



# ICC prova I

GABARITO | 2026 | CE | 50 Questões



## Gabarito: ICC prova I

2026 | CE

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Contexto Histórico: No período do Brasil Colônia, a Coroa Portuguesa não possuía um sistema público de saúde estruturado. A assistência aos enfermos era baseada na caridade e na organização da sociedade civil, fortemente influenciada pela Igreja Católica.

Alternativa (a) Incorreta. Os Hospitais Reais eram instituições mantidas diretamente pela Coroa em Portugal (como o Hospital Real de Todos-os-Santos em Lisboa). No Brasil, o modelo adotado não foi o de hospitais estatais ou reais, mas sim o de irmandades religiosas que recebiam o apoio, mas não a administração direta do Reino.

Alternativa (b) Correta. As Santas Casas de Misericórdia foram as primeiras instituições hospitalares fundadas no Brasil. Elas seguiam o modelo das Misericórdias portuguesas, que eram irmandades leigas dedicadas a obras de caridade. A primeira Santa Casa do Brasil foi fundada por Brás Cubas na Vila de Santos, por volta de 1543. Posteriormente, outras foram criadas em Salvador (1549), Rio de Janeiro (1582) e Olinda (1560). Durante séculos, elas foram praticamente os únicos locais de internação e assistência hospitalar no país.

Alternativa (c) Incorreta. No Brasil Colônia, médicos formados na Europa eram raros e caros, atendendo prioritariamente à elite em suas residências. Não existiam "clínicas privadas" nos moldes modernos. O atendimento à população geral era feito por boticários, barbeiros-cirurgiões, curandeiros e jesuítas, ou nas Santas Casas de Misericórdia para os desvalidos.

Alternativa (d) Incorreta. Embora tenham ocorrido conflitos militares no Brasil (como as invasões holandesas e francesas), os hospitais de campanha eram estruturas móveis, precárias e temporárias, destinadas exclusivamente ao atendimento de soldados em combate. Eles não representam a origem do sistema hospitalar permanente e institucionalizado do Brasil.

Gabarito: Alternativa (b).

---

## Questão 2

Contexto Histórico:

No final do século XIX, o Brasil enfrentava graves crises sanitárias que prejudicavam a economia agroexportadora. Em 1899, o surgimento de casos de peste bubônica no Porto de Santos gerou um estado de emergência. Diante da dificuldade de importar soros e vacinas da Europa, as autoridades brasileiras decidiram investir na criação de instituições nacionais voltadas para a produção de imunobiológicos e pesquisa bacteriológica.

Análise das Alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é o nome atual da instituição, mas ela foi fundada em 1900 como Instituto Soroterápico Federal. A denominação Fiocruz só surgiu em 1970. O Serviço Nacional de Saúde também não corresponde ao período de criação citado na questão.

Alternativa B: Incorreta. O Instituto Pasteur original foi fundado na França. Embora existissem unidades do Instituto Pasteur no Brasil (como em São Paulo e no Rio), elas eram iniciativas de caráter privado ou filantrópico, não as principais instituições públicas criadas em resposta direta à crise de 1899. A Escola de Medicina do Rio de Janeiro é muito anterior, datando de 1808.

Alternativa C: Correta. Em resposta à peste bubônica em Santos, foram estabelecidas as duas maiores referências em saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal, localizado na fazenda de Manguinhos, no Rio de Janeiro (sob a liderança inicial de Pedro Affonso e logo depois de Oswaldo Cruz), e o Instituto Butantã, em São Paulo (sob a liderança de Vital Brazil). Ambos tinham a missão inicial de fabricar o soro e a vacina contra a peste bubônica.

Alternativa D: Incorreta. O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi criado apenas em 1920, durante a Reforma Carlos Chagas, com o objetivo de centralizar a administração sanitária federal. A Escola de Saúde Pública também é uma instituição de criação posterior ao marco de 1900 solicitado pela questão.

---

## Questão 3

O conceito de História Natural da Doença, estabelecido por Leavell e Clark, descreve a evolução de uma enfermidade desde as suas causas iniciais até o desfecho, sem que ocorra qualquer intervenção médica. Esse processo é didaticamente dividido em dois grandes períodos sequenciados:

1. Período de Pré-patogênese (também chamado de Período Epidemiológico): É a fase

em que a doença ainda não se desenvolveu no indivíduo. Nesse momento, ocorre a interação entre os fatores do agente etiológico, do hospedeiro e do meio ambiente (conhecida como tríade epidemiológica). É o cenário onde as condições de risco estão presentes.

2. Período de Patogênese (também chamado de Período Patológico): Tem início quando o agente agressor penetra ou interage com o organismo, causando alterações funcionais e estruturais. Esse período engloba desde a fase subclínica (sem sintomas) até a fase clínica, podendo evoluir para a cura, cronicidade, sequelas ou óbito.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Agudo e crônico são classificações referentes ao tempo de duração e à forma de manifestação clínica de uma doença já estabelecida. Eles não descrevem os períodos que compõem a história natural completa, que obrigatoriamente inclui a fase anterior ao adoecimento.

Alternativa b: Correta. A nomenclatura Período Epidemiológico refere-se à Pré-patogênese (estudo dos determinantes externos e riscos), enquanto o Período Patológico refere-se à Patogênese (estudo da doença instalada no organismo). Essa é a divisão clássica da história natural da doença.

Alternativa c: Incorreta. Prevenção e recuperação são ações ou níveis de assistência à saúde aplicados ao processo saúde-doença. A prevenção é uma intervenção para evitar o dano, e a recuperação é um objetivo terapêutico, não sendo nomes dos períodos de desenvolvimento natural da doença.

Alternativa d: Incorreta. O período de incubação é apenas uma subfase dentro do período patológico (especificamente em doenças infecciosas), compreendendo o tempo entre a entrada do agente e o surgimento de sintomas. A transmissão é a capacidade de passar o agente para outro hospedeiro, não sendo um período de desenvolvimento da doença no indivíduo acometido.

---

#### Questão 4

O conceito de mortalidade infantil e seus componentes é fundamental para a saúde coletiva e para provas de residência médica. A questão exige o conhecimento da definição técnica e cronológica estabelecida por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), e pelo Ministério da Saúde.

Alternativa A - Incorreta. O período que compreende as quatro primeiras semanas de

vida (especificamente do nascimento até os 27 dias completos) define a mortalidade neonatal. A mortalidade neonatal é uma subdivisão da mortalidade infantil, mas não a define em sua totalidade.

Alternativa B - Correta (Gabarito). A mortalidade infantil é definida como o óbito de crianças menores de um ano de idade (ou seja, de 0 a 364 dias de vida). Esse indicador é utilizado para calcular o Coeficiente de Mortalidade Infantil, que relaciona o número de óbitos nessa faixa etária para cada 1.000 nascidos vivos, sendo um dos principais termômetros das condições de vida, saneamento e assistência à saúde de uma população.

Alternativa C - Incorreta. Óbitos que ocorrem entre um e quatro anos de idade fazem parte do componente pós-infantil da mortalidade na infância. Crianças nesta faixa etária já ultrapassaram o limite cronológico que define a mortalidade infantil.

Alternativa D - Incorreta. O termo utilizado para designar óbitos em menores de cinco anos de idade é mortalidade na infância (ou mortalidade de menores de 5 anos). Embora a mortalidade infantil esteja inserida dentro desse grupo, os conceitos são distintos para fins estatísticos e epidemiológicos.

Em resumo, a mortalidade infantil divide-se em neonatal (até 27 dias) e pós-neonatal (de 28 dias até menos de um ano), totalizando todos os óbitos de menores de um ano.

---

## Questão 5

A alternativa correta é a (a).

O enunciado define com precisão o estudo de coorte. Este é um desenho de estudo observacional e longitudinal, em que se parte da causa (exposição) em direção ao efeito (desfecho/doença). Como os participantes entram no estudo sem a doença e são acompanhados ao longo do tempo, é possível calcular a incidência (casos novos) e determinar o Risco Relativo.

Alternativa (a) - de coorte: Está correta. Este estudo foca no acompanhamento de grupos (expostos e não expostos) para observar o surgimento de desfechos. A característica de poder ser prospectivo ou retrospectivo (coorte histórica) também é exclusiva desse desenho entre as opções citadas, desde que a lógica de análise parta sempre da exposição para o desfecho.

Alternativa (b) - populacional: Está incorreta. O termo "populacional" é genérico e pode se referir a diversos tipos de estudos, como os ecológicos ou inquéritos

transversais. Ele indica a abrangência da amostra, mas não define a metodologia de acompanhamento ou a análise de incidência entre expostos e não expostos descrita na questão.

Alternativa (c) - de caso-controle: Está incorreta. Ao contrário da coorte, o estudo de caso-controle é retrospectivo por natureza em relação à lógica de análise: ele parte do desfecho (quem já está doente) e olha para o passado em busca da exposição. Ele compara doentes (casos) com não doentes (controles) e mede a Odds Ratio (Razão de Chances), não a incidência.

Alternativa (d) - ensaio clínico randomizado: Está incorreta. Embora o ensaio clínico também acompanhe indivíduos ao longo do tempo para verificar desfechos, ele é um estudo experimental e não observacional. No ensaio clínico, o pesquisador interfere no processo ao sortear (randomizar) quem receberá a intervenção ou o placebo, enquanto no estudo de coorte o pesquisador apenas observa a exposição que ocorre naturalmente.

---

## Questão 6

A doença de Chagas, ou tripanossomíase americana, é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. A forma clássica de transmissão descrita na questão envolve a participação de insetos hematófagos da subfamília *Triatominae*, conhecidos popularmente como barbeiros, chupanças ou bicudos. Esses insetos não injetam o parasita pela saliva; a infecção ocorre quando o inseto defeca durante ou logo após o repasto sanguíneo, e as formas infectantes presentes nas fezes penetram no hospedeiro pelo orifício da picada, por lesões de coceira ou pelas mucosas (ocular e oral).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Os gêneros citados pertencem à família *Culicidae* (mosquitos). O *Aedes* é o principal vetor de arboviroses como Dengue, Zika e Chikungunya; o *Culex* é o pernilongo comum, vetor da Filariose linfática; e o *Anopheles* é o vetor da Malária. Nenhum deles transmite a doença de Chagas.

Alternativa b: Incorreta. O gênero *Cimex* corresponde aos percevejos de cama, que embora sejam hematófagos, não são vetores do *Trypanosoma cruzi*. O *Culex* é um mosquito comum. Apenas o *Triatoma* pertence ao grupo dos vetores da doença de Chagas.

Alternativa c: Incorreta. O *Culex* é um mosquito. O *Panstrongylus* é, de fato, um dos gêneros vetores de Chagas. Já o *Ixodes* é um gênero de carrapatos, responsável pela

transmissão de patógenos como os da Doença de Lyme.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa elenca os três principais gêneros de triatomíneos de importância epidemiológica nas Américas. O gênero *Triatoma* (ex: *Triatoma infestans*) é o mais conhecido no ciclo domiciliar; o gênero *Rhodnius* (ex: *Rhodnius prolixus*) é comum em palmeiras e áreas rurais; e o gênero *Panstrongylus* (ex: *Panstrongylus megistus*) é um importante vetor tanto em ambientes silvestres quanto domiciliares. Todos são capazes de transmitir o *T. cruzi* via contaminação por fezes e urina.

### Questão 7

A questão descreve o quadro clínico e epidemiológico clássico do cancro mole, também conhecido como cancroide ou úlcera venérea mole. O agente causador, *Haemophilus ducreyi*, é um pequeno bacilo Gram-negativo. A doença é caracterizada por um curto período de incubação e lesões genitais extremamente dolorosas, o que ajuda na diferenciação de outras úlceras genitais, como a sífilis (que é indolor).

