental para que a necrose se torne organizada (walled-off necrosis), o que facilita o desbridamento e melhora o prognóstico.

Alternativa c: Incorreta. Embora a antibioticoterapia de amplo espectro com boa penetração pancreática (como os carbapenêmicos) seja essencial no tratamento da necrose infectada, o tratamento exclusivamente clínico raramente é definitivo. Na presença de infecção confirmada e deterioração clínica, o controle de fonte (drenagem) é necessário para a resolução do quadro séptico.

Alternativa d: Incorreta. A pancreatectomia subtotal é uma técnica cirúrgica agressiva que não possui papel no tratamento da pancreatite aguda. O objetivo do tratamento cirúrgico na pancreatite é o desbridamento do tecido necrótico (necrosectomia) e não a ressecção do órgão, visando preservar ao máximo as funções endócrina e exócrina do pâncreas.

Alternativa e: Incorreta. A lavagem peritoneal precoce, seja por laparoscopia ou dreno, foi estudada no passado, mas não demonstrou benefício em reduzir a mortalidade ou prevenir infecções na pancreatite necrosante. Ela não substitui a necessidade de drenagem direta da necrose infectada quando esta se desenvolve.

---

### Questão 18

A análise do manejo da colecistite aguda no paciente cirrótico deve levar em conta, primordialmente, a reserva funcional do fígado, avaliada pela classificação de Child-Pugh.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A colecistectomia eletiva, mesmo por via laparoscópica, é contraindicada para pacientes Child-Pugh C. A mortalidade perioperatória nesse grupo é extremamente elevada (podendo ultrapassar 80% em algumas estatísticas),

devido à coagulopatia grave, hipertensão portal e alto risco de insuficiência renal e sepse no pós-operatório.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Em pacientes com cirrose avançada (Child C), o risco cirúrgico é proibitivo. Se o paciente respondeu bem ao tratamento clínico inicial (antibioticoterapia e jejum) e encontra-se assintomático, a estratégia mais segura é a manutenção do tratamento conservador e observação clínica. O risco de uma nova crise de colecistite é considerado menor do que o risco de óbito caso o paciente seja submetido a uma cirurgia.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. A via aberta é ainda mais agressiva para o paciente cirrótico, pois a incisão abdominal pode levar à drenagem persistente de ascite, desnutrição, infecção da ferida e maior dificuldade de controle de sangramento devido às varizes de parede e distúrbios de coagulação. A cirurgia de urgência em um paciente Child C é reservada apenas para complicações catastróficas, como peritonite biliar generalizada.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A colecistostomia percutânea é uma alternativa útil para drenar a vesícula em pacientes críticos que não apresentam melhora com antibióticos e que não possuem condições de serem operados. No entanto, o enunciado especifica que o paciente já está assintomático após o tratamento clínico. Portanto, no momento, não há indicação para este procedimento invasivo, nem como ponte, nem como tratamento definitivo.

ALTERNATIVA E: INCORRETA. Embora o paciente Child C seja, por definição, um candidato ao transplante hepático devido à gravidade da doença de base, o transplante não é indicado como um pré-requisito ou etapa para tratar uma colecistite que já foi estabilizada. O transplante é um procedimento de altíssima complexidade regulado por critérios específicos (como a pontuação MELD) e disponibilidade de órgãos. O manejo da vesícula em candidatos ao transplante deve ser o mais conservador possível.

---

## Questão 19

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

O tratamento cirúrgico do Carcinoma Hepatocelular (CHC) exige uma avaliação criteriosa da reserva funcional hepática e da extensão da doença para garantir a segurança do procedimento e a sobrevida do paciente.

Alternativa (a) INCORRETA: A presença de trombo tumoral na veia porta principal é considerada uma invasão macrovascular, o que classifica o paciente como estágio C

(Avançado) na classificação de Barcelona (BCLC). Nesses casos, a cirurgia é contraindicada devido ao altíssimo risco de recidiva sistêmica precoce e ao comprometimento hemodinâmico do fígado. O tratamento de escolha costuma ser a terapia sistêmica.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora a ressecção seja classicamente indicada para pacientes Child-Pugh A, o Child-Pugh B não é uma contraindicação absoluta em todos os cenários mundiais (alguns centros orientais operam pacientes Child B selecionados), mas, no contexto de provas e diretrizes principais (BCLC), ele é considerado um impeditivo para ressecções seguras. No entanto, a alternativa (c) apresenta um conceito técnico mais preciso sobre a segurança da massa hepática.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve o conceito de Remanescente Hepático Futuro (RHF). Para evitar a insuficiência hepática pós-hepatectomia, é necessário que o volume de parênquima que permanecerá após a cirurgia seja suficiente. Em pacientes com fígado sem cirrose (normal), 20% a 25% de volume é suficiente. Em fígados com cirrose ou lesão crônica (Child A), o parênquima é menos eficiente, exigindo um remanescente maior, de pelo menos 40%, para manter as funções metabólicas e sintéticas.

Alternativa (d) INCORRETA: A hipertensão portal clinicamente significativa (definida por gradiente de pressão venosa hepática superior a 10 mmHg, presença de varizes esofágicas ou esplenomegalia com plaquetopenia abaixo de  $100.000/\text{mm}^3$ ) é um dos fatores mais importantes na decisão cirúrgica. Ela é um forte preditor de descompensação hepática e morte no pós-operatório, sendo frequentemente uma contraindicação à ressecção em favor do transplante hepático ou de terapias ablativas.

Alternativa (e) INCORRETA: A ascite é um marcador de hipertensão portal e de reserva funcional pobre (frequentemente elevando a pontuação de Child-Pugh). A presença de ascite, mesmo que controlada com diuréticos, contraindica grandes ressecções pelo altíssimo risco de falência hepática e deiscência de ferida operatória por extravasamento de líquido ascítico.

---

## Questão 20

A perda de domicílio ocorre quando uma grande proporção do conteúdo abdominal (geralmente acima de 20 a 25%) permanece fora da cavidade, dentro do saco herniário. Isso resulta em uma cavidade abdominal reduzida e em uma musculatura lateral retraída e atrofiada. Quando o cirurgião tenta colocar todo esse conteúdo de volta subitamente, a pressão intra-abdominal sobe drasticamente, o que pode empurrar o diafragma para cima, causando insuficiência respiratória grave e

síndrome compartimentar abdominal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de malhas é uma etapa fundamental da correção cirúrgica da hérnia (etapa intraoperatória), mas não funciona como uma estratégia pré-operatória para preparar a cavidade ou o sistema respiratório para o retorno das vísceras.

Alternativa b) Incorreta. A colchicina é um medicamento anti-inflamatório utilizado principalmente no tratamento da gota e de algumas pericardites. Não possui qualquer indicação ou benefício no manejo de hérnias abdominais ou na expansão da parede abdominal.

Alternativa c) Correta. O pneumoperitônio progressivo pré-operatório, técnica descrita originalmente por Goñi Moreno, consiste na introdução gradual de ar ambiente ou CO<sub>2</sub> na cavidade abdominal ao longo de dias ou semanas antes da cirurgia definitiva. Essa técnica promove dois benefícios principais: 1) Expande a musculatura da parede abdominal (aumentando o "contêiner"), o que facilita o fechamento primário sem tensão. 2) Promove uma adaptação do sistema respiratório e do diafragma ao aumento da pressão, reduzindo o risco de complicações respiratórias no pós-operatório imediato.

Alternativa d) Incorreta. O bloqueio neuromuscular (relaxantes musculares) é essencial durante o ato cirúrgico para facilitar a tração das aponeuroses. No entanto, o seu uso prolongado por 72 horas antes da cirurgia não promove a expansão tecidual necessária e traria riscos graves ao paciente, como a necessidade de ventilação mecânica invasiva e fraqueza muscular adquirida na UTI.

Alternativa e) Incorreta. Drenos de sucção subcutâneos são utilizados frequentemente após o fechamento da parede abdominal (pós-operatório) para evitar a formação de seromas ou hematomas, especialmente em grandes descolamentos de tecido. Não possuem função profilática ou preparatória antes da realização da cirurgia.

---

## Questão 21

Texto Original:

O manejo do trauma hepático evoluiu drasticamente nas últimas décadas. Antigamente, lesões de alto grau (graus IV e V pela escala da AAST) eram sinônimos de cirurgia imediata. Hoje, o paradigma mudou: a estabilidade hemodinâmica do paciente é o fator determinante para a conduta, e não apenas o grau da lesão

anatômica vista nos exames de imagem.

Alternativa (a) Incorreta: A laparotomia não é obrigatória baseada apenas na classificação da lesão. Atualmente, cerca de 80% a 90% dos traumas hepáticos fechados podem ser conduzidos de forma não operatória (TNO), desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável e não apresente sinais de peritonite. Mesmo lesões de graus IV e V podem ser manejadas sem cirurgia em centros com suporte adequado.

Alternativa (b) Correta: Para pacientes estáveis, o tratamento não operatório (TNO) é a conduta de escolha. Quando a tomografia computadorizada (TC) mostra extravasamento de contraste (o chamado "blush" arterial), a embolização arterial seletiva por angiografia é uma ferramenta fundamental. Ela permite o controle do sangramento de forma minimamente invasiva, aumentando as taxas de sucesso do tratamento conservador em lesões complexas.

Alternativa (c) Incorreta: A laparoscopia diagnóstica não é a conduta padrão para o trauma hepático fechado em pacientes estáveis. O padrão-ouro para diagnóstico e classificação da lesão é a tomografia computadorizada com contraste. A laparoscopia tem seu uso mais restrito a traumas penetrantes para avaliar a integridade diafragmática ou em casos muito específicos, mas não sistemáticos.

Alternativa (d) Incorreta: O "packing" ou tamponamento hepático faz parte da cirurgia de controle de danos. Essa estratégia é reservada para pacientes hemodinamicamente instáveis, com coagulopatia ou acidose, que precisam de uma cirurgia rápida para controle de hemorragia e contaminação. Não se aplica ao paciente estável descrito no enunciado.

Alternativa (e) Incorreta: O shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) é um procedimento utilizado principalmente para tratar complicações da hipertensão portal, como varizes esofágicas sangrentas ou ascite refratária. Não tem papel no manejo agudo do trauma hepático.

Resumo do raciocínio:

Paciente estável + trauma hepático = Tentativa de Tratamento Não Operatório (TNO).

Presença de sangramento arterial na TC ou lesão de alto grau = Considerar angioembolização para viabilizar o TNO.

## Questão 22

Alternativa a: Incorreta. Na ressuscitação volêmica inicial da sepse e do choque séptico, as diretrizes internacionais (como o Surviving Sepsis Campaign) recomendam o uso preferencial de cristaloides isotônicos, como o soro fisiológico 0,9% ou soluções balanceadas (Ringer lactato). A solução salina hipertônica não é recomendada para a ressuscitação inicial nesses casos.

Alternativa b: Incorreta. O lactato sérico é um dos biomarcadores mais importantes na abordagem da sepse. Ele é um marcador de hipoperfusão tecidual e disfunção metabólica, sendo fundamental para a estratificação de gravidade, definição de choque séptico e monitorização da resposta ao tratamento (clareamento de lactato).

Alternativa c: Incorreta. O tempo é um fator determinante na sepse. A recomendação padrão é que a primeira dose de antibiótico de amplo espectro seja administrada o mais rápido possível, idealmente na primeira hora após o reconhecimento do quadro (a "Golden Hour"), e não em 3 horas. O atraso na antibioticoterapia está diretamente relacionado ao aumento da mortalidade.

Alternativa d: Correta. A noradrenalina é o vasopressor de primeira escolha para pacientes em choque séptico que permanecem hipotensos mesmo após a ressuscitação volêmica adequada. Ela é preferível à dopamina por ser mais eficaz na reversão da hipotensão e apresentar menor incidência de eventos adversos, como arritmias.

Alternativa e: Incorreta. O controle do foco infeccioso (source control), que envolve drenagem de abscessos, desbridamento de tecidos necróticos ou correção de perfurações, é um pilar essencial no tratamento da sepse abdominal. Deve ser realizado o mais precocemente possível, preferencialmente dentro das primeiras 6 a 12 horas após o diagnóstico. Adiar o controle da fonte por 72 horas aumenta significativamente a morbimortalidade do paciente.

---

## Questão 23

Alternativa a: Incorreta. A via enteral é a preferencial sempre que o trato gastrointestinal estiver funcionando. A nutrição enteral mantém a integridade da barreira mucosa do intestino, reduz a translocação bacteriana e apresenta menos complicações infecciosas e metabólicas do que a nutrição parenteral total, que deve ser reservada para casos em que a via enteral é contraindicada ou insuficiente.

Alternativa b: Correta. O início da nutrição enteral de forma precoce, idealmente entre 24 e 48 horas após o insulto cirúrgico ou a admissão à UTI, é uma recomendação central das diretrizes internacionais (como ESPEN e ASPEN). Essa

prática está diretamente associada à redução de complicações infecciosas, à melhora da resposta imune e ao menor tempo de internação hospitalar.

Alternativa c: Incorreta. Embora o uso rotineiro de glutamina seja controverso em pacientes críticos genéricos, a literatura aponta benefícios em cenários específicos, como em pacientes com traumas graves ou grandes queimados. Afirmar que não há benefício em nenhum cenário torna a alternativa errada.

Alternativa d: Incorreta. Uma oferta de 40 kcal/kg/dia é excessiva e caracteriza hiperalimentação (overfeeding), o que pode levar à hiperglicemia, à esteatose hepática e à dificuldade de desmame ventilatório. As metas calóricas padrão para pacientes estáveis giram em torno de 25 a 30 kcal/kg/dia. No paciente grave, na fase aguda, muitas vezes se utiliza a nutrição trófica ou hipocalórica permissiva (15 a 20 kcal/kg/dia).

Alternativa e: Incorreta. Pacientes obesos críticos possuem alto risco de perda de massa magra (obesidade sarcopênica) e de complicações de cicatrização. Eles devem receber suporte nutricional, porém com uma estratégia diferenciada: dieta hipocalórica (para mobilizar reservas de gordura) e hiperproteica (para preservar a musculatura e auxiliar na recuperação).

---

## Questão 24

A hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera duodenal que não responde ao tratamento endoscópico exige intervenção cirúrgica de urgência. O objetivo principal da cirurgia nesse cenário é a hemostasia rápida e segura, uma vez que o paciente muitas vezes encontra-se instável.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II é um procedimento de grande porte, com alta morbidade e mortalidade em situações de emergência. Reservamos ressecções gástricas para casos de exceção, como úlceras gigantes, suspeita de malignidade (mais comum em úlceras gástricas) ou falha de procedimentos mais simples. Não é a conduta de escolha inicial na maioria dos centros para úlcera duodenal sangrenta.

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta padrão. A maioria das úlceras duodenais que sangram gravemente está localizada na parede posterior do bulbo duodenal, onde ocorre erosão da artéria gastroduodenal. O procedimento consiste em realizar uma duodenotomia longitudinal (abertura do duodeno) para visualizar o leito da úlcera e realizar a sutura direta do vaso sangrante (geralmente com uma técnica de

transfixação em três pontos para ligar a artéria gastroduodenal acima, abaixo e seu ramo transversal). Frequentemente, associa-se a piloroplastia para fechar a abertura realizada.

Alternativa C (Incorreta): A vagotomia troncular associada à antrectomia é uma cirurgia definitiva para o controle da doença ulcerosa péptica (redução da acidez). Embora fosse muito realizada no passado para evitar recidivas, em uma situação de sangramento agudo e instabilidade, prioriza-se a hemostasia direta e rápida. A antrectomia aumenta significativamente o tempo cirúrgico e o risco de complicações operatórias no cenário de urgência.

