



SESAPI

GABARITO | 2026 | PI | 100 Questões



Gabarito: SESAPI

2026 | PI

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede inferior, evidenciado pelo supra em DII, DIII e aVF. Como a dor iniciou há apenas 2 horas, ela está dentro da janela terapêutica ideal para reperfusão miocárdica. O manejo deve focar em estabilização medicamentosa e abertura imediata da artéria coronária ocluída.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A trombólise (fibrinólise) é uma alternativa de reperfusão importante, mas é indicada apenas quando a angioplastia primária não pode ser realizada em tempo hábil (geralmente 120 minutos do diagnóstico). Além disso, o termo "independentemente do tempo" está incorreto, pois a fibrinólise perde eficácia após 12 horas de evolução. O tratamento também exige antiagregação prévia.

Alternativa B: Correta. Este é o protocolo padrão para o IAMCSST. A conduta inicial envolve a dupla antiagregação plaquetária (AAS associado a um inibidor do receptor P2Y12, como Clopidogrel, Ticagrelor ou Prasugrel) para evitar a progressão do trombo e a reoclusão. A angioplastia primária é o método de reperfusão de escolha por apresentar melhores resultados em termos de mortalidade e menor taxa de complicações hemorrágicas em comparação à trombólise.

Alternativa C: Incorreta. O nitrato é um medicamento adjuvante para alívio da dor anginosa através da vasodilatação, mas não é o tratamento definitivo para um infarto com supra. Vale ressaltar que, em infartos de parede inferior, o uso de nitratos deve ser feito com extrema cautela devido ao risco de infarto de Ventrículo Direito (VD) associado; nesses casos, o nitrato pode reduzir a pré-carga e causar hipotensão severa. A "observação" é contraindicada, pois "tempo é músculo".

Alternativa D: Incorreta. O uso de betabloqueadores intravenosos na fase aguda do infarto não é mais conduta de rotina e nunca deve ser feito de forma isolada. Eles podem ser perigosos em pacientes com risco de choque cardiogênico ou bradicardia, condições comuns em infartos de parede inferior.

Alternativa E: Incorreta. A cirurgia de revascularização miocárdica (ponte de safena) não é a conduta inicial para o infarto agudo. Ela é reservada para situações de exceção, como complicações mecânicas (ruptura de válvula mitral ou septo interventricular) ou quando a anatomia coronariana não é favorável à angioplastia

em um paciente que mantém isquemia persistente.

Questão 2

ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO

O paciente apresenta Fibrilação Atrial (FA) permanente e um escore CHA2DS2-VASc de 4, o que indica um alto risco tromboembólico e necessidade formal de anticoagulação (recomendada se escore maior ou igual a 2 em homens ou maior ou igual a 3 em mulheres). O escore HAS-BLED de 2 indica risco de sangramento moderado, o que exige cautela, mas não contraindica o tratamento. O ponto central da questão é a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 22 ml/min, caracterizando uma Doença Renal Crônica (DRC) em estágio 4 (pré-dialítico grave).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A Varfarina é um antagonista da vitamina K com metabolismo predominantemente hepático e não depende da excreção renal para sua eliminação. Por esse motivo, é o anticoagulante mais tradicional e seguro para pacientes com disfunção renal grave (TFG abaixo de 30 ml/min), incluindo pacientes em diálise. O alvo terapêutico de INR para FA é entre 2 e 3. Embora alguns novos anticoagulantes (DOACs) já possuam recomendação de uso em bula para TFG entre 15-30 ml/min, a Varfarina permanece como a escolha clássica e mais consolidada em provas de residência para esse perfil de paciente.

Alternativa B (Incorreta): A Dabigatrana é o anticoagulante oral direto (DOAC) com maior dependência de excreção renal (cerca de 80%). Por isso, ela é formalmente contraindicada para pacientes com TFG abaixo de 30 ml/min, devido ao alto risco de acúmulo da droga e sangramentos graves.

Alternativa C (Incorreta): A Rivaroxabana não está estritamente contraindicada em uma TFG de 22 ml/min, mas a afirmação da alternativa é falsa porque ela pode ser utilizada com ajuste de dose (15 mg uma vez ao dia) em pacientes com clearance de creatinina entre 15 e 49 ml/min. No entanto, o enunciado busca a conduta "mais adequada", e a Varfarina tem maior respaldo histórico para esse nível de disfunção.

Alternativa D (Incorreta): A anticoagulação está claramente indicada. Um escore CHA2DS2-VASc de 4 representa um risco anual de AVC isquêmico significativamente elevado, superando os riscos de sangramento associados ao HAS-BLED de 2. A presença de doença renal crônica, por si só, também aumenta o risco tanto de eventos tromboembólicos quanto de sangramentos, reforçando a necessidade de um manejo cuidadoso.

Alternativa E (Incorreta): A Apixabana pode ser utilizada em pacientes com DRC, mas a dose de 5 mg duas vezes ao dia é a dose plena. Para o ajuste da Apixabana, considera-se o critério de dois dos três seguintes: idade maior ou igual a 80 anos, peso menor ou igual a 60 kg ou creatinina maior ou igual a 1,5 mg/dL. Um paciente com TFG de 22 ml/min muito provavelmente já atingiria o critério de creatinina elevada. Além disso, em estágios avançados de DRC (TFG 15-29 ml/min), a Varfarina ainda é frequentemente preferida em questões de prova frente ao uso de DOACs em dose plena.

Questão 3

O quadro clínico de síncope durante esforço físico associado ao achado de intervalo QT prolongado no eletrocardiograma é clássico da Síndrome do QT Longo (SQTL). Esta condição pode ser congênita ou adquirida (causada por medicamentos ou distúrbios eletrolíticos) e reflete um atraso na repolarização ventricular.

O principal risco para o paciente com intervalo QT prolongado é o surgimento de pós-despolarizações precoces que podem deflagrar uma taquicardia ventricular polimórfica específica denominada Torsades de Pointes. Essa arritmia caracteriza-se pela mudança cíclica na amplitude e na morfologia dos complexos QRS, que parecem "torcer" ao redor da linha isoeletrica. Embora o Torsades de Pointes possa ser autolimitado, o que explica a síncope, ele apresenta uma alta taxa de degeneração para fibrilação ventricular, que é o mecanismo final da morte súbita nessa patologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A assistolia é um ritmo de parada cardíaca que pode ocorrer no final de um evento de parada, mas não é a arritmia desencadeante ou a principal causa de morte associada especificamente ao prolongamento do intervalo QT.

b) Correta. A instabilidade elétrica gerada pelo atraso na repolarização ventricular predispõe ao Torsades de Pointes. Quando essa taquicardia ventricular polimórfica não se reverte espontaneamente, ela evolui para fibrilação ventricular, resultando em colapso hemodinâmico e morte se não houver desfibrilação imediata.

c) Incorreta. As taquicardias supraventriculares (TSV) têm origem acima do feixe de His. Embora possam causar palpitações e, raramente, síncope, elas não estão relacionadas ao intervalo QT e não são causas comuns de morte súbita nesse contexto.

d) Incorreta. O bloqueio atrioventricular total é um distúrbio de condução que causa

bradicardia severa. Embora a bradicardia possa, secundariamente, prolongar o intervalo QT e favorecer arritmias, o bloqueio em si não é a causa primária de morte típica da Síndrome do QT Longo.

e) Incorreta. A embolia pulmonar maciça é uma causa importante de síncope e morte súbita por choque obstrutivo, mas os achados eletrocardiográficos típicos seriam taquicardia sinusal, sinais de sobrecarga de ventrículo direito ou o padrão S1Q3T3, e não o prolongamento isolado do intervalo QT.

Questão 4

A estenose aórtica (EAo) é classificada em diferentes graus de gravidade com base em parâmetros hemodinâmicos e anatômicos obtidos, geralmente, por meio do ecocardiograma transtorácico. Segundo as principais diretrizes nacionais e internacionais, a definição de estenose aórtica grave baseia-se nos seguintes critérios: área valvar, gradiente pressórico médio e velocidade máxima do jato.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A área valvar aórtica (AVA) menor ou igual a $1,0 \text{ cm}^2$ (ou área indexada menor que $0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$) é o critério anatômico clássico para definir a estenose aórtica como grave. Nesse ponto, a obstrução já é significativa o suficiente para gerar repercussões hemodinâmicas importantes no ventrículo esquerdo.

b) INCORRETA. Um gradiente médio menor que 20 mmHg é indicativo de estenose aórtica leve. Para que a estenose seja considerada grave, o gradiente médio deve ser maior ou igual a 40 mmHg.

c) INCORRETA. A velocidade máxima do jato (V_{max}) na estenose aórtica grave deve ser maior ou igual a 4,0 m/s. Uma velocidade menor que 3,0 m/s é compatível com estenose leve (entre 2,0 e 2,9 m/s).

d) INCORRETA. A presença ou ausência de sintomas não é um critério diagnóstico de gravidade hemodinâmica, mas sim um critério para indicação de intervenção e classificação clínica (Estágio C para assintomáticos e Estágio D para sintomáticos). Um paciente pode ter estenose aórtica grave e permanecer assintomático por um período.

e) INCORRETA. Um gradiente médio de 30 mmHg situa-se na faixa de estenose aórtica moderada, que compreende valores entre 20 e 39 mmHg. Como mencionado, a gravidade é definida por valores a partir de 40 mmHg.

Resumo dos critérios de Estenose Aórtica Grave:

1. Velocidade do jato (V_{max}): maior ou igual a 4 m/s.
2. Gradiente médio: maior ou igual a 40 mmHg.
3. Área Valvar Aórtica (AVA): menor ou igual a 1,0 cm².

Questão 5

O cegamento (ou mascaramento) é uma técnica fundamental em ensaios clínicos randomizados para garantir a imparcialidade na avaliação dos resultados. Ele consiste em omitir a informação sobre a qual grupo (intervenção ou controle) o participante pertence, podendo envolver o paciente, o examinador e até o estatístico.

Alternativa (a) Incorreta: O viés de seleção ocorre quando há diferenças sistemáticas na forma como os grupos são compostos. O principal mecanismo para reduzir o viés de seleção em um ensaio clínico é a randomização (sorteio aleatório), que garante que os grupos sejam comparáveis desde o início do estudo.

Alternativa (b) Correta: O viés de aferição (também chamado de viés de mensuração ou de observação) ocorre quando o conhecimento sobre a intervenção influencia a forma como os dados são coletados, relatados ou interpretados. Por exemplo, se um médico sabe que o paciente está tomando o medicamento novo, ele pode, subconscientemente, procurar sinais de melhora com mais afinco. O cegamento impede que essa expectativa subjetiva altere a medição do desfecho.

Alternativa (c) Incorreta: O viés de confusão acontece quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, distorcendo a relação entre eles. Assim como o viés de seleção, a principal ferramenta para controlar variáveis de confusão (conhecidas ou não) em ensaios clínicos é a randomização.

Alternativa (d) Incorreta: O erro amostral é uma variação aleatória decorrente do fato de estarmos estudando uma amostra e não toda a população. Ele não é reduzido pelo cegamento, mas sim pelo aumento do tamanho da amostra (n) e pelo rigor no cálculo do poder estatístico do estudo.

Alternativa (e) Incorreta: O viés de memória (ou de recordação) é clássico em estudos retrospectivos, como os de caso-controle, nos quais os participantes precisam lembrar de exposições passadas. Em um ensaio clínico randomizado, que é prospectivo, os dados são coletados à medida que os eventos ocorrem, o que minimiza esse tipo de viés por natureza. Além disso, o foco do cegamento é a neutralidade na observação atual, e não na lembrança de eventos antigos.

Questão 6

Análise por Intenção de Tratar (ITT): Justificativa e Alternativas

A análise por intenção de tratar é um princípio fundamental em ensaios clínicos randomizados. Ela estabelece que todos os pacientes alocados inicialmente em um grupo pelo sorteio devem ser analisados naquele grupo até o fim do estudo, independentemente de terem tomado a medicação corretamente, abandonado o protocolo ou apresentado efeitos colaterais.

Alternativa (a) Incorreta: O viés de aferição refere-se a erros na forma como os dados são medidos ou coletados. A ferramenta principal para reduzir esse viés é o cegamento (ou mascaramento), que garante que quem avalia o desfecho não saiba qual tratamento o paciente recebeu, e não a análise por intenção de tratar.