Análise das alternativas:

a) Linfogranuloma venéreo: Incorreta. Esta patologia é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3). A lesão primária é, geralmente, uma pequena pápula ou úlcera indolor e fugaz, que muitas vezes passa despercebida pelo paciente. O quadro clínico mais marcante é a linfadenopatia inguinal dolorosa (bubo), que surge semanas após a lesão inicial e tende a fistulizar por múltiplos orifícios (sinal do "bico de regador").

b) Granuloma inguinal: Incorreta. Também conhecido como donovanose, é causado pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Caracteriza-se por úlceras de evolução crônica, indolores, com fundo granulomatoso e cor vermelho-viva ("carne fresca"), que sangram facilmente ao toque. Não costuma apresentar adenopatia regional. Ao exame histopatológico, observam-se os corpúsculos de Donovan.

c) Cancro mole: Correta. A descrição do enunciado preenche todos os critérios para esta patologia. O *Haemophilus ducreyi* causa múltiplas ulcerações (por autoinoculação) que são necróticas, purulentas, com bordas moles e irregulares, e altamente dolorosas. A epidemiologia citada, com forte predominância no sexo masculino e em grupos de menor nível socioeconômico, é típica da doença. Além disso, cerca de metade dos casos apresenta adenopatia inguinal dolorosa, que pode fistulizar por um único orifício.

d) Candidose: Incorreta. A candidíase é uma infecção fúngica causada,

majoritariamente, pela *Candida albicans*. No homem, manifesta-se como uma balanopostite, apresentando prurido (coceira), eritema (vermelhidão), edema e, por vezes, placas esbranquiçadas ou pequenas erosões. Não se caracteriza pelas úlceras necróticas profundas e dolorosas causadas pelo *H. ducreyi*.

---

### Questão 8

Alternativa a) Incorreta: O termo sífilis congênita é o correto para designar a infecção adquirida pelo feto durante a gestação. No entanto, a utilização do termo hereditária é considerada um erro técnico em medicina. Doenças hereditárias são aquelas transmitidas através do material genético (genes) de pais para filhos. A sífilis é uma doença infectocontagiosa; portanto, é uma infecção adquirida por via transplacentária e não uma característica genética herdada.

Alternativa b) Correta: A probabilidade de transmissão vertical da sífilis está diretamente ligada à carga de espiroquetas no sangue da gestante (treponemia). Nas fases iniciais da doença, como na sífilis primária, secundária e latente recente, a carga bacteriana é extremamente alta, o que eleva a taxa de transmissão para o feto a níveis que variam entre 70% e 100%. Conforme a infecção progride para fases tardias, a transmissão tende a diminuir, embora ainda possa ocorrer.

Alternativa c) Incorreta: Esta alternativa apresenta um erro na identificação do agente etiológico. O agente causador da sífilis é o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*. A subespécie citada na questão, *Treponema pallidum* subespécie *pertenue*, é o agente causador da boubá (também conhecida como yaws), uma doença infectocontagiosa não venérea que atinge principalmente a pele e os ossos, não sendo o foco da transmissão vertical discutida no contexto da sífilis gestacional.

Alternativa d) Incorreta: É verdade que a sífilis é responsável por desfechos obstétricos desfavoráveis, como aborto espontâneo, óbito fetal, prematuridade e diversas malformações clínicas. Contudo, os dados estatísticos apresentados estão incorretos. A taxa de óbito entre 75% e 90% é exagerada e não condiz com a literatura médica atual. Estima-se que, em gestantes com sífilis precoce não tratada, o desfecho adverso (incluindo óbito e manifestações graves) ocorra em cerca de 40% dos casos.

---

## Questão 9

A questão aborda a classificação de fases de uma pandemia estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para responder corretamente, é necessário identificar qual das patologias listadas foi oficialmente classificada como Fase 6, seguindo o modelo de prontidão para pandemias de influenza da época.

Alternativa a) H1N1. Está correta. A Fase 6 é o nível máximo de alerta da OMS e indica uma pandemia global. Ela é caracterizada pelo fato de o vírus atingir transmissão sustentada e continuada na população geral em, pelo menos, dois países de uma região da OMS e em pelo menos um outro país de uma região diferente. Em 11 de junho de 2009, a OMS declarou oficialmente que a epidemia de gripe por H1N1 (conhecida como gripe suína) havia atingido a Fase 6, marcando a primeira pandemia de influenza do século XXI.

Alternativa b) gripe aviária. Está incorreta. Embora o vírus H5N1 (gripe aviária) tenha causado grande preocupação global e possua alta taxa de letalidade, ele não atingiu a Fase 6. O vírus permanece majoritariamente em aves, com casos humanos ocorrendo de forma esporádica através do contato direto com animais infectados, sem manter uma transmissão sustentada e eficiente de humano para humano na população geral.

Alternativa c) coronavírus. Está incorreta dentro do contexto técnico da pergunta. Embora a COVID-19 tenha sido declarada uma pandemia em março de 2020, a OMS já havia modificado suas diretrizes e terminologias de classificação de risco e fases de alerta antes desse surto. A classificação específica de 1 a 6 é historicamente vinculada ao Plano Global de Preparação para Influenza, sendo o H1N1 o exemplo clássico cobrado em provas sobre essa escala.

Alternativa d) febre amarela. Está incorreta. A febre amarela é considerada uma doença infecciosa febril aguda, com caráter endêmico ou epidêmico em certas regiões tropicais das Américas e da África. Ela não possui o potencial de transmissão respiratória inter-humana global necessário para ser classificada nas fases de alerta pandêmico da OMS, dependendo de vetores (mosquitos) para sua disseminação.

Gabarito: Alternativa A.

---

### Questão 10

Esta questão exige o conhecimento das medidas de controle da cólera baseadas na obra de Rouquayrol, diferenciando ações de ordem individual daquelas de ordem coletiva.

Alternativa a) Correta. O tratamento da água no domicílio é classificado como uma medida de proteção individual. O uso de hipoclorito de sódio a 2,5 por cento, na dosagem de duas gotas por litro de água, seguido de um tempo de contato de 30 minutos, é a recomendação padrão para garantir a potabilidade da água de beber em locais sem saneamento adequado ou durante surtos.

Alternativa b) Incorreta. Embora o saneamento básico e a oferta de água tratada sejam fundamentais para o controle da cólera, estas são medidas de ordem coletiva ou estrutural, dependentes do poder público e de políticas de infraestrutura, e não de uma ação isolada do indivíduo.

Alternativa c) Incorreta. A vacinação contra a cólera não faz parte do calendário oficial de vacinação (PNI) do Brasil de forma rotineira. As vacinas disponíveis possuem eficácia limitada e duração curta, sendo indicadas apenas em situações específicas de surtos ou para viajantes em áreas de alto risco, não sendo a principal medida de controle individual preconizada por Rouquayrol frente às medidas de higiene e tratamento de água.

Alternativa d) Incorreta. O erro desta alternativa é químico e técnico. O cloreto de sódio (sal de cozinha) a 5 por cento não possui propriedades desinfetantes eficazes para a eliminação do *Vibrio cholerae* em fezes e vômitos. A substância correta para a desinfecção concorrente seria o hipoclorito de sódio ou compostos fenólicos. Além disso, a desinfecção concorrente é mais associada ao manejo do paciente no ambiente hospitalar do que a uma medida preventiva individual primária.

---

### Questão 11

Para compreender a questão, é necessário focar na fisiopatologia do Diabetes mellitus tipo 1 (DM1). O DM1 é caracterizado pela destruição autoimune das células-beta pancreáticas, o que leva a uma deficiência absoluta de insulina.

Alternativa a: Incorreta. Embora o DM1 seja a forma mais comum de diabetes em crianças e adolescentes, ele não se manifesta exclusivamente nessa faixa etária. Existe uma forma de DM1 que surge em adultos, conhecida como LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults), que possui um desenvolvimento mais lento, mas, ainda assim, é de base autoimune.

Alternativa b: Incorreta. A dislipidemia é uma característica clássica e universal do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), estando frequentemente associada à síndrome metabólica, à resistência à insulina e à obesidade. No DM1, o perfil lipídico pode estar normal se o controle glicêmico for adequado.

Alternativa c: Correta. Esta é a característica fundamental e universal do DM1. Devido à destruição das células-beta do pâncreas, o organismo perde a capacidade de produzir insulina. Sem esse hormônio, o paciente desenvolve cetoacidose diabética, uma condição potencialmente fatal. Portanto, a reposição exógena de insulina é vital e obrigatória para todos os pacientes com DM1 desde o diagnóstico.

Alternativa d: Incorreta. Diferentemente do DM2, cujos fatores de risco são amplamente conhecidos e modificáveis (como obesidade, sedentarismo e dieta), os gatilhos ambientais que iniciam o processo autoimune no DM1 ainda não são totalmente compreendidos pela ciência. Embora existam marcadores genéticos associados (sistema HLA), não se conhece exatamente por que o sistema imunológico passa a atacar o próprio pâncreas em determinados indivíduos.

---

## Questão 12

O quadro clínico descrito apresenta uma mulher jovem com poliartrite simétrica crônica (duração de seis meses), acometendo pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais) e dos pés, além dos punhos. A presença de rigidez matinal prolongada e sintomas constitucionais, como fadiga e febre, aponta para uma etiologia inflamatória sistêmica.

Alternativa (a) Incorreta. A osteoartrose é uma doença degenerativa, mais comum em pacientes idosos. Ela atinge preferencialmente as articulações interfalangeanas distais (nódulos de Heberden) e a base do polegar, poupando as metacarpofalangeanas. A rigidez matinal na osteoartrose é fugaz (geralmente dura menos de 30 minutos) e não costuma cursar com sintomas sistêmicos, como febre e adinamia.

Alternativa (b) Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória autoimune que se manifesta tipicamente em mulheres entre 30 e 50 anos. Suas marcas registradas são a poliartrite simétrica, o envolvimento preferencial de mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais) e punhos, a rigidez matinal que dura mais de uma hora e a presença de sintomas sistêmicos (fadiga, perda de peso, febre baixa). O tempo de evolução superior a seis semanas confirma o caráter crônico necessário para o diagnóstico.

Alternativa (c) Incorreta. A polimialgia reumática é uma condição que ocorre quase

exclusivamente em indivíduos com mais de 50 anos. Caracteriza-se por dor e rigidez matinal intensa nas cinturas escapular (ombros) e pélvica (quadril), e não por artrite franca em pequenas articulações distais como mãos e pés.

Alternativa (d) Incorreta. Embora o lúpus eritematoso sistêmico (LES) possa causar artrite em mulheres jovens, o quadro articular do LES costuma ser migratório ou intermitente e não costuma ser a única manifestação por tanto tempo. Além disso, o enunciado descreve o padrão clássico de distribuição da artrite reumatoide. Na ausência de outros sinais típicos de lúpus (como fotossensibilidade, lesões cutâneas ou envolvimento renal), a artrite reumatoide permanece como a hipótese mais provável para uma poliartrite simétrica persistente.

### Questão 13

Para entender essa questão, é fundamental diferenciar dois processos distintos na história natural da tuberculose: a infecção (quando o indivíduo entra em contato com o bacilo e se torna um infectado latente) e a progressão para a doença (quando o sistema imunológico não consegue conter o bacilo, resultando na tuberculose ativa).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O contato domiciliar com um paciente bacilífero (que elimina bacilos) é o principal fator de risco para a aquisição da infecção (transmissão). Embora o contato próximo aumente a carga bacilar exposta, o que pode influenciar o adoecimento, ele é classicamente classificado nos consensos de tisiologia como fator de risco para a transmissão/infecção.

b) Incorreta. Receptores de transplante de órgãos sólidos estão em uso de terapia imunossupressora potente. Isso os coloca em altíssimo risco de progressão de uma infecção latente para a forma ativa da doença (reativação), mas não aumenta, por si só, a probabilidade de eles serem expostos ou adquirirem o bacilo no ambiente, a menos que haja exposição epidemiológica.

c) Incorreta. Profissionais de saúde que trabalham em ambientes hospitalares possuem um risco aumentado de aquisição da infecção devido à exposição ocupacional a pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea. No entanto, se o profissional for hígido e não possuir comorbidades, o risco de ele progredir da infecção para a doença ativa é o mesmo da população geral (cerca de 5% nos primeiros dois anos e 5% ao longo do restante da vida).

d) Correta. A infecção pelo HIV é considerada o fator de maior impacto individual tanto na aquisição da infecção quanto na progressão para a doença. Indivíduos com

HIV têm maior probabilidade de se infectarem ao serem expostos ao *Mycobacterium tuberculosis* (muitas vezes devido a vulnerabilidades sociais ou maior frequência em serviços de saúde) e, devido à depleção de linfócitos T CD4+, apresentam o maior risco conhecido de progressão para a doença ativa. Enquanto uma pessoa imunocompetente tem um risco de adoecimento de 10% ao longo da vida, uma pessoa com HIV tem um risco de 5% a 10% ao ano. Portanto, o HIV atua nas duas pontas do processo: facilita a infecção e debilita o sistema imune a ponto de facilitar a replicação bacilar imediata ou a reativação de focos latentes.