Alternativa D (Incorreta): A vagotomia superseletiva (ou gástrica proximal) tem como objetivo reduzir a secreção ácida preservando a inervação do piloro. É um procedimento técnico demorado e refinado, indicado para casos eletivos de úlcera refratária ao tratamento medicamentoso. Ela não trata a fonte do sangramento (a artéria aberta no leito da úlcera), sendo, portanto, contraindicada no manejo da hemorragia aguda.

Alternativa E (Incorreta): A derivação gástrica em Y de Roux é uma técnica utilizada principalmente em cirurgias bariátricas ou para reconstrução do trânsito após gastrectomias totais/subtotais. Não possui qualquer indicação no tratamento de emergência de uma úlcera duodenal sangrenta.

---

## Questão 25

### EXPLICAÇÃO:

O tratamento do câncer de reto médio localmente avançado, como o caso T3N1 apresentado, segue protocolos bem estabelecidos para o controle local da doença e redução de metástases. Após a realização da quimiorradioterapia neoadjuvante, a cirurgia radical é a etapa fundamental para a remoção do tumor e da cadeia de drenagem linfática.

Alternativa A: Incorreta. A excisão local transanal simples é um procedimento que remove apenas o tumor com uma margem de mucosa, sem abordar o mesorreto. Ela é indicada apenas para tumores muito iniciais (T1N0), pequenos e com características biológicas favoráveis. Em um paciente T3N1, há invasão profunda e comprometimento de linfonodos, exigindo uma cirurgia radical.

Alternativa B: Incorreta. A ressecção abdominoperineal (cirurgia de Miles) envolve a retirada de todo o reto e do ânus, resultando em colostomia definitiva. Ela não é obrigatória para tumores de reto médio. Essa técnica é indicada principalmente para

tumores de reto baixo que invadem o complexo esfíncteriano ou quando não é possível obter margem de segurança distal para preservar a função anal.

Alternativa C: Correta. A conduta padrão é a retossigmoidectomia anterior (também chamada de ressecção anterior baixa) associada à Excisão Total do Mesorreto (TME). A TME é o componente mais importante da cirurgia, pois consiste na retirada completa da gordura perirretal e da fáscia que a envolve, onde se localizam os linfonodos regionais. Como o tumor está no reto médio, é possível realizar a anastomose (ligação entre o cólon e o reto remanescente), preservando o esfíncter e o trânsito intestinal normal.

Alternativa D: Incorreta. A quimiorradioterapia definitiva sem cirurgia é uma estratégia conhecida como Watch and Wait (observar e esperar). Ela é reservada apenas para pacientes que apresentam Resposta Clínica Completa (desaparecimento total da lesão ao exame físico e de imagem) após o tratamento neoadjuvante. Contudo, a questão pergunta pela conduta cirúrgica considerada padrão, que permanece sendo a ressecção radical.

Alternativa E: Incorreta. A colostomia de derivação isolada é um procedimento paliativo. Ela serve para desviar o trânsito intestinal em casos de obstrução severa quando o tumor não pode ser removido ou o paciente não tem condições clínicas para uma cirurgia de grande porte. Não tem finalidade curativa para o câncer.

---

## Questão 26

A classificação de Hinchey é a ferramenta mais utilizada na prática médica para estratificar a gravidade da diverticulite aguda complicada, orientando tanto o prognóstico quanto a conduta terapêutica. Ela divide a doença em quatro estágios principais, baseados na extensão do processo inflamatório e infeccioso.

Análise das alternativas:

a) Hinchey I: Esta é a alternativa correta. O estágio I de Hinchey caracteriza-se pela presença de um abscesso pericólico ou mesentérico pequeno e localizado, ou seja, a coleção purulenta está restrita à vizinhança do segmento de cólon inflamado. Algumas subdivisões modernas (classificação de Hinchey modificada por Kaiser) ainda dividem este estágio em IA (fleimão ou inflamação pericólica sem abscesso) e IB (abscesso pericólico propriamente dito).

b) Hinchey II: Incorreta. O estágio II refere-se a abscessos que não estão mais limitados à região pericólica. São abscessos distantes, que podem ser pélvicos, retroperitoneais ou intra-abdominais, geralmente decorrentes da extensão de um

processo que não ficou contido localmente.

c) Hinchey III: Incorreta. Este estágio representa uma complicação mais grave: a peritonite purulenta generalizada. Ocorre quando um abscesso se rompe na cavidade peritoneal livre, mas não há comunicação persistente com a luz do cólon para a saída de fezes, havendo apenas pus espalhado pelo abdome.

d) Hinchey IV: Incorreta. É o estágio de maior gravidade, caracterizado pela peritonite fecal generalizada. Neste caso, há uma perfuração livre do divertículo, permitindo que o conteúdo fecal extravase diretamente para a cavidade abdominal, o que configura uma emergência cirúrgica clássica.

e) Não faz parte da classificação: Incorreta. A classificação de Hinchey é o padrão-ouro para a descrição cirúrgica e radiológica da diverticulite aguda complicada desde sua criação, em 1978, e suas posteriores modificações.

Resumo da Classificação de Hinchey:

Estágio I: Abscesso pericólico ou mesentérico (limitado).

Estágio II: Abscesso pélvico ou à distância (distal).

Estágio III: Peritonite purulenta generalizada.

Estágio IV: Peritonite fecal generalizada.

---

## Questão 27

As fístulas enterocutâneas representam um grande desafio cirúrgico, especialmente as de alto débito (superiores a 500 mL em 24 horas), que acarretam graves distúrbios metabólicos e desnutrição rápida. O tratamento é classicamente dividido em fases, seguindo protocolos como o SNAP (Stabilization, Nutrition, Anatomy, Plan). A estabilização inicial é o ponto crucial para reduzir a mortalidade.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: A cirurgia precoce em uma fístula recém-estabelecida é tecnicamente difícil devido ao intenso processo inflamatório e aderências firmes, configurando o chamado abdome hostil. Salvo em casos de peritonite generalizada ou outras urgências, a cirurgia definitiva deve ser adiada por pelo menos 6 a 12 semanas, tempo necessário para a resolução da inflamação e melhora do estado nutricional.

Alternativa (b) INCORRETA: Pacientes com fístulas de alto débito perdem grandes quantidades de fluidos e eletrólitos. A restrição hídrica é contraindicada, pois levaria rapidamente à desidratação grave, choque hipovolêmico e insuficiência renal aguda.

O manejo exige, na verdade, uma reposição hídrica vigorosa e monitorada.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa resume as ações fundamentais da fase inicial (estabilização e nutrição). O controle do débito e a proteção da pele são essenciais. A reposição hidroeletrólítica imediata corrige as perdas de água, sódio, potássio e bicarbonato. O suporte nutricional é o pilar para possibilitar o fechamento espontâneo ou preparar o paciente para uma futura cirurgia. Em fístulas de alto débito, a nutrição parenteral é frequentemente necessária, seja de forma isolada ou combinada à enteral, para garantir o aporte calórico-proteico enquanto se tenta reduzir a secreção gastrointestinal.

Alternativa (d) INCORRETA: O uso de corticoides sistêmicos não faz parte do protocolo de tratamento de fístulas. Pelo contrário, os corticoides podem inibir a cicatrização tecidual e aumentar o risco de sepse e outras complicações infecciosas.

Alternativa (e) INCORRETA: A irrigação contínua não tem benefício comprovado no fechamento de fístulas enterocutâneas e pode aumentar a irritação da pele ao redor do orifício, além de dificultar a quantificação exata do débito real da fístula. O foco deve ser a coleta do efluente e a proteção cutânea com dispositivos adequados.

---

## Questão 28

A alternativa correta é a (c). Abaixo, a explicação detalhada de cada item:

Alternativa (a): Incorreta. A deambulação precoce é uma medida auxiliar importante, mas em cirurgias oncológicas abdominais, o risco de tromboembolismo venoso (TEV) é considerado elevado devido ao estado pró-trombótico intrínseco do câncer e ao trauma cirúrgico. A profilaxia farmacológica é indispensável para esses pacientes, independentemente da movimentação precoce.

Alternativa (b): Incorreta. O câncer é um dos principais fatores de risco independentes para o desenvolvimento de eventos trombóticos. Pacientes oncológicos possuem um risco de trombose significativamente maior (estimado em até 4 a 6 vezes superior) do que o de pacientes não oncológicos submetidos a procedimentos cirúrgicos de mesma magnitude.

Alternativa (c): Correta. Em cirurgias de grande porte, especialmente na oncologia abdominal, as diretrizes sugerem que a primeira dose da heparina de baixo peso molecular (HBPM) seja administrada antes da cirurgia (geralmente cerca de 2 a 12 horas antes da indução anestésica). Isso visa garantir que o paciente esteja protegido durante o período intraoperatório, que é o momento de maior estase venosa e liberação de fatores pró-coagulantes. Deve-se, contudo, sempre observar o intervalo

de segurança caso sejam utilizadas técnicas de anestesia regional (raquianestesia ou peridural) para evitar hematomas espinhais.

Alternativa (d): Incorreta. A profilaxia mecânica isolada (como meias elásticas ou compressão pneumática intermitente) é reservada apenas para pacientes que possuem contra-indicação absoluta ao uso de anticoagulantes. Para cirurgias oncológicas de grande porte, a profilaxia farmacológica é o padrão-ouro, podendo ser associada à mecânica para otimizar os resultados.

Alternativa (e): Incorreta. O risco de fenômenos tromboembólicos em pacientes operados por câncer permanece elevado por várias semanas após o procedimento. Por esse motivo, as principais diretrizes (como ASCO, ASH e ACCP) recomendam a profilaxia estendida por um período de 28 dias (4 semanas) após a alta hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias oncológicas abdominais ou pélvicas de grande porte.

---

## Questão 29

Os Critérios de Milão foram estabelecidos em 1996 e continuam sendo a principal referência mundial para a indicação de transplante hepático em pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC). O objetivo desses critérios é selecionar pacientes com doença localizada e de baixo volume, garantindo taxas de sobrevida a longo prazo superiores a 70%, semelhantes às de pacientes transplantados por doenças não malignas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: Esta alternativa descreve com precisão os componentes dos Critérios de Milão. Para que um paciente seja elegível ao transplante por esta regra, ele deve apresentar:

1. Lesão única com diâmetro máximo de até 5 cm; OU
2. Até três lesões distintas, cada uma com diâmetro máximo de até 3 cm.

Adicionalmente, é obrigatório que não haja invasão vascular (especialmente da veia porta) e que não existam metástases a distância (doença extra-hepática).

Alternativa (b) INCORRETA: O limite para tumor único nos Critérios de Milão é de 5 cm, e não 3 cm. Além disso, o número de nódulos é um fator determinante; não se pode aceitar nódulos independentemente da quantidade.

Alternativa (c) INCORRETA: Esta alternativa descreve critérios muito mais amplos do que os de Milão. Permitir até cinco tumores de 5 cm cada aumentaria drasticamente o risco de recorrência tumoral após o transplante, fugindo do conceito de doença

inicial.

Alternativa (d) INCORRETA: Esta descrição refere-se, em geral, a pacientes que são candidatos a ressecção cirúrgica (hepatectomia) e não necessariamente ao transplante. Pacientes Child A com boa reserva funcional e sem hipertensão portal são priorizados para a retirada do tumor via cirurgia convencional, reservando-se o transplante para casos onde a função hepática está comprometida ou quando há recidiva nos critérios de Milão.

Alternativa (e) INCORRETA: Um tumor único de 7 cm excede o limite de 5 cm definido em Milão. Embora existam critérios expandidos, como os de San Francisco (UCSF), que permitem tumores únicos de até 6,5 cm, a questão pede especificamente a definição clássica de Milão.

Gabarito: Alternativa (a).

---

### Questão 30

A lesão iatrogênica da via biliar durante a colecistectomia laparoscópica é uma das complicações mais temidas pelos cirurgiões. O mecanismo mais comum para essa lesão não é a falta de habilidade técnica, mas sim um erro de percepção visual (conhecido como erro de identificação). Abaixo, explico ponto a ponto o porquê de a alternativa (e) ser a correta:

Alternativa (e) - CORRETA: O maior risco de lesão iatrogênica ocorre quando o cirurgião confunde a via biliar principal (ducto colédoco) com o ducto cístico. Quando o colédoco possui um calibre normal (ou seja, é um ducto fino), ele se assemelha muito ao ducto cístico, facilitando o erro de identificação. Se o colédoco estivesse dilatado (por exemplo, por um cálculo ou tumor), a diferença de diâmetro entre ele e o cístico seria óbvia, o que serviria como um sinal de alerta para o cirurgião. Portanto, um colédoco fino é a armadilha anatômica perfeita para a clipagem e a secção indevida da via biliar principal.

Alternativa (a) - INCORRETA: Embora a inflamação intensa e a distorção da anatomia no Triângulo de Calot sejam fatores que aumentam a dificuldade técnica da cirurgia e predisponham a erros, elas não são o achado mais fortemente associado à lesão em termos de mecanismo anatômico clássico. Em casos de inflamação grave, o cirurgião costuma estar mais alerta e pode optar por táticas de exceção (como a colecistectomia subtotal). O erro clássico de lesão biliar costuma ocorrer em cirurgias que pareçam "fáceis", nas quais a tração excessiva do fundo da vesícula alinha o cístico com o colédoco.

Alternativa (b) - INCORRETA: A vesícula em porcelana (calcificação da parede) é uma condição associada ao risco de câncer de vesícula e torna a parede rígida e difícil de manipular. No entanto, ela não é o fator principal associado à lesão da via biliar principal.

Alternativa (c) - INCORRETA: Pólipos pequenos na vesícula geralmente indicam uma cirurgia eletiva em uma vesícula sem inflamação prévia. Nessas condições, a anatomia costuma estar preservada (cirurgia "limpa"), o que teoricamente diminui o risco de lesões, a menos que o cirurgião ignore os princípios da Visão Crítica de Segurança.

Alternativa (d) - INCORRETA: A presença de cálculo no colédoco distal geralmente causa obstrução e, conseqüentemente, dilatação da via biliar a montante. Conforme explicado na alternativa (e), uma via biliar dilatada é mais fácil de ser identificada e menos provável de ser confundida com o ducto cístico.

Em resumo, a alternativa (e) fundamenta-se no princípio de que a maioria das lesões de via biliar ocorre porque o cirurgião acredita estar no plano certo, operando uma estrutura fina (colédoco de calibre normal) achando tratar-se do ducto cístico. Para evitar esse erro, recomenda-se a técnica da "Visão Crítica de Segurança de Strasberg", que exige a limpeza completa do Triângulo de Calot e a visualização de apenas duas estruturas entrando na vesícula antes de qualquer clipagem.

---

### Questão 31

A paciente apresenta um quadro clínico de candidíase mucocutânea (monilíase), uma complicação frequente em lactentes após o uso de antibióticos de amplo espectro, como a amoxicilina. O antibiótico elimina parte da flora bacteriana normal, o que favorece o crescimento oportunista de fungos, principalmente a *Candida albicans*. O diagnóstico é reforçado pela localização das lesões em áreas de dobras (pescoço e região perineal) e pela descrição de hiperemia com vesículas (muitas vezes chamadas de lesões satélites), que são características dessa infecção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O tratamento padrão para a candidíase cutânea envolve a aplicação de antifúngicos tópicos (como nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol) para eliminar o fungo. A limpeza local e a manutenção das áreas afetadas secas são fundamentais, pois a umidade e o calor das dobras facilitam a proliferação da *Candida*.

Alternativa b) Incorreta. O cloridrato de benzidamina possui propriedades

anti-inflamatórias e analgésicas, mas não tem atividade contra fungos. Portanto, não trata a causa do problema.

Alternativa c) Incorreta. A neomicina é um antibiótico aminoglicosídeo tópico. O uso de antibióticos em uma lesão de origem fúngica é contraindicado, pois pode exacerbar o desequilíbrio da microbiota local. O banho de sol auxilia na secagem de dermatites, mas não é o tratamento principal para uma infecção fúngica instalada.

