

IDOR

GABARITO | 2026 | DF | 50 Questões



Gabarito: IDOR

2026 | DF

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

Comentários e Explicações

Questão 1

COMENTÁRIO DO ESPECIALISTA

A questão descreve uma paciente de 32 anos com um padrão específico de comportamento da pressão arterial (PA). Ela apresenta níveis normais durante as consultas médicas (PA de consultório menor que 140/90 mmHg) e níveis persistentemente elevados fora desse ambiente, confirmados pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que evidenciou valores acima de 130/80 mmHg. Esse cenário é a definição clássica de Hipertensão Mascarada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: Na hipertensão do jaleco branco, o fenômeno é exatamente o oposto do descrito no caso. O paciente apresenta níveis pressóricos elevados no consultório (maiores ou iguais a 140/90 mmHg), mas mantém níveis normais em ambiente domiciliar (menores que 130/80 mmHg na MRPA ou no MAPA).

Alternativa (b) INCORRETA: A hipertensão sistólica isolada é definida pela pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg com a pressão diastólica menor que 90 mmHg. É mais comum em idosos devido ao enrijecimento das artérias. A questão não fornece dados suficientes para essa classificação e foca na discrepância entre as medidas de consultório e domiciliares.

Alternativa (c) INCORRETA: A hipertensão secundária refere-se à pressão alta causada por uma doença subjacente identificável (como estenose de artéria renal ou feocromocitoma). Embora a idade jovem da paciente possa motivar a investigação de causas secundárias, o comportamento da pressão (normal no médico e alta em casa) define o diagnóstico fenotípico de hipertensão mascarada antes de se buscar uma etiologia específica.

Alternativa (d) CORRETA: A hipertensão mascarada ocorre quando a PA no consultório é normal (menor que 140/90 mmHg), mas a PA fora do consultório é elevada (MAPA de 24h ou MRPA maior ou igual a 130/80 mmHg). Esta condição é perigosa porque pode passar despercebida se o médico confiar apenas na medida de consultório. O tabagismo, citado no enunciado, é um fator frequentemente associado a essa condição.

Gabarito: Letra (d).

Questão 2

Esta questão exige o conhecimento das manifestações clínicas e dos epônimos associados às valvulopatias, especificamente à insuficiência aórtica.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um sopro diastólico no foco aórtico (segundo espaço intercostal direito), associado a um pulso arterial amplo (também conhecido como pulso em martelo d'água ou pulso de Corrigan). Esses achados são clássicos da insuficiência aórtica (IA). Na IA, ocorre o refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo durante a diástole, o que gera um grande volume sistólico e uma queda rápida da pressão diastólica, resultando em uma pressão de pulso alargada e diversos sinais de hiperdinamismo circulatório.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sinal de Quincke consiste na pulsação capilar visível no leito ungueal ao se pressionar levemente a ponta da unha. Embora seja um sinal de insuficiência aórtica, a alternativa associa-o incorretamente à estenose mitral. A estenose mitral cursa com sopro diastólico (ruflar) no ápice e não apresenta sinais de circulação hiperdinâmica.

b) Correta. O sinal de Müller é definido como a pulsação rítmica da úvula em sincronia com os batimentos cardíacos. É um dos inúmeros sinais periféricos descritos na insuficiência aórtica crônica grave, decorrente da grande variação pressórica entre a sístole e a diástole. Portanto, o sinal (Müller) e a patologia (insuficiência aórtica) estão corretamente correlacionados.

c) Incorreta. O fenômeno ou sinal de Gallavardin refere-se à dissociação acústica do sopro da estenose aórtica. O componente ruidoso e rude é ouvido no foco aórtico, enquanto um componente mais musical e de alta frequência é irradiado para o ápice cardíaco. Além disso, a estenose aórtica produz um sopro sistólico, e não diastólico como descrito no enunciado.

d) Incorreta. O sinal de Trousseau é utilizado para identificar hipocalcemia (indução de espasmo carpal após insuflação do manguito de pressão arterial acima da pressão sistólica). Não possui relação com valvulopatias. A insuficiência mitral caracteriza-se por um sopro holossistólico no ápice com irradiação para a axila.

Em resumo, a pulsação da úvula é o sinal de Müller, achado característico do estado hiperdinâmico da insuficiência aórtica.

Questão 3

O caso clínico apresenta um paciente com um quadro clássico de Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI). Vamos analisar os pontos-chave: a idade (65 anos), o tabagismo, a dispneia progressiva e a tosse seca formam o cenário clínico típico. Ao exame físico, as crepitações em velcro e o hipocratismo digital (baqueteamento de dedos) sugerem fortemente uma doença pulmonar intersticial fibrosante. O padrão tomográfico descrito (opacidades periféricas e basais, faveolamento e bronquiectasias de tração) é o padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), que, na ausência de outras causas conhecidas (como colagenoses ou exposições), confirma o diagnóstico de FPI.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A psitacose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Chlamydia psittaci*, geralmente transmitida por aves. O quadro costuma ser de pneumonia atípica aguda ou subaguda, com febre, calafrios e cefaleia, e não de uma fibrose pulmonar progressiva com padrão de faveolamento na tomografia.

b) Incorreta. A asbestose é uma pneumoconiose causada pela inalação de fibras de amianto (asbesto). Embora o padrão radiológico possa ser idêntico ao da FPI (padrão UIP), o enunciado afirma explicitamente que o paciente nega exposições ambientais e ocupacionais além do tabagismo, o que exclui essa hipótese.

c) Incorreta. A sarcoidose pulmonar geralmente acomete pacientes mais jovens e tem uma apresentação radiológica distinta. Na tomografia, é comum encontrar linfonodomegalias hilares e mediastinais bilaterais, além de micronódulos de distribuição perilinfática com predomínio nos campos pulmonares médios e superiores, e não o padrão de faveolamento basal e periférico descrito.

d) Correta. A Fibrose Pulmonar Idiopática é a principal hipótese quando estamos diante de um homem idoso, tabagista, com clínica de fibrose (velcro e hipocratismo) e tomografia com padrão de Pneumonia Intersticial Usual (UIP), caracterizado por faveolamento e bronquiectasias de tração de predomínio basal e periférico, após descartar causas secundárias (como doenças reumatológicas, aqui afastadas pelos marcadores negativos, e exposições ambientais).

Questão 4

O quadro clínico descrito é clássico de uma arbovirose, especificamente a dengue. A paciente apresenta a tríade típica: febre alta de início súbito, mialgia difusa e cefaleia retro-orbitária, somada a manifestações hemorrágicas (epistaxe e gengivorragia) e plaquetopenia.

O ponto fundamental para a escolha do exame é o tempo de evolução da doença. A paciente refere que os sintomas começaram há quatro dias. Na dengue, o diagnóstico laboratorial é dividido em duas fases:

1. Fase de viremia (até o 5º dia de sintomas): na qual se busca a detecção direta do vírus ou de suas proteínas, sendo o teste do antígeno NS1 o mais utilizado.
2. Fase após o 5º ou 6º dia: na qual se realiza a sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O fator antinuclear (FAN) é um teste de triagem para doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES). Embora o LES possa cursar com plaquetopenia, o quadro agudo febril com mialgia e dor retro-orbitária é fortemente sugestivo de um processo infeccioso agudo (arbovirose), e não de uma colagenose.

b) Correta. Como a paciente está no 4º dia de sintomas, o teste do antígeno NS1 é o exame de escolha para a confirmação diagnóstica rápida, pois ele detecta uma glicoproteína viral presente no sangue durante a fase inicial da infecção (fase febril/viremia).

c) Incorreta. A dosagem da atividade da enzima ADAMTS13 é utilizada para o diagnóstico de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT). A PTT se caracteriza por uma pêntade (anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, febre, disfunção renal e alterações neurológicas), o que não condiz com a história epidemiológica e clínica de dor retro-orbitária e mialgia intensa apresentada.

d) Incorreta. A leptospirose é um diagnóstico diferencial importante em quadros febris hemorrágicos. No entanto, a sorologia para leptospirose (detecção de anticorpos IgM) geralmente só se torna positiva após o 7º dia de doença. Além disso, a dor retro-orbitária é um sintoma muito característico da dengue, enquanto na leptospirose destaca-se a mialgia, especialmente nas panturrilhas, e o histórico de exposição a águas contaminadas.

Portanto, diante de um quadro de síndrome febril aguda com 4 dias de evolução e suspeita de dengue, o teste do antígeno NS1 é a conduta correta para confirmação.

Questão 5

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma acidemia (pH 7,20) de origem metabólica, evidenciada pelo bicarbonato baixo (14 mmol/L). Para identificar a causa, o primeiro passo é o cálculo do Anion Gap (AG). A fórmula é: $AG = Na - (Cl + HCO_3)$. Aplicando os valores do enunciado: $AG = 138 - (116 + 14) = 138 - 130 = 8$ mEq/L. Como o valor de referência do Anion Gap costuma variar entre 8 e 12 mEq/L, estamos diante de uma Acidose Metabólica com Anion Gap Normal, também chamada de Acidose Metabólica Hiperclorêmica (observe que o cloro de 116 mEq/L está elevado).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hiperlactatemia, comum em quadros infecciosos graves (sepse), leva ao acúmulo de lactato, que é um ânion não mensurado. Isso resulta em uma acidose metabólica com Anion Gap elevado, o que não condiz com o cálculo de AG igual a 8 encontrado neste paciente.

b) Incorreta. O hipoaldosteronismo hiporreninêmico causa a Acidose Tubular Renal tipo 4. Embora esta seja uma acidose com Anion Gap normal, ela obrigatoriamente cursa com hipercalemia (potássio elevado), devido à falta de ação da aldosterona no ducto coletor. O paciente em questão apresenta potássio normal (4 mEq/L).

c) Correta. A ureterossigmoidostomia é uma cirurgia de derivação urinária onde os ureteres são implantados no colo sigmoide. A mucosa intestinal, ao entrar em contato com a urina, promove a reabsorção de cloreto e a secreção de bicarbonato (troca Cl^-/HCO_3^-), além de reabsorver amônio. Esse processo gera tipicamente uma acidose metabólica hiperclorêmica com Anion Gap normal, exatamente o distúrbio descrito nos exames laboratoriais do paciente.

d) Incorreta. A uremia, decorrente da insuficiência renal avançada, causa acidose metabólica devido ao acúmulo de ácidos orgânicos (fosfatos, sulfatos e outros ânions) que os rins não conseguem mais excretar. Por ser um acúmulo de ânions não mensurados, a acidose da uremia cursa com Anion Gap elevado.

Questão 6

Para resolver esta questão, precisamos analisar dois pontos principais: a diferenciação entre azotemia aguda e crônica e a correta classificação da Doença Renal Crônica (DRC) segundo os critérios do KDIGO (estágios G e A).

Análise dos dados laboratoriais da imagem:

O paciente apresenta hemoglobina (Hb) de 10,2 g/dL com VCM e CHCM normais,

caracterizando uma anemia normocítica e normocrômica. Na ausência de outras causas, a anemia é um marcador clássico de cronicidade na doença renal, resultante da redução na produção de eritropoietina pelo parênquima renal lesionado. A albuminúria é de 200 mg/g, o que indica uma excreção aumentada de proteína.

Classificação da DRC (KDIGO):

1. Estágio G (Filtração Glomerular): O enunciado informa uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 43 mL/min/1,73 m².

- G1: maior ou igual a 90
- G2: 60 a 89
- G3a: 45 a 59
- G3b: 30 a 44 (faixa na qual o paciente se enquadra)
- G4: 15 a 29
- G5: menor que 15

2. Estágio A (Albuminúria): A imagem mostra albuminúria de 200 mg/g.

- A1: menor que 30 mg/g (normal a levemente aumentada)
- A2: 30 a 300 mg/g (moderadamente aumentada — faixa na qual o paciente se enquadra)
- A3: maior que 300 mg/g (gravemente aumentada)

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O aumento da ureia ocorre tanto na lesão renal aguda quanto na crônica, não servindo para diferenciar as duas condições de forma isolada. Além disso, o estágio G3a refere-se a uma TFG entre 45 e 59, e o paciente possui 43 (G3b).

b) Correta. A presença de anemia (Hb 10,2 g/dL) em um paciente com perda de função renal é um forte indício de que a doença é crônica (pela deficiência de eritropoietina). A classificação G3bA2 está correta, pois a TFG de 43 mL/min está na faixa de 30 a 44 (G3b) e a albuminúria de 200 mg/g está na faixa de 30 a 300 (A2).

c) Incorreta. Embora hipertensão e diabetes sejam as principais causas de DRC, a simples presença de comorbidades não define se uma azotemia atual é aguda ou crônica. A classificação G2A1 está errada para os valores apresentados (TFG 43 e albuminúria 200).

d) Incorreta. A hipoalbuminemia (albumina 3,4 g/dL na imagem) pode ocorrer por diversas razões (inflamação, desnutrição, perda urinária grave) e não é um marcador específico de cronicidade renal. O estágio G4 (TFG 15–29) está incorreto para este paciente.