### Questão 14

A classificação morfológica das anemias é fundamental para o raciocínio clínico e baseia-se nos índices hematimétricos do hemograma, principalmente no Volume Corpuscular Médio (VCM) e na Hemoglobina Corpuscular Média (HCM). Uma anemia é chamada de microcítica quando as hemácias são menores que o normal (VCM baixo) e hipocrômica quando possuem menos hemoglobina (HCM baixo).

Alternativa (a) Incorreta: As anemias hemolíticas são causadas pela destruição acelerada das hemácias. Geralmente, elas se apresentam como anemias normocíticas e normocrômicas. Em muitos casos, podem até ser macrocíticas devido à reticulocitose compensatória (aumento de hemácias jovens, que são maiores, na circulação).

Alternativa (b) Incorreta: A anemia de doença crônica, associada a processos inflamatórios, infecciosos ou neoplásicos, é classicamente normocítica e normocrômica. Embora cerca de 20 a 30% dos pacientes possam evoluir com microcitose em quadros prolongados, ela não é a causa mais comum desse padrão.

Alternativa (c) Correta: A anemia ferropriva (por deficiência de ferro) é a causa mais comum de anemia em todo o mundo, afetando bilhões de pessoas. O ferro é um elemento essencial para a produção do grupo heme da hemoglobina. Sem ferro suficiente, a medula produz hemácias pequenas e pálidas, caracterizando o padrão microcítico e hipocrômico clássico. Outras causas de microcitose incluem as talassemias e a anemia sideroblástica, mas a ferropriva permanece no topo da frequência epidemiológica.

Alternativa (d) Incorreta: A deficiência de vitamina B12 (cobalamina) leva a um defeito na síntese de DNA, resultando em anemia megaloblástica. O padrão morfológico típico aqui é o oposto da questão: trata-se de uma anemia macrocítica, com VCM frequentemente acima de 110 fL.

## Questão 15

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Hemorragia Digestiva Alta (HDA). A queixa de melena (fezes negras, pastosas e fétidas) é o sinal cardinal de que o sangue foi digerido pela ação do ácido gástrico e de bactérias intestinais, indicando que a fonte do sangramento está localizada acima do Ângulo de Treitz (transição duodeno-jejunal). Os achados de palidez, tontura ao levantar e a queda expressiva da pressão arterial na mudança de decúbito (hipotensão ortostática) confirmam uma perda volêmica aguda significativa, caracterizando uma emergência médica.

Alternativa (a) Incorreta: A colonoscopia é o exame indicado para a avaliação do intestino grosso e do íleo terminal. Sangramentos originados no cólon geralmente se manifestam como hematoquezia (sangue vivo) ou enterorragia (sangue rutilante em maior volume), e não como melena, exceto em casos raros de trânsito intestinal extremamente lento.

Alternativa (b) Incorreta: A retossigmoidoscopia limita-se à avaliação do reto e do cólon sigmoide. Como a melena indica um sangramento muito mais alto no trato digestivo, este exame não alcançaria a origem da patologia.

Alternativa (c) Correta: A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o exame padrão-ouro para o diagnóstico e o manejo inicial da Hemorragia Digestiva Alta. Diante de um quadro de melena com repercussão hemodinâmica, a EDA permite identificar a causa exata (como uma úlcera péptica, gastrite erosiva ou varizes esofágicas) e, simultaneamente, realizar manobras terapêuticas para estancar o sangramento.

Alternativa (d) Incorreta: A ultrassonografia abdominal é um exame de imagem útil para avaliar órgãos sólidos e a presença de líquido livre (ascite ou sangue) na cavidade peritoneal. Entretanto, ela não tem capacidade de visualizar a mucosa interna do estômago ou duodeno para identificar a origem de uma hemorragia digestiva.

---

## Questão 16

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de esofagite infecciosa, provavelmente em contexto de imunossupressão, caracterizado por odinofagia intensa (dor à deglutição), perda ponderal e achados endoscópicos de úlceras e mucosa friável no esôfago distal. O ponto determinante para o diagnóstico é o resultado da biópsia, que revelou inclusões intranucleares.

## DIAGNÓSTICO

As inclusões intranucleares em úlceras esofágicas são características das infecções por Herpes-vírus (HSV) ou Citomegalovírus (CMV). No entanto, o CMV é a causa viral mais comum de esofagite grave com úlceras extensas e profundas na porção distal do esôfago em pacientes imunocomprometidos. Embora o HSV também apresente inclusões intranucleares (Corpos de Cowdry tipo A), o padrão de ulceração e a gravidade descrita, somados ao gabarito oficial, confirmam o Citomegalovírus como o agente causador. O tratamento de escolha para a esofagite por CMV é o Ganciclovir.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Aciclovir: Incorreta. O aciclovir é o tratamento de escolha para a esofagite herpética (causada pelo vírus Herpes Simplex - HSV). Na endoscopia do HSV, são observadas tipicamente pequenas úlceras múltiplas e superficiais, frequentemente descritas como úlceras em saca-bocado. Apesar de o HSV também apresentar inclusões intranucleares, a extensão das lesões e o direcionamento da questão apontam para o CMV.

b) Fluconazol: Incorreta. O fluconazol é o tratamento de primeira escolha para a esofagite por *Candida*, que é a causa mais comum de esofagite infecciosa. Contudo, o achado endoscópico clássico da candidíase são placas brancas ou amareladas aderidas à mucosa (semelhantes a nata de leite), e a citologia mostraria leveduras e pseudohifas, e não inclusões intranucleares.

c) Ganciclovir: Correta. O quadro de odinofagia severa e perda de peso associado a úlceras distais e a presença de inclusões intranucleares na biópsia define o diagnóstico de esofagite por Citomegalovírus (CMV). Histologicamente, as células infectadas pelo CMV tornam-se aumentadas (citomegalia) e apresentam grandes inclusões intranucleares densas, às vezes circundadas por um halo claro, conhecidas como inclusões em "olho de coruja". O tratamento padrão é feito com Ganciclovir ou Valganciclovir.

d) Claritromicina: Incorreta. A claritromicina é um antibiótico macrolídeo indicado para o tratamento de infecções bacterianas, como as causadas pelo complexo *Mycobacterium avium* (comum em pacientes com AIDS) ou na erradicação do *H. pylori*. Não possui ação antiviral e, portanto, não tem aplicação no tratamento de esofagites que apresentam inclusões virais intranucleares.

GABARITO: Alternativa (c).

## Questão 17

Esta questão aborda o manejo não farmacológico da Insuficiência Cardíaca (IC), fundamental para a estabilidade clínica e a redução de internações.

Alternativa (a) Incorreta: A restrição hídrica (geralmente entre 1.000 e 1.500 mL/dia) não é recomendada para todos os pacientes desde o diagnóstico. Ela é indicada principalmente para pacientes com sintomas graves (classe funcional NYHA III e IV), indivíduos com tendência à retenção de líquidos ou em casos de hiponatremia. Em pacientes com IC leve ou estável, a restrição rigorosa pode não trazer benefícios adicionais e pode prejudicar a adesão.

Alternativa (b) Correta: O exercício físico é uma recomendação de classe I nas diretrizes de IC. Pacientes estáveis devem ser incentivados a realizar atividades aeróbicas, preferencialmente sob supervisão (reabilitação cardiovascular). O treinamento físico melhora a capacidade funcional, a qualidade de vida e a função endotelial, além de reduzir a taxa de hospitalização por IC.

Alternativa (c) Incorreta: A dieta não é livre. O controle da ingestão de sódio é essencial para evitar a congestão e a descompensação do quadro clínico. Além disso, a qualidade da dieta (controle de gorduras saturadas e açúcares) é importante para o manejo de comorbidades como hipertensão, diabetes e aterosclerose, que frequentemente coexistem com a IC.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o consumo excessivo de álcool seja prejudicial e deva ser desestimulado, a abstinência absoluta (ingestão zero) é obrigatória especificamente nos casos de cardiomiopatia alcoólica. Para as demais etiologias da IC, as diretrizes costumam recomendar moderação extrema ou evitar o consumo, mas o termo "deve ser zero" como regra universal torna a alternativa menos adequada do que a letra (b), que representa uma conduta terapêutica ativa e desejável.

---

## Questão 18

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de Insuficiência Cardíaca (IC). Os critérios clínicos são evidentes: dispneia aos esforços (cansaço ao subir escadas), edema de membros inferiores bilateral e presença de subcrepitações em bases pulmonares (sinal de congestão pulmonar). O histórico de hipertensão arterial sistêmica mal controlada e a obesidade abdominal são fatores de risco determinantes para o desenvolvimento dessa patologia. O objetivo do tratamento inicial é o bloqueio neuro-hormonal para reduzir a progressão da doença e a mortalidade.

### Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Os digitálicos (como a digoxina) são medicamentos de terceira ou quarta linha no tratamento da insuficiência cardíaca. Eles podem ser utilizados para controle de frequência cardíaca em pacientes com fibrilação atrial ou para melhora sintomática em pacientes que permanecem muito sintomáticos mesmo com o tratamento otimizado. Importante ressaltar que os digitálicos não reduzem a mortalidade na IC.

b) Incorreta. Os diuréticos de alça (como a furosemida) são fundamentais para o controle de sintomas congestivos (edema e subcrepitações). No entanto, eles são considerados medicamentos de suporte sintomático. Embora ajudem a "enxugar" o paciente, eles não modificam o prognóstico da doença a longo prazo nem reduzem a mortalidade de forma isolada como os inibidores do sistema renina-angiotensina.

c) Incorreta. Os betabloqueadores são um dos pilares do tratamento da IC e reduzem a mortalidade. Contudo, existe uma regra fundamental na prática clínica: não se deve iniciar o uso de betabloqueadores em pacientes que apresentam sinais de descompensação aguda ou congestão pulmonar evidente (como as subcrepitações relatadas). O início do betabloqueador deve ocorrer preferencialmente quando o paciente estiver "seco" (euvolêmico), para evitar a queda do débito cardíaco e piora dos sintomas.

d) Correta. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) são considerados a medicação de escolha para iniciar o tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Eles atuam bloqueando o sistema renina-angiotensina-aldosterona, o que previne o remodelamento cardíaco, reduz a pós-carga, diminui as taxas de hospitalização e, comprovadamente, reduz a mortalidade. Podem ser iniciados com segurança mesmo na presença de leves sinais de congestão, desde que a função renal e os níveis de potássio permitam.

### Conclusão:

Diante de um paciente com diagnóstico clínico de IC e sinais de congestão, a prioridade é iniciar drogas que modifiquem a sobrevida. Entre as opções apresentadas, o IECA é a escolha inicial mais adequada e segura para o manejo do quadro.

## Questão 19

### DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico descrito — mulher de 42 anos com palpitações, dor torácica atípica, tontura e dispneia, associadas ao achado clássico de clique mesossistólico seguido de sopro telessistólico no foco mitral — é patognomônico do Prolapso da Valva Mitral (PVM).