Alternativa d) Incorreta. O uso de corticoides tópicos em infecções fúngicas é perigoso, pois a imunossupressão local pode mascarar a inflamação e permitir uma proliferação fúngica ainda maior. A neomicina também é desnecessária e inadequada neste contexto.

Alternativa e) Incorreta. A limpeza com soro fisiológico é uma medida de higiene importante, mas isoladamente é insuficiente para resolver a infecção. É indispensável o uso de um agente farmacológico específico (antifúngico) para erradicar o microrganismo.

---

### Questão 32

Esta questão aborda a conduta diante de uma suspeita de Infecção do Trato Urinário (ITU) em um lactente febril. O paciente tem 10 meses e apresenta febre de início recente (embora já dure 6 dias), sem foco aparente ao exame físico, mas com alteração no exame de urina.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A internação e o uso de antibióticos por via parenteral (intravenosa ou intramuscular) são indicados para lactentes com sinais de sepse, toxemia, desidratação, incapacidade de ingestão oral (vômitos) ou para aqueles com idade inferior a 2 ou 3 meses. Como o lactente apresenta bom estado geral, o tratamento pode ser realizado de forma ambulatorial.

Alternativa b: Correta. Em lactentes com febre sem sinais de localização, a ITU deve ser sempre pesquisada. O exame de urina tipo I colhido por saco coletor tem um alto valor preditivo negativo (se vier normal, ajuda a excluir a infecção), mas um baixo valor preditivo positivo, pois a contaminação é comum. Diante de um resultado alterado e febre prolongada (6 dias), o próximo passo é a coleta de urocultura (método padrão-ouro) e o início imediato da antibioticoterapia empírica por via oral, já que o paciente está clinicamente estável. Vale ressaltar que, para a urocultura ser fidedigna em lactentes sem controle esfinteriano, a coleta deve ser feita preferencialmente por sondagem vesical ou punção suprapúbica.

Alternativa c: Incorreta. Embora a punção suprapúbica seja o método de coleta com menor taxa de contaminação, ela é um procedimento invasivo e não é a primeira escolha na rotina, sendo a sondagem vesical mais comum. Além disso, como mencionado, o bom estado geral dispensa o uso inicial de antibióticos parenterais.

Alternativa d: Incorreta. A coleta por sondagem vesical está correta para um diagnóstico preciso em lactentes, mas a conduta terapêutica está errada. Anti-inflamatórios não tratam o processo infeccioso bacteriano da via urinária; o tratamento exige o uso de antibióticos.

Alternativa e: Incorreta. Aguardar mais 72 horas para reavaliação seria perigoso. O paciente já está com febre há 6 dias e apresenta leucocitúria significativa. O atraso no início do tratamento antibiótico em casos de ITU aumenta o risco de cicatrizes renais permanentes e de progressão para urosepse.

Resumo do raciocínio: Lactente febril com urina alterada e bom estado geral deve ter urocultura colhida (por método fidedigno) e iniciar antibiótico via oral enquanto aguarda o resultado do crescimento bacteriano.

---

### Questão 33

Esta questão aborda o diagnóstico, a fisiopatologia e o manejo da Infecção do Trato Urinário (ITU) na infância, um tema recorrente em provas de pediatria e nefrologia. Para encontrar a alternativa incorreta, vamos analisar cada uma:

Alternativa a) Esta afirmação está correta. No período neonatal e em lactentes, a ITU raramente apresenta os sintomas clássicos (disúria, polaciúria). As manifestações costumam ser inespecíficas, como febre sem foco aparente, irritabilidade, baixo ganho de peso, vômitos, recusa alimentar e até icterícia prolongada no recém-nascido.

Alternativa b) Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito. A via de contaminação mais frequente da ITU em todas as faixas etárias, inclusive na infância, é a via ASCENDENTE. Isso ocorre quando microrganismos da flora intestinal (principalmente a *Escherichia coli*) colonizam a região periuretral e ascendem pela uretra até a bexiga. A via hematogênica é rara, ocorrendo geralmente apenas em recém-nascidos no contexto de sepse ou em crianças gravemente imunocomprometidas.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. Malformações congênitas do trato urinário que causam estase urinária (dificuldade de esvaziamento) ou refluxo (como o refluxo

vesicoureteral) são fatores de risco primordiais para o desenvolvimento de ITUs e para a recorrência do quadro, pois facilitam a proliferação bacteriana.

Alternativa d) Esta afirmação está correta. Quando a ITU (especialmente a pielonefrite) não é tratada precocemente, pode levar à formação de cicatrizes renais. Essas cicatrizes reduzem o parênquima funcional, podendo resultar em hipertensão arterial e, a longo prazo, em doença renal crônica terminal.

Alternativa e) Esta afirmação é considerada correta no contexto pediátrico clássico e na maioria dos editais de residência. Diferentemente dos adultos, em que a primeira ITU baixa não costuma ser investigada, na criança o diagnóstico de uma ITU geralmente impõe a realização de exames de imagem (como ultrassonografia de rins e vias urinárias) para rastrear malformações anatômicas subjacentes que possam predispor a novos episódios e danos renais.

---

### Questão 34

A questão apresenta um escolar de 9 anos com quadro clínico clássico de infecções respiratórias de repetição (sinusites e pneumonias). Diante desse cenário, as principais hipóteses diagnósticas devem incluir fibrose cística (FC), discinesia ciliar primária, imunodeficiências primárias e atopia (asma/rinite).

O ponto central da questão é o resultado "indeterminado" do teste do suor (dosagem de cloreto no suor). De acordo com as diretrizes atuais, os valores de referência para o cloreto no suor são:

- Normal: menor ou igual a 29 mmol/L.
- Indeterminado (ou limítrofe): entre 30 e 59 mmol/L.
- Sugestivo de fibrose cística: maior ou igual a 60 mmol/L.

Quando um paciente apresenta sintomas compatíveis e um teste do suor com resultado indeterminado, a fibrose cística não pode ser excluída. Pelo contrário, ela deve continuar sendo investigada como um dos principais diagnósticos diferenciais, exigindo a repetição do teste ou a realização de testes genéticos e de diferença de potencial nasal.

Análise das alternativas:

a) Imunodeficiência primária: Embora seja um diagnóstico diferencial importante para infecções de repetição, a questão foca na interpretação do teste do suor indeterminado. O teste do suor é específico para a investigação de fibrose cística. Além disso, em provas de residência, quando o enunciado cita um teste do suor inconclusivo, ele está direcionando o raciocínio para a manutenção da fibrose cística

no rol de hipóteses.

b) Aspergilose: A aspergilose broncopulmonar alérgica pode ocorrer em pacientes com fibrose cística ou asma, mas não é a causa primária das infecções de repetição desde a infância neste contexto clínico, nem guarda relação direta com a interpretação do teste do suor.

c) Fibrose cística: Alternativa correta. Como o teste do suor resultou em um valor indeterminado (30-59 mmol/L), a doença permanece como uma forte suspeita diagnóstica. Muitos pacientes com mutações atípicas ou mais leves podem apresentar níveis de cloreto no suor nessa faixa limítrofe, necessitando de investigação complementar exaustiva para confirmar ou excluir o diagnóstico.

d) Doença de Kartagener: Esta doença é um subtipo da discinesia ciliar primária (caracterizada pela tríade: situs inversus, bronquiectasias e sinusite). Como o enunciado já mencionou "discinesia ciliar primária" como parte do diferencial, a alternativa se torna redundante e menos abrangente que a opção (c).

e) Coccidioidomicose: É uma infecção fúngica sistêmica endêmica em certas regiões, mas não se enquadra como um diagnóstico diferencial padrão para um quadro crônico de sinusites e pneumonias de repetição associado a uma investigação de cloreto no suor em uma criança de 9 anos.

---

### Questão 35

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um escolar de 9 anos com febre alta e uma artrite de característica migratória (acomete uma articulação e, conforme melhora, inicia-se em outra). Esse padrão de poliartrite migratória, que envolve grandes articulações como tornozelos, joelhos e punhos, é o sinal articular patognomônico da Febre Reumática Aguda. Além disso, a evolução para dispneia, hepatomegalia dolorosa e edema de membros inferiores indica um quadro de insuficiência cardíaca congestiva decorrente de uma pancardite (inflamação do miocárdio, endocárdio e pericárdio), que é a manifestação mais grave da doença. De acordo com os Critérios de Jones, o paciente apresenta dois critérios maiores: poliartrite e cardite.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A anemia falciforme causa crises vaso-oclusivas e dores ósseas, mas não poliartrite migratória. O lúpus pode causar artrite e cardite (serosite), mas a característica migratória da artrite é muito mais marcante na Febre Reumática. A

artrite reativa sucede infecções e costuma ser persistente e assimétrica, não migratória e com falência cardíaca aguda.

b) Incorreta. A escarlatina é uma infecção estreptocócica aguda com exantema, mas não causa o dano orgânico (coração e articulação) descrito. A Doença de Kawasaki causa febre e alteração cardíaca (coronariopatias), mas o quadro articular é diferente e o paciente costuma apresentar alterações em mucosas, mãos e pés (edema e descamação). A Doença de Still é um diferencial, mas a Febre Reumática é soberana pela descrição da migração articular.

c) Incorreta. Embora contenha a Febre Reumática, a Espondilite Anquilosante é uma doença do esqueleto axial (coluna) e rara em crianças de 9 anos. A leucemia pode causar dor óssea e febre (simulando artrite), mas a cardite com hepatomegalia congestiva não faz parte de sua apresentação clássica.

d) Incorreta. A talassemia é uma doença hematológica crônica. A miocardite viral pode causar insuficiência cardíaca súbita, mas não é precedida por poliartrite migratória em grandes articulações.

e) Correta. Esta alternativa apresenta o diagnóstico principal e os dois diferenciais mais importantes para o caso. A Febre Reumática é a hipótese diagnóstica mais provável diante da poliartrite migratória associada à cardite. A Artrite Idiopática Juvenil (forma sistêmica ou Doença de Still) é o grande diagnóstico diferencial de febre crônica e artrite na infância. A Endocardite Bacteriana deve sempre ser considerada em pacientes com febre e sinais de comprometimento das válvulas cardíacas ou insuficiência cardíaca.

---

## Questão 36

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito apresenta um conjunto de sinais e sintomas clássicos de uma desordem hereditária do tecido conjuntivo. Os principais achados que direcionam o diagnóstico são:

1. Hábito marfanoide: O paciente possui estatura elevada para a idade, dolicoostenomelia (membros excessivamente longos em relação ao tronco) e aracnodactilia (dedos longos e finos).
2. Alterações esqueléticas: Presença de escoliose acentuada, cifose importante e pectus carinatum (protrusão do esterno), além de hipermobilidade articular.
3. Características faciais e orais: Retrognatismo (queixo retraído), palato duro estreito e arqueado (palato em ogiva) e apinhamento dentário.

4. Manifestação ocular: A ectopia lentis (deslocamento ou subluxação do cristalino) é um achado altamente específico e um dos critérios maiores para este diagnóstico.
5. Manifestação cardiovascular: O prolapso de válvula mitral é uma alteração comum em patologias que afetam a integridade do colágeno e das fibras elásticas.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Incorreta. A Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) apresenta características como baixa estatura, hipotonia muscular, prega palmar única, fissuras palpebrais oblíquas e deficiência intelectual. O fenótipo de membros longos e a ectopia lentis não fazem parte desta síndrome.
- b) Incorreta. A Síndrome do X Frágil é a principal causa de deficiência intelectual hereditária em homens. Embora possa apresentar face alongada e orelhas proeminentes, suas características marcantes são a macroorquidia (testículos aumentados) e alterações comportamentais, não cursando com as deformidades esqueléticas graves ou a luxação do cristalino descritas.
- c) Correta. A Síndrome de Marfan é uma doença autossômica dominante causada por mutações no gene *FBN1*, que codifica a proteína fibrilina-1. O caso clínico descreve perfeitamente o fenótipo da síndrome, que afeta os sistemas esquelético, ocular e cardiovascular. A combinação de hábito marfanoide, ectopia lentis e prolapso de válvula mitral fecha o diagnóstico conforme os Critérios de Ghent.
- d) Incorreta. A Síndrome de Prader-Willi caracteriza-se por hipotonia neonatal, dificuldade alimentar inicial seguida de hiperfagia insaciável que leva à obesidade mórbida, mãos e pés pequenos e baixa estatura. É um fenótipo oposto ao do adolescente descrito, que é alto e apresenta membros longos.
- e) Incorreta. A Síndrome de Klinefelter (cariótipo 47, XXY) ocorre em homens e pode causar estatura elevada e pernas longas. No entanto, manifesta-se principalmente com ginecomastia, testículos pequenos, infertilidade e ausência de caracteres sexuais secundários masculinos plenos. Não apresenta ectopia lentis nem as deformidades torácicas típicas de defeitos da fibrilina.

---

#### Questão 37

A questão aborda as transformações fisiológicas e a cronologia dos eventos durante a adolescência e a puberdade. Para identificar a alternativa incorreta, é necessário analisar o comportamento do crescimento e a maturação sexual em ambos os sexos.

Alternativa A: Correta. A puberdade é um período de intenso anabolismo tecidual.

Ocorre hipertrofia e hiperplasia celular, resultando em ganho de massa magra e força. Esse aumento da capacidade física é significativamente mais evidente no sexo masculino devido à maior produção de androgênios (testosterona), que possuem potente ação anabólica muscular.

Alternativa B: Correta. O desenvolvimento puberal envolve o crescimento de órgãos viscerais para suportar o novo tamanho corporal. Há um aumento real no volume das cavidades cardíacas e na capacidade pulmonar. Esse desenvolvimento é mais pronunciado nos meninos, conferindo-lhes, fisiologicamente, maior débito cardíaco e maior capacidade vital em comparação às meninas.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve o dimorfismo sexual clássico da composição corporal. Sob influência estrogênica, as mulheres acumulam proporcionalmente mais tecido adiposo (distribuição ginoide). Já sob influência da testosterona, os homens desenvolvem maior proporção de massa magra e sistema muscular esquelético. Portanto, do ponto de vista médico, esta afirmação é correta.

Alternativa D: INCORRETA. A espermarca (primeira presença de espermatozoides no sêmen ou na urina) ocorre geralmente no estágio G3 de Tanner. Na cronologia masculina, o estágio G3 coincide com a fase de aceleração do crescimento. O Pico de Velocidade de Crescimento (PVC) nos meninos é um evento mais tardio, ocorrendo habitualmente no estágio G4. Portanto, a espermarca acontece antes do PVC, na fase de aceleração, e não na fase de desaceleração.

Alternativa E: Correta. A menarca é um evento tardio na puberdade feminina, ocorrendo geralmente no estágio M4 de Tanner. Como o pico de crescimento nas meninas é precoce (geralmente entre os estágios M2 e M3), quando a primeira menstruação ocorre, a velocidade de crescimento já está obrigatoriamente em declínio, o que caracteriza a fase de desaceleração.

Nota sobre o gabarito: Embora o gabarito fornecido indique a letra (c) como a resposta a ser marcada, a literatura médica e os gabaritos oficiais de concursos de residência (como o da SES-PE, de onde esta questão se origina) apontam a alternativa (d) como a tecnicamente incorreta. A alternativa (c) expressa um conceito fisiológico amplamente aceito na medicina.

### Questão 38

A alternativa correta é a letra (e).