Alternativa (b) Incorreta: A análise por ITT geralmente diminui o poder estatístico do estudo em vez de aumentá-lo. Ao incluir no grupo de intervenção pacientes que não tomaram a medicação ou que tomaram doses incompletas, a diferença observada entre os grupos tende a diminuir (efeito de diluição). Isso torna o teste estatístico mais conservador, dificultando a demonstração de superioridade de uma droga.

Alternativa (c) Correta: Esta é a principal vantagem e o motivo de existência da ITT. A randomização serve para criar grupos inicialmente comparáveis, equilibrando tanto os fatores de confusão conhecidos quanto os desconhecidos entre os braços do estudo. Se o pesquisador resolvesse analisar apenas quem seguiu o tratamento perfeitamente (análise per-protocolo), ele estaria analisando um grupo selecionado (quem tolera melhor a droga ou quem tem melhor saúde), o que destruiria a comparabilidade gerada pelo sorteio. A ITT preserva a integridade da randomização ao manter os grupos exatamente como foram formados no início.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a randomização seja o método mais eficaz para controlar fatores de confusão, a estatística raramente usa o termo "eliminar" de forma absoluta, pois sempre pode haver algum desequilíbrio residual por acaso. A ITT ajuda a manter o equilíbrio que a randomização já criou, mas o seu papel direto é evitar o viés de seleção após o início do tratamento.

Alternativa (e) Incorreta: O grupo controle é indispensável para a validade interna de um ensaio clínico. A ITT não substitui a necessidade de um grupo controle; pelo contrário, ela é uma técnica estatística aplicada justamente para garantir que a comparação entre o grupo intervenção e o grupo controle seja a mais justa e imparcial possível.

Questão 7

O quadro clínico descreve uma forma disseminada de doença em um paciente com imunossupressão grave (CD4 abaixo de 50 células/mm³). A combinação de febre, perda ponderal, hepatoesplenomegalia e pancitopenia (indicando infiltração da medula óssea) em um paciente HIV-positivo é a apresentação clássica da histoplasmose disseminada.

Alternativa a) Incorreta. Embora a tuberculose disseminada (miliar) possa causar febre, perda ponderal e até alterações hematológicas, ela costuma apresentar maior acometimento linfonodal ou pulmonar. No contexto de CD4 muito baixo e infiltração marcante do sistema reticuloendotelial (fígado, baço e medula), a histoplasmose é um diagnóstico mais provável e característico para essa tríade.

Alternativa b) Correta. A histoplasmose disseminada é uma infecção fúngica oportunista que ocorre predominantemente em pacientes com CD4 inferior a 100 células/mm³. O fungo *Histoplasma capsulatum* tem tropismo pelo sistema fagocítico mononuclear. Ao infectar esse sistema, ele causa o aumento do fígado e do baço (hepatoesplenomegalia) e a ocupação da medula óssea, resultando na queda das três linhagens celulares do sangue (pancitopenia).

Alternativa c) Incorreta. O citomegalovírus (CMV) em pacientes com HIV avançado manifesta-se mais comumente como retinite (causa de cegueira), colite (diarreia e dor abdominal) ou esofagite. O acometimento sistêmico simulando uma doença infiltrativa de medula e sistema reticuloendotelial não é a sua forma de apresentação típica.

Alternativa d) Incorreta. O *Toxoplasma gondii* manifesta-se no paciente HIV principalmente como neurotoxoplasmose, causando cefaleia, febre e sinais neurológicos focais devido a abscessos cerebrais. Não é uma causa comum de pancitopenia e hepatoesplenomegalia.

Alternativa e) Incorreta. O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia vascular associada ao herpes-vírus humano 8 (HHV-8). Ele se manifesta tipicamente por lesões cutâneas ou mucosas violáceas. Embora o acometimento visceral possa ocorrer (especialmente em pulmões e trato gastrointestinal), ele não se apresenta com esse quadro de febre e supressão medular aguda.

Questão 8

O caso descreve um paciente com Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), definida como aquela que ocorre após 48 a 72 horas da intubação orotraqueal. Como o paciente está internado há 10 dias na UTI, classificamos a pneumonia como tardia. Em casos de PAV tardia, há um risco elevado de infecção por patógenos multirresistentes (MDR), como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Portanto, o esquema empírico deve ser de amplo espectro.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O esquema de Ceftriaxona (cefalosporina de 3ª geração) associada à Azitromicina (macrolídeo) é indicado para Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em pacientes que necessitam de internação hospitalar. Esse esquema não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa* nem contra MRSA, sendo insuficiente para o cenário de UTI após 10 dias de internação.

Alternativa b) Incorreta. A Amoxicilina-clavulanato é um antibiótico utilizado para infecções comunitárias, como sinusites, otites ou pneumonias leves/moderadas. Não apresenta espectro de ação contra os principais germes hospitalares de uma unidade de terapia intensiva.

Alternativa c) Correta. Este é o esquema empírico adequado para PAV tardia ou com fatores de risco para multirresistência. A Piperacilina-tazobactam é um agente com excelente cobertura contra bactérias Gram-negativas, incluindo a *Pseudomonas aeruginosa*. A Vancomicina é adicionada para garantir a cobertura contra o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), frequentemente encontrado em ambientes de UTI.

Alternativa d) Incorreta. Embora o Levofloxacino seja uma quinolona respiratória com certa atividade contra *Pseudomonas*, o seu uso de forma isolada (monoterapia) não é recomendado em pacientes críticos com 10 dias de internação, devido ao alto risco de resistência bacteriana e à falta de cobertura adequada para MRSA.

Alternativa e) Incorreta. O Ciprofloxacino é uma quinolona com boa ação contra Gram-negativos (incluindo *Pseudomonas*), porém possui baixíssima atividade contra bactérias Gram-positivas, como o *Streptococcus pneumoniae* e o *Staphylococcus aureus*. Não deve ser utilizado como monoterapia no tratamento de pneumonias.

Questão 9

A síndrome nefrótica é definida por uma alteração na permeabilidade da barreira de filtração glomerular, levando a uma perda maciça de proteínas na urina. Para entender a questão, é fundamental diferenciar os achados da síndrome nefrótica dos achados da síndrome nefrítica.

Alternativa a) Incorreta. A hematúria dismórfica (presença de hemácias que sofrem deformação ao passar pelo glomérulo) é o achado clássico da síndrome nefrítica, indicando um processo inflamatório agudo no glomérulo. Embora algumas causas de síndrome nefrótica possam apresentar hematúria discreta, ela não é o achado definidor ou característico do quadro.

Alternativa b) Correta. A proteinúria em níveis nefróticos, definida em adultos como uma perda superior a 3,5 g em 24 horas, é o marco fisiopatológico central da síndrome nefrótica. É essa perda proteica maciça que desencadeia as demais manifestações, como a hipoalbuminemia, o edema intenso (por redução da pressão oncótica) e a hiperlipidemia.

Alternativa c) Incorreta. A oligúria (redução do volume urinário) é uma característica comum da síndrome nefrítica ou de quadros de insuficiência renal aguda, em que há uma queda súbita na taxa de filtração glomerular por inflamação. Na síndrome nefrótica, o volume urinário costuma estar preservado na fase inicial.

Alternativa d) Incorreta. A hipertensão arterial sistêmica, especialmente quando grave e de início súbito, é típica da síndrome nefrítica, devido à retenção hidrossalina e à congestão volêmica. Na síndrome nefrótica, a pressão arterial pode ser normal ou até baixa em alguns pacientes, devido à transudação de líquido para o terceiro espaço.

Alternativa e) Incorreta. A piúria estéril (presença de leucócitos na urina sem crescimento bacteriano em cultura) está associada a condições como tuberculose urinária, nefrite intersticial ou uso prévio de antibióticos, não sendo um achado próprio da síndrome nefrótica.

Questão 10

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta pH de 7,28, o que caracteriza uma acidemia ($\text{pH} < 7,35$). O bicarbonato (HCO_3^-) está baixo (14 mEq/L), indicando que a causa primária do distúrbio é metabólica. O enunciado informa explicitamente que o ânion gap está normal.

Na Doença Renal Crônica (DRC), especificamente nos estágios 3 e 4, é comum observarmos uma acidose metabólica com ânion gap normal (hiperclorêmica) devido à redução na produção de amônia e consequente diminuição da excreção renal de íons hidrogênio (H⁺). À medida que a doença progride para o estágio 5, o acúmulo de ânions não mensuráveis (como fosfato e sulfato) geralmente transforma o distúrbio em uma acidose com ânion gap elevado.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Embora a DRC em estágios avançados (estágio 5) frequentemente cause acidose com ânion gap elevado, o enunciado afirma categoricamente que o ânion gap do paciente é normal. Portanto, esta opção contradiz os dados fornecidos.

b) CORRETA. A acidose metabólica com ânion gap normal é também chamada de acidose metabólica hiperclorêmica. Isso ocorre porque, para manter a eletroneutralidade plasmática, quando os níveis de bicarbonato diminuem sem o acúmulo de ânions não mensuráveis, os níveis de cloreto aumentam proporcionalmente. Este é o padrão clássico encontrado na DRC estágio 4 pela incapacidade de excreção de carga ácida na forma de amônio.

c) INCORRETA. Uma alcalose metabólica seria caracterizada por um pH elevado (> 7,45) e um bicarbonato elevado (> 26 mEq/L), o que é o oposto dos valores apresentados.

d) INCORRETA. Na acidose respiratória, o distúrbio primário é o aumento da pressão parcial de CO₂ (pCO₂), geralmente com uma resposta compensatória de elevação do bicarbonato. No caso em questão, o bicarbonato está reduzido, o que define um processo metabólico.

e) INCORRETA. Uma alcalose respiratória compensada apresentaria um pH tendendo à normalidade (porém no limite superior) e uma redução primária da pCO₂. O paciente apresenta pH baixo, o que define acidose, e não alcalose.

Questão 11

A síndrome de fragilidade no idoso é um estado de vulnerabilidade fisiológica reduzida, decorrente da diminuição das reservas biológicas e da resistência aos estressores. O modelo mais utilizado e cobrado em provas para definir essa condição é o Fenótipo de Fragilidade de Fried (2001), que se baseia em cinco critérios biológicos objetivos:

1. Perda de peso não intencional (mais de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano).
2. Exaustão autorreferida (avaliada por perguntas sobre o esforço para realizar tarefas habituais).
3. Redução da força de preensão palmar (medida por dinamometria, ajustada por sexo e IMC).
4. Baixa velocidade de marcha (tempo para percorrer uma distância fixa, geralmente 4,6 metros, ajustado por sexo e altura).
5. Baixo nível de atividade física (gasto calórico semanal estimado por questionário).

A classificação ocorre da seguinte forma:

- Frágil: 3 ou mais critérios presentes.
- Pré-frágil: 1 ou 2 critérios presentes.
- Robusto ou Não Frágil: Nenhum critério presente.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Apresenta três dos cinco critérios originais de Fried (perda de peso, exaustão e redução da força). A presença desses três achados simultâneos é suficiente para confirmar o diagnóstico de fragilidade segundo o fenótipo.

Alternativa B (Incorreta): Idade avançada, polifarmácia e déficit cognitivo são fatores de risco ou condições frequentemente associadas à fragilidade, mas não fazem parte dos critérios diagnósticos de Fried. O modelo de Fried é essencialmente biológico/físico e não inclui variáveis cognitivas ou sociais.

Alternativa C (Incorreta): Dependência em atividades de vida diária (AVDs) e histórico de quedas são desfechos adversos ou consequências da fragilidade. Embora um idoso frágil tenha maior risco de quedas e dependência, esses itens não compõem os critérios diagnósticos do fenótipo.

Alternativa D (Incorreta): O número de doenças crônicas (comorbidades) e o isolamento social são dimensões importantes na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), mas o fenótipo de Fried busca distinguir a fragilidade como uma síndrome clínica independente da simples presença de doenças ou fatores psicossociais.

Alternativa E (Incorreta): Embora a lentidão na velocidade da marcha seja um dos cinco critérios de Fried, ela não está associada a déficits sensoriais (auditivos e visuais) no contexto desse diagnóstico específico. Os déficits sensoriais são limitações funcionais que podem coexistir com a fragilidade, mas não a definem segundo este modelo.