Embora o PVM seja frequentemente assintomático e apresente um curso benigno na maioria dos pacientes, uma parcela dos indivíduos desenvolve a chamada "síndrome do prolapso da valva mitral", caracterizada por sintomas autonômicos e queixas como as apresentadas pela paciente.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Apenas seguimento e observação: Incorreta. Embora o seguimento clínico e a ecocardiografia periódica sejam indicados para todos os pacientes com PVM, esta paciente está sintomática. A conduta de apenas observar não aborda as queixas de palpitações e dor no peito que motivaram a consulta, sendo necessário intervir para melhora da qualidade de vida.

b) Betabloqueador: Correta. Os betabloqueadores são a terapia de primeira linha para pacientes com prolapso de valva mitral que apresentam sintomas como palpitações, dor torácica atípica ou ansiedade. Eles atuam diminuindo o tônus adrenérgico, reduzindo a frequência cardíaca e controlando arritmias supraventriculares ou ventriculares frequentes, o que resulta no alívio eficaz dos sintomas descritos.

c) Digitálicos: Incorreta. Os digitálicos (como a digoxina) são indicados principalmente para o controle da frequência cardíaca na fibrilação atrial ou no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Não há evidência de insuficiência cardíaca ou arritmias que justifiquem o uso de digitálicos neste caso.

d) Ansiolítico: Incorreta. Embora pacientes com PVM possam apresentar sintomas de ansiedade associados, o tratamento inicial deve focar no controle das manifestações cardiovasculares. Os ansiolíticos podem ser considerados em casos selecionados de forma adjuvante, mas não superam os betabloqueadores como a intervenção terapêutica de escolha para o quadro clínico apresentado.

## Questão 20

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um perfil clássico de pneumotórax espontâneo primário: homem, jovem, biotipo longilíneo (alto e magro) e início súbito de dor torácica e dispneia durante esforço físico. A semiologia é a chave para a confirmação diagnóstica neste cenário.

Alternativa a: Incorreta. A pneumonia é um processo infeccioso que causa consolidação do tecido pulmonar. No exame físico da pneumonia, o frêmito toracovocal estaria aumentado (pois o som se propaga melhor em meios sólidos) e a percussão revelaria macicez ou submacicez, e não timpanismo. Além disso, o quadro costuma ser acompanhado de febre e tosse produtiva.

Alternativa b: Correta. O pneumotórax caracteriza-se pela presença de ar no espaço pleural, o que leva ao colapso do pulmão. Os achados descritos compõem a síndrome de pneumotórax: 1) Murmúrio vesicular abolido (o ar não entra no pulmão colapsado); 2) Frêmito toracovocal reduzido ou abolido (o ar no espaço pleural atua como isolante, impedindo a transmissão da vibração das cordas vocais até a parede torácica); 3) Som timpânico à percussão (reflexo do excesso de ar no espaço pleural).

Alternativa c: Incorreta. O derrame pleural é o acúmulo de líquido no espaço pleural. Assim como no pneumotórax, o murmúrio vesicular e o frêmito toracovocal estão reduzidos ou abolidos. No entanto, a percussão é o ponto de diferenciação fundamental: no derrame pleural, o som é maciço (presença de líquido), enquanto no pneumotórax o som é timpânico (presença de ar).

Alternativa d: Incorreta. A embolia pulmonar (TEP) manifesta-se com dispneia e dor torácica súbitas, mas o exame físico do tórax costuma ser normal ou apresentar apenas taquipneia e taquicardia. O TEP não altera a sonoridade da percussão nem costuma abolir o murmúrio vesicular de forma tão franca e localizada como descrito no caso.

---

## Questão 21

Para compreender o processo de cicatrização de feridas, é fundamental dividir os eventos em três fases principais que se sobrepõem: inflamatória, proliferativa (ou de fibroplasia) e de remodelamento (ou maturação).

Alternativa (a): Correta. A fase inflamatória inicia-se imediatamente após a lesão e dura, em média, de 1 a 4 dias. Os eventos vasculares e celulares são predominantes aqui. Inicialmente, ocorre o recrutamento de neutrófilos, responsáveis pela fagocitose de bactérias e debrís celulares. Na sequência, os macrófagos tornam-se as células predominantes e essenciais, atuando tanto na limpeza da ferida quanto na liberação

de citocinas que estimularão a fase seguinte.

Alternativa (b): Incorreta. A fase inflamatória é curta, geralmente limitada aos primeiros 4 dias. O período de 14 dias mencionado já estaria bem inserido na fase proliferativa. Além disso, a síntese intensa de colágeno é a característica marcante da fase proliferativa (através dos fibroblastos) e não da fase inflamatória, onde o foco é a limpeza e o controle de patógenos.

Alternativa (c): Incorreta. A sequência cronológica está invertida na afirmação. A fase proliferativa ocorre logo após a fase inflamatória e é responsável pela formação do tecido de granulação, angiogênese e contração da ferida. A cicatriz definitiva só é formada após a conclusão da fase de remodelamento, que é a etapa final do processo.

Alternativa (d): Incorreta. A hemostasia é o primeiro evento que ocorre após uma lesão tecidual, sendo considerada por muitos autores como a fase zero ou o início da fase inflamatória. Ela envolve vasoconstrição, agregação plaquetária e formação do tampão de fibrina. Já a fase de remodelamento é a etapa final, que pode durar meses ou anos, onde ocorre a substituição do colágeno tipo III por colágeno tipo I e o aumento da força tênsil do tecido.

---

## Questão 22

A classificação das feridas cirúrgicas de acordo com o potencial de contaminação é um tema fundamental na prática cirúrgica para determinar o risco de infecção e a necessidade de antibioticoprofilaxia.

Alternativa (a) - Correta: As cirurgias limpas são realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local. O critério definidor é que não ocorre a penetração nos tratos respiratório, digestório, genital ou urinário. Exemplos típicos incluem cirurgias cardíacas, neurocirurgias eletivas, herniorrafias e cirurgias ortopédicas eletivas de grande porte.

Alternativa (b) - Incorreta: Esta descrição refere-se às cirurgias infectadas ou sujas. Elas são caracterizadas pela presença de processo infeccioso prévio (pus), tecidos desvitalizados/necróticos, feridas traumáticas com mais de 4 a 6 horas de evolução ou perfuração de vísceras ocas.

Alternativa (c) - Incorreta: Esta é a definição de cirurgia potencialmente contaminada (ou limpa-contaminada). Nestes casos, o cirurgião penetra propositalmente e de forma controlada em tratos colonizados por microrganismos (respiratório, digestório ou urinário), mas sem que haja um processo inflamatório intenso ou falha técnica

grosseira. Exemplos incluem a colecistectomia eletiva e a histerectomia.

Alternativa (d) - Incorreta: Refere-se às cirurgias contaminadas. São procedimentos realizados em tecidos recentemente traumatizados e abertos, com inflamação aguda sem formação de pus, ou cirurgias onde houve falha técnica grosseira na assepsia ou extravasamento de conteúdo do trato gastrointestinal. Nessas situações, o risco de infecção é elevado.

---

### Questão 23

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

Explicação:

A tendência atual na medicina perioperatória é a racionalização de exames complementares, baseando-se na história clínica e no exame físico, em vez de protocolos rígidos por idade ou porte cirúrgico.

Alternativa (a): Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da American Society of Anesthesiologists (ASA), a radiografia de tórax não deve ser solicitada de rotina. Ela é indicada apenas para pacientes que apresentam sintomas respiratórios agudos, suspeita de doença cardiopulmonar ativa ou descompensada (como insuficiência cardíaca ou DPOC instável) ou em casos de cirurgias de altíssimo risco (torácicas ou abdominais altas) em pacientes selecionados.

Alternativa (b): Incorreta. A idade cronológica (como ser maior de 40 ou 60 anos), isoladamente, não é mais considerada um critério para solicitação de radiografia de tórax. Estudos demonstram que a realização rotineira em pacientes assintomáticos raramente altera o manejo anestésico e pode gerar resultados falso-positivos, levando a investigações desnecessárias.

Alternativa (c): Incorreta. Embora o porte cirúrgico seja levado em conta na avaliação global de risco, ele não torna a radiografia obrigatória. Mesmo em cirurgias de grande porte, se o paciente for hígido, assintomático e o sítio cirúrgico não for o tórax, a radiografia pode ser dispensada.

Alternativa (d): Incorreta. O tabagismo, por si só, não é a única indicação. Além disso, um paciente tabagista sem sintomas (tosse, expectoração, dispneia) e com boa capacidade funcional pode não necessitar do exame no pré-operatório. A indicação depende da presença de doença pulmonar clínica ou suspeita de complicação aguda, e não apenas do hábito de fumar.

---

## Questão 24

O qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) foi introduzido pelo Consenso Sepsis-3 em 2016 como uma ferramenta de triagem à beira-leito, rápida e sem necessidade de exames laboratoriais, para identificar pacientes com suspeita de infecção que possuem maior risco de morte ou permanência prolongada em UTI.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Estes são critérios da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Embora historicamente utilizados para definir sepse, os critérios de SIRS foram substituídos pelo SOFA e qSOFA na definição de 2016 por serem muito inespecíficos, podendo estar presentes em diversas condições não infecciosas.

b) Incorreta. A relação  $PaO_2/FiO_2$  e o lactato são parâmetros importantes, mas pertencem ao escore SOFA completo ou à definição de choque séptico. O qSOFA foi desenhado especificamente para não depender de exames de sangue ou gasometria arterial, permitindo uma avaliação imediata.

c) Incorreta. A necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média (PAM) acima de 65 mmHg e o lactato elevado (atualmente o corte é  $> 2$  mmol/L após ressuscitação volêmica) são critérios diagnósticos para choque séptico, e não para a triagem inicial do qSOFA.

d) Correta. O escore qSOFA é composto por apenas três parâmetros clínicos, pontuando um ponto para cada alteração presente: 1. Frequência respiratória igual ou superior a 22 irpm (taquipneia); 2. Alteração do nível de consciência (qualquer valor abaixo de 15 na Escala de Coma de Glasgow); 3. Pressão arterial sistólica igual ou inferior a 100 mmHg (hipotensão). A presença de 2 ou mais pontos indica alto risco de desfecho desfavorável.

---

## Questão 25

O pneumotórax espontâneo primário (PEP) é uma condição clínica clássica em provas de residência. Para responder corretamente a essa questão, é fundamental diferenciar o pneumotórax primário do secundário.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O pneumotórax que ocorre em pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) avançada é classificado como pneumotórax espontâneo secundário, pois há uma doença pulmonar de base. O termo "primário" é reservado justamente para casos em que não existe doença pulmonar prévia

conhecida.

Alternativa (b) Incorreta: O diagnóstico do pneumotórax é essencialmente clínico, sendo confirmado rotineiramente por meio de uma radiografia de tórax em ortostatismo (em pé). A tomografia de tórax é um exame mais sensível, porém não é obrigatória nem essencial para a maioria dos diagnósticos, sendo reservada para casos duvidosos ou para avaliação de complicações e planejamento cirúrgico.

Alternativa (c) Incorreta: A drenagem torácica em selo d'água não é o tratamento obrigatório para todos os casos. A conduta depende do tamanho do pneumotórax e da estabilidade clínica do paciente. Pneumotórax pequenos (geralmente menores que 2 cm ou 3 cm, dependendo da diretriz utilizada) em pacientes assintomáticos podem ser manejados apenas com observação clínica e oxigenação, ou aspiração simples com agulha/cateter.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve o perfil epidemiológico típico do pneumotórax espontâneo primário. Ele acomete predominantemente homens jovens (entre 20 e 40 anos), com biótipo longilíneo (altos e magros) e que não apresentam doença pulmonar prévia conhecida. O tabagismo é o principal fator de risco associado, e a causa geralmente é a ruptura de pequenas bolhas subpleurais (\*blebs\*) localizadas nos ápices pulmonares.

---

## Questão 26

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um ferimento por projétil de arma de fogo (FPAF) em epigástrio, evoluindo com sinais claros de choque hipovolêmico hemorrágico: taquicardia (120 bpm), hipotensão (80 x 50 mmHg) e sinais de má perfusão periférica (pele fria e pálida). Pela classificação do ATLS (10ª e 11ª edições), a presença de hipotensão arterial em um cenário de trauma indica que o paciente perdeu, no mínimo, 30% a 40% do seu volume sanguíneo (choque grau III ou IV).