O caso clínico apresenta um recém-nascido pré-termo (31 semanas) com fatores de risco importantes para sofrimento isquêmico intestinal: a própria prematuridade, a inserção de cateter umbilical e a necessidade de ventilação mecânica. A evolução com distensão abdominal, vômitos biliosos e eliminação de secreção mucossanguinolenta (hematoquezia) compõe a tríade clássica da Enterocolite Necrosante (ECN). O achado radiológico de pneumatose intestinal (presença de gás na parede do intestino) é considerado patognomônico para esta patologia no contexto neonatal.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A invaginação intestinal é a causa mais comum de obstrução intestinal em lactentes, mas sua incidência é rara em recém-nascidos, ocorrendo tipicamente entre os 3 meses e 3 anos de idade. O sinal de pneumatose intestinal não é característico desta condição.
- b) Incorreta. O íleo meconial manifesta-se precocemente (primeiras 24-48 horas) com falha na eliminação de mecônio, estando muito associado à fibrose cística. No raio X, observa-se o sinal de Neuhauser (bolhas de sabão) e não a pneumatose intestinal.
- c) Incorreta. A Doença de Hirschsprung (megacólon congênito) costuma afetar recém-nascidos a termo que apresentam atraso na eliminação de mecônio. Embora possa evoluir com enterocolite associada, o cenário de prematuridade extrema e o achado específico de pneumatose direcionam o diagnóstico para a ECN.
- d) Incorreta. As poliposes intestinais são condições hereditárias que não se manifestam de forma aguda e grave nos primeiros dias de vida. Elas causam sangramento crônico ou quadros obstrutivos em crianças maiores e adultos.
- e) Correta. A enterocolite necrosante é a urgência gastrointestinal mais comum no período neonatal, especialmente em prematuros. O quadro clínico de distensão, intolerância alimentar, sangramento retal e a confirmação radiológica por meio da pneumatose intestinal fecham o diagnóstico conforme os critérios de Bell.

### Questão 39

Análise do caso clínico: O quadro descreve uma paciente de 10 anos com movimentos involuntários (coreia), evidenciados pela dificuldade em tarefas motoras finas (escrever e comer), desequilíbrio e movimentos assimétricos de face e língua que pioram com o estresse. O antecedente de febre e dor articular migratória (tornozelo e ombro) há dois meses é o dado patognomônico para o diagnóstico, fechando os critérios de Jones para Febre Reumática.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o Lúpus Eritematoso Sistêmico possa cursar com coreia e artrite, a idade da paciente e a descrição clássica de poliartrite migratória seguida de coreia isolada após um período de latência de alguns meses são características fundamentais da Febre Reumática. No Lúpus, seriam esperados outros achados sistêmicos ou laboratoriais específicos.

Alternativa (b) Incorreta: A neurocisticercose manifesta-se tipicamente com crises epiléticas ou sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia e vômitos). Além disso, a Ressonância Magnética (RM) obrigatoriamente apresentaria alterações, como cistos em diferentes estágios de evolução ou calcificações parenquimatosas.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico é Coreia de Sydenham (ou Coreia Reumática), uma manifestação tardia da Febre Reumática e um dos critérios maiores de Jones. Ela surge após um período de latência (de 1 a 6 meses) em relação à infecção estreptocócica inicial. Caracteriza-se por movimentos involuntários e abruptos, hipotonia muscular e labilidade emocional. O fato de a RM ser normal é comum, pois a coreia reumática é um distúrbio funcional mediado por anticorpos nos gânglios da base, sem lesão estrutural macroscopicamente visível na imagem.

Alternativa (d) Incorreta: Um tumor cerebral que causasse tal sintomatologia neurológica seria visível na Ressonância Magnética de crânio. Tumores costumam apresentar cefaleia persistente, sinais de focalidade neurológica progressiva e possível papiledema, o que não condiz com o relato.

Alternativa (e) Incorreta: A Doença de Huntington é uma patologia neurodegenerativa hereditária de caráter progressivo. Na infância (forma juvenil), a doença é extremamente rara e costuma se apresentar com rigidez e declínio cognitivo (variante de Westphal), e não com coreia pura. Além disso, a história prévia de febre e artrite direciona o diagnóstico para uma causa inflamatória/infecciosa, e não genética.

## Questão 40

O caso clínico apresenta um quadro clássico de Febre Reumática (FR), manifestada pela Coreia de Sydenham (um dos critérios maiores de Jones), precedida por febre e artrite migratória. O manejo da Febre Reumática envolve três pilares: o tratamento sintomático (da artrite ou da coreia), a erradicação do estreptococo e a profilaxia secundária.

Alternativa a) Incorreta. A quetiapina é um antipsicótico atípico. Embora medicamentos que bloqueiam receptores dopaminérgicos (como o haloperidol ou a risperidona) ou anticonvulsivantes (como o ácido valproico) possam ser utilizados para o controle dos movimentos involuntários na coreia, a quetiapina não é a droga de primeira escolha. Além disso, o tratamento sintomático não substitui a necessidade fundamental de antibioticoterapia.

Alternativa b) Incorreta. A Coreia de Sydenham pode estar associada a sintomas psiquiátricos, como labilidade emocional e ansiedade, mas sua causa é orgânica e autoimune (inflamação nos gânglios da base). A psicoterapia pode ser um suporte adjuvante, mas não é a conduta terapêutica principal para a doença de base.

Alternativa c) Incorreta. A piridoxina (vitamina B6) é utilizada em situações específicas, como na reposição em pacientes em uso de isoniazida para prevenir neuropatia ou em raros casos de convulsões dependentes de piridoxina no período neonatal. Não possui qualquer indicação no tratamento da Febre Reumática.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta prioritária e obrigatória. Todo paciente com diagnóstico de Febre Reumática, independentemente de ter ou não uma infecção de orofaringe ativa no momento, deve receber penicilina benzatina para erradicar qualquer foco remanescente de *Streptococcus pyogenes* e, crucialmente, para iniciar a profilaxia secundária. O objetivo é evitar novos surtos da doença, que poderiam agravar ou causar lesões cardíacas permanentes. A profilaxia é feita, via de regra, com penicilina benzatina a cada 21 dias.

Alternativa e) Incorreta. A pulsoterapia com corticoides em altas doses é reservada para casos de cardite reumática grave com insuficiência cardíaca congestiva ou em casos de coreia grave e refratária que não respondem ao tratamento medicamentoso habitual. Não é a conduta inicial para o quadro descrito.

Em resumo, diante de um diagnóstico de Febre Reumática, a medida mais importante para o prognóstico do paciente é garantir a erradicação do agente causador e a manutenção da profilaxia secundária com antibióticos.

## Questão 41

A questão solicita a identificação da alternativa INCORRETA sobre as parasitoses intestinais na infância.

Alternativa a: Esta é a alternativa incorreta. A descrição apresentada não corresponde ao quadro clínico do *Ascaris lumbricoides*. A tríade de anemia ferropriva por perda de sangue oculto, diarreia crônica com tenesmo e prolapso retal é a apresentação clássica da infecção maciça por *Trichuris trichiura* (tricocefalíase). Além disso, o prurido anal intenso é o sintoma principal da enterobíase (causada pelo *Enterobius vermicularis*). O *Ascaris lumbricoides*, embora possa causar desnutrição, é mais associado à síndrome de Loeffler (tosse e infiltrado pulmonar) e à obstrução intestinal mecânica (bolo de áscaris).

Alternativa b: Esta afirmação está correta. O *Enterobius vermicularis* tem como característica a migração da fêmea para a região perianal durante a noite. Em pacientes do sexo feminino, é comum a migração ectópica para a vulva e vagina, o que pode desencadear vulvovaginites, cervicites e, em casos que ascendem pelo trato reprodutor, salpingites.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. A *Giardia lamblia* coloniza o intestino delgado superior e adere à mucosa através de um disco suckorial, o que prejudica a superfície de absorção. Esse processo resulta em uma síndrome de má absorção, manifestada por esteatorreia (fezes gordurosas), perda ponderal e deficiência de nutrientes importantes, como vitaminas lipossolúveis, ferro e vitamina B12. A infecção também pode causar uma deficiência secundária de lactase pela lesão das microvilosidades.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A *Entamoeba histolytica* é o agente causador da amebíase invasiva. Os trofozoítos possuem a capacidade de invadir a mucosa intestinal, produzindo úlceras e causando um quadro de colite com disenteria (muco e sangue), dor abdominal e tenesmo. Através da corrente sanguínea, o parasito pode se disseminar para outros órgãos, sendo o abscesso hepático amebiano a complicação extraintestinal mais comum.

Alternativa e: Esta afirmação está correta. A neurocisticercose ocorre quando o homem ingere acidentalmente os ovos da *Taenia solium*. Os embriões liberados atingem a circulação e se instalam no sistema nervoso central. Dependendo da localização e da resposta inflamatória ao cisticerco, o paciente pode apresentar crises epilépticas, cefaleia por hipertensão intracraniana, meningite asséptica ou alterações de comportamento.

Nota: Embora o gabarito indicado aponte a letra (d) como a resposta a ser marcada,

observa-se que as inconsistências clínicas e conceituais mais evidentes estão contidas na alternativa (a), que atribui ao *Ascaris* sintomas típicos de outras parasitoses (*Trichuris* e *Enterobius*). A alternativa (d) descreve corretamente a fisiopatologia da amebíase invasiva.

## Questão 42

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) CORRETA: O vírus Influenza A é o principal responsável pelas grandes pandemias históricas devido à sua capacidade de sofrer "antigenic shift" (rearranjo genético que cria novos subtipos). A pandemia de 2009 pelo vírus H1N1 é um exemplo clássico de como o vírus A pode se espalhar globalmente quando a população não possui imunidade prévia contra a nova cepa.

Alternativa b) INCORRETA (GABARITO): Embora a influenza tenha um comportamento sazonal com ocorrência anual, o período de maior circulação viral e aumento do número de casos ocorre predominantemente no outono e no INVERNO, e não na primavera. Em climas temperados e em grande parte do Brasil, o pico de sazonalidade está relacionado aos meses mais frios do ano, quando há maior aglomeração de pessoas em ambientes fechados, facilitando a transmissão.

Alternativa c) CORRETA: A literatura médica e os manuais do Ministério da Saúde definem grupos de risco específicos que apresentam maior probabilidade de evoluir com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e complicações como pneumonia. Estão incluídos idosos, crianças (especialmente menores de 5 anos), gestantes, puérperas e portadores de doenças crônicas (comorbidades).

Alternativa d) CORRETA: Na maioria dos casos em pacientes imunocompetentes e sem fatores de risco, a gripe é uma doença autolimitada. A fase aguda com febre e sintomas sistêmicos costuma durar cerca de uma semana, mas é clinicamente comum que a tosse seca, o mal-estar e a fadiga persistam por duas a três semanas após a resolução do quadro febril.

Alternativa e) CORRETA: A alternativa descreve com precisão os sinais de alerta para gravidade em pediatria. A taquipneia e o esforço respiratório indicam desconforto, enquanto o gemido expiratório é um mecanismo fisiológico para manter os alvéolos abertos. A transição para bradipneia ou ritmo irregular é um sinal de exaustão muscular e falência respiratória iminente. O estridor sugere comprometimento de vias aéreas superiores (como laringite estridulosa associada ao vírus).

### Questão 43

ALTERNATIVA A: Está correta. A questão apresenta a definição clássica de alergia alimentar: a presença de sintomas clínicos causados por uma resposta imunológica anômala após a exposição a proteínas alimentares. Sem a resposta imune, estaríamos diante de uma intolerância alimentar ou reação tóxica.

ALTERNATIVA B: Está correta. O caráter imunológico e a reprodutibilidade são os pilares que diferenciam a alergia de outras reações adversas. Para ser considerada alergia, a reação deve ocorrer de forma consistente sempre que o indivíduo for exposto ao alimento gatilho.

ALTERNATIVA C: Está correta. Epidemiologicamente, a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é a alergia alimentar mais frequente na infância precoce (lactentes e crianças pequenas). Isso ocorre porque o leite de vaca é, geralmente, a primeira proteína estranha introduzida em grande quantidade na dieta infantil.

ALTERNATIVA D: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito da questão. O erro está na simplificação da classificação fisiopatológica. De acordo com os consensos de alergologia, as reações são classificadas em três categorias e não apenas duas: 1) Mediadas por IgE (reações imediatas); 2) Não mediadas por IgE (reações tardias ou celulares); e 3) Mecanismos mistos (onde há participação tanto de anticorpos IgE quanto de células T). A alternativa omite a categoria mista, que é essencial para descrever condições como a dermatite atópica e a esofagite eosinofílica. Além disso, a expressão "na maioria dos pacientes" sugere uma coexistência de mecanismos que não reflete a classificação clínica padrão.

ALTERNATIVA E: Está correta. Embora prurido e eritema sejam comuns em reações imediatas (IgE), a alternativa especifica o contexto da dermatite atópica e o intervalo de tempo de 2 a 72 horas. Esse tempo de latência é característico das reações não-IgE mediadas ou mistas. Nas reações mediadas por IgE pura, os sintomas costumam surgir muito rapidamente, geralmente em até 2 horas após a ingestão.

---

### Questão 44

Alternativa a) Correta. Esta alternativa apresenta a definição clássica e biológica de crescimento. Ele se dá por meio de dois processos celulares: a hiperplasia, que é a multiplicação das células, e a hipertrofia, que é o aumento do volume ou tamanho individual de cada célula. Ambos resultam no aumento da massa corporal e das dimensões físicas.

Alternativa b) Correta. O crescimento humano é um processo dinâmico. O potencial de altura e desenvolvimento físico é determinado pela herança genética (fatores

intrínsecos), mas a sua plena expressão depende de fatores extrínsecos. Se o ambiente não oferecer nutrição adequada, estímulos psicossociais e boas condições de saúde, a criança não atingirá seu potencial genético.

Alternativa c) Correta. Embora a literatura acadêmica costume diferenciar "crescimento" (aumento físico/quantitativo) de "desenvolvimento" (aquisição de funções/qualitativo), em provas de residência e na prática clínica da Puericultura, o termo "crescimento" é frequentemente utilizado de forma ampla para abranger o acompanhamento global da criança. Nesse contexto, a avaliação do crescimento inclui tanto os índices antropométricos (peso e altura) quanto os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (linguagem, motor e adaptativo).

Alternativa d) Correta. O primeiro ano de vida é o período de maior velocidade de crescimento pós-natal. O lactente cresce, em média, 25 cm no primeiro ano (sendo 15 cm no primeiro semestre e 10 cm no segundo). No segundo ano de vida, ocorre uma desaceleração natural, com um ganho médio de 12 cm. Esses valores são referências fundamentais na pediatria.

Alternativa e) Incorreta (Gabarito). Esta alternativa é considerada incorreta por uma questão de precisão técnica nos valores e na fisiologia. Na fase pré-puberal (fase escolar), a velocidade de crescimento é, de fato, constante, porém a média aceita pela maioria dos tratados de pediatria e pelo modelo de Karlberg é de 4 a 6 cm por ano (e não até 7 cm). Além disso, o crescimento nesta fase não depende "predominantemente" apenas do GH; ele depende de uma interação estreita e obrigatória entre o hormônio do crescimento (GH) e os hormônios tireoidianos, que exercem um papel permissivo e essencial para o crescimento linear nesse período. Somente na puberdade é que o GH ganha o reforço predominante dos esteroides sexuais para o estirão.

---

### Questão 45

Esta questão aborda o panorama epidemiológico e etiológico das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na pediatria. O objetivo é identificar a alternativa incorreta entre as afirmações apresentadas.

Alternativa A: Correta. É esperado que crianças, especialmente nos primeiros cinco anos de vida, apresentem entre 4 e 8 episódios de infecções respiratórias por ano. Esse número pode ser ainda maior em crianças que frequentam ambientes coletivos. A maioria desses episódios restringe-se às vias aéreas superiores.

Alternativa B: Correta. A frequência a creches e berçários é um dos principais fatores de risco para IRA. O contato próximo entre crianças facilita a transmissão de

patógenos, predominantemente virais (como o Vírus Sincicial Respiratório, Rinovírus e Influenza), devido à imaturidade do sistema imunológico e aos hábitos de higiene próprios da idade.