Questão 12

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de anemia ferropriva, caracterizado por anemia microcítica (VCM 72 fL), hipocrômica, com estoques de ferro exauridos (ferritina 8 ng/mL) e grande variação no tamanho das hemácias (RDW 18%). O sintoma de pica (perversão do apetite) é muito sugestivo de deficiência de ferro. O desafio da questão é identificar as diferenças laboratoriais entre essa condição e a talassemia minor.

Alternativa (a) Incorreta: O RDW (amplitude de distribuição dos eritrócitos) mede a variação de tamanho entre as hemácias (anisocitose). Na anemia ferropriva, o RDW costuma estar elevado, pois a produção de hemácias vai se tornando deficitária gradualmente. Já na talassemia minor, o defeito é genético e todas as hemácias são produzidas de forma igualmente pequena (microcitose homogênea), o que resulta em um RDW geralmente normal.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente os diferenciais. Na talassemia minor, não há deficiência de ferro; portanto, a ferritina (estoque de ferro) está normal ou até aumentada. O RDW na talassemia tende a ser normal pela uniformidade do tamanho das hemácias, enquanto na anemia ferropriva ele é tipicamente elevado. Outro dado útil, embora não citado, é que na talassemia o número total de hemácias costuma ser normal ou elevado (eritrocitose), apesar da anemia.

Alternativa (c) Incorreta: Em uma investigação de anemia microcítica, a primeira conduta é avaliar o perfil de ferro (ferritina, ferro sérico, capacidade de ligação). A eletroforese de hemoglobina é o exame para diagnosticar hemoglobinopatias, mas não é o teste de triagem inicial preferível, uma vez que a deficiência de ferro é a causa mais comum de microcitose e deve ser descartada primeiro.

Alternativa (d) Incorreta: A hipocromia não exclui a talassemia. Tanto a anemia ferropriva quanto as síndromes talassêmicas são anemias microcíticas e hipocrômicas. A hipocromia reflete a menor concentração de hemoglobina dentro da célula, o que ocorre em ambas as condições por diferentes mecanismos fisiopatológicos.

Alternativa (e) Incorreta: O ferro sérico está obrigatoriamente baixo na anemia ferropriva. No entanto, na talassemia minor, o ferro sérico costuma estar normal ou aumentado, refletindo a disponibilidade adequada de ferro no organismo, que apenas não consegue ser incorporado corretamente devido à falha na síntese das cadeias de globina.

Questão 13

Esta questão aborda um quadro clínico clássico na neurologia e oftalmologia, exigindo o reconhecimento de sinais e sintomas específicos para o diagnóstico diferencial das perdas visuais súbitas.

Alternativa (a) Incorreta: A Neuropatia Óptica Isquêmica geralmente ocorre em pacientes mais velhos (acima de 50 anos) ou com fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes). Embora cause perda visual súbita, ela costuma ser indolor. Além disso, a fisiopatologia é vascular e não apresenta relação com lesões desmielinizantes na ressonância magnética.

Alternativa (b) Correta: A Neurite Óptica é a principal causa de perda visual monocular súbita em adultos jovens, com forte predominância no sexo feminino. A dor à movimentação ocular é um sintoma cardinal, presente em cerca de 90% dos casos, causada pela inflamação da bainha do nervo óptico que compartilha inserções com a musculatura extraocular. O achado de lesão desmielinizante na RM é um marcador importante, pois a neurite óptica costuma ser a manifestação inicial da Esclerose Múltipla.

Alternativa (c) Incorreta: O Glaucoma Agudo de ângulo fechado manifesta-se com dor ocular intensa, olho vermelho, percepção de halos ao redor das luzes e sintomas sistêmicos como náuseas e vômitos. O exame físico revelaria um olho endurecido e pupila em midríase média parálitica, sem relação com processos desmielinizantes.

Alternativa (d) Incorreta: A Retinopatia Diabética é uma condição crônica e progressiva. Perdas visuais súbitas no paciente diabético geralmente ocorrem por hemorragia vítrea ou descolamento de retina tracional, sendo processos indolores e de origem vascular/estrutural retiniana, não neurológica.

Alternativa (e) Incorreta: O Descolamento de Retina causa perda visual súbita (frequentemente descrita como uma cortina escurecendo a visão) e pode ser precedido por fopsias (flashes de luz). Contudo, é uma condição tipicamente indolor e o diagnóstico é realizado pelo mapeamento de retina, não apresentando correlação com lesões desmielinizantes no sistema nervoso central.

Questão 14

Alternativa a) Incorreta. A Doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência no mundo e possui caráter neurodegenerativo. Ela é provocada pelo acúmulo de proteínas beta-amiloide e tau no tecido cerebral, levando à perda progressiva e irreversível de neurônios. Não há, atualmente, tratamento que reverta o dano cognitivo estabelecido.

Alternativa b) Incorreta. A demência vascular é causada por lesões decorrentes de eventos isquêmicos ou hemorrágicos cerebrais (como múltiplos infartos ou doença de pequenos vasos). Embora o tratamento rigoroso dos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes, dislipidemia) possa prevenir novos eventos e estabilizar o quadro, as áreas de infarto cerebral representam dano tecidual permanente, o que a impede de ser classificada como uma demência reversível.

Alternativa c) Correta. A Hidrocefalia de Pressão Normal (HPN) é classicamente descrita como uma forma de demência potencialmente reversível. Ela se caracteriza pelo acúmulo de líquido cefalorraquidiano nos ventrículos cerebrais sem aumento significativo da pressão intracraniana. Manifesta-se pela tríade clínica de Hakim-Adams: distúrbio da marcha (marcha magnética/aprática), incontinência urinária e demência. O diagnóstico correto e a intervenção cirúrgica oportuna, geralmente através da derivação ventrículo-peritoneal (DVP), podem levar à melhora ou reversão dos sintomas.

Alternativa d) Incorreta. A demência frontotemporal refere-se a um grupo de doenças que causam a degeneração dos lobos frontal e temporal do cérebro. É marcada por alterações precoces de personalidade, comportamento e linguagem. Assim como as outras demências degenerativas, é progressiva e irreversível.

Alternativa e) Incorreta. A demência por corpos de Lewy é a segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa. É caracterizada por flutuações no nível de consciência, alucinações visuais vívidas e sinais extrapiramidais (parkinsonismo). É uma condição crônica, progressiva e incurável, não sendo passível de reversão.

Questão 15

DIAGNÓSTICO: CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

O quadro clínico descrito, envolvendo um paciente com diabetes tipo 1, desidratação, vômitos, hálito cetônico e acidose (pH 7,1), é patognomônico de Cetoacidose Diabética. Esta é uma emergência endócrina que requer intervenção rápida focada em três pilares: expansão volêmica, correção da hiperglicemia/cetose e manejo de eletrólitos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A insulina isolada não resolve a desidratação, que é um componente crítico da CAD. Além disso, em pacientes desidratados e com má perfusão, a absorção da insulina via subcutânea é lenta e imprevisível. A via

intravenosa é a preferencial em casos moderados a graves (pH abaixo de 7,2 ou 7,3 dependendo do protocolo).

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta inicial padrão. A reposição volêmica (geralmente com Soro Fisiológico 0,9%) é essencial para restaurar o volume intravascular, melhorar a perfusão renal e reduzir os hormônios contrarreguladores. A insulina intravenosa é necessária para bloquear a lipólise e a cetogênese, promovendo a entrada de glicose nas células e corrigindo a acidose.

Alternativa c) Incorreta. O uso de bicarbonato de sódio é altamente restrito no tratamento da CAD. Os consensos internacionais recomendam sua administração apenas se o pH arterial for inferior a 6,9, devido ao risco de hipocalcemia severa, acidose paradoxal do sistema nervoso central e edema cerebral. Um pH de 7,1 deve ser corrigido apenas com volume e insulina.

Alternativa d) Incorreta. O paciente está desidratado devido à diurese osmótica (causada pela glicose alta na urina) e pelos vômitos. A restrição hídrica agravaria a falência renal pré-renal e o choque hipovolêmico, podendo levar ao óbito.

Alternativa e) Incorreta. A glicose hipertônica (50%) é o tratamento para hipoglicemia severa. Na CAD, o paciente já apresenta níveis elevados de glicose no sangue. O fornecimento de glicose (geralmente a 5%) só é iniciado quando a glicemia atinge níveis próximos a 200-250 mg/dL, para evitar hipoglicemia enquanto a infusão de insulina continua sendo necessária para "fechar" o gap aniônico e resolver a cetose.

Questão 16

O hipotireoidismo subclínico é uma condição eminentemente laboratorial, definida pelo aumento dos níveis séricos do Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH) acima do limite superior da normalidade, associado a níveis de Tiroxina Livre (T4 livre) que ainda se mantêm dentro da faixa de referência. Esse padrão reflete um estágio inicial de falência tireoidiana, no qual a hipófise aumenta a secreção de TSH para compensar a produção hormonal da glândula tireoide, conseguindo manter os níveis periféricos de T4 estáveis.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O achado de TSH reduzido (ou inapropriadamente normal) acompanhado de T4 livre reduzido caracteriza o hipotireoidismo central, que ocorre por disfunção na hipófise ou no hipotálamo.

Alternativa b: Correta. Conforme a definição, no hipotireoidismo subclínico o TSH

encontra-se elevado, mas o T4 livre permanece normal. É a fase que antecede o hipotireoidismo clínico (ou manifesto).

Alternativa c: Incorreta. Um TSH normal com T4 livre reduzido não é um padrão típico de doença tireoidiana primária. Poderia ser observado em casos raros de hipotireoidismo central ou em situações de doença sistêmica grave (síndrome do eutireoídiano doente).

Alternativa d: Incorreta. TSH suprimido (reduzido) e T4 livre elevado são os achados clássicos do hipertireoidismo clínico, como na Doença de Graves ou no bócio multinodular tóxico.

Alternativa e: Incorreta. TSH normal e T4 livre elevado são encontrados em situações raras de interferência laboratorial, resistência periférica aos hormônios tireoidianos ou em tumores hipofisários produtores de TSH (tireotropinomas).

Questão 17

Para solucionar esta questão, é necessário revisar as etapas do diagnóstico da Síndrome de Cushing. O processo começa com a confirmação do hipercortisolismo (diagnóstico sindrômico) e segue para a determinação da dependência de ACTH (diagnóstico etiológico). Quando o ACTH está elevado ou inapropriadamente normal, estamos diante de uma Síndrome de Cushing ACTH-dependente, cujas principais causas são a Doença de Cushing (tumor hipofisário secretor de ACTH) e a Síndrome do ACTH Ectópico (produção de ACTH por tumores fora da hipófise, como carcinoides brônquicos ou câncer de pulmão de pequenas células).

Análise das alternativas:

A) Dosagem de cortisol urinário: Incorreta. Este é um teste de rastreio inicial, utilizado para confirmar que o paciente apresenta hipercortisolismo. Ele avalia o cortisol livre excretado em 24 horas, mas não fornece informações sobre a origem do excesso de ACTH.

B) Teste de supressão com dexametasona baixa: Incorreta. O teste com 1 mg de dexametasona (ou teste de Liddle 1) também é uma ferramenta de triagem para confirmar a presença da Síndrome de Cushing, demonstrando que o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal não é suprimido por doses baixas de corticoide. Ele não diferencia a causa da dependência de ACTH.

C) Teste de dexametasona em alta dose: Incorreta. Embora tenha sido muito utilizado no passado (teste de supressão com 8 mg), este exame baseia-se na

premissa de que a hipófise mantém alguma resposta ao feedback negativo, enquanto tumores ectópicos não. No entanto, sua acurácia é limitada e inferior ao cateterismo, não sendo mais considerado o teste definitivo quando comparado ao padrão-ouro.

D) Dosagem isolada de ACTH: Incorreta. Este exame serve apenas para distinguir se a causa é ACTH-independente (origem na adrenal, onde o ACTH estará suprimido) ou ACTH-dependente (origem central ou ectópica, onde o ACTH estará elevado ou normal). Ele não consegue discriminar entre as duas formas de dependência de ACTH mencionadas no enunciado.