Questão 7

Análise da Questão:

O caso clínico descreve uma paciente jovem com perda visual bilateral e sinais de mielite (hipoestesia em membros inferiores), o que direciona o raciocínio para a Doença do Espectro da Neuromielite Óptica (NMOSD). Esta é uma doença autoimune inflamatória que atinge preferencialmente os nervos ópticos e a medula espinal, frequentemente associada ao anticorpo anti-aquaporina 4 (AQP4-IgG).

Alternativa (a) Correta: A síndrome da área postrema é uma das manifestações clínicas fundamentais da NMOSD. A área postrema localiza-se no bulbo (tronco encefálico) e atua como o centro quimiorreceptor do vômito. Lesões inflamatórias nessa região causam soluços, náuseas e vômitos persistentes, que não respondem a tratamentos convencionais e duram pelo menos 48 horas. Sua presença é um critério diagnóstico importante.

Alternativa (b) Incorreta: A sonolência diurna excessiva, com características de narcolepsia, ocorre na NMOSD devido ao acometimento do diencéfalo (hipotálamo e tálamo), e não necessariamente do tronco encefálico. Essas lesões afetam os neurônios produtores de hipocretina, responsáveis pela manutenção do estado de vigília.

Alternativa (c) Incorreta: Condições neurológicas que afetam o controle hidroeletrólítico, como a Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH) ou a Síndrome Perdedora de Sal, cursam com hiponatremia (redução do sódio), e não hipernatremia. A hipernatremia em lesões do sistema nervoso central geralmente está ligada ao Diabetes Insipidus central por deficiência de ADH.

Alternativa (d) Incorreta: O principal marcador da NMOSD é o anticorpo anti-aquaporina 4 (AQP4). O anticorpo anti-MOG (glicoproteína da mielina do oligodendrócito) define uma condição clínica distinta chamada MOGAD (Doença Associada ao Anticorpo MOG). Embora existam sobreposições clínicas, a ausência de anti-MOG não descarta NMOSD; pelo contrário, a maioria dos casos de NMOSD é AQP4-positivo e MOG-negativo. Além disso, existe a NMOSD soronegativa, onde nenhum dos anticorpos é detectado.

Questão 8

Para determinar a melhor conduta em um caso de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), o primeiro passo fundamental é a estratificação de risco através do escore CURB-65. Vamos calcular a pontuação para esta paciente:

C (Confusão mental): 0 pontos (a paciente encontra-se lúcida e orientada).

U (Ureia maior ou igual a 43 mg/dL): 1 ponto (a paciente apresenta ureia de 75 mg/dL).

R (Frequência respiratória maior ou igual a 30 irpm): 1 ponto (a paciente apresenta 32 irpm).

B (Pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg): 0 pontos (a paciente está normotensa).

65 (Idade maior ou igual a 65 anos): 1 ponto (a paciente tem 68 anos).

A pontuação total é de 3 pontos. De acordo com os protocolos de manejo da PAC, pacientes com escore CURB-65 de 0 ou 1 podem ser tratados ambulatorialmente. Um escore de 2 indica necessidade de considerar internação hospitalar, enquanto escores de 3 ou mais indicam internação hospitalar obrigatória, com avaliação de necessidade de UTI se o escore for 4 ou 5.

A radiografia de tórax apresentada mostra uma consolidação alveolar bem definida no terço inferior do pulmão direito, o que confirma o diagnóstico de pneumonia lobar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento ambulatorial é contraindicado para esta paciente devido à sua pontuação no escore de gravidade (CURB-65 = 3), que aponta para um risco de mortalidade que exige monitorização hospitalar.

b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o regime ambulatorial não é seguro para este perfil de paciente. Além disso, embora a amoxicilina com clavulanato seja usada para pacientes com comorbidades na comunidade, o critério de gravidade aqui exige internação.

c) Incorreta. O uso de meropenem e vancomicina constitui um esquema de espectro excessivamente amplo para um quadro inicial de PAC sem fatores de risco para germes multirresistentes. A paciente não possui histórico de hospitalização recente, uso prévio de antibióticos ou imunossupressão que justifiquem a cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* ou MRSA. Além disso, ela não apresenta critérios imediatos de instabilidade hemodinâmica ou ventilatória que exijam obrigatoriamente leito de CTI no primeiro momento.

d) Correta. Esta é a conduta padrão. A pontuação CURB-65 de 3 justifica a internação hospitalar. O tratamento empírico para pacientes internados em enfermaria deve cobrir os patógenos típicos e atípicos, sendo a associação de um beta-lactâmico (ceftriaxona) com um macrolídeo (azitromicina) uma das opções mais recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais.

Questão 9

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente jovem com um quadro de dor na coluna de evolução subaguda (um mês e meio) associado a sintomas constitucionais (perda ponderal, febre e sudorese noturna), conhecidos como sintomas B. A evolução para perda de força grau 0 (plegia) e a presença de espasmos sugerem uma síndrome de compressão medular.

Os achados da ressonância magnética são fundamentais: espondilodiscite em transição toracolombar (T12-L1), com irregularidade da face anterior dos corpos vertebrais e formação de abscessos paravertebrais que se estendem para o músculo psoas bilateralmente.

DIAGNÓSTICO E JUSTIFICATIVA

O diagnóstico principal é o mal de Pott, que é a tuberculose da coluna vertebral. Essa etiologia é sugerida pela cronicidade dos sintomas, pelos achados sistêmicos (sudorese e perda de peso) e, patognomonicamente, pela presença do abscesso frio no músculo psoas. A transição toracolombar é o local mais acometido pela tuberculose vertebral.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): O mal de Pott exige tratamento prolongado com o esquema RIPE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). Embora o tratamento padrão da tuberculose pulmonar seja de 6 meses, em formas osteoarticulares, muitas diretrizes recomendam a extensão para 9 meses ou mais, dependendo da resposta clínica. A indicação cirúrgica é imperativa neste caso, pois há compressão medular com déficit neurológico grave (força grau 0), visando à descompressão e à estabilização da coluna.

Alternativa B (Incorreta): O *Staphylococcus aureus* é a causa mais comum de espondilodiscite piogênica aguda, mas o quadro clínico de sintomas arrastados e abscessos de psoas bilaterais é muito mais típico da tuberculose. Além disso, o

tratamento de uma infecção óssea nunca seria de apenas 2 semanas; infecções piogênicas da coluna exigem pelo menos 6 semanas de antibioticoterapia.

Alternativa C (Incorreta): Embora a espondilodiscite possa ser uma complicação de endocardite infecciosa por disseminação hematogênica, o enunciado afirma explicitamente que o exame cardiovascular é normal. Além disso, a presença de abscessos de psoas volumosos e a evolução clínica apontam diretamente para o Bacilo de Koch (tuberculose).

Alternativa D (Incorreta): A *Klebsiella aerogenes* não é um agente comum de espondilodiscite em pacientes jovens e hígidos (ocorre mais em idosos, diabéticos ou após procedimentos urológicos). O tempo de tratamento de 14 dias proposto na alternativa é insuficiente para erradicar uma infecção vertebral (osteomielite/discite).

CONCLUSÃO

A tríade de sintomas constitucionais, espondilodiscite crônica e abscesso de psoas em um paciente jovem deve sempre levar à suspeita de mal de Pott. A presença de déficit neurológico agudo ou progressivo (plegia) configura uma urgência cirúrgica para descompressão medular associada ao tratamento medicamentoso específico.

Questão 10

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descrito — paciente jovem com sinais de acometimento hepático (icterícia, hepatoesplenomegalia), alterações neurológicas (disartria, distonia, tremor de "bater asas" ou wing-beating tremor) e psiquiátricas (distúrbio do sono e humor deprimido) — é característico da Doença de Wilson (degeneração hepatolenticular). A presença dos anéis de Kayser-Fleischer no exame de lâmpada de fenda confirma o diagnóstico. A doença é causada por uma mutação no gene ATP7B, resultando no acúmulo patológico de cobre em diversos órgãos, principalmente fígado e cérebro.

ALTERNATIVA A (INCORRETA)

Na Doença de Wilson, ocorre uma deficiência na incorporação do cobre à apoceruloplasmina para formar a ceruloplasmina, além de uma falha na sua excreção biliar. Por isso, o achado laboratorial clássico é a redução dos níveis séricos de ceruloplasmina (geralmente abaixo de 20 mg/dL), e não o seu aumento.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

Não existe associação entre a Doença de Wilson e estenose de vias biliares. Um detalhe laboratorial importante é que, nos casos de insuficiência hepática aguda por Wilson, a fosfatase alcalina costuma estar baixa ou apresentar uma relação Fosfatase

Alcalina/Bilirrubina Total menor que 4, o que ajuda a diferenciar de outras causas de hepatite aguda.

ALTERNATIVA C (CORRETA)

A anemia hemolítica não autoimune (com teste de Coombs direto negativo) é uma manifestação bem descrita na Doença de Wilson. Ela ocorre devido à liberação maciça de cobre livre na corrente sanguínea, geralmente após necrose hepatocitária aguda. O cobre em excesso causa dano oxidativo direto às membranas das hemácias, levando à hemólise. Na questão, a anemia (Hb 8 g/dL) com reticulócitos elevados (9%) corrobora esse processo hemolítico.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

As manifestações da Doença de Wilson podem ser muito variadas. É perfeitamente possível que o paciente apresente manifestações neuropsiquiátricas isoladas por anos antes de desenvolver sintomas hepáticos evidentes. Em muitos casos, o diagnóstico é retardado porque os sintomas são confundidos com doenças psiquiátricas primárias ou distúrbios do movimento de outras etiologias.

Questão 11

Para compreender a questão, é fundamental revisar a cronologia da cicatrização de feridas cirúrgicas, que se divide didaticamente em três fases principais: inflamatória, proliferativa e de maturação.

Análise das alternativas:

a) Correta. A fase proliferativa, também chamada de fibroblástica, ocorre aproximadamente entre o 4º e o 21º dia pós-operatório. No 10º dia, como descrito no caso, o organismo está em pleno processo de síntese de colágeno e angiogênese (formação de novos vasos). O achado de bordas firmes ao redor da incisão é o chamado "cordão de cicatrização", que representa o pico da deposição de colágeno pelos fibroblastos, sendo um sinal clínico de que a cicatrização está progredindo adequadamente.

b) Incorreta. A fase de maturação ou remodelamento é a etapa mais longa da cicatrização, iniciando-se por volta da 3ª semana (após o 21º dia) e podendo durar meses ou até anos. Nessa fase, ocorre a substituição do colágeno tipo III pelo colágeno tipo I e o realinhamento das fibras para aumentar a força tênsil da cicatriz. O paciente da questão está apenas no 10º dia, portanto, ainda não atingiu esse estágio.

c) Incorreta. A necrose não é uma fase fisiológica do processo de cicatrização, mas

sim um sinal de complicação, isquemia ou infecção. A contração tecidual, embora ocorra (mediada por miofibroblastos), faz parte da transição entre a fase proliferativa e a de maturação, mas a presença do termo "necrose" invalida a alternativa para um processo de cicatrização normal.

d) Incorreta. A fase inflamatória (ou exsudativa) é a resposta inicial ao trauma cirúrgico, predominando nos primeiros 3 a 4 dias. É caracterizada por hemostasia e recrutamento de neutrófilos e macrófagos para limpeza da ferida. No 10º dia, os sinais inflamatórios agudos e a presença de exsudato intenso já devem ter regredido em uma evolução favorável, cedendo lugar à fibroplasia.

Resumo clínico: No 10º dia pós-operatório de uma cirurgia sem complicações, o estágio predominante é a fase proliferativa, marcada pela intensa atividade de fibroblastos e formação de tecido de granulação interno, o que confere a firmeza característica às bordas da ferida mencionada no enunciado.

Questão 12

O caso apresenta um paciente com adenocarcinoma gástrico no terço proximal (cárdia e fundo), com suspeita de acometimento linfonodal regional e bom estado clínico, o que indica uma conduta cirúrgica com intenção curativa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A gastrectomia subtotal distal é indicada para tumores localizados no terço inferior (antro) do estômago. Para lesões no terço superior, essa técnica não permitiria margens de segurança oncológicas. Além disso, a linfadenectomia D1 (restrita aos linfonodos perigástricos) é considerada insuficiente em pacientes com potencial curativo e suspeita de metástases linfonodais.

Alternativa b) Incorreta. Embora a gastrectomia proximal possa ser considerada em casos selecionados de tumores muito precoces do terço superior, ela frequentemente resulta em complicações como esofagite de refluxo grave. Da mesma forma que na alternativa anterior, a linfadenectomia D1 é considerada um esvaziamento incompleto para o tratamento padrão com intenção curativa no câncer gástrico avançado ou com linfonodos suspeitos.

Alternativa c) Incorreta. A linfadenectomia D3 inclui a ressecção de linfonodos para-aórticos. Estudos clássicos (como o JCOG 9501) demonstraram que a extensão para o nível D3 aumenta a morbidade cirúrgica sem oferecer benefício de sobrevida global em comparação à técnica D2, não sendo recomendada como rotina.