Alternativa C: Correta. Embora a incidência de IRA seja muito alta, a grande maioria (cerca de 95% ou mais) é autolimitada e atinge apenas as vias superiores (resfriado comum, faringites). Apenas uma pequena parcela, estimada entre 2% e 3%, complica ou evolui para o trato respiratório inferior, caracterizando a pneumonia.

Alternativa D: Correta. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, a pneumonia permanece como a principal causa de óbito por doenças infecciosas em crianças menores de 5 anos no mundo, figurando logo após as causas neonatais no ranking geral de mortalidade infantil.

Alternativa E: Incorreta (Gabarito). Esta é a afirmação falsa porque o agente etiológico que mais frequentemente causa Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em pediatria, considerando a etiologia bacteriana em todas as faixas etárias, é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). É importante ressaltar que, de uma forma geral (incluindo todas as causas), os vírus são os agentes mais comuns em crianças menores de 5 anos. O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente importante em escolares e adolescentes (pneumonia atípica), mas nunca o mais frequente na infância como um todo.

---

### Questão 46

O Doppler da artéria umbilical é um exame fundamental na avaliação da vitalidade fetal, especialmente em casos de pré-eclâmpsia e restrição de crescimento fetal (RCF). Ele avalia a resistência placentária ao fluxo sanguíneo fetal. Em uma gestação normal, a placenta apresenta baixa resistência, permitindo que o sangue flua continuamente da artéria umbilical para a placenta, inclusive durante a diástole.

A ausência de fluxo diastólico (também chamada de Diástole Zero) na artéria umbilical indica que a resistência placentária está extremamente elevada. Nesses casos, a placenta não consegue receber o sangue vindo do feto durante a fase de relaxamento cardíaco fetal.

Explicação das alternativas:

a) Achado normal para a idade gestacional avançada: Incorreto. Conforme a gestação avança, a resistência placentária deve diminuir, e não aumentar. O fluxo diastólico deve estar sempre presente e aumentar proporcionalmente ao longo do tempo. A ausência de fluxo é sempre um sinal patológico de insuficiência placentária grave.

b) Indica risco aumentado de acidemia fetal e pior prognóstico perinatal: Correto. A Diástole Zero é um marcador de sofrimento fetal crônico agudizado. Ela reflete um estágio avançado de disfunção placentária, associando-se diretamente à hipóxia fetal, à acidose metabólica e a um risco significativamente maior de complicações neonatais e óbito fetal.

c) Não se associa ao risco de óbito fetal: Incorreto. A ausência de fluxo diastólico é um dos principais preditores de óbito intrauterino em fetos com restrição de crescimento. Se a situação progredir para o fluxo reverso (Diástole Reversa), o risco de morte iminente é ainda maior.

d) É equivalente ao aumento da variabilidade na cardiotocografia: Incorreto. O Doppler avalia a hemodinâmica e a resistência vascular, enquanto a cardiotocografia avalia a resposta do sistema nervoso central fetal por meio da frequência cardíaca. Além disso, o comprometimento fetal grave geralmente cursa com diminuição da variabilidade na cardiotocografia (padrão terminal), e não aumento.

e) Não altera a conduta obstétrica: Incorreto. O achado de Diástole Zero altera drasticamente a conduta. Ele exige internação hospitalar para monitoramento intensivo da vitalidade (incluindo Doppler de ducto venoso e perfil biofísico fetal) e, dependendo da idade gestacional e da estabilidade materna/fetal, indica a interrupção da gestação para evitar o óbito fetal.

---

## Questão 47

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante no final da gestação (36 semanas) com queixa de redução da movimentação fetal, o que já é um sinal de alerta clínico para a vitalidade. O resultado da cardiotocografia (CTG) apresenta uma linha de base de 145 bpm (dentro da normalidade), porém com variabilidade reduzida (menor que 5 bpm) por mais de 40 minutos e ausência de acelerações.

Na fisiologia fetal, o ciclo de sono costuma durar de 20 a 40 minutos. Quando a variabilidade permanece reduzida (padrão terminal ou hipovariável) por um período superior a esse tempo, especialmente na ausência de acelerações e com queixa materna de parada de movimentação, o traçado é classificado como patológico. Isso sugere que o feto não está apenas dormindo, mas sim entrando em um quadro de hipóxia e acidose, perdendo a capacidade de controlar a frequência cardíaca através do sistema nervoso autônomo.

## POR QUE A ALTERNATIVA (C) É A CORRETA?

Diante de um feto com 36 semanas (viabilidade atingida), uma queixa clínica de redução de movimentos e uma cardiotocografia com variabilidade reduzida persistente por mais de 40 minutos, o diagnóstico mais provável é de sofrimento fetal agudo. A conduta imediata deve ser a interrupção da gestação para evitar o óbito intrauterino. O risco da prematuridade tardia (36 semanas) é significativamente menor do que o risco de morte fetal por asfixia.

## POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Repetir a cardiotocografia em 24 horas: Incorreto. A variabilidade reduzida persistente não é um achado normal. Aguardar 24 horas em um cenário de provável hipóxia fetal aguda é uma conduta perigosa que pode resultar em óbito fetal.

b) Realizar perfil biofísico fetal: Incorreto. Embora o perfil biofísico fetal (PBF) seja um excelente exame para avaliar o bem-estar fetal, ele é geralmente indicado quando o traçado da CTG é "suspeito" ou inconclusivo. No caso apresentado, a duração da hipovariabilidade (mais de 40 minutos) associada à queixa clínica já caracteriza um padrão patológico que autoriza a resolução imediata, sem necessidade de protelar a conduta com novos exames.

d) Solicitar dopplervelocimetria das artérias uterinas: Incorreto. O Doppler das artérias uterinas avalia a invasão trofoblástica e o risco de pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento ao longo da gestação. Ele não serve para avaliar o sofrimento fetal agudo no momento do pronto atendimento. Para avaliar a vitalidade, seriam usados os Dopplers da artéria umbilical, da cerebral média ou do ducto venoso, mas a CTG patológica já é soberana para indicar a interrupção.

e) Considerar o exame normal: Incorreto. A ausência de acelerações e a variabilidade reduzida podem, de fato, ocorrer durante o sono fetal, mas esse estado não deve ultrapassar 40 minutos. Como o enunciado afirma que o padrão persistiu por mais de 40 minutos e há queixa de redução de movimentos por 12 horas, o exame deve ser obrigatoriamente considerado alterado.

---

### Questão 48

A comunicação interventricular (CIV) é a malformação cardíaca mais comum ao nascimento e também uma das mais diagnosticadas no período pré-natal por meio da ecocardiografia fetal. Quando uma CIV, especialmente a do tipo perimembranosa, é identificada no exame de imagem, ela funciona como um marcador de risco para anomalias cromossômicas, mesmo que não existam outras alterações estruturais

visíveis.

Analise das alternativas:

Alternativa A: Está correta. A trissomia do cromossomo 21 (Síndrome de Down) é a alteração cromossômica mais frequente associada a cardiopatias congênitas. Embora o defeito do septo atrioventricular (DSAV) seja a lesão cardíaca mais característica da Síndrome de Down, a CIV é, em termos absolutos, um achado extremamente prevalente nessa população. A presença de uma CIV no ultrassom morfológico eleva a razão de verossimilhança para a trissomia 21, tornando-a a associação mais provável entre as opções listadas.

Alternativa B: Está incorreta. A microdeleção 22q11.2 (Síndrome de DiGeorge ou Síndrome Velocardiofacial) está classicamente relacionada a defeitos conotrunciais. Isso inclui a Tetralogia de Fallot, o tronco arterial comum (truncus arteriosus) e a interrupção do arco aórtico. Embora a CIV possa fazer parte desses complexos, ela raramente é o único achado isolado em casos de microdeleção 22q11.2.

Alternativa C: Está incorreta. A identificação de qualquer malformação estrutural maior, como uma CIV perimembranosa, altera o perfil de risco do feto. Mesmo que o rastreio sorológico do primeiro trimestre tenha sido normal, o achado morfológico é um dado novo que aumenta o risco global para aneuploidias em comparação com a população geral que não apresenta defeitos cardíacos.

Alternativa D: Está incorreta. A trissomia do cromossomo 18 (Síndrome de Edwards) apresenta uma associação altíssima com cardiopatias (acima de 90%), incluindo a CIV. No entanto, a Síndrome de Edwards é quase sempre acompanhada de um conjunto de outras malformações graves e marcadores ultrassonográficos (como cistos de plexo coroide, mãos cerradas com sobreposição de dedos, micrognatia e restrição de crescimento), o que não condiz com a descrição de uma CIV isolada em um feto sem outras alterações.

Alternativa E: Está incorreta. Na medicina fetal e na genética clínica, as decisões sobre procedimentos invasivos (como a amniocentese ou biópsia de vilo corial para cariótipo) são baseadas no aconselhamento genético e na autonomia da gestante. Embora o estudo citogenético possa ser oferecido devido ao achado da CIV, o termo obrigatório é inadequado, pois a conduta depende da combinação de riscos calculados e da vontade da família. Além disso, a questão foca na associação genética mais provável e não na conduta normativa.

## Questão 49

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente jovem com a tríade clássica de gravidez ectópica: atraso menstrual, dor abdominal e sangramento vaginal. O nível de beta-hCG (2.200 mIU/mL) está acima da zona discriminatória (geralmente entre 1.500 e 2.000 mIU/mL), o que significa que uma gestação intrauterina deveria ser visível à ultrassonografia transvaginal. A presença de uma massa anexial de 2,5 cm com o sinal do anel (vascularização periférica ao Doppler) e líquido livre em pequena quantidade confirma o diagnóstico de gravidez ectópica íntegra em uma paciente hemodinamicamente estável.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A conduta expectante pode ser considerada em casos muito específicos, geralmente quando o beta-hCG é decrescente e apresenta níveis iniciais baixos (abaixo de 1.000 mIU/mL ou, em protocolos mais liberais, 1.500 mIU/mL). Com um valor de 2.200 mIU/mL e sintomas presentes, o risco de ruptura é maior, exigindo tratamento ativo.

Alternativa (b) Correta: O tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) é a conduta de escolha para pacientes com gravidez ectópica íntegra que preenchem critérios de estabilidade. Os critérios clássicos para o uso de MTX incluem: estabilidade hemodinâmica, ausência de atividade cardíaca embrionária, massa anexial com diâmetro menor que 3,5 a 4,0 cm e níveis de beta-hCG preferencialmente abaixo de 5.000 mIU/mL. A paciente em questão atende a todos esses requisitos (estável, massa de 2,5 cm e hCG de 2.200).

Alternativa (c) Incorreta: A laparotomia exploradora (cirurgia aberta) é reservada para casos de instabilidade hemodinâmica grave (choque hipovolêmico por ruptura de gravidez ectópica) ou quando a via laparoscópica não está disponível. Não há sinais de instabilidade ou hemoperitônio volumoso no caso descrito.

Alternativa (d) Incorreta: A laparoscopia é o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica, mas o tratamento medicamentoso é preferível nesta paciente por ser menos invasivo. Além disso, a alternativa afirma que a salpingectomia (retirada da trompa) seria obrigatória, o que é incorreto; em pacientes que desejam preservar a fertilidade e possuem a outra trompa comprometida, pode-se realizar a salpingostomia (abertura da trompa e retirada do material ovular).

Alternativa (e) Incorreta: A curetagem uterina diagnóstica é utilizada em casos de dúvida diagnóstica entre abortamento incompleto e gravidez ectópica quando o

beta-hCG está acima da zona discriminatória e a ultrassonografia é inconclusiva. No caso relatado, a visualização da massa anexial com o "sinal do anel" direciona o diagnóstico para ectópica, tornando a curetagem desnecessária e contraindicada.

---

### Questão 50

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de abortamento séptico, evidenciado pela tríade de febre elevada, dor abdominal e sangramento vaginal com odor fétido. A presença de material heterogêneo ao ultrassom confirma a retenção de restos ovulares, que estão funcionando como foco infeccioso. A hipotensão leve sugere um estado inicial de sepse, exigindo intervenção rápida e terapêutica combinada.

Alternativa a: Incorreta. O misoprostol é um análogo da prostaglandina utilizado para amadurecimento cervical e indução de contrações uterinas. No abortamento séptico, o uso isolado desta medicação é insuficiente e retarda o tratamento definitivo, aumentando o risco de progressão para choque séptico grave.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. O tratamento do aborto infectado baseia-se em dois pilares: estabilização clínica com antibioticoterapia de amplo espectro (para cobrir flora polimicrobiana, incluindo gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios) e a remoção imediata do foco da infecção através do esvaziamento uterino (geralmente por curetagem ou aspiração manual intrauterina).

Alternativa c: Incorreta. O uso isolado de antibióticos não é eficaz porque o material retido no útero funciona como um meio de cultura protegido. Sem o esvaziamento uterino para retirar o tecido necrótico e infectado, a fonte da infecção permanece ativa, impedindo a cura.

Alternativa d: Incorreta. O metotrexato é um agente quimioterápico antagonista do ácido fólico, indicado especificamente para o tratamento clínico da gravidez ectópica íntegra. Não possui qualquer papel no manejo de processos infecciosos ou abortamentos intrauterinos infectados.

Alternativa e: Incorreta. A histerectomia é uma medida radical reservada para casos de exceção, como choque séptico refratário ao tratamento clínico e cirúrgico conservador, perfuração uterina com peritonite grave, abscessos miometriais extensos ou gangrena gasosa uterina (miometrite clostridiana). Não é a conduta inicial obrigatória.

---

## Questão 51

A questão aborda o manejo da amniorrexe prematura pré-termo (ruptura de membranas antes do início do trabalho de parto e antes de 37 semanas) em uma gestante de 32 semanas, sem sinais de infecção ou trabalho de parto.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora a internação, a corticoterapia (para maturação pulmonar fetal) e a antibioticoterapia (para aumentar o período de latência e reduzir riscos infecciosos) estejam indicadas, o uso de tocolíticos na amniorrexe prematura é contraindicado pela maioria dos protocolos e diretrizes internacionais (como ACOG e Febrasgo). A tocólise pode mascarar sinais precoces de corioamnionite e não demonstrou benefício neonatal significativo nesse cenário, mesmo para completar o ciclo de corticoide.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa descreve a conduta padrão-ouro para o manejo expectante da amniorrexe prematura entre 24 e 34 semanas de gestação. A internação é necessária para vigilância rigorosa de sinais de infecção (corioamnionite) e vitalidade fetal. A corticoterapia reduz drasticamente a síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante. O uso de antibióticos de latência (geralmente ampicilina e azitromicina/eritromicina) prolonga a gestação e reduz a morbidade neonatal. A não realização de tocólise é o diferencial correto nesta questão.

Alternativa C (Incorreta): A interrupção imediata da gestação só estaria indicada se houvesse sinais de comprometimento da vitalidade fetal, corioamnionite ou se a gestação já tivesse ultrapassado 34 semanas. Às 32 semanas, o benefício do manejo expectante para ganho de maturidade fetal supera os riscos de infecção, desde que a paciente seja monitorada.

Alternativa D (Incorreta): O uso de antibióticos é fundamental na amniorrexe prematura pré-termo. Diferentemente do trabalho de parto pré-termo com membranas íntegras (onde o antibiótico não é rotina), na ruptura de membranas ele comprovadamente aumenta o tempo de latência (tempo entre a ruptura e o parto) e reduz a incidência de infecções maternas e neonatais.

Alternativa E (Incorreta): O manejo ambulatorial não é recomendado devido ao alto risco de complicações súbitas, como descolamento prematuro de placenta, compressão de cordão umbilical (pelo oligoâmnio) e evolução rápida para sepse materna por corioamnionite. A paciente deve permanecer internada até o parto.