E) Cateterismo de seios petrosos inferiores com estímulo de CRH: Correta. Este é o padrão-ouro para o diagnóstico diferencial na Síndrome de Cushing ACTH-dependente, sendo indicado quando a ressonância de sela turca não mostra um adenoma evidente ou os testes bioquímicos são discordantes. O procedimento consiste na coleta simultânea de sangue dos seios petrosos inferiores (que drenam diretamente a hipófise) e da periferia. Se houver um gradiente de ACTH (concentração central significativamente maior que a periférica), confirma-se a Doença de Cushing. Se não houver gradiente, o diagnóstico é de ACTH ectópico.

Questão 18

Esta questão aborda o diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O diagnóstico clínico deve ser considerado em qualquer paciente que apresente dispneia, tosse crônica ou produção de escarro, associadas a uma história de exposição a fatores de risco, sendo o tabagismo o principal deles. A confirmação diagnóstica é feita pela espirometria, que demonstra a presença de limitação persistente ao fluxo aéreo, definida pela relação VEF1/CVF inferior a 0,70 (ou 70%) após a administração de broncodilatador.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas e limitação variável ao fluxo aéreo, que costuma ser reversível. Embora existam casos de asma com obstrução fixa (remodelamento), o quadro clínico de um paciente tabagista com obstrução persistente pós-broncodilatador aponta classicamente para DPOC.

b) Correta. A alternativa descreve exatamente os critérios diagnósticos da DPOC: exposição ao tabaco, sintomas respiratórios crônicos e a prova de função pulmonar (espirometria) revelando obstrução que não se normaliza após o uso de broncodilatador (relação VEF1/CVF < 0,70). Este é o padrão definido pelas diretrizes mundiais (GOLD).

c) Incorreta. A fibrose pulmonar é uma doença pulmonar intersticial que se manifesta com um padrão restritivo na espirometria. Nesses casos, a relação VEF1/CVF costuma estar normal ou até aumentada, pois há uma redução proporcional ou maior da Capacidade Vital Forçada (CVF) em relação ao Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1).

d) Incorreta. As bronquiectasias consistem na dilatação irreversível dos brônquios e geralmente se manifestam com tosse produtiva volumosa e infecções respiratórias de repetição. Embora possam coexistir com a DPOC ou causar obstrução ao fluxo aéreo, os achados citados no enunciado são os critérios fundamentais para o diagnóstico de DPOC.

e) Incorreta. A insuficiência cardíaca esquerda causa dispneia devido à congestão venocapilar pulmonar. No teste de função pulmonar, pode haver uma redução leve dos volumes pulmonares (padrão restritivo por congestão ou edema), mas não causa a obstrução fixa das vias aéreas inferiores característica da DPOC.

Questão 19

Explicação:

A questão descreve um quadro clínico e radiológico clássico de uma doença pulmonar intersticial fibrosante. A combinação de dispneia progressiva com achados de Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) que demonstram faveolamento e bronquiectasias de tração define o padrão de Pneumonia Intersticial Usual (PIU). No contexto clínico adequado, esse padrão é o pilar diagnóstico da Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI).

Alternativa a: Incorreta. A asma grave é uma doença obstrutiva das vias aéreas. Na TCAR, os achados comuns incluem espessamento das paredes brônquicas e áreas de aprisionamento aéreo (vistas na fase expiratória). O faveolamento e as bronquiectasias de tração são sinais de fibrose e distorção da arquitetura pulmonar, o que não faz parte da fisiopatologia da asma.

Alternativa b: Correta. A Fibrose Pulmonar Idiopática é a causa mais comum de pneumonia intersticial idiopática. O padrão radiológico de Pneumonia Intersticial Usual (PIU) é caracterizado justamente pela presença de faveolamento (cistos subpleurais com paredes compartilhadas), bronquiectasias e bronquiolectasias de tração, além de um gradiente de distribuição que costuma ser predominantemente basal e subpleural.

Alternativa c: Incorreta. Embora a sarcoidose possa evoluir para fibrose em seu estágio IV, os achados típicos da doença incluem linfonodomegalias hilares bilaterais e mediastinais, além de micronódulos de distribuição perilinfática (ao longo das fissuras e feixes broncovasculares). A fibrose na sarcoidose geralmente tem uma distribuição predominante em campos pulmonares superiores e médios.

Alternativa d: Incorreta. A Pneumonite por Hipersensibilidade (PH), em sua forma fibrótica, pode mimetizar a FPI. No entanto, a PH costuma apresentar outros achados associados, como atenuação em mosaico (áreas de aprisionamento aéreo), nódulos centrolobulares em vidro fosco e, frequentemente, poupa as bases pulmonares, apresentando uma distribuição mais difusa ou com predomínio em campos superiores.

Alternativa e: Incorreta. O derrame pleural recidivante é o acúmulo de líquido no espaço pleural de forma recorrente. Essa é uma alteração do espaço pleural, e não do parênquima pulmonar. Não há relação entre derrame pleural e a formação de faveolamento ou bronquiectasias de tração no tecido do pulmão.

Questão 20

A questão aborda o manejo da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) em sua forma grave, definida por uma relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ inferior a 100. O objetivo é identificar a intervenção que efetivamente reduz a mortalidade nesse cenário clínico.

Alternativa a: Incorreta. Na SDRA, a estratégia correta é a ventilação protetora, que utiliza volumes correntes baixos, em torno de 6 mL/kg de peso predito. Aumentar o volume corrente provoca volutrauma e barotrauma, o que, comprovadamente, aumenta a mortalidade dos pacientes ao causar maior lesão pulmonar.

Alternativa b: Incorreta. Embora as manobras de recrutamento alveolar possam melhorar a oxigenação temporariamente, o uso de manobras agressivas e repetidas foi associado a um aumento na mortalidade em grandes ensaios clínicos, como o estudo ART. Tais manobras podem causar instabilidade hemodinâmica grave e barotrauma.

Alternativa c: Correta. A ventilação em posição prona é a intervenção que demonstrou redução robusta de mortalidade em pacientes com SDRA grave (relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor que 150). O principal estudo que sustenta essa conduta é o PROSEVA, que mostrou benefício na sobrevivência quando a prona é mantida por períodos prolongados, geralmente acima de 16 horas por dia. A posição melhora a relação ventilação-perfusão e reduz a lesão induzida pelo ventilador ao distribuir as pressões de forma mais homogênea pelo parênquima pulmonar.

Alternativa d: Incorreta. O óxido nítrico inalatório é um vasodilatador pulmonar seletivo utilizado como terapia de resgate para melhorar a oxigenação em casos desesperadores. No entanto, metanálises demonstram que ele não reduz a mortalidade e pode estar associado a um risco aumentado de insuficiência renal aguda.

Alternativa e: Incorreta. O uso de broncodilatadores como o salbutamol não tem papel no tratamento da SDRA e não impacta a mortalidade. Estudos clínicos demonstraram que o uso de agonistas beta-2 em pacientes com lesão pulmonar aguda pode ser ineficaz ou até prejudicial.

Questão 21

A Resposta Metabólica ao Trauma (REMIT) é um conjunto de alterações hormonais e metabólicas que visam à sobrevivência do organismo após uma agressão. As catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) são os mediadores da fase inicial, também chamada de fase de choque ou fase Ebb, sendo responsáveis pela resposta de luta ou fuga.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As catecolaminas promovem hiperglicemia, e não hipoglicemia. O objetivo é disponibilizar o máximo de glicose possível para tecidos nobres, como o cérebro e o coração, diante da situação de estresse.

b) Correta. Este é o papel clássico das catecolaminas no trauma. Elas estimulam a quebra do glicogênio hepático (glicogenólise) e a formação de glicose a partir de precursores não glicídicos (gliconeogênese). No sistema cardiovascular, aumentam a frequência cardíaca e a contratilidade miocárdica (efeitos cronotrópicos e inotrópicos positivos), elevando o débito cardíaco para garantir a perfusão tecidual.

c) Incorreta. O trauma provoca a ativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, e não sua supressão. Isso leva à liberação de CRH, ACTH e, conseqüentemente, cortisol, que atua em sinergia com as catecolaminas para manter a glicemia e a estabilidade hemodinâmica.

d) Incorreta. As catecolaminas estimulam a lipólise. A quebra de triacilgliceróis no tecido adiposo libera ácidos graxos livres e glicerol, que servem como fonte de energia alternativa e substrato para a gliconeogênese, respectivamente.

e) Incorreta (nesta questão). Embora as catecolaminas realmente inibam a secreção

de insulina (via receptores alfa-2-adrenérgicos) e estimulem a secreção de glucagon, a alternativa (b) descreve de forma mais abrangente e direta a finalidade fisiológica imediata e os efeitos sistêmicos (incluindo o cardiovascular) que definem o papel principal dessas substâncias na resposta ao trauma. A alternativa (b) engloba o resultado metabólico final e a repercussão hemodinâmica essencial para a sobrevivência imediata.

Questão 22

Alternativa a: Incorreta. O início da nutrição enteral não deve ser postergado até o 5º dia. O jejum prolongado no pós-operatório está associado ao aumento da resistência insulínica, à perda de massa magra e ao maior risco de infecções. As diretrizes atuais recomendam o início o mais rápido possível para evitar a desnutrição hospitalar.

Alternativa b: Incorreta. A intubação orotraqueal não é contraindicação para a nutrição enteral. Pelo contrário, pacientes em ventilação mecânica e em estado grave devem receber suporte nutricional precoce, geralmente por sonda nasoenteral ou nasogástrica, para reduzir o catabolismo e melhorar o prognóstico.

Alternativa c: Correta. De acordo com protocolos de recuperação acelerada, como o ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) e o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), a nutrição enteral deve ser iniciada precocemente, idealmente dentro das primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia. Essa prática mantém o trofismo intestinal, modula a resposta inflamatória e reduz as taxas de complicações e o tempo de internação.

Alternativa d: Incorreta. Não há evidências de que a introdução precoce da dieta enteral aumente o risco de fístulas intestinais ou deiscências de anastomoses. Pelo contrário, o aporte adequado de nutrientes é fundamental para a síntese de colágeno e para o processo de cicatrização.

Alternativa e: Incorreta (para fins de gabarito desta questão). Embora o texto desta alternativa apresente uma afirmação fisiologicamente verdadeira — a nutrição enteral é superior à parenteral por preservar a barreira mucosa e evitar a translocação bacteriana —, a alternativa (c) é considerada a resposta mais específica para a conduta de manejo no pós-operatório imediato, focando no tempo de início da dieta. Vale ressaltar que, em algumas provas de concursos médicos, afirmações como a da letra (e) também podem ser dadas como corretas devido ao seu embasamento teórico sólido, mas no contexto desta questão, a cronologia do início (24-48h) é o ponto central.

Questão 23

ANÁLISE DA QUESTÃO

As perdas gástricas, como vômitos persistentes ou drenagem por sonda nasogástrica, resultam na eliminação de suco gástrico, que é composto majoritariamente por ácido clorídrico (HCl). A compreensão da fisiopatologia desse processo é fundamental para identificar o distúrbio hidroeletrolítico e ácido-básico resultante.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A acidose metabólica ocorre quando há perda de bases ou ganho de ácidos. Nas perdas gástricas, perde-se o íon hidrogênio (ácido), o que eleva o pH sanguíneo. A acidose metabólica seria comum em perdas intestinais baixas, como diarreias graves, devido à perda de bicarbonato.

Alternativa b) Correta. É a resposta direta à fisiopatologia da perda de suco gástrico. Ao perder HCl, o organismo sofre uma redução na concentração de íons hidrogênio, levando à alcalose metabólica. Simultaneamente, a perda do íon cloro leva à hipocloremia. Esses são os componentes primários e mais comuns encontrados imediatamente após grandes perdas gástricas.

Alternativa c) Incorreta. O distúrbio esperado é a hipocalemia (redução do potássio), e não a hipercalemia. A hipocalemia ocorre por dois mecanismos principais: a entrada de potássio nas células em troca da saída de hidrogênio (tentativa de compensar a alcalose) e a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona devido à desidratação, o que aumenta a excreção renal de potássio.

Alternativa d) Incorreta. Grandes perdas gastrintestinais tendem a causar depleção de eletrólitos e fluidos. A hipermagnesemia (excesso de magnésio) não é um achado característico, sendo mais comum observar-se o oposto, a hipomagnesemia, embora de forma menos frequente do que os outros distúrbios citados.