Alternativa (a): Incorreta. De acordo com as recomendações atuais do ATLS para o atendimento inicial ao trauma, a reposição volêmica inicial em adultos deve ser de 1 litro de cristalóide isotônico aquecido. O valor de 20 mL/kg mencionado na alternativa é a referência utilizada para a reanimação volêmica inicial em pediatria. Além disso, no trauma penetrante com hipotensão, a tendência atual é a "ressuscitação balanceada" ou "hipotensão permissiva", evitando a infusão de grandes volumes de cristalóide que podem piorar a coagulopatia.

Alternativa (b): Correta. O paciente apresenta sinais de choque grave (grau III ou IV), o que pressupõe uma perda volêmica significativa, muitas vezes superior a 40% nos

casos de instabilidade acentuada. Em ferimentos por arma de fogo no abdome com instabilidade hemodinâmica, a conduta é a laparotomia exploradora imediata para controle do sangramento. Simultaneamente, devido à gravidade, deve-se iniciar o protocolo de transfusão maciça para repor não apenas volume, mas também fatores de coagulação e hemácias.

Alternativa (c): Incorreta. Em um paciente com sangramento ativo e hipotensão persistente (não respondedor), não se deve aguardar o tempo necessário para provas cruzadas ou tipagem sanguínea específica, que pode levar de 30 a 45 minutos. Nesses casos de emergência extrema, deve-se utilizar sangue tipo O negativo (para mulheres em idade fértil) ou O positivo (para homens e mulheres fora da idade fértil) imediatamente.

Alternativa (d): Incorreta. O benefício do ácido tranexâmico (TXA) no trauma está bem estabelecido quando administrado precocemente. O estudo CRASH-2 demonstrou que a medicação deve ser feita idealmente na primeira hora e, no máximo, até 3 horas após o trauma. A administração de ácido tranexâmico após 5 horas, como sugere a alternativa, não traz benefício e está associada a um aumento do risco de mortalidade por eventos tromboembólicos ou outras complicações.

---

## Questão 27

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Fraturas causadas por projéteis de alta velocidade (como fuzis ou armas de guerra) transferem uma enorme quantidade de energia cinética para os tecidos, resultando em cavitação e danos extensos muito além do trajeto visível da bala. Por serem consideradas lesões de alta energia e altamente contaminadas, o protocolo padrão exige desbridamento cirúrgico agressivo, profilaxia contra o tétano e uso de antibióticos por via intravenosa, sendo frequentemente classificadas como Gustilo III.

Alternativa B (Correta): A classificação de Gustilo-Anderson é a mais utilizada para fraturas expostas. Para o Tipo I e Tipo II, o foco é a cobertura contra germes gram-positivos (geralmente com cefalosporinas de 1ª geração). Já para o Tipo III (lesões graves, com grande esmagamento ou contaminação), as diretrizes recomendam a adição de um aminoglicosídeo (como a gentamicina) para expandir a cobertura contra germes gram-negativos. Em casos de contaminação com terra ou matéria orgânica, também se adiciona penicilina para cobrir anaeróbios.

Alternativa C (Incorreta - Gabarito): Esta afirmação está errada porque a administração precoce de antibióticos é o fator isolado mais importante para reduzir

as taxas de infecção em fraturas expostas. O consenso atual reforça que o antibiótico deve ser administrado preferencialmente na primeira hora após o trauma. Quanto ao tempo cirúrgico, embora a regra rígida das 6 horas para desbridamento venha sendo debatida (com alguns estudos permitindo até 12-24 horas em casos selecionados, desde que o antibiótico tenha sido feito precocemente), o manejo cirúrgico inicial e a estabilização continuam sendo prioridades absolutas no tratamento de urgência. Portanto, dizer que não são prioridades torna a alternativa falsa.

Alternativa D (Correta): Na classificação de Gustilo-Anderson, o subtipo IIIC é definido especificamente pela presença de uma lesão arterial associada que requer reparo cirúrgico para a preservação do membro. Nesses casos, a participação do cirurgião vascular é mandatória para realizar a revascularização (seja por sutura primária, enxerto ou shunt temporário) e garantir a viabilidade da extremidade.

---

## Questão 28

Análise dos itens:

Item I: Correto. Os fatores ligados ao paciente referem-se a condições intrínsecas que afetam a resposta imunológica e a capacidade de cicatrização. A obesidade aumenta o risco devido à menor vascularização do tecido adiposo; o diabetes prejudica a função dos leucócitos e a microcirculação; e os extremos de idade (neonatos e idosos) possuem sistemas imunológicos mais fragilizados ou imaturos.

Item II: Correto. Fatores ambientais estão relacionados à infraestrutura e aos processos de higiene hospitalar. A falha na esterilização de instrumentais ou na desinfecção de superfícies e equipamentos do centro cirúrgico introduz patógenos exógenos diretamente no ambiente onde o procedimento ocorre, elevando as chances de contaminação.

Item III: Correto. Fatores ligados ao tratamento envolvem o manejo clínico e as características da cirurgia. O uso de drenos cria uma comunicação entre o meio interno e externo, além de agir como corpo estranho. Cirurgias de emergência estão associadas a maiores taxas de infecção, pois muitas vezes não permitem a estabilização prévia do paciente. A hipotermia perioperatória causa vasoconstrição periférica, o que reduz a oferta de oxigênio aos tecidos e prejudica a atividade das células de defesa no sítio cirúrgico.

Item IV: Correto. O tempo operatório prolongado aumenta a exposição dos tecidos ao ar e a fadiga da equipe, além de indicar procedimentos mais complexos e traumáticos. A antissepsia cutânea inadequada é um fator crítico, pois a pele do próprio paciente é a principal fonte de microrganismos (flora residente e transitória)

que causam a infecção do sítio cirúrgico.

Conclusão: Todas as proposições estão corretas, pois listam fatores de risco amplamente reconhecidos na literatura médica e pelas diretrizes de controle de infecção (como as do CDC), agrupando-os adequadamente em categorias de origem do risco.

Gabarito: Letra (d).

---

## Questão 29

Análise das alternativas:

Alternativa (c) - CORRETA: Esta é uma afirmação clássica da anatomia cirúrgica ginecológica. O ureter percorre o interior do ligamento cardinal (também chamado de ligamento cervical transversal ou de Mackenrodt) e, aproximadamente a 1,5 a 2 cm lateralmente ao colo do útero, ele é cruzado superiormente pela artéria uterina. Este é o ponto de maior risco de lesão ou ligadura acidental do ureter durante uma histerectomia, no momento em que o cirurgião realiza a ligadura dos vasos uterinos. O conceito é frequentemente memorizado pela frase "a água passa debaixo da ponte", onde a água representa o ureter e a ponte representa a artéria uterina.

Alternativa (a) - INCORRETA: O ureter direito desce lateralmente à veia cava inferior e não pela sua margem de forma simples. Ele cruza os vasos ilíacos geralmente sobre a artéria ilíaca externa ou na bifurcação da artéria ilíaca comum. A afirmação de que ele cruza na bifurcação da veia cava (que na verdade é a confluência das veias ilíacas para formar a cava em L5) está anatomicamente imprecisa para o contexto cirúrgico.

Alternativa (b) - INCORRETA: A artéria uterina realmente se origina do ramo anterior da artéria hipogástrica (ilíaca interna). Entretanto, o erro reside na relação espacial com o ureter: a artéria uterina corre superior e anteriormente ao ureter, e não posterior a ele.

Alternativa (d) - INCORRETA: O ureter esquerdo situa-se lateralmente à aorta abdominal, e não medialmente. Ele cruza a artéria ilíaca comum pouco antes da sua bifurcação. No abdome inferior, ele passa por trás do mesentério do cólon sigmoide (no recesso intersigmoide). A descrição do curso de lateral para medial cruzando a ilíaca interna e a veia ilíaca comum não corresponde à anatomia padrão.

Conclusão: A alternativa (c) é a única que descreve corretamente uma relação anatômica fundamental e um ponto crítico de segurança em cirurgia pélvica.

---

### Questão 30

O carcinoma gástrico hereditário difuso (HDGC) é uma síndrome de predisposição hereditária ao câncer, autossômica dominante, caracterizada pelo desenvolvimento precoce de câncer gástrico do tipo difuso (células em anel de sinete) e, em mulheres, um risco aumentado de carcinoma lobular de mama.

Alternativa (a): Correta. A grande maioria dos casos de carcinoma gástrico hereditário difuso está associada a mutações germinativas no gene CDH1. Esse gene é responsável por codificar a proteína E-caderina, que atua na adesão entre as células epiteliais. A perda de função dessa proteína resulta na perda de coesão celular, o que explica o padrão de crescimento difuso e infiltrativo característico desse tumor.

Alternativa (b): Incorreta. As mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 estão classicamente relacionadas à Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditário. Embora portadores de mutação BRCA possam ter um risco levemente aumentado para outros tumores (como pâncreas e próstata), elas não são a causa do carcinoma gástrico hereditário difuso.

Alternativa (c): Incorreta. A Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo) é causada por mutações em genes de reparo do DNA (MMR), como MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2. Pacientes com Lynch têm, de fato, um risco aumentado para câncer gástrico, porém o subtipo histológico mais comum associado a essa síndrome é o tipo intestinal, e não o tipo difuso.

Alternativa (d): Incorreta. A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é causada por mutações no gene APC e se caracteriza pela presença de centenas a milhares de pólipos adenomatosos no cólon. No estômago, pacientes com PAF podem apresentar pólipos de glândulas fúndicas e um risco aumentado de adenocarcinoma gástrico (especialmente na variante GAPPs), mas a síndrome não é a base do carcinoma gástrico hereditário difuso propriamente dito.

---

### Questão 31

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Crianças de até 5 anos não têm menor risco; pelo contrário, essa faixa etária é considerada um dos grupos de maior risco para queimaduras devido à curiosidade natural, ao desenvolvimento motor e à incapacidade de reconhecer o perigo. Embora os incêndios em domicílios sejam, de fato, uma causa importante de morte relacionada a queimaduras, a afirmação sobre o baixo risco nessa idade invalida a alternativa.

Alternativa b) Correta. Epidemiologicamente, os escaldamentos (queimaduras por líquidos superaquecidos, como água de banho, café, sopas e óleos) representam a principal causa de queimaduras nos primeiros três anos de vida. Além disso, é fundamental que o médico saiba diferenciar se o evento foi acidental (negligência ou falta de supervisão) ou intencional (maus-tratos/abuso físico), o que torna a alternativa a mais precisa.

Alternativa c) Incorreta. A classificação das causas apresentada possui imprecisões técnicas. A insolação (queimadura solar) geralmente resulta em lesões de 1º grau ou, no máximo, 2º grau superficial. Afirmar que a insolação causa 3º grau independentemente da idade está incorreto, pois o 3º grau (espessura total) raramente é causado por exposição solar. Além disso, a lista mistura agentes causais com mecanismos de forma pouco estruturada.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa descreve exatamente o oposto do que se observa na prática clínica e forense. Queimaduras por cigarro (lesões circulares), contato com ferro de passar (marcas nítidas do formato do objeto), imersão (especialmente em extremidades, com demarcação nítida em "luva" ou "meia") e lesões em áreas protegidas como o períneo são fortes indicadores de lesões não acidentais (maus-tratos) e não de acidentes domésticos comuns.

---

### Questão 32

O quadro clínico descrito – febre, faringoamigdalite com exsudato, linfonodomegalia cervical e hepatosplenomegalia em uma criança – é a apresentação clássica da mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Na mononucleose infecciosa, a proliferação linfoide pode ser tão intensa que leva a uma hipertrofia massiva das amígdalas palatinas e das adenoides (tecido linfoide do anel de Waldeyer). Em casos graves, essa hipertrofia pode resultar em obstrução aguda das vias aéreas superiores, manifestando-se com estridor, desconforto respiratório e necessidade de intervenção urgente, como o uso de corticosteroides sistêmicos para reduzir o edema e a massa linfoide.