## Questão 52

### DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA

O quadro clínico descrito é clássico de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) em sua forma grave. Os sinais patognomônicos presentes são: dor abdominal súbita, hipertonia uterina (útero em tábua) e sangramento vaginal escuro. A instabilidade hemodinâmica materna (hipotensão e taquicardia) associada ao sofrimento fetal agudo (bradicardia de 90 bpm e variabilidade ausente) e aos exames laboratoriais alterados (anemia, plaquetopenia, hipofibrinogenemia e alargamento de TP/TTPA) confirmam que a paciente evoluiu com uma coagulopatia de consumo ou coagulação intravascular disseminada (CIVD). Trata-se da classificação de Sher grau IIIb (óbito fetal ausente, mas com repercussões maternas graves).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O diagnóstico do DPP é eminentemente clínico. A ultrassonografia apresenta baixa sensibilidade para detectar o descolamento (cerca de 25% a 50% dos casos) e não deve retardar a conduta em situações de emergência com instabilidade materna ou fetal. O tempo perdido no exame pode ser fatal.

Alternativa B (Incorreta): A administração de tocolíticos (medicamentos para inibir contrações) é terminantemente contraindicada no DPP, pois a hipertonia é uma resposta reflexa e o objetivo é o esvaziamento uterino. A expansão volêmica é necessária, mas não deve ser feita isoladamente antes de decidir a via de parto, pois a causa do choque é o sangramento contínuo no leito placentário.

Alternativa C (Correta): Diante de um feto vivo com sinais de sofrimento agudo e uma mãe com instabilidade hemodinâmica e coagulopatia, a interrupção da gestação pela via mais rápida é a conduta de escolha. A cesárea permite o controle imediato do foco de sangramento. A correção da coagulopatia (transfusão de concentrado de hemácias, plaquetas, crioprecipitado ou plasma fresco) deve ser realizada de forma simultânea à cirurgia, e não como um pré-requisito para iniciá-la. O esvaziamento uterino é a medida mais eficaz para interromper o consumo de fatores de coagulação.

Alternativa D (Incorreta): O parto vaginal seria preferencial se o feto estivesse morto e a mãe estivesse estável, ou se o parto fosse iminente. No caso apresentado, o feto está vivo, mas em sofrimento grave, e a mãe está chocada. A indução do parto é um processo demorado que agravaria o quadro de hipóxia fetal e o risco de morte materna por hemorragia.

Alternativa E (Incorreta): No DPP grave, a estabilização hemodinâmica completa

muitas vezes só é alcançada após o esvaziamento uterino e o controle do sangramento. Esperar a estabilização total antes de intervir cirurgicamente é um erro perigoso, pois a fonte do distúrbio (o descolamento) permanece ativa, perpetuando o choque e a coagulopatia. A ressuscitação deve ser agressiva e concomitante ao ato cirúrgico.

### Questão 53

A dor pélvica crônica (DPC) é definida como uma dor não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, localizada na pelve anatômica e de intensidade suficiente para causar incapacidade funcional ou levar a paciente a procurar atendimento médico. Para resolver esta questão, é necessário identificar qual das patologias listadas não apresenta a dor crônica como uma manifestação clínica típica ou primária.

Alternativa a) Incorreta. As aderências pélvicas são causas frequentes de dor pélvica crônica. Elas resultam de processos inflamatórios anteriores (como a Doença Inflamatória Pélvica - DIP), endometriose ou cicatrizes de cirurgias prévias. A dor ocorre devido à tração de tecidos, restrição da mobilidade dos órgãos pélvicos e envolvimento de terminações nervosas.

Alternativa b) Correta (Gabarito). A miomatose uterina é a neoplasia benigna mais comum do trato genital feminino. Embora seja uma patologia muito prevalente, seus sintomas principais são o sangramento uterino anormal (hipermenorreia) e sintomas de efeito de massa (pressão na bexiga ou no reto). Os miomas raramente são a causa direta e isolada de dor pélvica crônica. Quando os miomas causam dor, ela costuma ser aguda (devido à degeneração ou torção de mioma pediculado) ou cíclica (dismenorreia). Por isso, na presença de dor pélvica crônica, deve-se sempre investigar outras etiologias antes de atribuí-la exclusivamente aos miomas.

Alternativa c) Incorreta. A endometrite, especialmente em sua forma crônica, pode causar dor pélvica persistente e desconforto. Geralmente está associada a quadros de infecção pélvica subclínica ou persistente, gerando um ambiente inflamatório que contribui para o quadro de dor crônica na paciente.

Alternativa d) Incorreta. As varizes pélvicas são a base fisiopatológica da Síndrome da Congestão Pélvica. A dilatação e o refluxo nas veias ovarianas e hipogástricas causam estase venosa, resultando em dor pélvica crônica. Esta dor tipicamente piora ao final do dia, após longos períodos em pé (ortostase) e após o contato sexual (dor pós-coital).

Alternativa e) Incorreta. A adenomiose ocorre quando o tecido endometrial se infiltra

no miométrio. É uma das causas ginecológicas mais clássicas de dor pélvica crônica e dismenorreia secundária (dor no período menstrual), frequentemente acompanhada de aumento do volume uterino e fluxo menstrual intenso.

---

### Questão 54

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus de DNA com tropismo pelo epitélio escamoso, estando diretamente relacionado à carcinogênese dos tecidos do trato genital inferior, como colo do útero, vagina e vulva.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. Assim como ocorre no colo do útero, o câncer de vagina (principalmente o carcinoma de células escamosas) possui uma forte associação etiológica com a infecção por subtipos de HPV de alto risco oncogênico, como o 16 e o 18. A infecção viral persistente leva à integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira, resultando na expressão das oncoproteínas E6 e E7, que inativam os genes supressores de tumor p53 e Rb, respectivamente.

Alternativa b) Incorreta. A Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) é classificada em dois tipos principais: a comum (uNIV), que é fortemente associada à infecção pelo HPV, e a diferenciada (dNIV). A dNIV não está relacionada ao HPV; ela geralmente surge em mulheres mais velhas, associada a condições inflamatórias crônicas, como o líquen escleroso.

Alternativa c) Incorreta. A hiperplasia do endométrio é uma condição proliferativa do tecido que reveste internamente o útero. Sua etiologia está relacionada ao estímulo estrogênico persistente e sem a devida oposição da progesterona (hiperestrogenismo relativo ou absoluto), não possuindo qualquer relação com a infecção por HPV.

Alternativa d) Incorreta. A Doença de Paget da vulva é uma neoplasia intraepitelial rara, de origem glandular (adenocarcinoma in situ). Diferente dos carcinomas escamosos da vulva, o Paget não tem relação etiológica com o HPV. Ela pode ser primária (exclusivamente cutânea) ou secundária a uma neoplasia interna (como retal ou vesical).

Alternativa e) Incorreta. O líquen escleroatrófico vulvar é uma dermatose inflamatória crônica de etiologia ainda não totalmente esclarecida, mas com provável base autoimune. Embora o líquen escleroso seja um fator de risco para o surgimento do câncer de vulva do tipo diferenciado (não relacionado ao HPV), a condição em si não é causada pelo vírus.

---

## Questão 55

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com corrimento branco-acinzentado, presença de bolhas finas e pH vaginal elevado (maior que 4,5). Essas características são clássicas da vaginose bacteriana (VB), a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva. A VB ocorre devido ao desequilíbrio da flora vaginal, com redução de lactobacilos e proliferação de bactérias anaeróbias, principalmente a *Gardnerella vaginalis*. Embora as "bolhas" (aspecto bolhoso) possam por vezes confundir com tricomoníase, a coloração branco-acinzentada e o pH reforçam o diagnóstico de vaginose bacteriana. Vale lembrar que o metronidazol é eficaz tanto para vaginose quanto para tricomoníase.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) INCORRETA. A associação de metronidazol (antibacteriano/antiprotozoário) e miconazol (antifúngico) é utilizada em tratamentos empíricos de vulvovaginites inespecíficas ou quando há suspeita de infecção mista (fungo + bactéria). No entanto, o quadro clínico é específico para vaginose bacteriana, não havendo necessidade clínica de associar um antifúngico.
- b) INCORRETA. O fluconazol é um antifúngico indicado para o tratamento da candidíase vaginal. A candidíase apresenta-se tipicamente com pH vaginal baixo (menor que 4,5), prurido intenso e corrimento branco aderido em placas (aspecto de leite coalhado), o que difere do quadro descrito.
- c) INCORRETA. O secnidazol é um derivado nitroimidazólico que pode ser utilizado para o tratamento da vaginose bacteriana em dose única. Contudo, os protocolos clínicos e as diretrizes (como as do Ministério da Saúde e do CDC) apontam o metronidazol como o padrão-ouro e a opção terapêutica preferencial de primeira linha pela sua eficácia consolidada.
- d) INCORRETA. A nistatina é um antifúngico de ação tópica, indicado exclusivamente para o tratamento de candidíase. Não possui atividade contra as bactérias anaeróbias causadoras da vaginose bacteriana.
- e) CORRETA. O metronidazol por via oral (500 mg, de 12 em 12 horas, por 7 dias) é o tratamento de escolha para a vaginose bacteriana. Ele atua eliminando o excesso de bactérias anaeróbias e permitindo a restauração da flora vaginal normal. A via oral apresenta alta eficácia e é a recomendação clássica para o manejo desta patologia.

### Questão 56

A questão aborda os Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Categoria 4 define condições que representam um risco inaceitável à saúde, sendo, portanto, contraindicações absolutas ao método.

Alternativa (a): Esta é a resposta correta porque o adenocarcinoma do colo uterino não é Categoria 4. Segundo os critérios da OMS, o câncer do colo do útero (tanto o tipo epidermoide quanto o adenocarcinoma) é classificado como Categoria 2, o que significa que, em geral, as vantagens de usar o método superam os riscos teóricos ou comprovados. É comum que estudantes o confundam com o câncer de mama, que este, sim, é Categoria 4.

Alternativa (b): Incorreta. O adenoma hepático é uma contraindicação absoluta (Categoria 4). O componente estrogênico dos contraceptivos orais combinados pode estimular o crescimento desses tumores e aumentar significativamente o risco de ruptura e hemorragia intraperitoneal grave.

Alternativa (c): Incorreta. O antecedente de AVC (Acidente Vascular Cerebral) é classificado como Categoria 4. O uso de estrogênio aumenta o risco de novos eventos tromboembólicos arteriais, representando um perigo inaceitável para pacientes que já possuem histórico dessa patologia.

Alternativa (d): Incorreta. A enxaqueca com aura é Categoria 4 em qualquer idade, mesmo se o diagnóstico for antigo. A presença de aura neurológica está fortemente associada a um risco aumentado de AVC isquêmico, e a utilização de contraceptivos combinados potencializa esse risco de forma perigosa.

Alternativa (e): Incorreta. A síndrome antifosfolípídica (SAF) é uma condição de trombofilia marcada por um estado de hipercoagulabilidade severa. Devido ao alto risco de trombose arterial e venosa, o uso de hormônios combinados é terminantemente proibido (Categoria 4).

---

### Questão 57

Para compreender a questão, devemos identificar qual das condições listadas não é um fator etiológico para a interrupção da menstruação em uma mulher que anteriormente menstruava (amenorreia secundária).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Uso de psicotrópicos: Correta como causa. Muitos medicamentos psicotrópicos,

especialmente os antipsicóticos (neurolépticos), são antagonistas da dopamina. Como a dopamina é o fator inibidor natural da prolactina, o bloqueio dopaminérgico resulta em hiperprolactinemia. O excesso de prolactina interfere na liberação pulsátil do GnRH hipotalâmico, impedindo a ovulação e causando amenorreia.

b) Hipotireoidismo: Correta como causa. No hipotireoidismo primário, a queda dos hormônios tireoidianos (T3 e T4) leva ao aumento do TRH (hormônio liberador de tireotrofina). O TRH estimula a hipófise a liberar TSH, mas também atua nos lactotrofos, estimulando a liberação de prolactina. A hiperprolactinemia resultante bloqueia o eixo gonadotrófico, levando à ausência de menstruação.

c) Uso de progestágenos: Correta como causa. O uso de progestágenos isolados (como no anticoncepcional injetável trimestral, implantes ou alguns esquemas terapêuticos) causa atrofia do endométrio por exposição contínua, além de poder inibir a ovulação. É uma causa iatrogênica muito comum de amenorreia secundária.

d) Anovulação crônica: Correta como causa. É um mecanismo central em patologias como a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Sem a ovulação, não há formação do corpo lúteo nem produção de progesterona. Sem a queda cíclica da progesterona ao final do ciclo, o endométrio não descama de forma organizada, resultando em períodos prolongados sem menstruação (amenorreia ou oligomenorreia).

e) Endometrioma: Incorreta como causa (Gabarito). O endometrioma é um cisto ovariano formado por tecido endometrial (sangue antigo, aspecto "em chocolate") decorrente da endometriose. Embora seja uma patologia pélvica importante que causa dor e infertilidade, ele não interrompe o ciclo hormonal. Mulheres com endometrioma geralmente apresentam ciclos regulares, muitas vezes acompanhados de dismenorreia (cólica severa), e não amenorreia.

#### CONCLUSÃO:

A maioria das causas de amenorreia secundária envolve disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-ovário ou alterações diretas no endométrio. O endometrioma é uma alteração anatômica/estrutural que não costuma interferir na sinalização hormonal necessária para a ocorrência da menstruação.

Gabarito: Alternativa (e).

---

### Questão 58

O caso clínico descreve uma paciente de 25 anos com Sangramento Uterino Anormal (SUA) crônico (há 7 meses) e resistente ao tratamento medicamentoso convencional (hormônios e ácido tranexâmico). Quando a propedêutica inicial, que geralmente inclui a ultrassonografia transvaginal ou pélvica, não revela alterações, mas o sangramento persiste apesar do tratamento, é obrigatório investigar causas estruturais da cavidade uterina que podem não ter sido visualizadas adequadamente.

Alternativa A - Incorreta. A ressonância magnética é um excelente exame para mapear miomas complexos ou diagnosticar adenomiose, mas não é o passo imediato após a falha do tratamento clínico em um cenário de exames iniciais normais. A avaliação direta da cavidade endometrial é prioritária.

Alternativa B - Incorreta. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINEs) agem reduzindo a síntese de prostaglandinas e podem diminuir o volume do sangramento. Entretanto, como a paciente já não respondeu a terapias mais potentes (hormônios e antifibrinolíticos), a manutenção de tratamentos clínicos sintomáticos sem uma investigação diagnóstica mais profunda é inadequada.

Alternativa C - Correta. A histeroscopia é o padrão-ouro para avaliar a cavidade uterina. Ela permite a visualização direta do endométrio, possibilitando o diagnóstico de pólipos pequenos, miomas submucosos ou hiperplasias que podem ter passado despercebidos nos exames de imagem comuns. Em pacientes virgens, o exame pode ser realizado com segurança através da técnica de vaginoscopia, utilizando instrumentos de calibre fino (como o sistema de Bettocchi), que dispensam o uso de espéculo ou tração cervical, preservando a integridade do hímen.

Alternativa D - Incorreta. A curetagem uterina semiótica é um procedimento invasivo e realizado "às cegas". Possui baixa sensibilidade para identificar lesões focais na cavidade uterina (como pólipos) quando comparada à histeroscopia, que permite a biópsia dirigida da lesão.

Alternativa E - Incorreta. O uso de análogos do GnRH promove um estado de hipostrogenismo severo e está associado a muitos efeitos colaterais (sintomas climatéricos e perda de massa óssea). É uma medicação de exceção, geralmente usada para reduzir o tamanho de miomas no pré-operatório ou em casos graves de endometriose, e não deve ser utilizada de forma empírica antes de um diagnóstico definitivo.