Alternativa e) Incorreta. Embora esta alternativa descreva o quadro clínico completo e detalhado (frequentemente chamado de alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica) e inclua a acidúria paradoxal (que ocorre quando o rim excreta hidrogênio para poupar sódio devido à desidratação severa), o gabarito oficial da questão foca na alternativa (b). A alternativa (b) resume os distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos mais diretos e fundamentais gerados pela perda de HCl, enquanto a alternativa (e) descreve uma fase mais avançada e compensatória do distúrbio.

Questão 24

A alternativa correta é a letra (a).

Explicação detalhada:

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico dividido em fases: inflamatória, proliferativa e de remodelamento. Para que a cicatrização ocorra de forma eficiente, é necessário que a fase inflamatória cumpra seu papel de limpeza e sinalização e dê lugar à fase seguinte.

Alternativa (a): Correta. A hiperglicemia, comum em pacientes diabéticos não controlados, é um dos principais fatores sistêmicos que prejudicam a cicatrização. Ela causa a glicação de proteínas e aumenta o estresse oxidativo, o que mantém altos níveis de citocinas pró-inflamatórias no leito da ferida. Além disso, a hiperglicemia prejudica diretamente a função dos leucócitos (especialmente neutrófilos), comprometendo a quimiotaxia e a fagocitose. Isso faz com que a ferida fique estagnada em uma fase inflamatória crônica e ineficiente, impedindo o avanço para a fase proliferativa.

Alternativa (b): Incorreta. A suplementação proteica é um fator que favorece a cicatrização. Aminoácidos são blocos fundamentais para a síntese de colágeno e para a proliferação de fibroblastos. É a deficiência proteica (desnutrição) que prejudica o processo.

Alternativa (c): Incorreta. A oxigenação adequada é vital para a cicatrização. O oxigênio é necessário para a hidroxilação da prolina e lisina durante a síntese do colágeno e é essencial para que os neutrófilos realizem o "burst" oxidativo para matar bactérias. A hipóxia é o fator que retardaria a cura.

Alternativa (d): Incorreta. A temperatura local adequada (normotermia) otimiza as reações enzimáticas, a divisão celular e mantém a perfusão sanguínea local através da vasodilatação. O resfriamento da ferida é o que prejudica a cicatrização ao causar vasoconstrição e reduzir a atividade metabólica.

Alternativa (e): Incorreta. Esta alternativa pode gerar confusão, mas está tecnicamente incorreta quanto ao mecanismo. Embora tecidos desvitalizados prolonguem a inflamação por agirem como corpos estranhos, os corticosteroides são potentes anti-inflamatórios. Eles agem inibindo a fase inflamatória inicial (reduzindo a permeabilidade capilar e a migração de células), o que impede o início adequado do processo de reparo. Portanto, os corticoides "suprimem" ou "bloqueiam" a resposta inflamatória necessária, em vez de prolongá-la no sentido de torná-la crônica como ocorre na hiperglicemia.

Questão 25

O dreno de Penrose é um exemplo clássico de dreno aberto e passivo, que atua por capilaridade. Por ser um sistema aberto, ele estabelece uma comunicação direta entre o meio interno (cavidade ou espaço cirúrgico) e o meio externo (curativo ou bolsa coletora).

Alternativa (a) Incorreta: A hemorragia é uma complicação cirúrgica potencial, mas não é causada pelo uso do dreno de Penrose. Na verdade, o dreno pode auxiliar no diagnóstico precoce de um sangramento ao exteriorizar o sangue, mas não é o fator causal do risco hemorrágico.

Alternativa (b) Correta: Este é o principal risco dos sistemas abertos. Como não existe um sistema fechado ou de sucção, as bactérias presentes na pele e no ambiente podem colonizar o dreno e migrar para o interior da cavidade cirúrgica. Esse processo é conhecido como infecção ascendente ou retrógrada, sendo o motivo pelo qual o dreno de Penrose deve ser mantido pelo menor tempo possível e protegido com curativos estéreis.

Alternativa (c) Incorreta: A formação de fístulas está mais associada a drenos rígidos que podem causar necrose por pressão em alças intestinais ou vasos sanguíneos. O dreno de Penrose é feito de látex macio, o que minimiza esse risco. Frequentemente, ele é usado justamente para drenar fístulas já existentes.

Alternativa (d) Incorreta: O dreno é um corpo estranho e pode causar uma reação inflamatória local, mas sua função principal é evitar o acúmulo de fluidos (seromas e abscessos) que, se presentes, retardariam significativamente a cicatrização. Portanto, o dreno é colocado para favorecer a evolução favorável da ferida.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o fluido drenado (como bile ou suco gástrico) possa causar irritação ou dermatite peridreno se o curativo não for trocado com frequência, o termo necrose de pele é excessivo para a maioria dos casos. Além disso, o risco biológico da infecção ascendente é considerado mais crítico e característico do sistema aberto do que a irritação cutânea local.

Questão 26

Texto Original:

O objetivo central da antibioticoprofilaxia cirúrgica é garantir que níveis terapêuticos do antimicrobiano estejam presentes no tecido durante todo o tempo em que a ferida operatória estiver aberta, prevenindo a colonização por germes que penetram no momento da incisão.

ALTERNATIVA A: Incorreta. Estudos clínicos consistentes demonstram que manter o antibiótico por períodos prolongados não reduz a incidência de infecção do sítio cirúrgico quando comparado ao esquema de dose única ou de curta duração (no máximo 24 horas). O fator crítico é a presença da droga no momento da agressão cirúrgica.

ALTERNATIVA B: Incorreta. Cirurgias limpas são aquelas realizadas em tecidos não infectados e que não abordam os tratos respiratório, digestório ou geniturinário. Em muitos desses casos, a profilaxia sequer é indicada. Quando há indicação (como no uso de próteses), ela deve seguir o protocolo de curta duração e não ser estendida sem necessidade.

ALTERNATIVA C: Correta. Esta alternativa reflete o consenso das principais diretrizes de segurança do paciente, como as da OMS e do CDC. O uso prolongado de antibióticos seleciona bactérias resistentes tanto no paciente quanto no ambiente hospitalar, além de aumentar os custos e o risco de efeitos colaterais (como toxicidade renal e colite pseudomembranosa por *Clostridioides difficile*), sem oferecer benefício adicional na prevenção de infecções.

ALTERNATIVA D: Incorreta. A idade avançada não é um critério isolado para prolongar o uso do antibiótico. Embora idosos possam ter maior fragilidade, a antibioticoprofilaxia deve seguir o protocolo baseado no tipo de procedimento realizado, focando na aplicação correta da dose pré-operatória.

ALTERNATIVA E: Incorreta. Mesmo em cirurgias de alta complexidade, como artroplastias ortopédicas com implante de próteses, as recomendações atuais limitam a profilaxia ao período máximo de 24 horas pós-operatórias. Não há embasamento científico para a manutenção por 7 dias, conduta que apenas aumenta o risco de complicações e resistência bacteriana.

Questão 27

A Tríade Letal do Trauma representa um ciclo vicioso fisiopatológico que ocorre em pacientes com hemorragia grave e choque hipovolêmico. Esses três fatores interagem de forma sinérgica, em que um agrava o outro, aumentando drasticamente a mortalidade se não houver intervenção rápida por meio do controle de danos.

Componentes da Tríade:

1. Acidose Metabólica: Decorre da hipoperfusão tecidual. Sem oxigênio suficiente, as células passam a realizar metabolismo anaeróbio, produzindo ácido lático. O pH

baixo reduz a eficácia dos fatores de coagulação e a força de contração do coração.

2. Hipotermia: A perda de sangue e a exposição do paciente reduzem a capacidade do corpo de manter o calor. A hipotermia altera a função enzimática, prejudicando a cascata de coagulação e a adesão das plaquetas, mesmo que os níveis de fatores de coagulação estejam normais.

3. Coagulopatia: O sangramento consome fatores de coagulação e plaquetas. A acidose e a hipotermia tornam esses fatores remanescentes disfuncionais. O resultado é o aumento do sangramento, que, por sua vez, piora o choque, a acidose e a hipotermia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipoglicemia pode ocorrer em situações de estresse metabólico ou exaustão de reservas de glicogênio, mas não é um componente da tríade clássica do trauma.

b) Correta. Esta alternativa descreve exatamente os três pilares que compõem a tríade letal: acidose, hipotermia e coagulopatia. Recentemente, alguns protocolos modernos incluem a hipocalcemia como um quarto elemento (formando o Diamante da Morte), mas, para fins de prova, a tríade clássica continua sendo a cobrada.

c) Incorreta. A alcalose é o oposto da acidose. No trauma grave com choque, a tendência metabólica é a acidose devido ao acúmulo de lactato pela má perfusão.

d) Incorreta. A hipercalemia (aumento do potássio no sangue) pode ser observada em traumas de esmagamento (rabdomiólise) ou após transfusões maciças, mas não faz parte da definição da tríade letal.

e) Incorreta. A hipotensão permissiva é uma conduta médica (estratégia de ressuscitação) e não um componente patológico da tríade. Além disso, o trauma grave geralmente cursa com hipocalcemia (queda do cálcio, muitas vezes agravada pelo citrato das bolsas de sangue), e não hipercalemia.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 28

A classificação de Hinchey é uma ferramenta fundamental na cirurgia geral, utilizada para estratificar a gravidade da diverticulite aguda complicada. Ela se baseia na extensão do processo inflamatório e infeccioso na cavidade abdominal, sendo essencial para orientar a conduta terapêutica, seja ela clínica, percutânea ou cirúrgica.

Alternativa (a) Incorreta. A gravidade da pancreatite aguda é avaliada por outros sistemas de pontuação e classificações, como os Critérios de Ranson, o escore APACHE II, a Classificação de Atlanta (que define pancreatite leve, moderadamente grave ou grave) e o Índice de Gravidade Tomográfica de Balthazar.

Alternativa (b) Correta. A classificação de Hinchey (e suas versões modificadas) gradua a diverticulite aguda da seguinte forma:

Hinchey I: Abscesso pericólico ou flegmão (confinado ao mesocólon).

Hinchey II: Abscesso pélvico, intra-abdominal ou retroperitoneal à distância.

Hinchey III: Peritonite purulenta generalizada (presença de pus na cavidade, sem comunicação franca com o lúmen intestinal).

Hinchey IV: Peritonite fecal (perfuração livre com extravasamento de fezes para a cavidade abdominal).

Alternativa (c) Incorreta. Para a apendicite aguda, embora existam classificações cirúrgicas baseadas no aspecto da peça (edematosa, fibrinopurulenta, gangrenosa ou perfurada) e escores diagnósticos como o de Alvarado, a escala de Hinchey não é utilizada.

Alternativa (d) Incorreta. A gravidade da colecistite aguda é classicamente definida pelos Critérios de Tóquio (Tokyo Guidelines - TG13/TG18). Essa classificação divide a doença em Grau I (leve), Grau II (moderada, com marcadores inflamatórios elevados ou massa palpável) e Grau III (grave, com disfunção de órgãos).

Alternativa (e) Incorreta. O volvo de sigmoide é uma causa de obstrução intestinal mecânica. Sua gravidade é avaliada pela presença ou ausência de isquemia colônica (necrose), gangrena ou perfuração intestinal, mas não possui relação com a classificação de Hinchey.

Questão 29

O manejo do trauma abdominal fechado segue protocolos bem estabelecidos, como o ATLS, priorizando a identificação rápida de fontes de sangramento interno em pacientes que não apresentam estabilidade clínica.

Análise das alternativas:

a) Tomografia computadorizada: Incorreta. Embora seja o padrão-ouro para avaliar lesões de órgãos sólidos, a tomografia exige que o paciente seja transportado para a sala de exames e permaneça imóvel. Por isso, é estritamente contraindicada para pacientes hemodinamicamente instáveis, devendo ser reservada apenas para pacientes estáveis.

b) FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma): Correta. O FAST é o exame de escolha inicial para pacientes instáveis. Ele é realizado à beira do leito, de forma rápida e não invasiva, e permite identificar a presença de líquido livre (sangue) na cavidade peritoneal ou no saco pericárdico, direcionando o paciente imediatamente para a laparotomia se o resultado for positivo.

c) Radiografia de abdome agudo: Incorreta. As radiografias simples de abdome possuem baixa sensibilidade para detectar hemoperitônio (sangue no abdome) e não auxiliam na conduta imediata do choque em pacientes com trauma fechado.

d) Laparoscopia exploradora: Incorreta. A laparoscopia é um procedimento cirúrgico invasivo. Em pacientes instáveis com trauma fechado e suspeita de sangramento abdominal, a conduta cirúrgica de escolha é a laparotomia exploradora (via aberta), pois permite um controle de danos mais rápido e eficaz. A laparoscopia é mais utilizada em traumas penetrantes ou em pacientes estáveis para evitar laparotomias desnecessárias.

e) Lavado peritoneal diagnóstico (LPD): Incorreta (como primeira opção preferida). O LPD é um exame válido para pacientes instáveis quando o FAST não está disponível ou é inconclusivo. No entanto, por ser um método invasivo e com risco de complicações, o FAST tornou-se o método de imagem preferencial e inicial na prática médica atual.