Alternativa d) Correta. Para tumores localizados no terço proximal (cárdia e fundo), a gastrectomia total é a cirurgia de escolha para garantir margens cirúrgicas livres. O esvaziamento linfonodal D2, que engloba tanto os linfonodos perigástricos (D1) quanto aqueles situados ao longo dos ramos do tronco celíaco (artérias gástrica esquerda, hepática comum, esplênica e o próprio tronco celíaco), é o padrão-ouro no tratamento do câncer gástrico com intenção curativa, pois oferece melhor controle regional e taxas de sobrevida superiores em pacientes com condições clínicas favoráveis.

Questão 13

Análise do caso clínico:

O paciente encontra-se no 4º dia pós-operatório (DPO) de uma cirurgia para correção de hérnia inguinal recidivada. O cenário de reoperação é um fator de risco importante para complicações, devido à fibrose e à distorção da anatomia local. A queixa principal é dor e edema testicular súbito após alguns dias do procedimento, sem sinais de infecção na ferida cirúrgica.

Alternativa A: Orquite isquêmica (Correta).

A orquite isquêmica é uma complicação que ocorre tipicamente entre o 2º e o 5º dia pós-operatório. Ela é causada, na maioria das vezes, pela trombose do plexo venoso pampiniforme, e não necessariamente pela lesão da artéria testicular. O trauma cirúrgico excessivo durante a dissecação do saco herniário (especialmente em hérnias recidivadas ou grandes hérnias inguinoescrotais) ou o aperto excessivo do anel inguinal na técnica de Lichtenstein podem desencadear essa congestão venosa. O quadro clínico clássico é exatamente o descrito: testículo doloroso, aumentado de volume e endurecido. Em casos graves, pode evoluir para atrofia testicular.

Alternativa B: Secção do ducto deferente (Incorreta).

A lesão acidental do ducto deferente pode ocorrer durante a manipulação do cordão espermático, especialmente em reoperações. No entanto, a secção unilateral do ducto costuma ser assintomática no período pós-operatório imediato, não provocando edema ou dor testicular aguda. As consequências são relacionadas à fertilidade a longo prazo, caso haja lesão bilateral.

Alternativa C: Infecção da ferida operatória (Incorreta).

Embora a infecção seja uma complicação possível, o enunciado afirma explicitamente que a incisão cirúrgica não apresenta sinais flogísticos (calor, rubor ou secreção). Além disso, a dor e o edema estão localizados especificamente no testículo, o que direciona o diagnóstico para uma complicação do cordão espermático ou da vascularização testicular, e não para um processo infeccioso de pele e fâneros.

Alternativa D: Inclusão nervosa na linha de sutura (Incorreta).

O aprisionamento de nervos (como o ilioinguinal, ilio-hipogástrico ou o ramo genital do genitofemoral) pelos pontos ou pela própria tela causa dor crônica (inguinodinia), geralmente do tipo neuropática (queimação ou parestesia) que irradia para a região inguinal ou escroto. Contudo, a neuropatia compressiva não causa edema testicular ou aumento do volume da gônada, sinais que são típicos de distúrbios vasculares.

Questão 14

Análise do caso clínico:

Paciente de 42 anos com Carcinoma Papilífero de Tireoide (CPT) confirmado por PAAF, apresentando nódulo de 2,5 cm (estadiamento T2) e ausência de linfonodomegalias ao exame físico e exames de imagem (cN0).

Alternativa a: Esta é a conduta cirúrgica mais aceita e recomendada pelas diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço para tumores maiores que 2 cm. A tireoidectomia total permite o tratamento de focos multicêntricos e o acompanhamento posterior com tireoglobulina e radioiodoterapia. Como a paciente é cN0 (pescoço clinicamente negativo), não há indicação de esvaziamento cervical radical ou lateral profilático.

Alternativa b: A lobectomia com istmectomia é uma opção terapêutica em carcinomas papilíferos de baixo risco entre 1 cm e 4 cm, sem extensão extratireoidiana. No entanto, em provas de residência, a tireoidectomia total ainda é frequentemente considerada a resposta padrão para nódulos acima de 2 cm, pois facilita o seguimento oncológico e o uso de iodo radioativo se necessário.

Alternativa c: A tireoidectomia parcial ou nodulectomia é considerada um tratamento insuficiente para o carcinoma papilífero. O CPT é frequentemente multicêntrico (ocorrendo em ambos os lobos) e a preservação de tecido tireoidiano contralateral dificulta a detecção de recidivas através do marcador tireoglobulina.

Alternativa d: Esta alternativa, apontada pelo gabarito, propõe a tireoidectomia total associada ao esvaziamento cervical radical bilateral. Na prática médica atual, esta conduta é considerada incorreta e desproporcional para o caso descrito. O esvaziamento radical envolve a ressecção da veia jugular interna, do músculo esternocleidomastoideo e do nervo acessório, possuindo altíssima morbidade. Tal procedimento é reservado apenas para casos de doença linfonodal maciça e invasiva, não possuindo indicação em pacientes cN0 (sem evidências de metástases linfonodais). Se o gabarito oficial é a letra D, existe um provável erro na formulação da questão ou no gabarito divulgado, visto que a alternativa A representa a prática

clínica correta.

Resumo da conduta: Para um Carcinoma Papilífero de 2,5 cm cN0, a cirurgia indicada é a tireoidectomia total (ou lobectomia em casos selecionados), sem necessidade de esvaziamento cervical radical.

Questão 15

Esta questão aborda o manejo cirúrgico da pancreatite aguda de etiologia biliar, um tema recorrente em provas de residência. A paciente apresenta um quadro clássico de pancreatite leve (sem falência orgânica ou complicações locais mencionadas) e a conduta definitiva visa prevenir a recorrência de eventos biliares.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o tratamento clínico (hidratação, analgesia e suporte) seja fundamental para a resolução do processo inflamatório agudo, a pancreatite biliar é causada pela passagem de cálculos da vesícula para a via biliar. Se a vesícula biliar não for removida, o paciente permanece sob alto risco de novos episódios de pancreatite, colecistite ou colangite.

b) Incorreta. Não se deve aguardar a recorrência para indicar a cirurgia. O primeiro episódio de pancreatite biliar já é uma indicação formal de colecistectomia profilática para evitar complicações potencialmente graves no futuro.

c) Correta. Em casos de pancreatite aguda biliar de intensidade leve, o padrão-ouro é a realização da colecistectomia durante a mesma internação hospitalar (internação de índice), assim que o paciente apresente melhora clínica (ausência de dor, retorno da dieta e normalização parcial ou total de marcadores). Estudos demonstram que postergar a cirurgia após a alta aumenta significativamente a taxa de readmissão por novas complicações biliares em um curto período de tempo.

d) Incorreta. O adiamento da cirurgia por um período de 6 a 12 semanas é reservado para casos de pancreatite aguda grave ou com coleções peripancreáticas (como necrose ou pseudocistos). Nesses cenários, espera-se a resolução da resposta inflamatória sistêmica intensa e a organização ou reabsorção das coleções para tornar o procedimento cirúrgico mais seguro. Na pancreatite leve, esse atraso é desnecessário e perigoso.

Questão 16

DIAGNÓSTICO E FISIOPATOLOGIA:

O quadro clínico descreve um caso clássico de Pneumotórax Hipertensivo à direita. O paciente apresenta a tríade de sinais que indicam choque obstrutivo no trauma: hipotensão arterial grave, turgência jugular (indicando dificuldade no retorno venoso ao coração) e sinais de comprometimento respiratório agudo.

O diagnóstico é confirmado pelo exame físico do tórax: a redução da expansibilidade, a ausência de murmúrio vesicular e, fundamentalmente, o timpanismo à percussão no lado direito. O timpanismo indica a presença de ar sob pressão no espaço pleural. A menção de que as bulhas cardíacas estão normofonéticas é essencial para descartar o Tamponamento Cardíaco, que também causa hipotensão e turgência jugular, mas apresentaria bulhas abafadas e macicez à percussão.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Realizar a intubação orotraqueal e iniciar ventilação mecânica com pressão positiva antes de descomprimir o tórax é perigoso. A pressão positiva enviada pelo ventilador para dentro do pulmão vai acelerar o acúmulo de ar no espaço pleural, aumentando a pressão intratorácica de forma ainda mais rápida, o que agrava o choque obstrutivo e pode levar à parada cardiorrespiratória imediata.

Alternativa b) Correta. O pneumotórax hipertensivo é uma emergência médica que exige descompressão imediata. A punção aspirativa (ou toracocentese de alívio) com agulha calibrosa é o procedimento indicado para aliviar a pressão intratorácica rapidamente, transformando o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples. Isso estabiliza o paciente hemodinamicamente até que a conduta definitiva (drenagem torácica em selo d'água) possa ser realizada.

Alternativa c) Incorreta. A toracotomia é uma cirurgia de grande porte. A grande maioria dos traumas torácicos (cerca de 85% a 90%) é resolvida com manobras simples, como a drenagem de tórax. A toracotomia de urgência teria indicações específicas, como hemotórax maciço ou lesões de grandes vasos, o que não é o caso descrito.

Alternativa d) Incorreta. Esta é uma "pegadinha" comum em provas. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é estritamente clínico. Em um paciente instável com esses sinais, não se deve perder tempo solicitando exames de imagem como a radiografia de tórax. O tempo gasto para realizar o exame pode ser o tempo em que o paciente evolui para o óbito. A conduta deve ser imediata e baseada no exame físico.

Questão 17

Esta questão aborda uma complicação comum e importante durante o início de procedimentos laparoscópicos. O ponto fundamental para a resolução é observar a relação temporal entre a ação realizada (insuflação de CO₂ e manipulação uterina) e a resposta fisiológica da paciente (bradicardia e hipotensão).

Alternativa a) Incorreta. Embora o choque anafilático aos agentes anestésicos possa ocorrer logo após a indução, ele geralmente se manifesta com taquicardia compensatória, além de sinais cutâneos (urticária, edema) e respiratórios (broncoespasmo). O quadro descrito é marcado por uma bradicardia severa (34 bpm) imediatamente após a insuflação do pneumoperitônio, o que sugere um mecanismo reflexo.

Alternativa b) Incorreta. O choque hemorrágico decorrente de uma perfuração arterial por trocarte ou agulha de Veress apresentaria, classicamente, hipotensão acompanhada de taquicardia reflexa (como tentativa do organismo de manter o débito cardíaco). A presença de bradicardia extrema torna a hipótese de choque hipovolêmico por sangramento agudo muito improvável como causa primária.

Alternativa c) Correta. A insuflação rápida do pneumoperitônio provoca o estiramento do peritônio parietal e a manipulação de vísceras pélvicas estimula fibras do nervo vago. Essa estimulação vagal desencadeia um reflexo parassimpático que resulta em bradicardia súbita, podendo evoluir para assistolia, e hipotensão arterial. Esta é a intercorrência hemodinâmica mais comum no início da laparoscopia. O tratamento imediato consiste na desinsuflação do inventário (retirada do gás), administração de anticolinérgicos (como atropina) e, se necessário, ajuste da velocidade de insuflação posterior.

Alternativa d) Incorreta. O jejum pré-operatório pode causar uma leve hipovolemia, o que tornaria a paciente mais sensível aos efeitos vasodilatadores dos agentes anestésicos da indução (como o propofol). No entanto, a hipovolemia por jejum não explicaria uma bradicardia tão acentuada e súbita sincronizada exatamente com a insuflação do gás e a manipulação uterina.

Em resumo, o quadro de bradicardia e hipotensão logo após a instalação do pneumoperitônio é a descrição clássica do reflexo vagal provocado pela distensão peritoneal.

Questão 18

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito é clássico de Hipertermia Maligna (HM). A paciente, previamente hígida (ASA I), foi exposta ao sevoflurano (um anestésico inalatório halogenado), que é um dos principais gatilhos para essa condição em indivíduos geneticamente predispostos. Os sinais apresentados são patognomônicos: o aumento da capnometria (EtCO₂) é geralmente o sinal mais precoce, refletindo o estado hipermetabólico, seguido por taquicardia, rigidez muscular e, tardiamente, a hipertermia extrema (41,5 °C). A fisiopatologia envolve uma liberação descontrolada de cálcio do retículo sarcoplasmático do músculo esquelético.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O dantrolene sódico é a única medicação específica para o tratamento da Hipertermia Maligna. Ele atua ligando-se aos receptores de rianodina (RYR1), inibindo a liberação excessiva de cálcio intracelular, o que interrompe o processo de contração muscular contínua e o metabolismo acelerado. Além do dantrolene, a conduta inclui interromper o agente gatilho (sevoflurano), hiperventilar com O₂ a 100%, resfriamento e tratamento de distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos.

b) INCORRETA. A naloxona é um antagonista opioide, utilizado para reverter os efeitos de doses excessivas de fentanil ou outros opioides (como depressão respiratória e miose). O quadro clínico de hipermetabolismo e rigidez não condiz com intoxicação por opioides.

c) INCORRETA. O aumento da dose de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes, como o atracúrio, não resolve a rigidez muscular na Hipertermia Maligna. A rigidez na HM ocorre devido a um processo intracelular no músculo (liberação de cálcio) e não por ativação da junção neuromuscular. Portanto, a rigidez costuma ser refratária aos bloqueadores neuromusculares comuns.

d) INCORRETA. O quadro descrito não é de choque anafilático. No choque anafilático, esperaríamos hipotensão severa, presença de exantema/urticária e broncoespasmo, mas não hipertermia maligna com rigidez e aumento súbito de CO₂ exalado. A noradrenalina é um vasopressor e não atua na causa-base do hipermetabolismo da HM.