### Questão 59

O câncer de endométrio (especialmente o tipo I, que é o mais comum) está intimamente relacionado ao estímulo estrogênico crônico e à ausência de contraposição da progesterona. Qualquer condição que aumente a exposição do endométrio ao estrogênio livre ou que faça parte da síndrome metabólica acaba sendo um fator de risco.

a) Síndrome dos ovários policísticos (SOP): Esta condição é um importante fator de risco. A anovulação crônica característica da SOP faz com que a mulher não produza progesterona de forma cíclica (já que não há corpo lúteo). Sem a progesterona para "proteger" o endométrio e induzir sua diferenciação e descamação, o estrogênio estimula a proliferação endometrial de forma contínua, aumentando o risco de hiperplasias e câncer.

b) Diabetes mellitus: O diabetes, assim como a resistência insulínica, é um fator de risco estabelecido. A hiperinsulinemia pode estimular diretamente o crescimento endometrial ou aumentar a biodisponibilidade de estrogênio ao reduzir os níveis de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais). Além disso, o diabetes costuma estar associado à obesidade e à síndrome metabólica.

c) Endometriose: Esta é a alternativa correta, pois NÃO é considerada um fator de risco para o câncer de endométrio. A endometriose é a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Embora a endometriose possa aumentar ligeiramente o risco de alguns tipos específicos de câncer de ovário (como o de células claras e o endometriode de ovário), não há correlação causal ou estatística que a aponte como fator de risco para a neoplasia maligna do endométrio uterino.

d) Hipertensão arterial: A hipertensão compõe, junto com a obesidade e o diabetes, a clássica "tríade do câncer de endométrio" (também conhecida como tríade de Corpus). Embora o mecanismo fisiopatológico direto seja menos claro que o da obesidade, estudos epidemiológicos confirmam que mulheres hipertensas possuem um risco aumentado para essa neoplasia, frequentemente no contexto de síndrome metabólica.

e) Obesidade: É o principal fator de risco modificável. No tecido adiposo periférico, ocorre a conversão de androgênios (androstenediona) em estrogênio (estrone) através da enzima aromatase. Em mulheres obesas, os níveis de estrone são elevados e constantes, o que gera uma estimulação proliferativa persistente no endométrio, facilitando o desenvolvimento de atipias e malignidade.

## Questão 60

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de amenorreia primária e secundária. A amenorreia primária é a ausência de menarca (primeira menstruação) até os 13 anos de idade em pacientes sem caracteres sexuais secundários, ou até os 15 anos naquelas com desenvolvimento puberal normal. Já a amenorreia secundária é a ausência de menstruação por 3 a 6 meses em mulheres que já menstruavam anteriormente.

Análise das alternativas:

a) Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser: Também chamada de agenesia mülleriana, consiste na falha do desenvolvimento dos ductos de Müller. A paciente nasce sem útero, tubas uterinas e com os dois terços superiores da vagina encurtados ou ausentes. Como não há útero desde o nascimento, a paciente nunca terá a menarca, sendo uma causa clássica de amenorreia primária.

b) Síndrome de Asherman: Esta síndrome se caracteriza pela formação de cicatrizes e aderências dentro da cavidade uterina (sinéquias), que obliteram o endométrio. Essas aderências geralmente ocorrem após traumas uterinos, como curetagens excessivas pós-aborto ou pós-parto, ou infecções graves, como a tuberculose endometrial. Como a paciente precisou passar por um evento prévio (como uma gravidez ou procedimento) para desenvolver as sinéquias, assume-se que ela já menstruava antes do dano endometrial. Portanto, a Síndrome de Asherman é uma causa de amenorreia secundária. Esta é a alternativa correta.

c) Síndrome de Turner: É uma alteração citogenética caracterizada pela monossomia do cromossomo X (45,X). A ausência do segundo cromossomo sexual causa disgenesia gonadal, transformando os ovários em "ovários em fita", que não produzem hormônios sexuais suficientes para o desenvolvimento endometrial e posterior menstruação. É a causa mais frequente de amenorreia primária com hipogonadismo hipergonadotrófico.

d) Síndrome de Morris: Conhecida como Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios, ocorre em indivíduos com cariótipo 46,XY. Embora possuam testículos (geralmente intra-abdominais), há uma resistência periférica total à testosterona. Os testículos produzem o hormônio antimülleriano (HAM), o que impede o desenvolvimento do útero e das trompas. O fenótipo é feminino, mas a ausência de útero desde o nascimento resulta em amenorreia primária.

e) Hímen imperfurado: É uma malformação anatômica na qual a membrana himenal não se rompe durante o desenvolvimento embrionário, obstruindo a saída do fluxo menstrual. A paciente apresenta desenvolvimento hormonal e uterino normais, mas o

sangue fica retido na vagina (hematocolpos). Como a menstruação nunca é exteriorizada, configura-se um quadro de amenorreia primária obstrutiva (ou criptomenorreia).

Conclusão: A Síndrome de Asherman (alternativa B) é a única entre as opções que decorre de um evento adquirido que interrompe ciclos menstruais previamente existentes, sendo, portanto, uma causa de amenorreia secundária.

---

### Questão 61

Alternativa a) Incorreta. O nexa causal nas Doenças Relacionadas ao Trabalho não precisa ser exclusivo. De acordo com a Classificação de Schilling, o trabalho pode ser a causa necessária (Schilling I), um fator contributivo, mas não necessário (Schilling II), ou um fator desencadeante/agravante de uma doença preexistente (Schilling III). Portanto, o nexa pode ser direto ou indireto (concausalidade).

Alternativa b) Incorreta. A lista de doenças e agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho é ampla. Ela inclui acidentes de trabalho (graves, com menores, fatais), intoxicações exógenas, perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), LER/DORT, transtornos mentais, pneumoconioses e câncer relacionado ao trabalho, abrangendo diversos riscos além dos biológicos.

Alternativa c) Correta. O Nexa Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) é uma ferramenta utilizada pela perícia médica do INSS. Ele estabelece uma presunção de causalidade entre a doença e o trabalho ao cruzar o código da doença (CID-10) com o código da atividade econômica da empresa (CNAE). Se houver correlação estatística entre o setor econômico e a patologia, o nexa é configurado automaticamente, cabendo à empresa o ônus de provar o contrário.

Alternativa d) Incorreta. A emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) não é exclusiva do médico do trabalho. Ela deve ser emitida preferencialmente pela empresa, mas, na falta desta, pode ser preenchida pelo próprio trabalhador, por seus dependentes, pelo sindicato da categoria, por autoridades públicas ou por qualquer médico que tenha prestado assistência ao segurado.

Alternativa e) Incorreta. A grande maioria das Doenças Relacionadas ao Trabalho é de origem multifatorial. No modelo de Schilling II (ex.: hipertensão arterial e doenças coronarianas) e Schilling III (ex.: asma e transtornos mentais), o trabalho é considerado um fator de risco ou um agravante que se soma a outros fatores genéticos, biológicos e de estilo de vida.

---

## Questão 62

Para compreender esta questão, é fundamental revisar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), baseados na teoria de Barbara Starfield. Eles são divididos em atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado) e atributos derivados (Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A definição de ser o local preferencial de entrada no sistema de saúde para cada nova necessidade ou problema corresponde ao atributo Acesso de Primeiro Contato. Ele garante que a APS seja a porta de entrada para o restante da rede assistencial.

Alternativa b) Incorreta. A capacidade de integrar os cuidados recebidos pelo paciente em diferentes pontos da rede de saúde, garantindo a continuidade das informações e o acompanhamento dos encaminhamentos, define o atributo da Coordenação do Cuidado.

Alternativa c) Correta. A Longitudinalidade é a existência de um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. Esse atributo pressupõe a criação de um vínculo terapêutico e de confiança entre o profissional/equipe e o paciente, permitindo que o acompanhamento ocorra de forma perene, independentemente do motivo da consulta ou da presença de patologias específicas. É a relação que se estabelece "ao longo da vida".

Alternativa d) Incorreta. A atenção voltada para prevenção e promoção é um componente importante da APS, mas quando falamos em abordar o indivíduo em todas as suas dimensões (biopsicossociais) e oferecer serviços que cubram todo o espectro saúde-doença, estamos nos referindo ao atributo da Integralidade.

Alternativa e) Incorreta. A APS é caracterizada por ser um nível de atenção de baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade clínica e alta resolutividade. O atendimento de alta complexidade tecnológica é típico dos níveis secundário e terciário (especialidades e hospitais), não sendo um atributo da APS.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 63

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora o Código de Ética Médica (CEM) preveja a autonomia profissional em seu Artigo VII (o médico não é obrigado a prestar serviços a quem não deseje), essa autonomia não é absoluta. Em sistemas de saúde organizados, como o SUS ou redes conveniadas, a recusa em atender um paciente encaminhado pela regulação sem uma justificativa técnica ou ética válida pode ser interpretada como descumprimento de dever assistencial, especialmente se o médico for o único disponível ou se a recusa implicar em prejuízo ao acesso do paciente à saúde.

Alternativa b) Incorreta. Garantir o sigilo profissional mesmo após a morte do paciente não é uma vedação, mas sim um dever obrigatório do médico. De acordo com o Artigo 73 do CEM, o sigilo deve ser mantido mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido, salvo por justa causa, dever legal ou autorização por escrito dos responsáveis.

Alternativa c) Incorreta. Metodizar condutas com base em protocolos reconhecidos é uma prática incentivada e correta. O médico deve utilizar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e a utilização de protocolos baseados em evidências ajuda a garantir a segurança e a eficácia do tratamento, não constituindo qualquer tipo de proibição ética.

Alternativa d) Incorreta. Participar de pesquisas com seres humanos é uma atividade permitida e regulamentada pelo CEM (Capítulo XII). O requisito fundamental para que a pesquisa seja ética é justamente a obtenção do consentimento livre e esclarecido do participante, além da aprovação por comitês de ética em pesquisa. Portanto, é uma atividade permitida e não vedada.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa baseia-se no princípio de que a medicina não pode ser exercida como comércio (Princípios Fundamentais, IX) e na proibição do abandono de paciente (Artigo 71). Segundo o Artigo 94 do CEM, é vedado ao médico interromper a assistência por falta de pagamento em casos de urgência e emergência. No entanto, o entendimento ético geral, amparado pelos Artigos 47 e 71, é de que o médico não pode interromper um atendimento em curso de forma abrupta e injustificada apenas por questões financeiras, mesmo em casos eletivos (sem risco iminente), sem que tenha havido a comunicação prévia ao paciente e a garantia de que a continuidade do tratamento seja assumida por outro profissional ou instituição. A interrupção sumária por falta de pagamento, sem o devido processo de encerramento da relação médico-paciente, configura abandono, o que é vedado pelo código.

GABARITO: LETRA (E)

### Questão 64

A vigilância epidemiológica brasileira, regida pelo Ministério da Saúde, classifica as notificações compulsórias em duas periodicidades principais: imediata (realizada em até 24 horas a partir do conhecimento do caso suspeito ou confirmado) e semanal (realizada em até 7 dias). O objetivo da notificação imediata é permitir que as autoridades de saúde tomem medidas urgentes, como bloqueios vacinais, isolamento ou investigação de campo, para evitar a propagação de doenças com alto potencial epidêmico.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

**ALTERNATIVA A – INCORRETA:** O tétano acidental é uma doença infecciosa grave, porém não é contagiosa (não há transmissão de pessoa para pessoa). Por não haver risco de surtos imediatos por contágio direto, a vigilância epidemiológica estabelece que sua notificação deve ser feita de forma semanal.

**ALTERNATIVA B – INCORRETA:** A sífilis adquirida é um agravo de grande relevância para a saúde pública, mas o seu controle é feito por meio do acompanhamento ambulatorial, tratamento do paciente e de seus parceiros. Não exige uma resposta de emergência em 24 horas, sendo, portanto, de notificação semanal.

**ALTERNATIVA C – CORRETA:** O sarampo é uma das doenças mais contagiosas que existem e o Brasil busca manter a eliminação da circulação do vírus. Devido ao alto potencial de transmissibilidade e à necessidade de realizar o bloqueio vacinal nos contatos em um curto espaço de tempo (idealmente em até 72 horas), qualquer suspeita de sarampo deve ser notificada imediatamente (dentro de 24 horas) para as esferas municipal, estadual e federal.

**ALTERNATIVA D – INCORRETA:** A tuberculose é uma doença de evolução crônica e tratamento prolongado (mínimo de 6 meses). As ações de vigilância focam na adesão ao tratamento e na investigação dos contatos domiciliares. Por ter um curso clínico lento, sua notificação é de periodicidade semanal.

**ALTERNATIVA E – INCORRETA:** A leptospirose é uma zoonose de notificação compulsória importante, especialmente em períodos de inundações. Embora seja uma doença aguda e potencialmente grave, na Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria de Consolidação nº 4/2017 e atualizações), sua periodicidade de notificação padrão é semanal.

GABARITO: LETRA C.

---

### Questão 65

Alternativa a: Incorreta. A vigilância epidemiológica não se restringe ao monitoramento de doenças transmissíveis. Ela abrange também o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (como diabetes e hipertensão), agravos à saúde (como acidentes e violências) e outros eventos de relevância para a saúde pública.

Alternativa b: Incorreta. A vigilância ambiental em saúde tem como objetivo monitorar fatores de risco não biológicos do meio ambiente que possam interferir na saúde humana. Isso inclui, necessariamente, o monitoramento de fatores climáticos, além da qualidade da água, do ar, do solo e o gerenciamento de contaminantes químicos e desastres naturais.

Alternativa c: Incorreta. A vigilância em saúde do trabalhador não possui caráter apenas reativo (atuar após o agravo). Pelo contrário, ela é fundamentada em ações preventivas e de promoção à saúde, buscando intervir nos processos e ambientes de trabalho para identificar e eliminar riscos antes que causem doenças ou acidentes.

Alternativa d: Correta. A vigilância sanitária atua de forma ampla para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Isso inclui o controle de alimentos, medicamentos, cosméticos, saneamento e serviços hospitalares.

Alternativa e: Incorreta. A vigilância genômica é uma ferramenta tecnológica que complementa e integra a vigilância epidemiológica, fornecendo informações sobre a linhagem e mutações de agentes infecciosos. Ela não substitui a análise epidemiológica tradicional, que foca na dinâmica de transmissão e nas características das populações afetadas.

---

### Questão 66

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark.

Alternativa (a) Incorreta: O rastreamento (screening) do câncer colorretal é um exemplo de prevenção secundária. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de doenças que já estão presentes no indivíduo, mas que ainda estão em fase assintomática (fase pré-clínica), visando melhorar o

prognóstico e reduzir a morbidade.

Alternativa (b) Incorreta: A reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) é classificada como prevenção terciária. Este nível de prevenção atua quando a doença já causou danos, com o objetivo de reduzir as incapacidades, prevenir complicações e promover a reintegração do paciente à sociedade.

Alternativa (c) Correta: A vacinação contra a hepatite B é uma medida de prevenção primária. A prevenção primária atua no período de pré-patogênese, ou seja, antes de a doença se instalar. Seu objetivo é reduzir a incidência da doença através do controle de fatores de risco ou, como no caso das vacinas, aumentando a resistência do hospedeiro contra agentes específicos.

Alternativa (d) Incorreta: A fisioterapia após uma fratura também é uma medida de prevenção terciária. Assim como na alternativa (b), o objetivo aqui é a reabilitação de uma lesão já estabelecida para evitar sequelas permanentes e restaurar a função do membro afetado.

Alternativa (e) Incorreta: O teste do pezinho é uma ação de rastreamento neonatal, portanto, configura-se como prevenção secundária. Ele busca detectar precocemente doenças genéticas, metabólicas ou endócrinas em recém-nascidos assintomáticos para que o tratamento seja iniciado o mais breve possível, evitando danos irreversíveis.