Questão 30

TEMA: Trauma Abdominal Penetrante e Indicações Cirúrgicas

No atendimento ao paciente com trauma abdominal penetrante, a decisão entre a observação clínica e a intervenção cirúrgica imediata baseia-se em achados do exame físico e na estabilidade hemodinâmica. A evisceração, que é a protrusão de conteúdo intra-abdominal (como omento ou alças intestinais) através da ferida, é considerada uma indicação absoluta de laparotomia exploradora.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A observação clínica (ou manejo seletivo) é uma estratégia aplicada apenas a pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sinais de peritonite e sem evidências de violação peritoneal ou evisceração. No caso da evisceração, a violação da parede abdominal e o risco de lesão interna já estão confirmados.

Alternativa b: Incorreta. A antibioticoterapia no trauma é apenas uma medida adjuvante (profilática ou terapêutica). O tratamento definitivo para uma evisceração é cirúrgico. Dar alta a um paciente nessas condições resultaria em complicações fatais, como sepse e peritonite.

Alternativa c: Incorreta. O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) e a Tomografia Computadorizada (TC) são ferramentas úteis para auxiliar o diagnóstico em casos de dúvida ou em pacientes estáveis no trauma contuso e penetrante sem indicação clara de cirurgia. Quando há evisceração, a indicação de laparotomia já é óbvia pelo exame físico, e retardar a cirurgia para realizar exames de imagem é desnecessário e perigoso.

Alternativa d: Correta. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a evisceração é uma das indicações mandatórias de laparotomia imediata no trauma penetrante, juntamente com instabilidade hemodinâmica, sinais de irritação peritoneal (peritonite) e ferimentos por arma de fogo que atravessam a cavidade. A cirurgia é necessária para avaliar lesões internas e realizar a síntese correta da parede abdominal.

Alternativa e: Incorreta. Jamais se deve realizar a redução manual de vísceras no ambiente do pronto-socorro. Essa manobra aumenta o risco de infecção grave, pode causar lesões iatrogênicas nos órgãos eviscerados e impede a inspeção adequada de possíveis perfurações ou sangramentos internos. A conduta correta antes da cirurgia é proteger o conteúdo eviscerado com compressas estéreis úmidas.

Questão 31

Gabarito: Alternativa (c)

Análise detalhada da questão:

O manejo do trauma abdominal, especialmente de órgãos sólidos como o baço, passou por grandes mudanças nas últimas décadas. Atualmente, o critério principal para decidir a conduta não é apenas a classificação anatômica da lesão (grau da AAST), mas sim a estabilidade hemodinâmica do paciente.

Alternativa (a) Incorreta: A laparotomia de emergência com esplenectomia total está indicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica que não respondem às manobras de ressuscitação inicial ou que apresentam sinais claros de peritonite. Em um paciente estável com lesão de baixo grau (I-II), a cirurgia é desnecessária e expõe o indivíduo a riscos operatórios e ao risco futuro de infecções fulminantes pós-esplenectomia.

Alternativa (b) Incorreta: O termo laparotomia eletiva não se aplica ao contexto de trauma agudo. Além disso, a esplenorrafia (sutura do baço) é uma técnica utilizada durante uma cirurgia já indicada por outros motivos. Se o paciente está estável e a lesão é leve, não há indicação de abrir o abdome para realizar suturas.

Alternativa (c) Correta: O Tratamento Não Operatório (TNO) é a conduta de escolha para pacientes hemodinamicamente estáveis com lesões esplênicas de graus I e II e, frequentemente, até graus mais elevados. O sucesso do TNO em lesões de baixo grau é superior a 90%. A conduta consiste em internação em unidade monitorizada, repouso absoluto, exames físicos seriados e controle laboratorial de hemoglobina e hematócrito para detectar sangramentos ocultos.

Alternativa (d) Incorreta: A esplenectomia parcial é um procedimento cirúrgico complexo que visa preservar parte da função imunológica do órgão. Assim como as outras opções cirúrgicas, ela não é indicada como primeira escolha para pacientes estáveis com lesões leves, pois o tratamento conservador (sem corte) oferece melhores resultados com menor morbidade.

Alternativa (e) Incorreta: A arteriografia com embolização é um adjunto ao tratamento não operatório. Ela é geralmente reservada para pacientes estáveis que apresentam o chamado blush arterial na tomografia (sinal de sangramento ativo), pseudoaneurismas ou para lesões de alto grau (IV e V) como forma de aumentar as chances de sucesso do tratamento conservador. Para lesões de graus I e II sem sinais de sangramento ativo, a embolização é um procedimento invasivo desnecessário.

Resumo didático:

Diante de uma questão de trauma esplênico, o primeiro passo é observar a estabilidade hemodinâmica. Se o paciente está estável, a tendência é o tratamento não operatório (observação). Se está instável e não responde à reposição volêmica, o caminho é a cirurgia. Como o enunciado cita paciente estável e lesão de baixo grau, a observação clínica e os exames seriados (Alternativa C) são a resposta correta.

Questão 32

A Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal, que envolve as veias poplítea, femoral ou ilíaca, manifesta-se clinicamente por meio de sinais de obstrução ao retorno venoso e resposta inflamatória local.

Alternativa (a) Incorreta: O Sinal de Homans (dor na panturrilha à dorsiflexão passiva do pé) é historicamente descrito como um sinal clássico; porém, na prática clínica moderna, possui baixa sensibilidade e baixa especificidade. Ele pode estar presente em diversas outras condições, como lesões musculares, e sua ausência não exclui o diagnóstico, não sendo o sinal mais fidedigno.

Alternativa (b) Correta: O edema assimétrico é o sinal clínico mais frequente e importante na TVP. Na trombose proximal, o edema costuma ser mais acentuado, podendo acometer toda a perna e coxa, dependendo do nível da obstrução. A assimetria (diferença de diâmetro entre os membros) é um dos parâmetros de maior valor preditivo nos escores de probabilidade clínica, como o Score de Wells.

Alternativa (c) Incorreta: A dor na TVP costuma ser referida na panturrilha ou ao longo do trajeto das veias profundas. A dor à palpação plantar não é um sinal clássico desta patologia, sendo mais característica de condições ortopédicas, como a fascite plantar.

Alternativa (d) Incorreta: Varizes são veias superficiais dilatadas e tortuosas, geralmente indicativas de insuficiência venosa crônica. Embora a dilatação de veias superficiais colaterais possa ocorrer na TVP aguda (Sinal de Pratt), a presença de varizes proeminentes não é o sinal definidor do quadro agudo proximal.

Alternativa (e) Incorreta: O edema bilateral sugere causas sistêmicas, como insuficiência cardíaca congestiva, síndrome nefrótica ou hepatopatias, uma vez que a TVP é tipicamente unilateral. A cianose fixa é um achado de casos graves de obstrução venosa total (Phlegmasia Cerulea Dolens), representando uma complicação e não o sinal clássico inicial.

Questão 33

A decisão de realizar uma Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) em um nódulo tireoidiano é guiada pela probabilidade de malignidade, estimada através de exames de imagem, associada às dimensões da lesão.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Apesar de o sexo masculino e as faixas etárias extremas (jovens ou idosos) serem considerados fatores de risco epidemiológicos para malignidade, eles não são os critérios principais ou formais para a indicação do procedimento nos consensos médicos atuais, como os da American Thyroid Association (ATA) ou o sistema TI-RADS.

Alternativa b: Incorreta. A dor não é um marcador de câncer de tireoide. Na verdade, a maioria dos carcinomas de tireoide é indolor e descoberta de forma incidental. A dor está mais relacionada a quadros inflamatórios, como tireoidites, ou a fenômenos de expansão rápida por hemorragia intranodular.

Alternativa c: Correta. Esta é a base da conduta clínica moderna. O ultrassom avalia características de suspeição (como hipoecogenicidade, margens irregulares, presença de microcalcificações e formato mais alto do que largo). Cruzando esses achados (critérios ultrassonográficos) com o diâmetro do nódulo (tamanho), define-se a necessidade da PAAF. Por exemplo, nódulos puramente císticos raramente são puncionados, enquanto nódulos sólidos hipoecoicos são puncionados a partir de 1 cm ou 1,5 cm, dependendo da diretriz adotada.

Alternativa d: Incorreta. A obesidade não é um fator determinante para a indicação de PAAF. O histórico familiar que poderia elevar o grau de suspeita seria o de câncer medular de tireoide, neoplasias endócrinas múltiplas ou carcinoma papilífero em parentes de primeiro grau, mas a obesidade em si não possui essa função diagnóstica.

Alternativa e: Incorreta. A tireoglobulina sérica não deve ser utilizada para diagnosticar câncer de tireoide nem para indicar uma PAAF. Ela é um marcador de tecido tireoidiano total e pode estar elevada em diversas condições benignas, como bócio multinodular e doenças autoimunes. Sua utilidade clínica é restrita ao acompanhamento de pacientes já operados por câncer diferenciado de tireoide, servindo para detectar recidiva.

Questão 34

O Antígeno Carcinoembrionário (CEA) é uma glicoproteína associada à membrana celular, produzida normalmente por tecidos gastrointestinais fetais e em quantidades mínimas em adultos saudáveis. Na prática oncológica, ele atua como um marcador tumoral, mas sua aplicação possui limitações importantes que devem ser conhecidas para a resolução de questões de prova.

Alternativa (a) Incorreta: O CEA apresenta baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico precoce de qualquer neoplasia, incluindo o câncer gástrico. A maioria dos pacientes com câncer gástrico em estágio inicial terá níveis de CEA dentro da normalidade. Além disso, o marcador pode estar elevado em diversas outras condições, tanto malignas quanto benignas.

Alternativa (b) Incorreta: O estadiamento inicial do câncer de cólon baseia-se fundamentalmente no sistema TNM (extensão do tumor, acometimento linfonodal e presença de metástases), utilizando exames de imagem como tomografia computadorizada e o exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Embora um CEA pré-operatório muito elevado possa sugerir pior prognóstico ou presença de metástases ocultas, ele não define o estadiamento.

Alternativa (c) Correta: Esta é a utilidade clínica mais consagrada do CEA. Em pacientes submetidos à cirurgia com intenção curativa para câncer colorretal, os níveis de CEA devem retornar ao normal em algumas semanas. A dosagem seriada desse marcador durante o acompanhamento (follow-up) é a ferramenta mais sensível para detectar precocemente a recorrência da doença. Um aumento progressivo dos níveis de CEA no pós-operatório frequentemente precede evidências radiológicas de recidiva tumoral em vários meses.

Alternativa (d) Incorreta: O rastreamento (screening) populacional exige exames com alta sensibilidade e especificidade para detectar a doença em fases iniciais em pessoas assintomáticas. O CEA falha nesse papel, pois muitas doenças benignas (como tabagismo, DPOC, pancreatite e cirrose) podem elevá-lo, gerando falsos-positivos, enquanto muitos tumores iniciais não o elevam, gerando falsos-negativos. O rastreamento do câncer colorretal é feito preferencialmente por colonoscopia ou pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Alternativa (e) Incorreta: O CEA não possui resolução diagnóstica para diferenciar tipos de lesões precursoras. Pólipos (sejam hiperplásicos ou adenomatosos) geralmente não provocam elevação dos níveis séricos de CEA. A diferenciação entre esses pólipos é estritamente histopatológica, realizada após a biópsia ou polipectomia durante a colonoscopia.

Questão 35

O câncer de esôfago apresenta dois tipos histológicos principais com características epidemiológicas e fatores de risco bem distintos: o carcinoma epidermoide (ou escamoso) e o adenocarcinoma. A questão foca especificamente nas características do adenocarcinoma.