Questão 19

O quadro clínico apresentado pela paciente é clássico para o carcinoma escamoso do canal anal. Os principais sinais de alerta são o sangramento perianal, a dor local persistente e a alteração do calibre das fezes (fezes em fita), que indica obstrução ou compressão do canal anal pela massa tumoral. O exame físico, ao identificar uma lesão vegetante, endurecida e ulcerada, reforça a suspeita neoplásica, que foi confirmada pela biópsia como carcinoma escamoso (também chamado de espinocelular).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O gene HER2-Neu é um biomarcador relacionado principalmente ao câncer de mama e ao adenocarcinoma gástrico. Ele não possui relação com a etiologia ou o desenvolvimento do carcinoma escamoso anal.

Alternativa b: Incorreta. A mutação no gene KRAS é um evento frequente na via de carcinogênese dos adenocarcinomas colorretais (tumores de origem glandular). O tumor em questão é um carcinoma escamoso, que possui uma patogênese distinta, não envolvendo rotineiramente mutações no KRAS como evento iniciador.

Alternativa c: Correta. A infecção pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente os tipos de alto risco oncogênico como o 16 e o 18, é a causa mais comum e o principal fator etiológico do carcinoma escamoso do canal anal. O mecanismo de oncogênese é similar ao que ocorre no câncer do colo do útero: o vírus inativa proteínas supressoras de tumor da célula hospedeira (como a p53 e a pRb) através das oncoproteínas virais E6 e E7. O tabagismo, citado no caso clínico, é um importante cofator que aumenta o risco de desenvolvimento dessa neoplasia em pacientes infectados pelo vírus.

Alternativa d: Incorreta. Embora a infecção pelo HIV seja um fator de risco relevante, ela não é a etiologia direta do câncer anal. O HIV causa imunossupressão, o que facilita a persistência da infecção pelo HPV e a progressão das lesões precursoras para o câncer. Portanto, o agente causador da transformação celular para o carcinoma escamoso continua sendo o HPV, mesmo em pacientes soropositivos.

Questão 20

O caso clínico apresenta um paciente idoso de 85 anos, hipertenso e em uso de dupla antiagregação plaquetária (AAS e Clopidogrel), que sofreu uma queda há duas semanas. Esse perfil é o cenário clássico para o desenvolvimento de um hematoma subdural crônico. Com o envelhecimento, ocorre atrofia cerebral, o que aumenta o espaço entre o cérebro e a calota craniana, estirando as chamadas veias em ponte.

Pequenos traumas podem romper essas veias, gerando um sangramento lento que demora dias ou semanas para manifestar sintomas compressivos, como a sonolência e a diminuição da interação social relatadas.

A imagem da ressonância magnética confirma o diagnóstico ao mostrar uma volumosa coleção extra-axial no hemisfério direito. O formato é tipicamente em crescente ou côncavo-convexo, acompanhando a superfície do cérebro e ultrapassando as suturas cranianas. Nota-se um evidente desvio da linha média para a esquerda, o que explica o rebaixamento do nível de consciência.

Análise das alternativas:

A) INCORRETA: A contusão cerebral é uma lesão do parênquima (intra-axial), ocorrendo geralmente por impacto direto ou contragolpe. Ela se manifesta como focos hemorrágicos e edema dentro do tecido cerebral (aspecto de pipoca na tomografia), e não como uma coleção líquida organizada no espaço subdural comprimindo o cérebro por fora.

B) CORRETA: O diagnóstico de hematoma subdural crônico é sustentado pela história de trauma subagudo (ocorrido há 14 dias), uso de medicamentos que facilitam o sangramento (antiagregantes), idade avançada e a imagem característica em forma de crescente com efeito de massa sobre o parênquima.

C) INCORRETA: O hematoma extradural (ou epidural) é geralmente arterial (ruptura da artéria meníngea média) e agudo. Na imagem, ele apresentaria um formato biconvexo (como uma lente ou um limão), pois o sangramento ocorre entre o osso e a dura-máter, ficando limitado pelas suturas cranianas onde a dura-máter é firmemente aderida.

D) INCORRETA: A doença de Alzheimer é um processo neurodegenerativo de evolução lenta e progressiva ao longo de anos. Embora a atrofia cerebral descrita na alternativa possa estar presente, ela não explicaria o quadro de início recente após trauma, nem a presença da grande massa ocupando espaço e desviando as estruturas cerebrais visível no exame de imagem.

Questão 21

Esta questão aborda um tema fundamental na prática médica e recorrente em provas de residência: a autonomia e o sigilo médico no atendimento ao adolescente.

A alternativa (a) está correta, porque, de acordo com o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente tem direito à privacidade,

à confidencialidade e à autonomia, desde que possua capacidade de discernimento. Ter 15 anos e vida sexual ativa demonstra maturidade para compreender sua condição e buscar prevenção. O médico deve realizar a consulta, garantir o sigilo (não contar aos pais sem o consentimento dela) e prescrever o método contraceptivo adequado, visando evitar uma gravidez não planejada e promover a saúde.

A alternativa (b) está incorreta, pois condicionar o início da contracepção à autorização de um responsável viola o direito ao sigilo e à autonomia da paciente. A obrigatoriedade de participação dos pais só ocorre em situações específicas, como quando há risco de morte, risco de vida ou quando o adolescente não possui discernimento para entender as decisões sobre sua saúde.

A alternativa (c) está incorreta, porque a exigência de acompanhamento por um responsável no retorno cria uma barreira de acesso à saúde. O atendimento deve ser garantido de forma individualizada para preservar o vínculo de confiança entre médico e paciente, respeitando o desejo da adolescente de manter sua privacidade.

A alternativa (d) está incorreta, pois o médico não pode se recusar a atender ou reagendar a consulta apenas pela ausência de um responsável. Negar atendimento a um adolescente desacompanhado, quando este demonstra capacidade de compreensão, é uma conduta eticamente inadequada e contrária às diretrizes do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Medicina.

Em resumo, o critério principal é a capacidade de discernimento. Caso o adolescente seja capaz de avaliar seu problema e conduzir-se conforme as orientações, o sigilo deve ser mantido e o atendimento deve ser completo, incluindo a prescrição de métodos contraceptivos.

Questão 22

Análise do quadro clínico:

A paciente de 30 anos apresenta um conjunto de sinais e sintomas que apontam para um distúrbio endócrino-metabólico frequente em mulheres em idade reprodutiva. O sobrepeso associado à acantose nigricans (lesões cutâneas escurecidas e aveludadas em áreas de dobra) é um marcador clínico fidedigno de resistência insulínica. A queixa de acne na região mandibular e no tronco sugere hiperandrogenismo clínico, enquanto a dificuldade para engravidar sugere uma possível anovulação crônica. Esse tripé (sinais de resistência insulínica, hiperandrogenismo e infertilidade) torna a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) a principal hipótese diagnóstica.

Alternativa a) Incorreta. A ressonância magnética da pelve não é o exame inicial para

investigação de infertilidade, sendo reservada para casos específicos de suspeita de endometriose profunda ou malformações müllerianas. Embora a endometriose cause infertilidade, ela não justifica a acne nem a acantose nigricans apresentadas pela paciente.

Alternativa b) Incorreta. Ignorar os sintomas de uma paciente que apresenta sinais claros de resistência insulínica e hiperandrogenismo é uma conduta negligente. O quadro clínico atual já justifica o início imediato da investigação diagnóstica para prevenir complicações metabólicas e tratar a queixa de infertilidade.

Alternativa c) Incorreta. Os sintomas relatados não são variações normais do ciclo menstrual. Acne persistente em idade adulta, dificuldade de perda ponderal e acantose nigricans são manifestações patológicas que indicam um desequilíbrio hormonal e metabólico subjacente.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa propõe a investigação correta para a principal suspeita diagnóstica, a SOP. De acordo com os Critérios de Rotterdam, o diagnóstico é feito pela presença de dois dos três critérios: hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial), disfunção ovulatória (irregularidade menstrual ou infertilidade) e imagem de ovários policísticos ao ultrassom. A solicitação do padrão hormonal, incluindo o SDHEA (sulfato de deidroepiandrosterona), é fundamental para avaliar a origem dos androgênios e excluir outras patologias, como tumores ou hiperplasia adrenal, enquanto a ultrassonografia transvaginal avalia a morfologia ovariana. Além disso, exames de rotina são necessários para avaliar o perfil metabólico da paciente com sobrepeso e resistência insulínica.

Questão 23

Essa questão aborda a conduta frente a um resultado de citopatologia oncótica (Papanicolaou) com a presença de ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, possivelmente não neoplásicas) em uma paciente de 28 anos, seguindo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Ministério da Saúde/INCA).

O ASC-US é a alteração citológica mais comum e, na grande maioria das vezes, está associado a processos inflamatórios ou infecções transitórias pelo HPV, tendo baixo risco de evolução para câncer. Por isso, a conduta inicial é conservadora e depende fundamentalmente da idade da paciente:

1. Pacientes com menos de 25 anos: Repetir a citologia em 3 anos.
2. Pacientes entre 25 e 29 anos: Repetir a citologia em 1 ano (12 meses).
3. Pacientes com 30 anos ou mais: Repetir a citologia em 6 meses.

Como a paciente tem 28 anos, ela se enquadra na faixa etária que exige repetição do exame em 1 ano.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A colposcopia imediata estaria indicada em casos de lesões de alto grau (HSIL) ou se a paciente apresentasse dois resultados consecutivos de ASC-US no seguimento. Coletar novo exame na mesma consulta não faz sentido clínico, pois não houve tempo hábil para mudança celular.

b) Incorreta. O intervalo de 3 anos é reservado para pacientes que apresentam resultados citopatológicos normais após dois exames anuais consecutivos negativos. Diante de uma alteração, mesmo que leve como o ASC-US, o intervalo de rastreamento deve ser encurtado para vigilância.

c) Correta. De acordo com o Ministério da Saúde, para mulheres entre 25 e 29 anos com resultado de ASC-US, a conduta correta é tranquilizar a paciente e realizar uma nova citologia em 12 meses. Somente se o novo exame vier alterado é que ela será encaminhada para colposcopia.

d) Incorreta. O seguimento em 6 meses é a conduta preconizada para mulheres com 30 anos ou mais que apresentam resultado de ASC-US, devido ao maior risco de persistência viral do HPV e desenvolvimento de lesões precursoras nessa faixa etária.

Questão 24

Análise do caso clínico:

O quadro descrito apresenta os elementos clássicos da vaginose bacteriana: corrimento homogêneo, acinzentado, de odor fétido (frequentemente descrito como odor de peixe podre) e ausência de sinais inflamatórios, como prurido ou dor. A queixa de surgimento ou piora após a menstruação ocorre porque o sangue menstrual possui pH básico, o que favorece a volatilização de aminas (como cadaverina e putrescina) produzidas pelas bactérias anaeróbias, intensificando o odor fétido.

Alternativa (a) incorreta: A *Candida albicans* é o agente da candidíase vulvovaginal. O corrimento característico dessa condição é branco, aderente e grumoso, frequentemente comparado a leite coalhado ou nata. Diferente do caso relatado, a candidíase cursa com prurido intenso, hiperemia (vermelhidão) e edema vulvar, e não costuma apresentar odor fétido.

Alternativa (b) correta: A *Gardnerella vaginalis* é a principal bactéria associada à vaginose bacteriana, uma disbiose em que há redução dos lactobacilos acidófilos (flora de Döderlein) e proliferação de bactérias anaeróbias. O diagnóstico clínico é realizado por meio dos critérios de Amsel, nos quais a presença de corrimento acinzentado, pH vaginal maior que 4,5, teste do "whiff" positivo (odor de aminas ao adicionar KOH) e presença de "clue cells" (células-alvo) na microscopia confirmam a patologia.

Alternativa (c) incorreta: O *Treponema pallidum* é a espiroqueta causadora da sífilis. Na sífilis primária, a manifestação clássica é o cancro duro, uma úlcera genital indolor e com bordas endurecidas. Na sífilis secundária, ocorrem manifestações sistêmicas e cutâneo-mucosas. O agente não está relacionado a quadros de corrimento vaginal com as características descritas.