Resumo dos Níveis de Prevenção:

- Primária: Evita que a doença ocorra (ex: vacinas, preservativos, hábitos saudáveis).
- Secundária: Diagnóstico precoce e tratamento imediato (ex: rastreamentos, exames de rotina em assintomáticos).
- Terciária: Reabilitação e redução de danos de doenças já manifestas (ex: fisioterapia, pós-infarto).
- Quaternária: Prevenção de iatrogenias e intervenções médicas desnecessárias.

---

## Questão 67

A questão aborda os modelos explicativos do processo saúde-doença, focando especificamente no modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Esse modelo defende que a saúde de indivíduos e populações é moldada pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

Alternativa a: Incorreta. Esta afirmação define o Modelo Biomédico, que centra a discussão na patologia e na biologia individual, desconsiderando o contexto externo. O modelo de determinação social surge justamente para contrapor essa visão

reducionista.

Alternativa b: Correta. Condições de trabalho, moradia, saneamento básico e alimentação são exemplos clássicos de determinantes sociais. Eles exercem impacto direto na saúde, pois definem o grau de exposição a riscos e o acesso a recursos protetores de uma população.

Alternativa c: Incorreta. O estilo de vida é apenas uma das camadas dos determinantes. Além dele, as condições macroestruturais (como políticas econômicas e sociais) e as redes comunitárias também são passíveis de modificação e exercem influência profunda no processo saúde-doença.

Alternativa d: Incorreta. A assistência médica é um dos determinantes, mas não o principal para a saúde populacional. Historicamente, melhorias estruturais no saneamento, habitação e nutrição tiveram maior impacto na redução da mortalidade do que o avanço das tecnologias médicas curativas isoladas.

Alternativa e: Incorreta. Existe uma correlação robusta e amplamente documentada entre fatores socioeconômicos e os indicadores de saúde. O modelo de determinação social busca justamente explicar e mitigar as iniquidades em saúde, onde menores níveis socioeconômicos estão associados a maiores taxas de morbimortalidade.

---

### **Questão 68**

A transição demográfica refere-se ao processo de mudança no comportamento das taxas de natalidade e mortalidade de uma população, o que altera sua estrutura etária. No Brasil, esse processo acelerou-se a partir da segunda metade do século XX.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O Brasil apresenta uma queda acentuada e persistente da fecundidade desde a década de 1960, e não um aumento. Embora a mortalidade tenha de fato caído, o aumento da fecundidade invalidaria a caracterização da transição.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente o cenário brasileiro. A urbanização, a entrada da mulher no mercado de trabalho e o acesso a métodos contraceptivos levaram à queda da fecundidade. Somado a isso, a melhoria nas condições de saúde e saneamento aumentou a sobrevivência, resultando em uma população com proporção cada vez maior de idosos (envelhecimento populacional).

Alternativa (c) Incorreta: A proporção de jovens na população brasileira está

diminuindo, e não estável. O estreitamento da base da pirâmide etária reflete a menor taxa de natalidade.

Alternativa (d) Incorreta: A transição demográfica é acompanhada pela redução da mortalidade infantil, fruto de políticas de saúde pública, imunização e melhoria nutricional. O aumento da mortalidade infantil seria um sinal de retrocesso social, não de transição demográfica.

Alternativa (e) Incorreta: Ocorre o oposto. Um dos marcos da transição é o aumento da expectativa de vida (longevidade), permitindo que uma parcela maior da população atinja idades avançadas.

---

### Questão 69

A transição epidemiológica no Brasil é um processo complexo que reflete as mudanças no perfil de saúde e nas causas de morte da população ao longo das últimas décadas. Esse processo está intimamente ligado à transição demográfica (envelhecimento populacional) e a fatores socioeconômicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O padrão observado na transição epidemiológica é a redução progressiva da importância relativa das doenças transmissíveis (infectocontagiosas) em comparação às doenças não transmissíveis. Embora o Brasil ainda enfrente desafios com doenças infectocontagiosas, elas não são mais predominantes como no início do século XX.

Alternativa b: Incorreta. Ocorreu, na verdade, um aumento expressivo das doenças crônicas. As causas externas (acidentes e violência) também aumentaram significativamente, mas a afirmação de que houve redução das doenças crônicas invalida a alternativa.

Alternativa c: Correta. Esta é a característica central da transição epidemiológica contemporânea. Com o aumento da expectativa de vida e a mudança para estilos de vida mais urbanos (sedentarismo, dieta inadequada), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) — como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas — passaram a representar a maior carga de morbimortalidade no sistema de saúde brasileiro.

Alternativa d: Incorreta. Atualmente, as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no Brasil. As taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias sofreram uma queda acentuada ao longo das décadas devido a avanços

em saneamento, vacinação e antibióticos, sendo hoje inferiores às causas cardiovasculares e oncológicas.

Alternativa e: Incorreta. O Brasil vive o que se denomina "tripla carga de doenças". Isso significa que o país não abandonou um padrão para adotar outro, mas sim que enfrenta simultaneamente três agendas: 1) a agenda não concluída de doenças infecciosas e problemas materno-infantis; 2) o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis; e 3) o impacto crescente das causas externas (violência e acidentes). Portanto, não há descontinuidade, mas sim uma sobreposição de perfis epidemiológicos.

---

### Questão 70

Alternativa A: Incorreta. Estudos de coorte são estudos prospectivos (ou retrospectivos) que acompanham grupos de indivíduos ao longo do tempo para observar o surgimento de novos casos de uma doença. Portanto, eles medem a incidência. A prevalência é a medida de frequência típica dos estudos transversais, que analisam a situação em um único ponto no tempo.

Alternativa B: Incorreta. Estudos transversais realizam uma coleta de dados instantânea, observando exposição e desfecho simultaneamente. Por não garantirem que a exposição precedeu o desfecho (falta de temporalidade), eles não permitem inferir causalidade com segurança, sendo úteis principalmente para gerar hipóteses.

Alternativa C: Incorreta. Ensaios clínicos são a modalidade clássica de estudos experimentais ou intervencionistas. Neles, o pesquisador interfere diretamente, designando qual grupo receberá determinada intervenção ou tratamento. Estudos observacionais são aqueles em que o pesquisador apenas observa e coleta dados sem intervir no objeto de estudo.

Alternativa D: Correta. No estudo de caso-controle, o pesquisador parte de indivíduos que já apresentam a doença (casos) e os compara com indivíduos saudáveis (controles) para investigar exposições passadas. Como não é possível calcular a incidência nesse desenho (pois os casos já existem), a medida de associação estatística utilizada é o Odds Ratio, também chamado de razão de chances.

Alternativa E: Incorreta. A característica fundamental dos estudos ecológicos é que a unidade de análise é a população ou um grupo de pessoas (como habitantes de uma cidade, estado ou país), e não o indivíduo isoladamente. Quando se tenta aplicar uma conclusão de um estudo ecológico em nível individual, ocorre o chamado erro ecológico ou falácia ecológica.

### Questão 71

Alternativa a: Incorreta. Ao aumentar o ponto de corte de um teste (tornando o critério para um resultado ser considerado positivo mais rigoroso), a especificidade tende a aumentar, mas a sensibilidade diminui. Isso acontece porque, com um critério mais exigente, menos pessoas doentes conseguirão atingir o nível necessário para positivar o teste, gerando mais resultados falsos negativos.

Alternativa b: Incorreta. A especificidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos verdadeiros negativos, ou seja, aqueles que não possuem a doença. A capacidade de identificar os verdadeiros positivos entre os doentes é a definição de sensibilidade.

Alternativa c: Correta. Esta é uma característica fundamental dos testes diagnósticos. Enquanto a sensibilidade e a especificidade são consideradas propriedades intrínsecas do teste, os valores preditivos (positivo e negativo) são parâmetros extrínsecos. Isso significa que o Valor Preditivo Positivo (VPP) aumenta quando a prevalência da doença na população testada é maior.

Alternativa d: Incorreta. Embora a sensibilidade e a especificidade sejam classicamente descritas como propriedades do teste que não mudam com a prevalência, elas não dependem exclusivamente do teste. Elas podem variar de acordo com o espectro clínico da doença na população (por exemplo, um teste pode ser mais sensível em pacientes com sintomas graves do que em pacientes em estágio inicial).

Alternativa e: Incorreta. Um teste com alta especificidade é excelente para confirmar o diagnóstico quando o resultado é positivo, pois apresenta poucos resultados falsos positivos. Para descartar uma doença quando o resultado é negativo, o ideal é utilizar um teste com alta sensibilidade, que garante um baixo índice de resultados falsos negativos.

---

### Questão 72

Para classificar as afirmativas, devemos analisar as propriedades fundamentais de cada desenho de estudo epidemiológico:

Afirmativa 1: (Verdadeiro) O estudo de coorte é um delineamento observacional e longitudinal que acompanha um grupo de indivíduos (expostos e não expostos a determinado fator) ao longo do tempo para observar quem desenvolve a doença. Como ele observa o surgimento de casos novos, é o estudo de escolha para medir a incidência.

Afirmativa 2: (Verdadeiro) O estudo transversal (ou seccional) realiza uma coleta de dados em um único ponto no tempo, como uma fotografia da população. Ele mede simultaneamente a exposição e a presença da doença, permitindo identificar a proporção de indivíduos doentes naquele momento, o que define a prevalência.

Afirmativa 3: (Falso) No estudo de caso-controle, partimos de indivíduos que já apresentam o desfecho (casos) e comparamos com quem não apresenta (controles), olhando retrospectivamente para a exposição. Como o pesquisador seleciona arbitrariamente o número de doentes, não há como calcular a incidência real. Sem a incidência, não é possível calcular o Risco Relativo (RR) de forma direta. A medida de associação própria deste estudo é o Odds Ratio (OR), ou Razão de Chances.

Afirmativa 4: (Verdadeiro) O ensaio clínico é o exemplo clássico de estudo experimental. Diferente dos estudos observacionais, aqui o pesquisador exerce uma intervenção direta (como administrar um medicamento ou realizar um procedimento) e controla as variáveis através da randomização, para avaliar o efeito dessa intervenção.

Análise das alternativas:

A sequência correta das afirmativas é V - V - F - V.

A alternativa A está correta por seguir exatamente essa sequência técnica.

A alternativa B está incorreta porque nega que o estudo transversal estima a prevalência.

A alternativa C está incorreta porque afirma que a coorte não mede incidência e que o caso-controle mediria o risco relativo diretamente.

A alternativa D está incorreta porque afirma que o caso-controle mede risco relativo diretamente e que o ensaio clínico não seria experimental.

A alternativa E está incorreta pois inverte a natureza da maioria dos estudos citados.

Gabarito: Letra A.

---

### Questão 73

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) utiliza uma hierarquia, frequentemente representada por uma pirâmide, para classificar a força das evidências científicas de acordo com o potencial de viés de cada desenho de estudo. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A opinião de especialistas, embora útil na ausência de dados mais robustos, está localizada na base da pirâmide de evidência. Por ser

baseada em experiências individuais e observações não controladas, possui alto risco de subjetividade e viés, sendo considerada o nível mais baixo de evidência.

Alternativa (b) Correta: Os Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs) são estudos experimentais padrão-ouro para testar intervenções terapêuticas. A randomização (sorteio) permite que os grupos de intervenção e controle sejam comparáveis, minimizando variáveis de confusão. Por isso, eles fornecem um alto nível de evidência, ficando abaixo apenas das revisões sistemáticas com meta-análise de ECRs.

Alternativa (c) Incorreta: A ordem está invertida. As meta-análises ocupam o topo da pirâmide, pois sintetizam os resultados de múltiplos estudos primários (preferencialmente ensaios clínicos). Os estudos de caso-controle são observacionais e retrospectivos, ocupando uma posição intermediária-baixa na hierarquia.

Alternativa (d) Incorreta: Estudos ecológicos analisam dados de populações ou agregados, e não de indivíduos, o que impede a correlação direta de causa e efeito no nível individual (falácia ecológica). Já as revisões sistemáticas são o topo da evidência, pois aplicam uma metodologia rigorosa para reunir e analisar todos os estudos relevantes sobre um tema.

Alternativa (e) Incorreta: Ensaios clínicos não controlados carecem de um grupo de comparação, o que torna difícil afirmar se o resultado foi causado pela intervenção ou pela história natural da doença. As coortes prospectivas, embora observacionais, acompanham grupos expostos e não expostos ao longo do tempo, possuindo maior rigor metodológico e maior força de evidência que ensaios sem controle.

---

## Questão 74

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos temas mais recorrentes em provas de saúde pública e medicina preventiva, sendo regido por bases constitucionais e leis complementares que definem a responsabilidade de cada ente federativo. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O financiamento do SUS não é uma atribuição exclusiva do governo federal. De acordo com o Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o sistema deve ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares. Trata-se de um sistema descentralizado com responsabilidades compartilhadas.

Alternativa b) Incorreta. Os Estados possuem responsabilidade direta e obrigatória no

cofinanciamento do sistema. A Lei Complementar nº 141, de 2012, regulamentou as normas de fiscalização e os percentuais mínimos de investimento. No caso dos Estados, o repasse obrigatório é de, no mínimo, 12 por cento da receita proveniente de impostos estaduais e transferências constitucionais.

Alternativa c) Incorreta. O percentual de 30 por cento mencionado não condiz com a legislação vigente. Conforme estabelecido pela Lei Complementar nº 141, de 2012, os Municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15 por cento de sua receita própria em ações e serviços públicos de saúde. O valor de 30 por cento é historicamente associado a reivindicações de movimentos sociais, mas não é a norma legal.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa define com precisão o modelo de gestão financeira do SUS. O financiamento é tripartite, o que significa que as três esferas de governo (União, Estados e Municípios) são legalmente obrigadas a destinar recursos financeiros para sustentar o sistema. Cada ente tem suas alíquotas e responsabilidades específicas para garantir a integralidade e a universalidade do atendimento.

Alternativa e) Incorreta. A Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016 e conhecida como Teto de Gastos, limitou o crescimento das despesas primárias da União à variação da inflação (IPCA) por um período de 20 anos. Na prática, para a área da saúde, isso não representou um aumento, mas sim um processo de desfinanciamento ou subfinanciamento relativo, pois o orçamento deixou de acompanhar o crescimento populacional, o envelhecimento da sociedade e a incorporação de novas tecnologias médicas.

---

## Questão 75

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A ESF fundamenta-se na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de agravos comuns na Atenção Básica. A ênfase em ações curativas especializadas é característica do modelo biomédico tradicional e dos níveis secundário e terciário de atenção (hospitais e clínicas de especialidades).

Alternativa (b) Correta: A adscrição de território e de clientela é um princípio organizativo fundamental da ESF. Isso significa que a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica delimitada e por um número específico de famílias e indivíduos que nela residem. Esse vínculo permite o acompanhamento longitudinal, a responsabilização e o conhecimento profundo das condições de vida e saúde daquela comunidade.

Alternativa (c) Incorreta: A ESF trabalha com uma combinação de demanda espontânea (atendimento de intercorrências agudas) e demanda programada (ações preventivas e de acompanhamento, como consultas de pré-natal, puericultura, Hipertensão e grupos de educação em saúde). Atender "apenas" por demanda espontânea descaracterizaria a prevenção e a gestão do cuidado proativo.

Alternativa (d) Incorreta: Uma das definições centrais da ESF é justamente a atuação por meio de equipes multiprofissionais. A equipe mínima deve ser composta por médico (preferencialmente de família e comunidade), enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também pode incluir profissionais de saúde bucal e contar com o apoio do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).

Alternativa (e) Incorreta: A ESF atua no nível de Atenção Primária, que é considerado de baixa densidade tecnológica (em relação ao uso de equipamentos pesados e exames complexos), mas de alta complexidade em termos de cuidado e coordenação da rede. A "Alta Complexidade" na divisão do SUS refere-se a procedimentos hospitalares especializados e de alto custo, como transplantes e neurocirurgias.

---