Alternativa B (Incorreta): O achado hematológico típico da mononucleose não é a leucopenia, mas sim a leucocitose com predomínio de linfócitos. O marcador laboratorial mais característico é a presença de linfócitos atípicos (linfócitos T citotóxicos ativados, que combatem as células B infectadas), geralmente representando mais de 10% do total de leucócitos no sangue periférico.

Alternativa C (Incorreta): O vírus Epstein-Barr (EBV) é um vírus de DNA de fita dupla, pertencente à família Herpesviridae (gama-herpesvírus), e não um vírus de RNA. Embora ele realmente esteja associado a hepatite, linfoma de Burkitt e carcinoma nasofaríngeo, a sua classificação genômica na alternativa está errada.

Alternativa D (Incorreta): O exantema maculopapular ocorre em cerca de 5% a 15% dos casos de forma espontânea. No entanto, a incidência de erupção cutânea sobe drasticamente (para cerca de 70% a 90%) quando o paciente recebe inadvertidamente antibióticos da classe das aminopenicilinas, sendo a ampicilina e a amoxicilina os principais gatilhos para essa reação imunomediada. Portanto, a afirmação de que "nunca ocorre por ampicilina" está incorreta.

---

### Questão 33

O quadro clínico descrito — paciente jovem com poliúria, polidipsia, perda ponderal, hálito cetônico, desidratação, dor abdominal e alteração do nível de consciência, além de glicemia capilar acima do limite de leitura do aparelho (HI) — é o diagnóstico clássico de Cetoacidose Diabética (CAD). Trata-se de uma emergência endócrina grave, frequentemente a manifestação inicial do Diabetes Mellitus tipo 1.

Alternativa a) Incorreta. A dor abdominal na CAD é extremamente comum, especialmente em casos de acidose grave. Ela pode ser tão intensa a ponto de simular perfeitamente um abdome agudo cirúrgico (como apendicite ou pancreatite), apresentando inclusive sinais de irritação peritoneal. Por isso, em pacientes com dor abdominal e acidose, deve-se primeiro tratar a CAD antes de indicar intervenções cirúrgicas, pois a dor costuma ser funcional e de origem metabólica.

Alternativa b) Correta. Em cerca de 15% a 25% dos casos de CAD, pode haver elevação da amilase e da lipase séricas sem que isso signifique a presença de pancreatite aguda real. Essa elevação pode ocorrer por origem extrapancreática (como as glândulas salivares) ou por redução da depuração renal dessas enzimas durante o estado de desidratação. O diagnóstico de pancreatite associada à CAD deve ser fundamentado em achados clínicos e de imagem, e não apenas no valor das enzimas.

Alternativa c) Incorreta. A caracterização laboratorial da CAD envolve hiperglicemia (geralmente acima de 250 mg/dL), acidose METABÓLICA (e não respiratória), presença de cetonemia e cetonúria (corpos cetônicos na urina), além de um ÂNION GAP ELEVADO (devido ao acúmulo de cetoácidos). O que ocorre no sistema respiratório é uma tentativa de compensação da acidose por meio da hiperventilação (alcalose respiratória compensatória).

Alternativa d) Incorreta. Na maioria absoluta dos casos, a dor abdominal na CAD é resolvida exclusivamente com a terapêutica padrão para a descompensação metabólica: hidratação vigorosa, correção eletrolítica (especialmente do potássio) e insulino-terapia intravenosa. O desaparecimento da dor acompanha a melhora do estado ácido-básico do paciente, não sendo necessário, habitualmente, o escalonamento de analgésicos potentes se a causa for estritamente a cetoacidose.

### Questão 34

Essa questão aborda o manejo da dislipidemia na infância e adolescência, um tema fundamental para a prevenção de doenças cardiovasculares na vida adulta. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento medicamentoso não deve ser iniciado sempre que um diagnóstico de dislipidemia for realizado em pediatria. A abordagem inicial baseia-se em mudanças no estilo de vida, incluindo terapia nutricional e incentivo à atividade física, geralmente por um período de 6 a 12 meses. O tratamento medicamentoso (como o uso de estatinas) é reservado para casos específicos, como crianças acima de 8 a 10 anos que mantêm níveis de LDL muito elevados após falha do tratamento não farmacológico ou que apresentam fatores de risco graves e história familiar positiva para doença cardiovascular precoce.

Alternativa b) Incorreta. É papel fundamental do pediatra identificar antecedentes familiares de dislipidemia primária ou doenças cardiovasculares precoces (antes dos 55 anos em homens e 65 anos em mulheres). Além disso, o pediatra deve investigar causas secundárias de dislipidemia, como hipotireoidismo, doença renal, diabetes e uso de medicamentos, antes de selar um diagnóstico primário.

Alternativa c) Incorreta. Embora o componente genético seja muito importante, os hábitos de vida (dieta inadequada, sedentarismo e obesidade) desempenham um papel crucial no perfil lipídico de crianças e adolescentes. Atualmente, o aumento da prevalência de dislipidemia nessa faixa etária está fortemente associado ao aumento da obesidade infantil e ao consumo de alimentos ultraprocessados.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa reflete as diretrizes atuais de sociedades de cardiologia e pediatria (incluindo as brasileiras e a Academia Americana de Pediatria). Recomenda-se o rastreamento universal (triagem para todas as crianças, independentemente de fatores de risco) em dois momentos: entre os 9 e 11 anos e novamente entre os 17 e 21 anos. O colesterol não HDL (obtido subtraindo o HDL do colesterol total) é considerado um excelente marcador de risco aterosclerótico, pois engloba todas as lipoproteínas aterogênicas. Em crianças e adolescentes, valores de

colesterol não HDL maiores ou iguais a 145 mg/dL são classificados como elevados (risco aterosclerótico). Observação: Embora a diretriz cite 9 a 11 anos, a faixa de 8 a 11 anos presente na alternativa é a que melhor se aproxima do consenso clínico entre as opções apresentadas.

### Questão 35

Esta questão trata da abordagem diagnóstica e da epidemiologia das massas abdominais na faixa etária pediátrica, exigindo o conhecimento sobre as principais etiologias de acordo com a idade do paciente.

Alternativa (a) Incorreta: A história clínica e o exame físico são fundamentais e fornecem subsídios valiosos. A idade da criança é um dos preditores mais importantes da etiologia. Ao exame físico, características como a mobilidade da massa, a consistência e o fato de cruzar ou não a linha média (típico do neuroblastoma e raro no tumor de Wilms) direcionam o raciocínio clínico antes mesmo da realização de exames de imagem.

Alternativa (b) Incorreta: Massas abdominais em crianças exigem investigação célere. A possibilidade de malignidade é considerável em diversas faixas etárias. Além disso, complicações como compressão de estruturas vitais, hipertensão renovascular ou hemorragia intratumoral (comum em neuroblastomas ou rotura de tumores de Wilms) configuram situações de urgência.

Alternativa (c) Incorreta: Embora existam muitos tumores benignos, a incidência de tumores sólidos malignos no abdome infantil é significativa. O diagnóstico de uma massa abdominal gera necessidade de investigação imediata e angústia familiar, não havendo espaço para "grande tranquilidade" até que a natureza da lesão seja esclarecida. A localização ajuda no diagnóstico diferencial, mas não é garantia de benignidade.

Alternativa (d) Correta: No período neonatal, a maioria das massas abdominais palpáveis é de natureza benigna. Cerca de 75% dessas massas têm origem no trato geniturinário, sendo a hidronefrose e o rim multicístico displásico as causas mais frequentes. Essas condições representam malformações congênitas ou defeitos do desenvolvimento, e não processos neoplásicos malignos, que são muito mais raros nesta fase específica da vida quando comparados a crianças maiores.

### Questão 36

A alternativa (a) está incorreta porque, embora a manutenção da cabeça em posição neutra seja essencial para garantir o retorno venoso pelas jugulares, a recomendação padrão para a elevação da cabeceira é de 30 graus. Elevações maiores, entre 45 e 60 graus, podem ser prejudiciais, pois podem reduzir a pressão arterial média (PAM) e, conseqüentemente, diminuir a pressão de perfusão cerebral (PPC), especialmente em pacientes hipovolêmicos.

A alternativa (b) está incorreta. Os alvos na ventilação mecânica para pacientes com TCE grave buscam a normoxemia e a normocapnia. O alvo de PaCO<sub>2</sub> deve ser mantido entre 35 e 45 mmHg. Valores de PaCO<sub>2</sub> entre 45-55 mmHg (hipercapnia) provocam vasodilatação cerebral, o que aumenta o volume sanguíneo intracraniano e pode elevar perigosamente a pressão intracraniana (PIC). Quanto à PaO<sub>2</sub>, o objetivo é evitar a hipóxia, geralmente mantendo-a acima de 60-80 mmHg.

A alternativa (c) está correta. Em pacientes com TCE grave (Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8), a sedação e a analgesia são componentes fundamentais do tratamento inicial. O uso combinado de midazolam (um benzodiazepínico) e fentanil (um opioide) é uma estratégia clássica e amplamente aceita. Esses fármacos ajudam a reduzir a demanda metabólica cerebral de oxigênio (CMRO<sub>2</sub>), facilitam o acoplamento do paciente ao ventilador mecânico e previnem picos de pressão intracraniana que seriam desencadeados pela dor ou agitação.

A alternativa (d) está incorreta. O manejo volêmico deve buscar a euvolemia, mas o uso da pressão venosa central (PVC) como alvo fixo (8-12 mmHg) para todos os pacientes é inadequado e ultrapassado. A PVC é um indicador pobre de resposta a volume, e o manejo hemodinâmico deve ser individualizado, focando principalmente na manutenção da pressão arterial média para garantir uma pressão de perfusão cerebral adequada (geralmente entre 60-70 mmHg), considerando as particularidades clínicas de cada paciente.

---

### Questão 37

Comentário da Questão:

Alternativa A (Incorreta): Nas obstruções proximais (pontos lacrimais ou canalículos), o principal sinal é o lacrimejamento (epífora) isolado. Para que ocorra o acúmulo de secreção mucopurulenta, é necessário que a lágrima chegue ao saco lacrimal e sofra estase. Como, nas obstruções proximais, a lágrima sequer atinge o saco lacrimal, a secreção costuma estar ausente ou ser mínima.

Alternativa B (Incorreta): A obstrução congênita das vias lacrimais é

predominantemente unilateral. Estima-se que a apresentação unilateral ocorra em cerca de 70% a 80% dos casos, enquanto a bilateralidade é observada em apenas 20% a 30% dos lactentes afetados. A alternativa inverteu essa proporção.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve perfeitamente a fisiopatologia da obstrução distal (geralmente na válvula de Hasner). Quando a obstrução ocorre na porção terminal, a lágrima penetra no sistema, mas fica retida no saco lacrimal. Essa estase favorece a proliferação bacteriana, resultando em secreção mucoide ou purulenta. Ao pressionar a região do saco lacrimal, é comum observar o refluxo desse material para a superfície ocular, sinal clássico da condição.

Alternativa D (Incorreta): O glaucoma congênito é, de fato, um diagnóstico diferencial crucial e uma emergência oftalmológica. No entanto, a descrição clínica clássica do glaucoma congênito é composta pela tríade: epífora (lacrimejamento), fotofobia e blefaroespasma (contração involuntária das pálpebras). A afirmação de que não há blefaroespasma torna a alternativa incorreta. Além disso, a cegueira pode ser irreversível se o tratamento for tardio, devido ao dano ao nervo óptico e ao aumento do diâmetro ocular (bftalmia).

---

## Questão 38

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também conhecida como Síndrome do Pulmão Úmido, é uma das causas mais comuns de desconforto respiratório no período neonatal imediato. A compreensão de sua fisiopatologia e fatores de risco é essencial para o diagnóstico diferencial com outras condições, como a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR).

### POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

A alternativa A é considerada a mais correta no contexto da questão, embora o tempo de resolução clássico descrito em muitos livros seja de 24 a 72 horas. No entanto, casos de TTRN podem se estender por até 3 a 5 dias (120 horas). Os três fatores citados resumem bem a etiologia: o atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal pelos canais de sódio (ENaC) é o mecanismo central; a deficiência leve ou inativação do surfactante ocorre porque o excesso de líquido e proteínas no alvéolo pode comprometer sua função; e o pequeno grau de imaturidade justifica a maior incidência em prematuros tardios (34 a 36 semanas) e recém-nascidos a termo precoces (37 a 38 semanas).

### POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A incidência da TTRN não é diretamente proporcional à idade gestacional (IG), mas sim inversamente proporcional (quanto menor a IG, maior o risco, dentro do espectro do RNPT tardio). Além disso, os valores estatísticos apresentados estão grosseiramente superestimados. A TTRN ocorre em cerca de 1% a 2% de todos os nascimentos. Uma incidência de 70% entre 33-34 semanas é irreal para essa patologia específica, aproximando-se mais do risco de membrana hialina (SDR) se não houver corticoide antenatal.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

O erro principal desta alternativa reside na afirmação "cesárea eletiva com trabalho de parto". O principal fator de risco para a TTRN é justamente a cesariana eletiva SEM trabalho de parto prévio. É o início das contrações uterinas e as alterações hormonais do trabalho de parto (como o pico de catecolaminas e esteroides) que sinalizam ao pulmão do bebê para parar de secretar cloreto/líquido e passar a absorver sódio e água. Diabetes e asma materna são, de fato, fatores de risco, mas o erro sobre o trabalho de parto invalida a alternativa.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A afirmação está incorreta por dois motivos. Primeiro, a absorção do líquido pulmonar fetal não se inicia apenas durante o trabalho de parto; ela começa alguns dias antes do parto espontâneo, sob influência de mudanças hormonais. Segundo, os mecanismos são bem conhecidos e estudados: envolvem a ativação de canais epiteliais de sódio (ENaC) sensíveis à amilorida, que transportam o sódio para o interstício, gerando um gradiente osmótico que retira o líquido de dentro dos alvéolos para os vasos linfáticos e capilares pulmonares.

---

### Questão 39

O caso clínico apresenta um recém-nascido com sinais clássicos de obstrução intestinal funcional, sugerindo fortemente a Doença de Hirschsprung, também conhecida como megacólon congênito. Os achados de atraso na eliminação de mecônio além das 48 horas de vida, distensão abdominal, vômitos e o sinal do toque retal positivo (saída explosiva de gases e fezes após a descompressão) são marcos desta patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A Doença de Hirschsprung é caracterizada pela ausência congênita de células ganglionares nos plexos nervosos submucoso (Meissner) e

mioentérico (Auerbach) em um segmento da parede intestinal. Essa aganglionose ocorre devido a uma falha na migração cefalocaudal das células da crista neural entre a 5ª e a 12ª semana de gestação. O diagnóstico de certeza (padrão-ouro) é estabelecido pela biópsia retal, que demonstra a ausência dessas células ganglionares e, frequentemente, a presença de fibras nervosas colinérgicas hipertróficas.

Alternativa b) Incorreta. A incidência estimada da Doença de Hirschsprung é de aproximadamente 1 para cada 5.000 nascidos vivos. Além disso, a doença é predominantemente masculina, afetando cerca de 4 meninos para cada 1 menina.

Alternativa c) Incorreta. O tratamento definitivo é cirúrgico, porém o procedimento consiste na ressecção do segmento aganglionar (a parte doente que não relaxa) e no abaixamento do segmento intestinal com inervação normal (ganglionar) para a região anorretal. A alternativa afirma de forma equivocada que a ressecção deve ser do segmento ganglionar.

Alternativa d) Incorreta. No diagnóstico diferencial da constipação intestinal na infância e de quadros obstrutivos neonatais, devem ser considerados erros alimentares, causas metabólicas (como hipotireoidismo e fibrose cística), lesões anatômicas (como estenose anal) e também distúrbios neurológicos e psicogênicos. Embora a causa psicogênica não seja a principal hipótese em um recém-nascido de 48 horas, ela faz parte do diagnóstico diferencial da constipação em crianças maiores. O termo "nunca" invalida a alternativa na prática médica.

---

## Questão 40

Texto Original:

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é o primeiro episódio de sibilância precedido por sintomas gripais em crianças menores de 2 anos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o agente etiológico mais comum. A compreensão da sua evolução clínica é fundamental para o diagnóstico correto.

Alternativa a: Incorreta. A questão inverte a cronologia e nega a gravidade. A BVA começa com sintomas de via aérea superior (coriza, obstrução nasal) e, após 2 a 3 dias, evolui com acometimento da via inferior. Diferente do que afirma a alternativa, nos casos graves é muito comum observar dispneia, gemência, batimento de aleta nasal e hipoxemia.

Alternativa b: Incorreta. Embora a incubação do VSR dure de 2 a 8 dias, a história clínica clássica não se inicia diretamente como uma infecção de via aérea inferior. Existe um período prodrômico de via superior que precede o desconforto respiratório.

A alternativa falha ao sugerir que a fase inferior ocorre simultaneamente aos primeiros sintomas de coriza e espirros de forma generalizada.

Alternativa c: Correta. Esta é uma característica típica da BVA no exame físico. Como a doença causa inflamação, edema e formação de plugs (tampões) de muco e detritos celulares nos bronquíolos, esses tampões podem se deslocar com a tosse, com a mudança de decúbito ou durante a agitação do lactente. Isso faz com que a ausculta pulmonar e os sinais de obstrução variem significativamente em um curto espaço de tempo.

Alternativa d: Incorreta. O erro reside no termo sempre. Em lactentes jovens e prematuros, a apneia pode ser a manifestação inicial ou até a única manifestação da doença, muitas vezes ocorrendo sem a presença prévia de pródromos catarris ou sinais clássicos de desconforto respiratório. Portanto, nem sempre haverá pródromos precedendo a apneia.

---

## Questão 41

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A progesterona é o hormônio predominante da fase lútea, sendo produzida em grandes quantidades apenas após a ovulação pelo corpo lúteo. Antes da ovulação, seus níveis são baixos. Além disso, a progesterona exerce predominantemente um feedback negativo sobre a secreção de gonadotrofinas, e não um estímulo direto para a ruptura folicular.

Alternativa B (Incorreta): As inibinas são hormônios glicoproteicos que inibem seletivamente a secreção de FSH. A inibina-B é produzida pelas células da granulosa principalmente na fase folicular, enquanto a inibina-A é o marcador da fase lútea (produzida pelo corpo lúteo). Nenhuma delas é responsável pelo aumento do LH ou pelo gatilho da ovulação.

Alternativa C (Correta): Este é o mecanismo fisiológico clássico. Durante a fase folicular, o folículo dominante cresce e secreta quantidades crescentes de estradiol (estrogênio). Quando os níveis de estradiol atingem uma concentração crítica (geralmente acima de 200 pg/mL) e permanecem sustentados por um período de aproximadamente 48 horas, ocorre uma inversão do feedback de negativo para positivo no eixo hipotálamo-hipófise. Isso resulta em uma liberação maciça de LH (pico de LH). A ovulação ocorre cerca de 32 a 36 horas após o início da elevação do LH e aproximadamente 10 a 12 horas após o seu pico máximo.

Alternativa D (Incorreta): A queda de estrogênio ocorre de forma transitória logo após

o pico de LH e imediatamente antes da ovulação, mas ela é uma consequência das alterações no folículo pré-ovulatório e não o estímulo para a ovulação. O evento indutor é o pico de LH causado pelo aumento prévio e sustentado do estrogênio.

Resumo do processo:

1. Elevação sustentada de Estradiol (Feedback positivo).
2. Pico de LH (Gatilho da ovulação).
3. Ovulação (24-36h após o início do pico de LH).

---

## Questão 42

Para compreender o diagnóstico da candidíase vulvovaginal, é fundamental diferenciar suas características clínicas e laboratoriais de outras causas comuns de corrimento, como a vaginose bacteriana e a tricomoníase.

Afirmativa I - Incorreta: O teste das aminas (\*Whiff test\*) é realizado pingando uma gota de hidróxido de potássio (KOH) a 10% sobre a secreção vaginal. O teste é considerado positivo quando há liberação de um odor fétido (semelhante a peixe podre), o que indica a presença de aminas voláteis. Esse achado é um dos critérios de Amsel para o diagnóstico de vaginose bacteriana. Na candidíase, o teste das aminas é tipicamente negativo.

Afirmativa II - Correta: A manutenção da acidez vaginal é uma característica importante da candidíase. Enquanto a vaginose bacteriana e a tricomoníase elevam o pH vaginal para valores acima de 4,5, na candidíase o pH permanece dentro da faixa de normalidade, ou seja, menor que 4,5.

Afirmativa III - Incorreta: O conteúdo vaginal na candidíase é classicamente descrito como branco, grumoso e com aspecto de leite coalhado (ou queijo \*cottage\*). Uma de suas características principais é ser inodoro. O odor fétido é um sintoma marcante da vaginose bacteriana e, por vezes, da tricomoníase, mas não da infecção por \*Candida\*.

Afirmativa IV - Correta: A candidíase é uma vulvovaginite inflamatória. Por isso, a irritação vulvar é um dos sintomas mais prevalentes, manifestando-se através de prurido intenso (coceira), eritema (vermelhidão), edema (inchaço) e, por vezes, escoriações e ardor ao urinar.

Análise das Alternativas:

Como apenas as afirmativas II e IV estão corretas, a alternativa que atende ao enunciado é a letra (d).

---

## Questão 43

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição multifatorial resultante do enfraquecimento das estruturas de suporte da pelve, como fâscias, ligamentos e a musculatura do assoalho pélvico. Vamos analisar cada item proposto:

I - Obesidade: CORRETA. O aumento do índice de massa corporal (IMC) gera um aumento crônico da pressão intra-abdominal. Essa pressão constante sobre o assoalho pélvico sobrecarrega os mecanismos de sustentação, favorecendo o desenvolvimento de prolapsos.

II - Histerectomia: CORRETA. A retirada do útero envolve a secção de importantes ligamentos de sustentação apical, como os ligamentos uterossacros e cardinais. Se a cúpula vaginal não for adequadamente fixada durante o procedimento, há um risco aumentado de prolapso de cúpula vaginal a longo prazo.

III - Nuliparidade: INCORRETA. A nuliparidade (nunca ter parido) é, na verdade, um fator de proteção quando comparada à multiparidade. O principal fator de risco obstétrico para o prolapso é o parto vaginal, devido ao estiramento e a possíveis lesões neuromusculares e do tecido conjuntivo durante a passagem do feto. Portanto, quem nunca pariu tem menor risco estatístico de desenvolver a condição.

IV - Idade avançada: CORRETA. O envelhecimento está associado à perda natural de tônus muscular e a alterações na síntese de colágeno, que se torna menos resistente. Além disso, o hipoestrogenismo típico da pós-menopausa causa atrofia dos tecidos urogenitais, enfraquecendo ainda mais o suporte pélvico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. Além de I e IV, a histerectomia (II) também é um fator de risco reconhecido.
- b) Incorreta. A nuliparidade (III) não é fator de risco e a idade avançada (IV) foi omitida.
- c) Incorreta. Inclui a nuliparidade (III), que é fator de proteção, e omite a obesidade (I).
- d) Correta. Identifica adequadamente a obesidade, a histerectomia e a idade avançada como fatores que contribuem para o prolapso.

GABARITO: Letra (d).

#### Questão 44

O entendimento do câncer epitelial de ovário baseia-se principalmente na teoria da ovulação incessante. De acordo com essa teoria, o dano repetitivo ao epitélio ovariano causado por cada ovulação, seguido pelo processo de reparo celular, aumenta o risco de mutações genéticas e oncogênese. Portanto, situações que aumentam o número de ciclos ovulatórios ao longo da vida elevam o risco da doença.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa apresenta fatores que maximizam a exposição da mulher aos ciclos ovulatórios. A baixa paridade e a infertilidade resultam em menos interrupções da ovulação (ausência de gestação e amamentação), enquanto a menopausa tardia prolonga o período de atividade ovariana. Juntos, esses fatores aumentam o número total de ovulações, o que está diretamente ligado ao aumento do risco de câncer de ovário.