Alternativa (d) incorreta: O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário causador da tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível. Embora o corrimento possa ser volumoso e malcheiroso, sua coloração típica é amarelo-esverdeada e sua consistência é bolhosa. Além disso, ao contrário da vaginose bacteriana, a tricomoníase é uma vaginite verdadeira que causa inflamação intensa, frequentemente apresentando prurido e o sinal do "colo em framboesa" (colpíte focal) ao exame físico.

Questão 25

A classificação BI-RADS 0 (Breast Imaging-Reporting and Data System) indica uma avaliação incompleta, o que significa que os achados mamográficos não são suficientes para uma conclusão diagnóstica definitiva. No caso de uma paciente de 48 anos com nódulo palpável e uma assimetria focal identificada na mamografia, é mandatório complementar o estudo por imagem antes de qualquer procedimento invasivo.

Alternativa (a): Correta. A ultrassonografia de mamas é o exame complementar de escolha para avaliar assimetrias focais ou nódulos detectados na mamografia, especialmente em casos de BI-RADS 0. Ela permite diferenciar lesões sólidas de císticas e fornece características morfológicas adicionais que ajudam a reclassificar a lesão em uma categoria definitiva (como BI-RADS 2, 3, 4 ou 5), orientando a conduta subsequente. Além disso, em pacientes com nódulos palpáveis, a correlação clínica com o ultrassom é fundamental.

Alternativa (b): Incorreta. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou qualquer outro procedimento de biópsia só deve ser indicado após a conclusão da avaliação por imagem. Realizar uma punção em um achado classificado como BI-RADS 0 é

precipitado, pois o exame de imagem complementar pode mostrar que a alteração é apenas tecido glandular normal ou um cisto simples, o que dispensaria procedimentos invasivos.

Alternativa (c): Incorreta. A tomografia computadorizada não possui papel no rastreio ou no diagnóstico primário de patologias mamárias. Se fosse necessária uma propedêutica avançada por imagem em casos específicos (como em mamas densas com alta suspeição e exames convencionais inconclusivos), a ressonância magnética seria o exame indicado, mas nunca a tomografia para avaliação direta de nódulo mamário.

Alternativa (d): Incorreta. A biópsia excisional é um procedimento cirúrgico e não deve ser a primeira escolha para investigação de uma assimetria focal. Atualmente, mesmo quando há indicação de estudo histopatológico (em casos BI-RADS 4 ou 5), priorizam-se as biópsias percutâneas (Core Biopsy ou biópsia a vácuo). A biópsia cirúrgica só é reservada para situações específicas onde os métodos percutâneos foram inconclusivos ou discordantes.

Em resumo, diante de um resultado BI-RADS 0 na mamografia, o próximo passo assistencial obrigatório é a realização de exames complementares, como incidências mamográficas adicionais (compressão focal/magnificação) ou a ultrassonografia, para que se possa fechar um diagnóstico ou indicar a necessidade de biópsia.

Questão 26

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de complicação hemorrágica da primeira metade da gestação, caracterizado por atraso menstrual, teste de gravidez positivo, dor abdominal e sangramento vaginal. Para diferenciar os tipos de abortamento e outras patologias desse período, devemos focar no exame do colo uterino e nos achados da ultrassonografia.

Alternativa (b) Correta: O diagnóstico de abortamento incompleto é definido quando ocorre a expulsão apenas parcial do conteúdo gestacional. Os achados que confirmam essa condição no caso são: o orifício cervical interno aberto (indicando que parte do material já passou ou está passando pelo canal cervical) e a ultrassonografia transvaginal revelando a presença de restos ovulares ainda no interior do útero.

Alternativa (a) Incorreta: A neoplasia trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) manifesta-se geralmente com sangramento vaginal persistente, níveis de beta-hCG muito elevados para a idade gestacional e, frequentemente, um volume uterino

maior do que o esperado para as semanas de amenorreia. O aspecto ultrassonográfico característico é de vesículas, frequentemente descrito como "tempestade de neve" ou "cachos de uva", o que difere da descrição de restos ovulares comuns.

Alternativa (c) Incorreta: No abortamento completo, ocorre a expulsão total do conteúdo uterino. Clinicamente, a paciente costuma relatar uma diminuição importante da dor e do sangramento após a saída do material. Ao exame físico, o colo uterino já se encontra fechado e, na ultrassonografia, a cavidade uterina aparece vazia, com endométrio fino e sem restos ovulares.

Alternativa (d) Incorreta: A gravidez ectópica ocorre quando o embrião se implanta fora da cavidade uterina (mais comum nas trompas). Embora cause dor e sangramento, o colo uterino permanece fechado ao toque vaginal. O achado ultrassonográfico típico seria um útero vazio associado a uma massa anexial ou saco gestacional extrauterino, e não a presença de restos dentro do útero.

Questão 27

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A ultrassonografia morfológica do segundo trimestre, idealmente realizada entre 20 e 24 semanas de gestação, é um dos exames mais críticos do acompanhamento pré-natal. Nesse período, o feto já possui seus sistemas orgânicos formados e apresenta dimensões e volume de líquido amniótico que permitem uma visualização detalhada de quase toda a sua estrutura anatômica.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a localização da placenta seja verificada e descrita no laudo, este não é o objetivo principal do exame morfológico. Além disso, a posição fetal (estática) entre 20 e 24 semanas é muito variável e não define conduta, pois o feto tem espaço suficiente na cavidade uterina para mudar de posição constantemente até o terceiro trimestre.

Alternativa (b) Incorreta: O período de escolha para determinar a idade gestacional com maior precisão é o primeiro trimestre, especificamente entre a 6ª e a 13ª semana e 6 dias, utilizando a medida do comprimento cabeça-nádega (CCN). A partir do segundo trimestre, a margem de erro do exame para fins de datação aumenta progressivamente devido à variabilidade genética do crescimento fetal.

Alternativa (c) Correta: Esta é a função precípua do exame. Entre 20 e 24 semanas, realiza-se uma avaliação sistemática de todos os órgãos e sistemas do feto. O exame busca identificar malformações no sistema nervoso central, face, coluna vertebral,

tórax, coração (rastreamento de cardiopatias), trato gastrointestinal, parede abdominal, sistema geniturinário e membros. É o momento em que a maioria das anomalias estruturais pode ser detectada.

Alternativa (d) Incorreta: A avaliação de macrossomia (fetos excessivamente grandes) é uma preocupação do terceiro trimestre. Já o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) é essencialmente laboratorial, realizado preferencialmente por meio do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas de gestação, e não pelo exame de imagem morfológico.

Gabarito: Letra (c).

Questão 28

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma gestante de 35 semanas com um quadro clássico de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Os principais marcadores diagnósticos presentes são: dor abdominal súbita, sangramento vaginal com coágulos (sangramento escurecido), hipertonia uterina (útero rígido ou lenhoso) e sofrimento fetal agudo, evidenciado pela bradicardia fetal (BCF de 100 bpm). A presença de hipertensão (150 x 100 mmHg) é o principal fator de risco associado ao DPP.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A hipótese de descolamento prematuro de placenta (DPP) é confirmada pela tríade de dor abdominal, sangramento e hipertonia uterina. Diante de um DPP com feto vivo e sinais de sofrimento fetal (bradicardia), a conduta deve ser a resolução rápida da gestação. A estabilização clínica da mãe (reposição volêmica e controle pressórico) é o primeiro passo, seguida da via de parto mais rápida. Como a paciente apresenta apenas 3 cm de dilatação (o que indica que o parto vaginal não é iminente), a cesariana é a via de escolha para salvar o binômio mãe-filho.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa a: Embora o diagnóstico de DPP esteja correto, a conduta de solicitar ultrassonografia está errada. O diagnóstico do DPP é eminentemente clínico. Em uma situação de emergência com sofrimento fetal, perder tempo realizando um exame de imagem atrasa a resolução do quadro e aumenta a mortalidade materna e fetal. Além disso, a sensibilidade da ultrassonografia para detectar o descolamento no momento agudo é baixa.

Alternativa c: O diagnóstico de placenta prévia está incorreto. Na placenta prévia, o sangramento costuma ser indolor, de cor vermelho vivo, progressivo e, fundamentalmente, o útero apresenta-se relaxado (tônus normal), sem sofrimento fetal inicial. Além disso, a ultrassonografia não deve ser a prioridade em quadros de instabilidade ou sofrimento fetal agudo.

Alternativa d: O diagnóstico de placenta prévia está incorreto pelos motivos citados acima. Embora a estabilização e a cesariana possam ser aplicadas em casos graves de placenta prévia, os sinais de hipertonia uterina e dor abdominal intensa são patognomônicos de descolamento prematuro de placenta no contexto desta questão.

Questão 29

Para resolver essa questão, é fundamental analisar a evolução do partograma e a dinâmica uterina da paciente.

Análise da evolução clínica:

Entre as 13h00 e as 16h00, houve progressão da dilatação (de 5 cm para 7 cm) e da descida fetal (de -3 para -2 de DeLee), caracterizando uma fase ativa em evolução, embora lenta.

Entre as 16h00 e as 20h00 (um intervalo de 4 horas), a dilatação permaneceu estagnada em 7 cm e o feto manteve-se na mesma altura (-2 de DeLee). Isso define clinicamente uma Parada Secundária da Dilatação (estase da dilatação por 2 horas ou mais).

Por que o diagnóstico é Desproporção Cefalopélvica (DCP)?

A Parada Secundária da Dilatação pode ter duas causas principais: motoras (contrações insuficientes) ou mecânicas (o feto não passa pela bacia). No caso descrito, às 20h00, a paciente apresentava uma Atividade Uterina (AU) excelente: 4 contrações em 10 minutos, com duração de 60 segundos cada (4/10'/60"). Se as contrações são efetivas e de boa intensidade, mas o trabalho de parto não progride em termos de dilatação e descida, o diagnóstico é de causa mecânica, ou seja, Desproporção Cefalopélvica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A distocia funcional ocorre quando a dinâmica uterina é ineficiente (hipossistolia ou bradisistolia). O enunciado mostra que a paciente tem contrações vigorosas (4/10'/60"), descartando falha no "motor" do parto.

b) Incorreta. A fase ativa prolongada é caracterizada por uma dilatação lenta (menos de 1 cm por hora), mas que ainda assim progride. No caso, houve uma interrupção

total da progressão por 4 horas, o que configura parada e não apenas prolongamento.

c) Incorreta. Não há elementos no exame físico (como a palpação de Leopold ou o toque vaginal) que sugiram apresentação oblíqua. O feto está em apresentação cefálica, conforme sugerido pela estação de DeLee e pela dinâmica habitual de uma primigesta a termo.

d) Correta. A manutenção da dilatação e da altura da apresentação por 4 horas consecutivas, na presença de contrações uterinas adequadas e eficientes, é o critério clássico para o diagnóstico de Desproporção Cefalopélvica (DCP) no partograma. Trata-se de uma parada secundária da dilatação por obstrução mecânica.

Questão 30

O diagnóstico de toxoplasmose na gestação exige uma interpretação cuidadosa da sorologia. Quando uma gestante no primeiro trimestre (neste caso, com 12 semanas) apresenta IgG e IgM positivos, o objetivo principal é determinar se a infecção é aguda (ocorrida durante a gestação) ou crônica/pregressa (ocorrida antes da gestação, sem risco para o feto).

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. O teste de avidéz de IgG é a conduta de escolha para gestantes com menos de 16 semanas de idade gestacional que apresentam IgG e IgM reagentes. A avidéz mede a força de ligação do anticorpo ao antígeno; anticorpos produzidos no início da infecção possuem baixa avidéz, enquanto anticorpos de infecções antigas possuem alta avidéz. Se o resultado demonstrar alta avidéz, significa que a infecção ocorreu há pelo menos 4 meses, ou seja, antes da concepção, descartando o risco de transmissão vertical.

Alternativa (b): INCORRETA. O teste de avidéz é realizado exclusivamente para a imunoglobulina G (IgG), e não para a IgM. Além disso, a alta avidéz indica infecção antiga e não justifica o início de tratamento, muito menos da terapia tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico), que é reservada para casos de infecção fetal confirmada ou infecções agudas no terceiro trimestre.

Alternativa (c): INCORRETA. A espiramicina é iniciada quando há forte suspeita ou confirmação de infecção aguda para reduzir a taxa de transmissão vertical. No entanto, como a paciente está no primeiro trimestre e já possui IgG positivo, o protocolo preconiza realizar primeiro o teste de avidéz para confirmar se a infecção é realmente recente. Repetir a sorologia em 3 semanas sem o teste de avidéz atrasaria

a definição diagnóstica necessária.

Alternativa (d): INCORRETA. A presença de um marcador de fase aguda (IgM positivo) em uma gestante não permite a manutenção do seguimento pré-natal habitual de baixo risco. É obrigatória a investigação complementar, pois, caso a infecção seja aguda, medidas terapêuticas e de acompanhamento morfológico fetal rigoroso deverão ser implementadas.