Alternativa a) Incorreta. O adenocarcinoma origina-se de células glandulares. O que se origina de células escamosas é o carcinoma epidermoide (CEC), que é o tipo histológico que nasce do epitélio estratificado pavimentoso normal do esôfago.

Alternativa b) Incorreta. O adenocarcinoma é mais comum em países ocidentais e em populações brancas, estando muito associado à obesidade e ao refluxo gastroesofágico. O carcinoma epidermoide é o tipo que apresenta maior incidência em países asiáticos (como China e Japão) e em áreas em desenvolvimento.

Alternativa c) Correta. Esta é a característica fundamental do adenocarcinoma de esôfago. O processo geralmente segue a sequência: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) crônica -> Esôfago de Barrett (metaplasia intestinal, onde o epitélio escamoso é substituído por colunar) -> Displasia -> Adenocarcinoma. Portanto, a mucosa metaplásica de Barrett é a principal lesão precursora.

Alternativa d) Incorreta. O adenocarcinoma localiza-se preferencialmente no terço inferior (distal) do esôfago, próximo à transição esofagogástrica, local onde o refluxo ácido é mais intenso. Os terços superior e médio são locais mais comuns para o carcinoma epidermoide.

Alternativa e) Incorreta. O tabagismo e o consumo de bebidas muito quentes (como o mate/chimarrão) são fatores de risco clássicos e fortemente associados ao carcinoma epidermoide. No caso do adenocarcinoma, os principais fatores de risco são a obesidade, o sexo masculino e a presença de refluxo gastroesofágico crônico levando ao Esôfago de Barrett.

Questão 36

O conhecimento sobre a epidemiologia dos tumores hepáticos é fundamental para a prática clínica e frequentemente cobrado em provas. O foco aqui é diferenciar a natureza (benigna vs. maligna) e a prevalência de cada lesão.

Alternativa (a) Incorreta. O hepatocarcinoma (ou carcinoma hepatocelular) é, de fato, o tumor primário mais comum do fígado, porém ele é uma neoplasia maligna, geralmente associada à cirrose ou hepatites crônicas. A questão solicita especificamente o tumor benigno.

Alternativa (b) Correta. O hemangioma hepático é a neoplasia benigna mais frequente do fígado. Composto por emaranhados de vasos sanguíneos, estima-se que sua prevalência na população geral possa chegar a 20% em séries de necropsia. Na maioria das vezes, é assintomático, diagnosticado incidentalmente em exames de imagem e não possui potencial de transformação maligna.

Alternativa (c) Incorreta. O adenoma hepático é um tumor benigno bem menos comum que o hemangioma e a hiperplasia nodular focal. Sua importância clínica reside na forte associação com o uso de anticoncepcionais orais e no risco de complicações graves, como ruptura com hemorragia intraperitoneal e o risco de transformação em hepatocarcinoma.

Alternativa (d) Incorreta. A hiperplasia nodular focal (HNF) é o segundo tumor benigno mais comum do fígado. Diferente do hemangioma, ela é interpretada como uma resposta hiperplásica regenerativa do parênquima hepático a uma malformação vascular arterial preexistente.

Alternativa (e) Incorreta. O cisto hidático não é uma neoplasia (tumor), mas sim uma doença parasitária (infecção) causada pela larva do verme *Echinococcus granulosus*. Embora se manifeste como uma lesão expansiva no fígado, sua natureza é infecciosa e não neoplásica.

Questão 37

O diagnóstico da coledocolitíase (presença de cálculos no ducto colédoco) exige exames que consigam visualizar com precisão a anatomia da árvore biliar. A escolha do método depende da probabilidade clínica do paciente e da invasividade do procedimento.

Alternativa a) Incorreta. O ultrassom abdominal é rotineiramente o primeiro exame solicitado por ser acessível e não invasivo. Ele é excelente para diagnosticar colelitíase (cálculos na vesícula biliar) e pode sugerir a presença de cálculos no colédoco indiretamente, por meio da identificação de dilatação biliar. No entanto, sua sensibilidade para visualizar diretamente o cálculo dentro do colédoco é baixa (frequentemente inferior a 50%), devido à interferência de gases intestinais e à localização profunda do ducto.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada é útil para avaliar complicações (como pancreatite) ou neoplasias, mas não é o exame de escolha para litíase biliar. Muitos cálculos biliares são compostos de colesterol e possuem densidade semelhante à da bile (são isodensos), o que os torna invisíveis na

tomografia convencional.

Alternativa c) Incorreta. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico, pois permite a visualização direta e radiológica das vias biliares. Contudo, trata-se de um procedimento invasivo, que exige sedação e apresenta riscos de complicações graves, como pancreatite aguda, perfuração e sangramento. Atualmente, a CPRE é indicada apenas quando há alta probabilidade de cálculo e intenção terapêutica (proceder à retirada do cálculo no mesmo tempo), não devendo ser usada apenas com finalidade diagnóstica se houver opções não invasivas disponíveis.

Alternativa d) Correta. A Colangiressonância (MRCP) é o melhor exame não invasivo para o diagnóstico de litíase do ducto colédoco. Ela utiliza sequências de ressonância magnética pesadas em T2, em que o líquido estático (bile) brilha e as estruturas sólidas (cálculos) aparecem como falhas de enchimento. Possui sensibilidade e especificidade elevadas (superiores a 90-95%), aproximando-se da acurácia da CPRE, mas sem os riscos de um procedimento invasivo e sem a necessidade de radiação ionizante ou contraste iodado.

Alternativa e) Incorreta. A cintilografia biliar (HIDA scan) é um exame funcional. Sua principal utilidade clínica é no diagnóstico de colecistite aguda (quando o radiofármaco não preenche a vesícula biliar devido à obstrução do ducto cístico) ou na avaliação de fístulas biliares e atresia biliar. Ela não possui resolução anatômica suficiente para detectar de forma confiável a presença de cálculos no colédoco.

Questão 38

Para entender a indicação de cirurgia emergencial nas hérnias, é fundamental distinguir entre uma hérnia que pode ser operada de forma programada e aquela que apresenta complicações agudas com risco de vida ou perda de órgão/tecido.

a) Incorreta. A presença de sintomas em uma hérnia umbilical, como dor leve ou desconforto, é uma indicação para tratamento cirúrgico; porém, esse procedimento deve ser agendado de forma eletiva. A emergência só ocorreria se a hérnia estivesse encarcerada (irredutível) ou estrangulada.

b) Incorreta. Hérnias incisionais grandes são casos complexos que exigem planejamento pré-operatório detalhado, muitas vezes incluindo exames de imagem e preparo da musculatura abdominal. Operá-las em caráter de emergência sem necessidade (ou seja, sem obstrução ou estrangulamento) aumenta drasticamente o risco de complicações e de falha do procedimento.

c) Correta. A hérnia estrangulada é a principal urgência/emergência dentro da patologia das hérnias da parede abdominal. O estrangulamento significa que o suprimento sanguíneo do conteúdo herniado (geralmente gordura ou alça intestinal) está comprometido. A isquemia pode evoluir rapidamente para necrose e perfuração, exigindo intervenção cirúrgica imediata para tentar salvar o segmento afetado ou realizar a ressecção de tecidos desvitalizados.

d) Incorreta. Uma hérnia redutível é aquela em que o conteúdo retorna para a cavidade abdominal espontaneamente ou através de manobras manuais. Embora a cirurgia seja recomendada para evitar complicações futuras, não há urgência, podendo ser realizada de maneira eletiva e segura.

e) Incorreta. A hérnia de hiato tipo I (deslizamento) é muito comum e frequentemente associada à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). O tratamento inicial costuma ser clínico (mudanças de hábitos e medicamentos). A cirurgia só é indicada em casos de falha do tratamento clínico ou de complicações específicas da DRGE, sendo sempre um procedimento eletivo. As hérnias de hiato que podem cursar com emergência (como o vólvulo gástrico) são as paraesofágicas (tipos II, III e IV), mas, ainda assim, são raras.

Questão 39

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

Explicação técnica:

O pneumotórax espontâneo primário ocorre tipicamente em pacientes jovens, sem doença pulmonar prévia. O manejo é definido principalmente pela estabilidade hemodinâmica do paciente e pelo tamanho do pneumotórax.

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento cirúrgico, seja por toracotomia ou videocirurgia, é indicado apenas em situações específicas, como no segundo episódio de pneumotórax (recidiva ipsilateral), pneumotórax bilateral simultâneo, persistência de fuga aérea após drenagem ou em pacientes com profissões de risco. Não é a conduta inicial para um quadro simples e estável.

Alternativa (b) Incorreta: A drenagem torácica com selo d'água é um procedimento invasivo indicado para pacientes com pneumotórax grande (geralmente acima de 20% ou com distância entre o pulmão e a parede maior que 2-3 cm), pacientes sintomáticos ou que apresentem instabilidade respiratória. Para casos pequenos e estáveis, essa conduta é considerada excessiva.

Alternativa (c) Correta: Segundo as diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP) e da British Thoracic Society (BTS), pacientes estáveis com pneumotórax pequeno (menor que 20% ou com borda pulmonar menor que 2 cm em relação à parede torácica) devem ser manejados inicialmente de forma conservadora. Isso envolve observação clínica, podendo associar oxigenoterapia (que acelera a reabsorção do ar) e realização de novo exame de imagem em 6 a 24 horas para confirmar que não há progressão.

Alternativa (d) Incorreta: A pleurodese química consiste na irritação das pleuras para que elas colem, evitando recidivas. É uma medida preventiva secundária e não faz parte do manejo inicial de um primeiro episódio de pneumotórax espontâneo estável.

Alternativa (e) Incorreta: A aspiração manual com agulha é uma técnica útil e recomendada por alguns protocolos como alternativa à drenagem em pneumotórax espontâneos primários grandes. No entanto, se o pneumotórax for pequeno e o paciente estiver estável, nem a aspiração é necessária, optando-se apenas pela observação.

Questão 40

A estenose hipertrófica do piloro é uma patologia comum em lactentes, caracterizada pela hipertrofia da musculatura do piloro, o que impede a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno. O quadro clínico clássico envolve vômitos não biliosos em jato, que levam a alterações metabólicas específicas devido à perda de conteúdo gástrico.

O suco gástrico é rico em ácido clorídrico (HCl). Quando o paciente apresenta vômitos persistentes, ocorre uma perda massiva de íons hidrogênio (H⁺) e íons cloreto (Cl⁻). A perda de H⁺ resulta no aumento do pH sanguíneo, configurando uma alcalose metabólica. Simultaneamente, a perda de Cl⁻ gera a hipocloremia. Portanto, a tríade bioquímica inicial e fundamental é a alcalose metabólica hipoclorêmica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A perda de secreção gástrica (ácida) resulta em alcalose, e não em acidose. A acidose metabólica hiperclorêmica é observada em outras condições, como diarreias graves ou perdas de fluidos pancreáticos e biliares, que são básicos.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve as alterações primárias decorrentes da perda de ácido clorídrico pelo vômito. É o distúrbio eletrolítico e ácido-básico que define a fisiopatologia inicial da estenose de piloro não tratada.

Alternativa c) Incorreta. Na estenose de piloro, ocorre hipocalemia (baixo nível de potássio), e não hipercalemia. O potássio é perdido tanto pelo vômito quanto pela via renal. Quando o bebê fica desidratado, o rim tenta reabsorver sódio e água; para isso, ele acaba excretando potássio e hidrogênio (fenômeno que leva à acidúria paradoxal).

Alternativa d) Incorreta. Conforme explicado, o distúrbio é de alcalose devido à perda de ácido clorídrico, e não de acidose.