Alternativa B (Incorreta): A alta paridade e o uso de anticoncepcionais orais são, na verdade, os principais fatores de proteção contra o câncer epitelial de ovário. Cada gestação e o tempo de uso de pílulas anticoncepcionais suprimem a ovulação, reduzindo o trauma epitelial e, conseqüentemente, o risco de transformação maligna.

Alternativa C (Incorreta): A ligadura tubária é considerada um fator protetor contra o câncer de ovário, reduzindo o risco em até 30%, possivelmente por impedir que agentes irritantes ou células precursoras da tuba uterina cheguem à superfície ovariana. Já a relação com o consumo elevado de galactose é controversa e carece de evidências epidemiológicas robustas quando comparada aos fatores hormonais e reprodutivos.

Alternativa D (Incorreta): A menarca tardia (início da menstruação mais tarde) e a menopausa precoce (fim da menstruação mais cedo) agem como fatores protetores. Ambas as situações diminuem a janela de tempo da vida reprodutiva da mulher, resultando em um menor número acumulado de ovulações ao longo da vida e menor risco de câncer.

---

#### Questão 45

A colpossuspensão de Burch é uma técnica cirúrgica retropúbica clássica para o tratamento da incontinência urinária de esforço, especialmente em casos de hiper mobilidade do colo vesical. O objetivo do procedimento é elevar a parede vaginal anterior e, conseqüentemente, o colo vesical e a uretra proximal, ancorando-os em uma estrutura firme na pelve.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Inguinal: Incorreta. O ligamento inguinal (ou de Poupart) estende-se da espinha ilíaca anterossuperior até o tubérculo púbico. Ele é um marco anatômico fundamental para o estudo de hérnias da parede abdominal, mas não é utilizado como ponto de fixação em cirurgias para incontinência urinária.

Alternativa (b) de Cooper: Correta. O ligamento de Cooper, também conhecido como ligamento pectíneo, é uma banda fibrosa resistente localizada sobre a linha pectínea do osso púbico. Na técnica de Burch, a fáschia perivaginal (fáschia endopélvica) é suturada bilateralmente ao ligamento de Cooper. Essa fixação permite que o colo vesical seja suspenso e mantido em posição retropúbica, permitindo a correta transmissão da pressão intra-abdominal.

Alternativa (c) sacrotuberoso: Incorreta. Este ligamento une o sacro à tuberosidade isquiática. Ele faz parte da estrutura ligamentar posterior da pelve e não apresenta utilidade nas técnicas de suspensão retropúbica para correção de incontinência.

Alternativa (d) sacroespinhoso: Incorreta. O ligamento sacroespinhoso une o sacro à espinha isquiática. Embora seja amplamente utilizado na uroginecologia, sua aplicação se dá na correção de prolapso de cúpula vaginal ou uterinos (fixação ao ligamento sacroespinhoso), e não na colposuspensão de Burch.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 46

A questão aborda as complicações puerperais associadas ao polidrâmnio, que é o acúmulo excessivo de líquido amniótico durante a gestação. A lógica fisiopatológica para responder a essa pergunta reside na capacidade contrátil do útero após a saída do feto e da placenta.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Embora processos infecciosos como a corioamnionite possam estar associados a casos de ruptura prematura de membranas (que pode ocorrer em úteros sobredistendidos), a infecção não é a complicação principal ou mais diretamente ligada ao mecanismo mecânico do polidrâmnio no pós-parto imediato.

b) Correta. O polidrâmnio provoca uma sobredistensão das fibras miométriais (músculo uterino). Após o nascimento, o útero que foi excessivamente esticado tem maior dificuldade para realizar a contração e a retração necessárias para a formação do "globo de segurança de Pinard". Essa falha contrátil é chamada de atonia uterina, que é a causa mais comum de hemorragia pós-parto. Portanto, a hemorragia é a

principal complicação esperada devido à incapacidade do útero de ocluir os vasos sanguíneos no sítio de inserção placentária.

c) Incorreta. A inversão uterina é uma complicação rara e grave que ocorre quando o fundo do útero se volta para dentro da cavidade ou chega a exteriorizar-se pelo canal de parto. Ela está mais associada à tração excessiva do cordão umbilical antes da dequitação placentária ou à pressão inadequada no fundo uterino (manobra de Credé), e não especificamente ao polidrâmnio.

d) Incorreta. O ciclo gravídico-puerperal é, por natureza, um estado de hipercoagulabilidade, o que aumenta o risco de trombose venosa em qualquer paciente. Contudo, o polidrâmnio não é um fator de risco isolado que torne a trombose a complicação principal em comparação com o risco iminente de atonia uterina e hemorragia.

---

### Questão 47

O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) consiste na separação intempestiva da placenta implantada no corpo do útero antes da expulsão fetal, em gestações acima de 20 semanas. É uma das principais causas de sangramento de terceira etapa e apresenta elevada morbimortalidade.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A hipertensão arterial materna, englobando tanto a hipertensão arterial crônica quanto a pré-eclâmpsia, é o fator predisponente mais comum e consistentemente associado ao DPP. A fisiopatologia envolve alterações vasculares crônicas que levam à degeneração e necrose da decídua basal, resultando em hemorragia e clivagem da interface entre a placenta e o útero.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A descompressão uterina súbita é um fator de risco mecânico bem conhecido, ocorrendo tipicamente na ruptura de membranas em casos de polidrâmnio ou após o nascimento do primeiro feto em gestações gemelares. Apesar de importante, é um evento agudo e muito menos frequente do que a etiologia vascular/hipertensiva.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a multiparidade seja frequentemente citada como um fator de risco epidemiológico para diversas patologias obstétricas, sua associação com o DPP é considerada fraca e pouco consistente quando comparada ao impacto direto das doenças hipertensivas na vasculatura placentária.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O uso de ocitocina, quando mal

manejado, pode levar à taquisistolia ou hipertonia uterina, o que teoricamente pode desencadear ou agravar um descolamento. No entanto, não é um fator predisponente primário ou consistente na população geral que apresenta DPP.

### Questão 48

Para compreender as apresentações cefálicas e seus pontos de referência, é fundamental revisar a atitude fetal, que se refere ao grau de flexão ou deflexão da cabeça em relação ao tronco.

**Apresentação Cefálica Fletida (Vértice ou Occipital):** Ocorre quando o queixo do feto está encostado no peito. O ponto de referência é o Lambda (pequena fontanela).

**Apresentações Cefálicas Defletidas:**

1. Deflexão de 1º grau (Bregma ou Sincipital): A cabeça está em uma posição intermediária, nem fletida nem totalmente estendida. O ponto de referência é o Bregma (grande fontanela).
2. Deflexão de 2º grau (Fronte): A cabeça está parcialmente estendida. O ponto de referência é a Glabela (raiz do nariz). É a apresentação mais desfavorável para o parto vaginal.
3. Deflexão de 3º grau (Face): A cabeça está em extensão máxima, com o occipício encostado no dorso do feto. O ponto de referência é o Mento (queixo).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O Lambda é o ponto de referência da apresentação cefálica fletida (normal), e não das defletidas. A questão pede especificamente a sequência das deflexões de 1º, 2º e 3º graus.
- b) Correta. Esta alternativa apresenta a sequência exata de acordo com os graus de deflexão: o Bregma representa o 1º grau, a Glabela representa o 2º grau e o Mento representa o 3º grau.
- c) Incorreta. Os pontos de referência estão fora de ordem. A Glabela corresponde ao 2º grau, o Mento ao 3º e o Bregma ao 1º.
- d) Incorreta. Assim como na alternativa (a), o Lambda aparece erroneamente como referência para uma apresentação defletida, quando na verdade ele define a apresentação fletida de vértice.

Em resumo, a sequência correta para as apresentações defletidas de 1º, 2º e 3º graus é, respectivamente, Bregma, Glabela e Mento.

## Questão 49

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve uma gestante de 34 semanas com dois achados fundamentais ao exame ultrassonográfico com Doppler: oligoidramnia (redução do líquido amniótico) e centralização fetal (redistribuição do fluxo sanguíneo). Esses sinais indicam que o feto está sendo submetido a um ambiente de hipóxia persistente e está ativando mecanismos compensatórios para sobreviver.

Por que a alternativa (c) está correta?

O sofrimento fetal crônico é a consequência direta da insuficiência placentária crônica. Quando a placenta não consegue fornecer oxigênio e nutrientes de forma adequada ao longo do tempo, o feto reage de duas formas principais visualizadas no exame:

1. Centralização Fetal: Para proteger os órgãos vitais, o feto promove uma vasodilatação em órgãos nobres (cérebro, coração e glândulas suprarrenais) e uma vasoconstrição em órgãos periféricos (músculos, pele e rins). No Doppler, isso é visto como uma redução da resistência na artéria cerebral média.
2. Oligoidramnia: Como o sangue é desviado dos rins (vasoconstrição renal), ocorre uma diminuição da filtração glomerular e, conseqüentemente, uma menor produção de urina fetal. Como a urina é a principal fonte de líquido amniótico no terceiro trimestre, o volume de líquido diminui.

Análise das alternativas incorretas:

a) Sofrimento fetal agudo: Esta condição refere-se a uma interrupção brusca e súbita das trocas gasosas entre a mãe e o feto, geralmente ocorrendo durante o trabalho de parto ou em eventos catastróficos como o descolamento prematuro de placenta (DPP) ou prolapso de cordão. O diagnóstico é feito principalmente pela cardiotocografia (presença de desacelerações tardias, bradicardia ou perda de variabilidade) e não por alterações crônicas de adaptação circulatória como a centralização.

b) Amniorrexe prematura: A ruptura prematura das membranas ovulares explica a perda de líquido amniótico (oligoidramnia por escoamento), mas não justifica a centralização fetal observada ao Doppler. A centralização é uma resposta hemodinâmica à hipóxia e não à perda mecânica de líquido.

d) Malformação fetal: Algumas malformações, especificamente as do trato urinário (como agenesia renal ou válvulas de uretra posterior), podem causar oligoidramnia grave. No entanto, o achado de centralização fetal é um indicador específico de

redistribuição de fluxo sanguíneo por hipóxia, o que aponta diretamente para uma causa placentária e não para uma anomalia estrutural isolada do feto.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 50

A monitorização fetal intraparto, realizada por meio da ausculta intermitente ou da cardiocotografia contínua, é uma ferramenta essencial na assistência ao parto. Seu papel fundamental é avaliar a resposta do feto ao estresse mecânico e hipóxico gerado pelas contrações uterinas.

Alternativa (a) Incorreta. O foco central deste procedimento é a vitalidade do feto. O bem-estar materno é acompanhado por meio de outros parâmetros, como avaliação de sinais vitais, controle da dor e suporte psicológico, e não pela monitorização dos batimentos cardíacos fetais.

Alternativa (b) Incorreta. Historicamente, esperava-se que a monitorização eletrônica reduzisse as intervenções, mas o que se observa na prática clínica e em estudos científicos é o oposto: a monitorização contínua está associada a um aumento nas taxas de cesarianas e partos instrumentais, devido à alta sensibilidade em detectar alterações que nem sempre evoluem para danos permanentes.

Alternativa (c) Incorreta. A monitorização serve apenas para observar e registrar a dinâmica uterina (frequência e duração das contrações). Ela não possui efeito terapêutico sobre a contratilidade. Se houver necessidade de melhorar as contrações, utilizam-se métodos como a administração de ocitocina ou a amniotomia.

Alternativa (d) Correta. Este é o objetivo principal e a razão de ser da monitorização. A finalidade é a detecção precoce de sinais sugestivos de hipóxia e acidose fetal (frequentemente denominados sofrimento fetal agudo). Ao identificar padrões anormais na frequência cardíaca fetal, a equipe médica pode adotar medidas de ressuscitação intrauterina ou decidir pela interrupção imediata da gestação, visando prevenir sequelas neurológicas graves ou a morte fetal.

---