Questão 31

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma criança de 4 anos com diarreia aguda e febre, sem sinais de gravidade ou complicações. Ao avaliar o estado de hidratação, observamos que, embora a criança apresente sede (um sinal precoce), ela mantém o tempo de enchimento capilar normal (1 segundo), mucosas hidratadas, diurese preservada e sinais vitais estáveis. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), esta criança é classificada como sem desidratação clínica, devendo ser tratada inicialmente com o Plano A (tratamento domiciliar).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A mãe nega vômitos, logo não há indicação para o uso de antieméticos. Além disso, a ausência de sangue ou muco nas fezes (disenteria) e o bom estado geral da criança indicam uma provável etiologia viral ou bacteriana não invasiva, situações em que o uso de antibióticos não é recomendado e pode, inclusive, ser prejudicial.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa contempla as bases do manejo da diarreia aguda sem desidratação (Plano A). O soro de reidratação oral deve ser oferecido após cada evacuação líquida para prevenir a desidratação. O zinco é recomendado pela OMS para todas as crianças com diarreia aguda por reduzir a duração, a gravidade e a recorrência do episódio nos meses seguintes. O antitérmico é indicado para o manejo da febre relatada. O repositor de flora (probiótico) é frequentemente utilizado como adjuvante para reduzir o tempo dos sintomas.

Alternativa c) Incorreta. A hidratação intravenosa vigorosa é reservada para o Plano C, indicado apenas em casos de desidratação grave ou choque hipovolêmico. A criança em questão está hidratada e aceita líquidos por via oral, sendo a via parenteral totalmente desnecessária e contraindicada neste momento.

Alternativa d) Incorreta. Não há critérios para internação hospitalar, uma vez que a criança está clinicamente estável, sem desidratação e sem sinais de perigo (como letargia ou incapacidade de beber líquidos). O uso de antibiótico e hidratação venosa é inadequado para o quadro clínico apresentado.

Questão 32

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O quadro clínico descreve um lactente de 2 meses com pródromos virais (coriza) que evolui com o primeiro episódio de sibilância e desconforto respiratório. Essa é a apresentação clássica da Bronquiolite Viral Aguda (BVA), a infecção das vias aéreas inferiores mais comum em menores de 2 anos, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o principal agente etiológico.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA

A base do tratamento da Bronquiolite Viral Aguda é o suporte clínico e a manutenção da hidratação e oxigenação. Lactentes pequenos são respiradores nasais preferenciais; portanto, a obstrução do nariz por muco é a principal causa de desconforto respiratório e de dificuldade para realizar a sucção (cansaço para mamar). A lavagem nasal com soro fisiológico e a aspiração frequente das secreções são as medidas mais eficazes para reduzir o esforço respiratório. Como o paciente apresenta saturação de oxigênio de 95% (acima do limite de corte para hipoxemia, que é 90 a 92%) e o esforço é leve a moderado, ele pode ser acompanhado no domicílio, desde que a mãe receba orientações claras sobre sinais de alerta e necessidade de retorno.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): A Bronquiolite Viral Aguda é uma doença causada por vírus. O uso de antibióticos, como os macrolídeos, não tem indicação no tratamento de rotina, pois não altera o curso da doença nem previne complicações. O uso de antibióticos só deve ser considerado se houver evidência clara de infecção bacteriana secundária associada.

Alternativa (b): O paciente está estável, com saturação de 95% em ar ambiente. A internação em CTI e a instituição de via aérea definitiva (intubação) são medidas extremas reservadas apenas para casos de insuficiência respiratória grave, apneias recorrentes ou exaustão respiratória iminente, o que não condiz com o quadro clínico relatado.

Alternativa (c): As diretrizes nacionais e internacionais atuais (como as da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria) não recomendam o uso rotineiro de broncodilatadores, como o salbutamol, na bronquiolite. Isso ocorre porque o estreitamento da via aérea na BVA é causado por edema da mucosa, necrose celular e excesso de muco, e não por broncoespasmo (como ocorre na asma). Além disso, a saturação de 95% não justifica o uso de oxigenoterapia suplementar, que geralmente é indicada apenas quando a saturação cai abaixo de 90-92%.

Questão 33

O sarampo é uma doença exantemática febril aguda que promove uma rápida depleção dos estoques corporais de vitamina A. Essa vitamina, também conhecida como retinol, desempenha um papel vital na manutenção da integridade das superfícies epiteliais e na regulação da resposta imunológica. A deficiência de vitamina A é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de formas graves de sarampo, estando associada a complicações oculares (como a ceratomalácia e a xeroftalmia), respiratórias e intestinais, além de um aumento significativo na mortalidade infantil.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A vitamina C é essencial para a cicatrização e defesa imunológica geral, mas não existe um protocolo clínico ou evidência epidemiológica que vincule especificamente sua deficiência ao aumento da mortalidade pelo vírus do sarampo.

Alternativa B: Incorreta. A vitamina E possui funções antioxidantes importantes, mas sua carência não é o principal determinante biológico para o agravamento das manifestações clínicas ou do prognóstico do sarampo.

Alternativa C: Incorreta. A vitamina D tem papel relevante na modulação imunológica, porém, no contexto clínico do sarampo, a vitamina A permanece como o micronutriente crítico cujos níveis baixos estão diretamente ligados ao óbito e a sequelas graves.

Alternativa D: Correta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a administração de vitamina A a todas as crianças com sarampo, independentemente do estado nutricional prévio. A suplementação reduz a duração da febre, a gravidade da diarreia e a incidência de pneumonia, diminuindo drasticamente a letalidade da doença. O esquema geralmente envolve duas doses administradas em dias consecutivos.

Questão 34

Análise do Quadro Clínico:

A paciente é uma criança de 6 anos que apresenta sinais clássicos de Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE) de caráter grave ou total. Os indicadores clínicos são: incapacidade de falar ou emitir sons, tosse ineficaz, cianose (lábios arroxeados) e o sinal universal de asfixia (mãos no pescoço). Em crianças maiores de 1 ano e adultos conscientes com obstrução grave, a conduta imediata preconizada pelos protocolos internacionais (como AHA e PALS) é a Manobra de Heimlich.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): As rápidas compressões na região epigástrica descrevem a Manobra de Heimlich. O examinador deve se posicionar atrás da criança e realizar pressões subdiafragmáticas no sentido para dentro e para cima (em J). Essa ação eleva o diafragma e aumenta a pressão intratorácica, criando uma tosse artificial que força a expulsão do objeto (no caso, a bala dura) da via aérea.

Alternativa B (Incorreta): A varredura digital às cegas é contraindicada. Tentar retirar um objeto sem visualização direta pode empurrá-lo ainda mais profundamente na via aérea, transformando uma obstrução parcial em total ou dificultando ainda mais a remoção. A remoção manual só é permitida se o corpo estranho estiver visível e for facilmente alcançável.

Alternativa C (Incorreta): A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) está indicada apenas se a vítima estiver inconsciente/não responsiva. O enunciado descreve que a criança está "desesperada", com "olhar assustado" e tentando tossir, o que confirma que ela ainda mantém o estado de consciência. Caso ela perca a consciência durante a manobra, aí sim deve-se posicioná-la no chão e iniciar as compressões torácicas.

Alternativa D (Incorreta): Os golpes nas costas (back blows) intercalados com compressões torácicas são a conduta de escolha para lactentes (menores de 1 ano de idade). Para crianças maiores de 1 ano, como a paciente em questão (6 anos), a preferência é a manobra de compressão abdominal (Heimlich). Além disso, a posição em decúbito lateral não é adequada para a realização dessas manobras em pacientes conscientes.

Resumo: Diante de uma criança acima de 1 ano com obstrução grave de via aérea e consciente, a conduta imediata e correta é a aplicação das compressões abdominais (Manobra de Heimlich).

Questão 35

Alternativa a: Incorreta. Embora a biópsia do intestino delgado seja tradicionalmente considerada o padrão-ouro, diretrizes internacionais modernas, como as da ESPGHAN para a população pediátrica, permitem o diagnóstico definitivo sem a realização de biópsia em casos específicos (pacientes sintomáticos com anticorpos antitransglutaminase IgA acima de 10 vezes o limite superior da normalidade e confirmação com anticorpo antiendomísio). Portanto, a afirmação de que a biópsia é indispensável para o diagnóstico definitivo em todos os casos não é mais universalmente verdadeira.

Alternativa b: Incorreta. A retirada do glúten da alimentação nunca deve ser feita antes da investigação diagnóstica. Para que os testes de sorologia e a análise histopatológica sejam confiáveis, o paciente deve estar consumindo glúten. A retirada precoce da proteína leva à cicatrização da mucosa e à normalização dos anticorpos, o que pode gerar resultados falso-negativos e impedir o diagnóstico correto.

Alternativa c: Incorreta. A doença celíaca possui uma base genética extremamente forte e obrigatória. Existe uma relação direta com a predisposição individual ligada aos antígenos de histocompatibilidade HLA-DQ2 (presente em cerca de 95% dos casos) e HLA-DQ8. A ausência desses alelos tem um valor preditivo negativo de quase 100%, sendo utilizada na prática clínica para excluir a possibilidade da doença em casos de dúvida diagnóstica.

Alternativa d: Correta. O procedimento de endoscopia digestiva alta, quando associado à coleta de biópsias duodenais, permite evidenciar as alterações histológicas patognomônicas da doença celíaca. Essas alterações são classificadas pela escala de Marsh e incluem o aumento do infiltrado linfocitário intraepitelial (linfocitose), a hiperplasia das criptas (como resposta regenerativa) e a atrofia das vilosidades intestinais (causando a perda da superfície de absorção), que são os sinais característicos citados na alternativa.

Questão 36

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Prader-Willi (SPW). Para identificar essa patologia em provas, o aluno deve focar no binômio: hipotonia neonatal importante (fase inicial) seguida de hiperfagia e obesidade central (fase tardia, geralmente após os 2 anos).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A Síndrome de Williams caracteriza-se pela "fácies de gnomo ou elfo" (fronte larga, íris estrelada, bochechas proeminentes e lábios grossos), personalidade extremamente sociável (conhecida como "cocktail party personality"), estenose aórtica supravalvular e hipercalcemia idiopática na infância. Não costuma cursar com a obesidade e o hipogonadismo marcantes vistos no caso.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome de Edwards (Trissomia do 18) apresenta malformações graves e alta mortalidade neonatal. Os achados típicos incluem micrognatia, orelhas de implantação baixa, mãos cerradas com sobreposição de dedos (segundo sobre o terceiro) e pés em "mata-borrão". É improvável que uma criança com Edwards chegue aos 7 anos para investigação inicial de síndrome congênita em ambulatório.

Alternativa c) Correta. A Síndrome de Prader-Willi é causada pela ausência de expressão de genes no braço longo do cromossomo 15 de origem paterna (deleção em 70% dos casos ou dissomia uniparental materna). Os critérios clínicos presentes na questão são patognomônicos:

1. História de hipotonia neonatal (o "bebê hipotônico" que tem dificuldade de sucção).
2. Obesidade de início precoce e hiperfagia.
3. Baixa estatura (deficiência de GH é comum).
4. Hipogonadismo (criptorquidia, hipoplasia escrotal ou atraso puberal).
5. Atraso no desenvolvimento psicomotor e cognitivo.
6. Dismorfismos faciais: olhos amendoados, diâmetro bifrontal estreito e boca com lábio superior fino e cantos voltados para baixo (boca triangular).

Alternativa d) Incorreta. A Síndrome de Ehlers-Danlos é um grupo heterogêneo de distúrbios do tecido conjuntivo. As principais manifestações são a hiperextensibilidade cutânea, a hipermobilidade articular e a fragilidade tecidual (má cicatrização e propensão a hematomas). Não há associação direta com obesidade, hipogonadismo ou o padrão de atraso neuropsicomotor descrito.

Questão 37

O leite de vaca integral (não modificado) é considerado inadequado para o lactente no primeiro ano de vida devido a uma série de desequilíbrios nutricionais e limitações fisiológicas da criança. A principal preocupação mencionada no enunciado é a elevada concentração de proteínas (três vezes maior que no leite humano) e de eletrólitos, como sódio, potássio e fósforo. Esse excesso gera uma alta carga renal de solutos, exigindo que os rins do lactente, ainda em fase de maturação, trabalhem próximos ao seu limite funcional para excretar esses solutos, o que aumenta o risco

de desidratação e sobrecarga renal. Além disso, o leite de vaca é pobre em ferro de boa biodisponibilidade e pode causar micro-hemorragias intestinais, sendo o principal fator de risco para anemia ferropriva nessa faixa etária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 1 ano de vida.

Esta é a alternativa correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, o leite de vaca in natura ou integral só deve ser introduzido na dieta da criança após os 12 meses de idade. Até os 6 meses, o aleitamento materno deve ser exclusivo. Entre os 6 e 12 meses, se houver impossibilidade de amamentação, os substitutos recomendados são as fórmulas infantis de seguimento, que são quimicamente modificadas para reduzir a carga de proteínas e minerais e fortificadas com micronutrientes.

Alternativa b) 3 anos de vida.

Esta alternativa está incorreta. Embora existam leites de crescimento comercializados para crianças acima de 1 ou 2 anos, não há justificativa fisiológica ou clínica que obrigue a postergação do leite de vaca comum até os 3 anos. Após o primeiro ano de vida, o sistema renal e o trato gastrointestinal da criança já possuem maturidade suficiente para processar o leite integral dentro de uma dieta equilibrada.

Alternativa c) 6 meses de vida.

Esta alternativa está incorreta. Aos 6 meses, inicia-se a introdução de alimentos complementares, mas o leite de vaca não modificado permanece contraindicado. A introdução do leite de vaca nesta fase precoce está fortemente associada ao desenvolvimento de alergias alimentares (APLV), à sobrecarga renal e, principalmente, ao desenvolvimento de anemia ferropriva grave por deficiência de ingestão e perda sanguínea intestinal.

Alternativa d) 1 ano e 6 meses de vida.

Esta alternativa está incorreta. Embora o leite de vaca possa ser consumido nesta idade, o limite mínimo de segurança estabelecido pelos órgãos de saúde para a introdução é de 1 ano (12 meses). O período de 1 ano e 6 meses é um marco arbitrário que não corresponde à recomendação oficial de transição alimentar.

Em resumo, o marco de 1 ano de vida é o consenso para a introdução do leite de vaca não modificado, visando proteger a função renal e garantir um perfil nutricional adequado para o desenvolvimento do lactente.

Questão 38

A Síndrome de Down (Trissomia do 21) é a anomalia cromossômica mais comum na espécie humana e possui uma associação muito estreita com malformações cardíacas, que ocorrem em aproximadamente 40% a 50% desses pacientes. É fundamental que o médico saiba identificar a principal cardiopatia associada para realizar o rastreamento ecocardiográfico precoce.

Alternativa A (Incorreta): A Pentalogia de Fallot (ou a Tetralogia de Fallot) pode estar presente em pacientes com Síndrome de Down, mas não é a cardiopatia mais frequente. A Tetralogia de Fallot é classicamente associada a outras síndromes, como a Síndrome de DiGeorge (deleção 22q11.2).

Alternativa B (Incorreta): A Anomalia de Ebstein é caracterizada pela falha na delaminação e consequente deslocamento apical dos folhetos da valva tricúspide. Esta patologia está classicamente relacionada ao uso materno de lítio durante o primeiro trimestre da gestação, e não à trissomia do 21.

Alternativa C (Correta): O Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV), também conhecido como defeito do canal atrioventricular comum, é a cardiopatia congênita mais prevalente na Síndrome de Down, correspondendo a cerca de 45% dos defeitos cardíacos nesses pacientes. Esta condição ocorre devido a uma falha no desenvolvimento dos coxins endocárdicos, resultando em uma comunicação interatrial (tipo ostium primum), uma comunicação interventricular e, frequentemente, uma valva atrioventricular única em vez de duas valvas separadas (mitral e tricúspide).

Alternativa D (Incorreta): A Transposição dos Grandes Vasos da Base é a principal causa de cianose neonatal precoce (nas primeiras 24 horas de vida), mas não apresenta uma associação estatística preferencial com a Síndrome de Down quando comparada ao DSAV ou à Comunicação Interventricular (CIV) isolada.

Questão 39

A Febre Reumática (FR) é uma doença inflamatória sistêmica que ocorre como uma complicação tardia e não supurativa de uma faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. O diagnóstico é baseado nos Critérios de Jones, revisados pela última vez em 2015 pela American Heart Association. Para confirmar o diagnóstico, exige-se a evidência de infecção estreptocócica prévia somada a dois critérios maiores, ou um critério maior acompanhado de dois critérios menores.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cardite reumática é um critério maior. Ela representa a manifestação mais grave da fase aguda, podendo atingir as três camadas do coração (pancardite), embora o acometimento do endocárdio (valvulite) seja o mais característico, manifestando-se clinicamente por sopros cardíacos ou por alterações no ecocardiograma (cardite subclínica).

Alternativa b) Incorreta. O eritema marginado é um critério maior. É uma manifestação cutânea rara, consistindo em manchas avermelhadas com bordas nítidas, circulares e centro claro, que não coçam e aparecem predominantemente no tronco e na raiz dos membros.

Alternativa c) Incorreta. Os nódulos subcutâneos são critérios maiores. São pequenos, firmes, indolores e localizam-se geralmente sobre superfícies extensoras de articulações ou proeminências ósseas. Eles costumam estar associados a casos de cardite moderada a grave.

Alternativa d) Correta. A elevação dos reagentes de fase aguda é um dos critérios menores. Isso inclui a Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e a Proteína C Reativa (PCR). De acordo com a atualização de 2015, um nível sérico de PCR acima de 3,0 mg/dL é considerado um critério menor para o diagnóstico.

Para fins de revisão, os critérios de Jones são:

Critérios Maiores: Artrite (Poliartrite migratória), Cardite, Coreia de Sydenham, Eritema marginado e Nódulos subcutâneos.

Critérios Menores: Artralgia, Febre, Elevação de reagentes de fase aguda (PCR e VHS) e Prolongamento do intervalo PR no eletrocardiograma.

Questão 40

Análise do caso clínico:

O quadro descrito é de uma crise febril simples em um lactente de 22 meses (1 ano e 10 meses). Os critérios que definem uma crise febril como simples são: duração menor que 15 minutos (no caso, 30 segundos), caráter generalizado (tonicoclônica generalizada), ausência de recorrência em 24 horas e recuperação rápida do nível de consciência sem déficits neurológicos focais (exame neurológico atual normal). O histórico familiar positivo é um fator de risco comum e reforça a natureza benigna do evento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ocorrência de um novo quadro de febre alta não é indicação para realização de exames de imagem (tomografia ou ressonância). A conduta em novos episódios febris deve focar no controle térmico e na investigação do foco infeccioso, não na investigação neurológica por imagem, a menos que surjam sinais de alerta ou a crise se torne complexa.

Alternativa b) Incorreta. O eletroencefalograma (EEG) não está indicado na crise febril simples. Estudos demonstram que o EEG não é capaz de prever a recorrência de crises febris nem o desenvolvimento futuro de epilepsia nessas crianças. Portanto, sua realização não traz benefício clínico e pode gerar ansiedade desnecessária à família.

Alternativa c) Correta. Por preencher todos os critérios de crise febril simples e apresentar exame neurológico normal, a criança não necessita de exames complementares como tomografia, EEG ou punção lombar. A prioridade deve ser a identificação e tratamento do foco da febre (neste caso, o quadro gripal) e a orientação aos pais sobre a benignidade do quadro.

Alternativa d) Incorreta. Não há indicação de tomografia computadorizada de crânio, muito menos com contraste, para uma crise febril simples. Exames de imagem são reservados para casos de suspeita de trauma craniano, hipertensão intracraniana, presença de déficit neurológico focal ou crises febris complexas com caráter focal. O EEG também é dispensável conforme explicado anteriormente.

Questão 41

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada pela última vez em 2017 (Portaria nº 2.436/2017), define as diretrizes para a organização da Atenção Básica no Brasil. A questão exige o conhecimento da composição mínima obrigatória de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (eSF).

Alternativa (a): Correta. Segundo a PNAB, a composição mínima de uma equipe de Saúde da Família deve incluir: médico (preferencialmente da especialidade de Medicina de Família e Comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Vale lembrar que agentes de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal também podem ser integrados, mas a base mínima essencial é a descrita nesta alternativa.

Alternativa (b): Incorreta. O psicólogo não faz parte da composição mínima obrigatória da eSF. Esses profissionais, juntamente com fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas, geralmente compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da

Família e Atenção Básica (NASF-AB), que funciona como um suporte matricial e técnico para as equipes de referência, mas não é um componente fixo da eSF mínima.

Alternativa (c): Incorreta. Embora a saúde bucal seja uma modalidade que pode estar integrada à Estratégia Saúde da Família, o cirurgião-dentista não é exigido para a formação da equipe mínima padrão. Quando presente, configura-se uma eSF com Saúde Bucal, que possui financiamento e composição específica (dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal).

Alternativa (d): Incorreta. Esta alternativa está incompleta. Para a conformidade legal e operacional da eSF, é indispensável a presença do auxiliar ou técnico de enfermagem. Estes profissionais são responsáveis por atividades práticas essenciais, como curativos, administração de medicamentos, vacinação e triagem, sendo membros obrigatórios da equipe conforme a normativa vigente.

Questão 42

O estudo ecológico é um delineamento de pesquisa epidemiológica que se distingue fundamentalmente pela sua unidade de análise: o grupo ou a população, e não o indivíduo isolado.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta: O termo "ecológico" em epidemiologia refere-se ao nível de agregação dos dados e não, necessariamente, a fatores ambientais ou à ecologia no sentido biológico. Além disso, a observação detalhada ao longo do tempo, sem mencionar o caráter agregado dos dados, não define o método.

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa descreve o desenho de um estudo de coorte. No estudo de coorte, o pesquisador acompanha indivíduos (unidade de análise individual) expostos e não expostos a um determinado fator para observar a incidência de doenças ao longo do tempo.

Alternativa (c) Incorreta: Esta é a definição de um ensaio clínico randomizado. Trata-se de um estudo experimental, e não apenas observacional, no qual a unidade de análise é o indivíduo e o objetivo é avaliar a eficácia de intervenções sob condições controladas.

Alternativa (d) Correta: Define precisamente o estudo ecológico. A principal característica deste modelo é o uso de dados agregados (como médias, proporções ou coeficientes) de populações inteiras, como cidades, estados ou países. Por

exemplo, ao comparar a taxa de mortalidade por infarto em diferentes cidades com o consumo médio de gordura per capita de cada uma. Como não se têm dados individuais, existe o risco da falácia ecológica, que é o erro de atribuir a um indivíduo uma associação que foi observada apenas no nível populacional.

Questão 43

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada pela última vez em 2017, estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. É fundamental para o candidato diferenciar os princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade) das diretrizes específicas da Atenção Básica. As diretrizes citadas pela PNAB incluem: Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do Cuidado, Coordenação do Cuidado, Ordenação da Rede e Participação da Comunidade.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a regionalização e a hierarquização sejam diretrizes da PNAB, a democracia não consta no rol de diretrizes operacionais da política. O termo correto relacionado ao envolvimento social é Participação da Comunidade.

Alternativa B: Incorreta. A territorialização e a população adscrita são diretrizes fundamentais da APS. No entanto, a centralização está incorreta; a diretriz do SUS é a descentralização, que busca aproximar a gestão do cidadão. Na Atenção Básica, busca-se a capilaridade e a autonomia local, e não a centralização de poder ou processos.

Alternativa C: Incorreta. A longitudinalidade e a resolutividade são diretrizes corretas. O erro reside no termo "cuidado centrado na doença". A PNAB preconiza o Cuidado Centrado na Pessoa, que foca na subjetividade, no contexto social e nas necessidades do indivíduo, e não apenas na patologia de forma isolada.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa agrupa três diretrizes explicitamente descritas na PNAB. A resolutividade refere-se à capacidade da equipe de identificar e resolver a maioria dos problemas de saúde da população. A coordenação do cuidado significa que a Atenção Básica deve organizar o fluxo do paciente pelos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. A participação da comunidade reforça o controle social e a gestão participativa no território.

Questão 44

Os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais para a gestão e o planejamento em saúde pública. Para responder corretamente a esta questão, é necessário conhecer a classificação oficial adotada no Brasil pela RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), que organiza os indicadores em seis grandes grupos ou categorias.

Alternativa A: Correta.

Esta alternativa descreve exatamente as seis dimensões ou grupos técnicos estabelecidos pela RIPSAs para a análise das condições de saúde no país. Os indicadores demográficos tratam da dinâmica populacional; os socioeconômicos avaliam as condições de vida; as medidas de mortalidade e morbidade analisam a ocorrência de óbitos e doenças; os fatores de risco e proteção observam comportamentos ou condições que influenciam a saúde; e os indicadores de recursos e cobertura avaliam a infraestrutura disponível e o alcance das ações de saúde.

Alternativa B: Incorreta.

Esta opção está incompleta. Ela omite o grupo dos indicadores demográficos, que são essenciais para o cálculo de taxas e para o entendimento da pirâmide etária de uma população. Além disso, substitui termos amplos como recursos e cobertura por termos mais específicos como parâmetros de vacinação e estrutura, que são apenas subcomponentes dos grupos maiores.

Alternativa C: Incorreta.

O erro desta alternativa é conceitual. A questão solicita os principais grupos (as categorias amplas) de indicadores. A alternativa C lista indicadores específicos e isolados, como mortalidade infantil, renda per capita e expectativa de vida. Estes são exemplos de dados que pertencem aos grandes grupos, mas não representam a classificação das categorias em si.

Alternativa D: Incorreta.

Assim como a alternativa B, esta opção falha por ser restritiva. Ela ignora os indicadores demográficos e socioeconômicos como grupos fundamentais. Ao citar imunização e desenvolvimento humano, a alternativa foca em indicadores específicos ou índices compostos (como o IDH), em vez de listar as macrocategorias utilizadas tecnicamente para organizar o sistema de informação em saúde.

Questão 45

Questão comentada:

Alternativa (a) Incorreta: A definição apresentada refere-se à Sensibilidade, e não à Especificidade. A Sensibilidade é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos doentes (resultado positivo entre os doentes). Já a Especificidade é a probabilidade de um resultado negativo em pacientes que comprovadamente não apresentam a doença (verdadeiros negativos).

Alternativa (b) Incorreta: Houve uma inversão de conceitos. A Sensibilidade é a probabilidade de resultado positivo em doentes. A definição trazida pela alternativa (resultado negativo em pacientes não doentes) descreve a Especificidade.

Alternativa (c) Correta: A Razão de Verossimilhança (Likelihood Ratio) é uma das ferramentas mais úteis na medicina baseada em evidências para o raciocínio clínico. Ela indica o quanto um resultado de teste aumenta ou diminui a probabilidade pré-teste de uma doença, gerando uma probabilidade pós-teste. No processo diagnóstico, podemos utilizar a probabilidade pós-teste de um primeiro exame como a probabilidade pré-teste para um segundo exame, permitindo combinar múltiplos testes sequencialmente para refinar o diagnóstico.

Alternativa (d) Incorreta: A acurácia é uma medida de desempenho global do teste, calculada pela soma dos acertos (verdadeiros positivos + verdadeiros negativos) dividida pelo total de indivíduos testados. Ela é expressa em valores positivos entre 0 e 1 (ou 0% a 100%). A definição final da alternativa (razão entre a probabilidade de um determinado resultado em doentes e não doentes) descreve, na verdade, a Razão de Verossimilhança, e não a acurácia.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 46

A questão aborda a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, regida atualmente pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde (e suas atualizações periódicas). O examinador busca testar o conhecimento do candidato sobre a periodicidade da notificação: se semanal ou imediata (até 24 horas).

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A tuberculose é uma doença de notificação compulsória semanal. Por ser uma patologia crônica e de evolução lenta, o sistema de vigilância foca no

acompanhamento do tratamento e no controle de contatos, não exigindo o desencadeamento de ações de bloqueio nas primeiras 24 horas após o diagnóstico clínico.

b) CORRETA. O sarampo é uma doença exantemática viral de altíssima transmissibilidade e é alvo de programas de eliminação no Brasil. Devido ao potencial de causar surtos rápidos e graves, qualquer caso suspeito exige notificação imediata (em até 24 horas) para que as equipes de vigilância realizem a investigação epidemiológica e o bloqueio vacinal oportuno dos contatos, visando interromper a cadeia de transmissão.

c) INCORRETA. Em situações rotineiras, a dengue é uma doença de notificação compulsória semanal. A notificação passa a ser imediata apenas em casos de óbitos suspeitos de dengue ou em situações epidemiológicas específicas e atípicas, o que não é a regra geral para o agravo listado de forma isolada na alternativa.

d) INCORRETA. A infecção pelo HIV e a AIDS são condições de notificação compulsória semanal. Assim como a tuberculose, o monitoramento foca na tendência epidemiológica, vinculação ao tratamento e prevenção da transmissão vertical, não demandando ações de emergência em saúde pública no prazo de 24 horas após o atendimento inicial.

Resumo didático:

As notificações imediatas são reservadas para doenças com alto potencial de disseminação (como sarampo, poliomielite, raiva humana e febre amarela), doenças em processo de erradicação/eliminação ou eventos de saúde pública que representem risco iminente à coletividade. Doenças de curso crônico ou endêmicas com controle estabelecido costumam figurar na lista de notificação semanal.

Questão 47

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda o impacto epidemiológico de uma estratégia de rastreamento (*screening*) populacional para a sífilis. Quando um gestor decide oferecer testes de forma ativa para indivíduos assintomáticos, ele altera a dinâmica de detecção da doença na rede de saúde.

ALTERNATIVA D (CORRETA)

Ao implementar a busca ativa, o sistema de saúde passa a identificar indivíduos que estão nas fases latentes da sífilis (primária, secundária ou latente recente/tardia) e

que, por não apresentarem sintomas exuberantes ou incômodos, não buscariam atendimento espontaneamente.

Isso gera dois efeitos imediatos nos indicadores:

1. Aumento da Incidência Notificada: Embora o número real de pessoas se infectando possa não ter mudado, o número de "casos novos registrados" sobe drasticamente porque casos antes "invisíveis" são agora diagnosticados.
2. Aumento da Prevalência: Como a prevalência é o estoque total de casos em um determinado momento, ao retirar indivíduos do grupo de "infectados desconhecidos" e colocá-los no grupo de "casos confirmados", o índice de prevalência da doença na população assistida aumenta.

ALTERNATIVA A (INCORRETA)

A afirmação está matematicamente incorreta no contexto epidemiológico. A prevalência é influenciada diretamente pela incidência e pela duração da doença ($\text{Prevalência} = \text{Incidência} \times \text{Duração}$). Se há um aumento na detecção de novos casos (incidência de diagnóstico), a prevalência obrigatoriamente aumentará, a menos que houvesse uma taxa de cura ou óbito absurdamente rápida e proporcional, o que não ocorre na sífilis.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

Esta alternativa inverte os conceitos de acurácia diagnóstica.

- Alta especificidade significa que o teste é muito bom em identificar os verdadeiros negativos, portanto, gera POUCOS falsos-positivos.
- Baixa sensibilidade significa que o teste falha em identificar quem realmente está doente, gerando muitos falsos-negativos.

Para um rastreamento populacional efetivo, busca-se inicialmente um teste de alta sensibilidade para não deixar passar nenhum caso.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

Não é necessário que um teste seja 100% sensível para aumentar a prevalência do diagnóstico. Nenhum teste diagnóstico na prática médica possui 100% de sensibilidade e especificidade simultaneamente. Qualquer teste com sensibilidade razoável, quando aplicado em larga escala em uma população que antes não era testada, será capaz de elevar o número de casos conhecidos (prevalência) em comparação ao cenário anterior.

Questão 48

Para a correta compreensão desta questão, é fundamental dominar os conceitos de preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e a hierarquia das causas de morte, conforme as normas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Declaração de Óbito é dividida, em sua Parte I, em linhas (a, b, c, d) que devem seguir uma ordem lógica e fisiopatológica, do evento terminal (causa imediata) até o evento desencadeante (causa básica).

****Definições fundamentais:****

1. ****Causa Imediata (Linha A):**** É a doença ou complicação que ocorreu por último e que levou diretamente ao óbito. É o mecanismo terminal. No caso descrito, o paciente parou de respirar devido a uma ****insuficiência respiratória aguda****.
2. ****Causa Antecedente ou Intermediária (Linhas B e C):**** São os estados mórbidos que produziram a causa imediata. Eles ligam a causa básica à causa imediata. No caso, a insuficiência respiratória foi provocada por uma ****pneumonia****.
3. ****Causa Básica (Linha D ou última linha preenchida):**** É a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente à morte. Aqui, a ****Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**** é a condição de base que predisps o paciente a complicações respiratórias e à pneumonia.

****Análise do Gabarito (Letra B):****

A questão solicita a ordem específica: ****Causa Básica, Causa Antecedente e Causa Imediata.****

De acordo com o gabarito oficial indicado (b):

- * ****Causa Básica:**** Pneumonia.
- * ****Causa Antecedente:**** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).
- * ****Causa Imediata:**** Insuficiência respiratória aguda.

****Por que a alternativa (b) é considerada a correta neste contexto?***

Embora em muitos cenários acadêmicos a DPOC seja listada como a causa básica definitiva (por ser a doença crônica subjacente), algumas bancas examinadoras adotam a lógica de que a ****Pneumonia**** foi a "causa básica" do evento agudo que motivou a internação e o óbito atual, tratando a ****DPOC**** como o "antecedente" clínico (história prévia do paciente) que fragilizou o sistema respiratório. Nesse raciocínio, a pneumonia inicia a sequência terminal e a DPOC é a condição que a

antecede no tempo.

****Análise das alternativas:****

- * ****a) Incorreta.**** Segue a ordem: DPOC (básica), pneumonia (antecedente) e insuficiência respiratória (imediate). Embora seja a ordem fisiopatológica mais rigorosa segundo o Ministério da Saúde (onde a DPOC inicia toda a cadeia), não corresponde ao gabarito desta prova específica, que considerou a pneumonia como o gatilho principal do óbito.
- * ****b) Correta.**** Define a pneumonia como a causa que desencadeou o processo fatal (básica do evento), a DPOC como o antecedente patológico e a insuficiência respiratória como o desfecho imediato.
- * ****c) Incorreta.**** Coloca a insuficiência respiratória como causa antecedente, quando na verdade ela é sempre a causa imediata (o mecanismo final). Além disso, coloca a pneumonia por último, o que não possui lógica cronológica.
- * ****d) Incorreta.**** Inicia com a insuficiência respiratória como causa básica. A insuficiência respiratória é um sintoma/mecanismo terminal e nunca deve ser considerada a causa básica em uma Declaração de Óbito.

Questão 49

A questão aborda conceitos fundamentais da epidemiologia clínica aplicados aos testes diagnósticos. Quando avaliamos a utilidade de um exame na prática médica, precisamos diferenciar as características intrínsecas do teste (sensibilidade e especificidade) dos valores preditivos, que nos fornecem a probabilidade real de doença após o resultado ser conhecido.

Alternativa A: CORRETA. O Valor Preditivo Positivo (VPP) é exatamente a definição solicitada pelo enunciado: representa a probabilidade de um indivíduo estar realmente doente quando o resultado do seu teste é positivo. Diferente da sensibilidade e especificidade, que são fixas para o teste, o VPP é influenciado pela prevalência da doença na população; quanto maior a prevalência, maior será a confiança no resultado positivo.

Alternativa B: INCORRETA. A probabilidade pré-teste é a chance de o paciente ter a doença antes mesmo da realização do exame. Ela é baseada na prevalência da patologia e nos achados clínicos iniciais (anamnese e exame físico). O enunciado foca na probabilidade após o conhecimento de um resultado positivo já obtido.

Alternativa C: INCORRETA. A especificidade é a capacidade de um teste em identificar corretamente os indivíduos saudáveis, ou seja, a probabilidade de o teste ser negativo em quem não tem a doença. É uma medida da performance do teste em

peças comprovadamente sadias, e não uma medida de probabilidade pós-teste para um resultado positivo.

Alternativa D: INCORRETA. A sensibilidade é a capacidade de um teste em identificar corretamente os indivíduos doentes, ou seja, a probabilidade de o teste ser positivo em quem realmente tem a patologia. Embora a sensibilidade lide com resultados positivos, ela é calculada a partir de quem já sabemos que está doente. O Valor Preditivo Positivo, por outro lado, faz o caminho inverso: parte do resultado positivo para determinar a chance de o paciente estar doente.

Questão 50

Esta questão aborda os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O enunciado descreve a função da APS como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, garantindo que o cuidado seja contínuo e sincronizado entre os diversos níveis de complexidade.

Alternativa A: Integralidade. Esta alternativa está incorreta. A integralidade refere-se à capacidade da equipe de saúde de perceber o indivíduo como um todo, abordando não apenas a doença, mas também a prevenção, a promoção e a reabilitação. Também implica que o sistema deve oferecer todos os serviços necessários para atender às demandas do paciente. Embora se relacione com a articulação, seu foco principal é a abrangência do cuidado e a visão holística do paciente, e não especificamente a gestão do fluxo na rede.

Alternativa B: Longitudinalidade. Esta alternativa está incorreta. A longitudinalidade diz respeito ao acompanhamento do paciente pela mesma equipe ou profissional ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doenças. O foco aqui é o vínculo temporal e a confiança estabelecida na relação médico-paciente, e não a integração entre diferentes pontos de atenção.

Alternativa C: Abordagem Comunitária. Esta alternativa está incorreta. Este é um atributo derivado que foca no reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade onde a unidade está inserida. Envolve o diagnóstico epidemiológico do território e a participação social, priorizando ações que façam sentido para o contexto sociocultural daquela população específica.

Alternativa D: Coordenação do cuidado. Esta alternativa está correta. A coordenação é o atributo que define a APS como o "maestro" do sistema. Ela garante que haja uma articulação eficiente entre os diferentes serviços (como especialistas, exames laboratoriais e hospitais), assegurando que as informações sobre o paciente circulem

e que o cuidado seja integrado. Independentemente de onde o paciente esteja sendo atendido, a APS mantém a responsabilidade sobre o caso, evitando a fragmentação do cuidado e garantindo que todos os pontos de atenção trabalhem para um objetivo comum.

Em resumo, a palavra-chave para coordenação é a sincronia e o fluxo de informações entre os diferentes níveis do sistema de saúde, exatamente como descrito no enunciado.