Alternativa e) Incorreta (conforme o gabarito indicado). Embora a hipocalemia (baixa de potássio) frequentemente acompanhe o quadro em estágios mais avançados devido aos mecanismos de compensação renal, o enunciado pede o distúrbio clássico. Em muitas provas, se a alternativa B estiver presente, ela é considerada a resposta por focar no componente mais direto da perda de suco gástrico (H^+ e Cl^-). Se o gabarito oficial indica a letra B, a banca entende que a alcalose hipoclorêmica é a característica patognomônica primária, sendo a hipocalemia uma consequência secundária à desidratação e à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Questão 41

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma gravidez ectópica intersticial, popularmente conhecida como gravidez cornual. O saco gestacional está implantado na porção intramural da tuba uterina, que é o segmento que atravessa o miométrio no corno uterino. O achado ultrassonográfico de miométrio periférico reduzido (geralmente menor que 5 mm) é o sinal clássico para esse diagnóstico.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A região cornual/intersticial é altamente vascularizada, pois ali ocorre a anastomose entre as artérias uterina e ovariana. Diferentemente da gravidez na ampola tubária, o miométrio ao redor da porção intersticial permite que a gestação se desenvolva por mais tempo (até 9 a 12 semanas) antes de romper. No entanto, quando a ruptura ocorre, ela envolve uma parede uterina espessa e vasos de grande calibre, resultando em hemorragia profusa, rápida evolução para choque hipovolêmico e alta taxa de mortalidade se não houver intervenção imediata. Portanto, a rotura uterina e a hemorragia catastrófica são as complicações mais temidas e associadas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

a) Risco aumentado de pré-eclâmpsia precoce: A pré-eclâmpsia é uma patologia relacionada à falha na segunda onda de invasão trofoblástica e disfunção endotelial sistêmica, manifestando-se geralmente após a 20ª semana de gestação. Não há correlação direta entre a implantação cornual e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia precoce.

c) Malformações fetais maiores: A localização anômala da implantação não é um fator teratogênico. O problema da gravidez ectópica é a falta de espaço e de vascularização adequada para o suporte vital a longo prazo, e não a indução de erros na formação dos órgãos fetais (organogênese).

d) Hidropisia fetal não imune: A hidropisia fetal (acúmulo excessivo de líquido em compartimentos fetais) decorre de causas cardíacas, genéticas, infecciosas ou hematológicas (como a anemia fetal). A implantação no corno uterino não causa hidropisia.

e) Insuficiência placentária com CIUR grave no 1º trimestre: O Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) é uma condição diagnosticada no segundo ou terceiro trimestres da gestação. Na gravidez intersticial, o desfecho costuma ser a interrupção da gestação (por morte embrionária ou ruptura) ainda no primeiro trimestre, não havendo tempo cronológico para o desenvolvimento de CIUR clínico.

Questão 42

A dinâmica do líquido amniótico (LA) muda significativamente ao longo da gestação. Na segunda metade da gravidez (após a 20ª semana), a pele do feto sofre um processo de queratinização, o que impede a troca livre de fluidos através do tegumento. A partir desse momento, a manutenção do volume do LA passa a depender fundamentalmente do equilíbrio entre a produção e a reabsorção por vias específicas.

Alternativa (a) Incorreta: A secreção ativa e o transporte pelas membranas (vias intramembranosa e transmembranosa) ocorrem, mas não representam o principal fator de manutenção de volume na segunda metade da gestação. A via transmembranosa (entre o líquido e o sangue materno através das membranas) é mais relevante no início da gravidez.

Alternativa (b) Correta: Na segunda metade da gestação, os rins fetais tornam-se a principal fonte de produção do líquido amniótico através da diurese (urina fetal). Por outro lado, a principal via de reabsorção e remoção desse líquido é a deglutição fetal, na qual o feto engole o LA, que é absorvido pelo seu trato gastrointestinal e passa para a circulação fetal. O equilíbrio dinâmico entre o quanto o feto urina e o quanto

ele deglute é o determinante primordial do volume de líquido amniótico neste período.

Alternativa (c) Incorreta: Embora exista troca de água e eletrólitos entre o compartimento materno e o amniótico, esse transporte direto não é o mecanismo principal para manter o volume total do líquido após a metade da gestação, sendo superado pela fisiologia renal e digestiva do feto.

Alternativa (d) Incorreta: O ducto onfalomesentérico é uma estrutura embrionária que conecta o saco vitelino ao intestino médio e costuma se obliterar precocemente. Ele não possui função na produção de líquido amniótico.

Alternativa (e) Incorreta: O líquido cerebrospinal não contribui de forma significativa para o volume do líquido amniótico. Outras fontes secundárias, como as secreções do trato respiratório fetal, até contribuem para o volume, mas a ultrafiltração do sistema nervoso central não é um fator relevante.

Questão 43

Análise da questão:

A gestação é um estado de intensas modificações fisiológicas para acomodar o feto e preparar o corpo materno para o parto. O relato de dispneia leve aos esforços e a presença de sopro sistólico ejetivo funcional (grau II/VI) em foco pulmonar são achados frequentes e considerados fisiológicos, decorrentes do estado circulatório hiperdinâmico característico deste período.

Alternativa a) Incorreta. Na gestação, ocorre um aumento expressivo do volume plasmático (cerca de 40% a 50%). Como o aumento da massa eritrocitária é proporcionalmente menor, ocorre uma hemodiluição, o que resulta na diminuição da viscosidade sanguínea, e não no seu aumento.

Alternativa b) Correta. Esta é a alteração hemodinâmica clássica da gravidez. Sob ação da progesterona, óxido nítrico e prostaglandinas, ocorre uma queda acentuada da resistência vascular sistêmica (vasodilatação). Como resposta compensatória para manter a perfusão tecidual e uteroplacentária, o débito cardíaco aumenta significativamente, entre 40% e 50%, atingindo seu pico máximo ao redor da 28ª a 32ª semana.

Alternativa c) Incorreta. A frequência cardíaca materna não diminui. Pelo contrário, ela aumenta progressivamente ao longo da gestação, elevando-se em média 10 a 15 batimentos por minuto acima dos níveis basais da mulher antes de engravidar.

Alternativa d) Incorreta. O sistema renal também sofre o impacto do aumento do débito cardíaco. O fluxo sanguíneo renal aumenta, o que leva a um incremento da taxa de filtração glomerular em cerca de 50%. Por esse motivo, é comum observarmos níveis menores de creatinina e ureia no sangue das gestantes.

Alternativa e) Incorreta. A progesterona atua como um potente relaxante da musculatura lisa vascular. Dessa forma, sua ação promove a redução da resistência vascular sistêmica, e não o seu aumento. O aumento da resistência vascular em gestantes é um sinal patológico, geralmente associado a quadros de hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia.

Questão 44

DIAGNÓSTICO:

O quadro clínico de hipertensão grave (PA 170/115 mmHg) associado a sintomas neurológicos (cefaleia), dor abdominal (epigastria) e alterações laboratoriais (plaquetopenia, elevação de TGP e DHL acima de 600 U/L) caracteriza a pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, evoluindo para a Síndrome HELLP.

FISIOPATOLOGIA:

A base da pré-eclâmpsia reside em uma falha na placentação. Em uma gestação normal, ocorre a invasão trofoblástica das artérias espiraladas uterinas em duas ondas. A segunda onda, que ocorre entre 16 e 20 semanas, é responsável por destruir a camada musculoelástica desses vasos, transformando-os em tubos de grande calibre, baixa resistência e alta capacitância. Na pré-eclâmpsia, essa invasão é deficiente, mantendo a alta resistência vascular.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (INCORRETA): Esta alternativa descreve o que ocorre em uma gestação saudável. Na pré-eclâmpsia, a invasão trofoblástica é reduzida e a resistência das artérias espiraladas permanece elevada.

Alternativa B (CORRETA): Representa a alteração fundamental da doença. A falha no remodelamento vascular das artérias espiraladas resulta em uma placenta mal perfundida e em estado de hipóxia. Essa hipóxia placentária estimula a liberação de fatores antiangiogênicos (como sFlt-1 e endoglina solúvel) na circulação materna, que causam a disfunção endotelial sistêmica, hipertensão e as lesões de órgãos-alvo descritas no caso.

Alternativa C (INCORRETA): Ocorre o oposto. Há uma redução do fluxo uteroplacentário e uma vasoconstrição sistêmica generalizada, que é a marca da

doença hipertensiva na gestação.

Alternativa D (INCORRETA): A isquemia placentária gera um aumento significativo do estresse oxidativo, com produção de radicais livres que contribuem para a inflamação sistêmica e lesão do endotélio materno.

Alternativa E (INCORRETA): A pré-eclâmpsia está associada à insuficiência placentária, o que geralmente resulta em Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) e oligodrâmnio, e não em macrosomia fetal. A macrosomia é tipicamente associada ao Diabetes Gestacional por hiperinsulinismo fetal.

Questão 45

Esta questão aborda um cenário de extrema gravidade na obstetrícia, exigindo conhecimento sobre a classificação de mortalidade materna da Organização Mundial da Saúde (OMS), diagnóstico diferencial de convulsões na gestação e prioridades no manejo do Tromboembolismo Pulmonar (TEP) massivo.

Alternativa a: Incorreta. Embora o TEP seja frequentemente classificado como causa direta, a afirmação de que ele sempre é classificado assim ignora situações em que é complicação secundária de patologias prévias. O erro principal, contudo, reside na conduta: em um TEP massivo com hipóxia grave (saturação de 86%), a interrupção imediata da gestação sem estabilização materna prévia é contraindicada, pois a paciente não suportaria o estresse cirúrgico ou anestésico, levando a um desfecho fatal na mesa de operação.

Alternativa b: Incorreta. Nem toda convulsão na gestação é eclâmpsia. Nesta paciente, a convulsão pode ser decorrente de atividade do lúpus no sistema nervoso central (neurolúpus), hipóxia cerebral severa causada pelo TEP massivo ou até distúrbios metabólicos pela insuficiência renal (creatinina de 2,5). Além disso, o tratamento do TEP (suporte e anticoagulação) é a prioridade absoluta para a sobrevivência materna e não deve ser adiado.

Alternativa c: Incorreta. A classificação de causa indireta refere-se a doenças preexistentes ou que se desenvolvem na gestação e são agravadas por ela (como o lúpus). No entanto, a pré-eclâmpsia e a síndrome HELLP são, por definição, causas obstétricas diretas, pois são complicações exclusivas do ciclo gravídico-puerperal. Ambas são contabilizadas nas estatísticas de mortalidade materna.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa apresenta uma contradição lógica ao afirmar que a conduta deve ser a trombólise, mas, ao mesmo tempo, diz que a gestação é uma contraindicação absoluta. Na realidade, a gestação é uma contraindicação

relativa à trombólise. Em casos de TEP com instabilidade hemodinâmica (TEP massivo), a trombólise pode ser considerada, mas a estabilização ventilatória e hemodinâmica inicial é mandatória.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa reflete a melhor conduta clínica e a análise correta da complexidade do caso. O lúpus é uma causa indireta que aumenta o risco de fenômenos tromboembólicos. A síndrome HELLP (sugerida pelas plaquetas baixas, enzimas hepáticas e DHL elevados) é uma causa direta. Diante de um TEP central com comprometimento respiratório grave, a prioridade máxima é garantir a vida da mãe por meio de suporte intensivo (oxigenação, monitorização) e anticoagulação plena (geralmente com heparina não fracionada, que permite reversão rápida, se necessário). O parto deve ser planejado apenas após a estabilização do quadro crítico materno.

Questão 46

O quadro clínico descreve uma gestante de 28 semanas em trabalho de parto prematuro (TPP). O diagnóstico é firmado pela presença de contrações regulares associadas a alterações cervicais (dilatação de 2 cm e esvaecimento de 50%). Além disso, a ultrassonografia transvaginal revela um colo curto (18 mm), o que reforça o risco iminente de parto prematuro em pacientes sintomáticas.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Diante de um TPP entre 24 e 34 semanas, o objetivo principal é postergar o parto por pelo menos 48 horas para permitir a ação da corticoterapia. O nifedipino é um bloqueador de canais de cálcio amplamente utilizado como tocolítico de primeira linha devido à sua eficácia e baixo perfil de efeitos colaterais graves. O corticoide (betametasona ou dexametasona) é fundamental para reduzir a incidência de síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante no recém-nascido.

Alternativa B (Incorreta): Embora a indometacina possa ser utilizada como tocolítico em gestações abaixo de 32 semanas, a afirmação de que não há necessidade de corticoterapia está errada. A maturação pulmonar fetal com corticoides é a intervenção que mais reduz a morbimortalidade neonatal na prematuridade extrema.

Alternativa C (Incorreta): O achado de colo curto (18 mm) na ultrassonografia, em uma paciente com contrações, é justamente um critério que valida a necessidade de internação e conduta ativa para TPP, incluindo a tocolise para garantir o tempo de ação do corticoide.

Alternativa D (Incorreta): Não há indicação de interrupção da gestação. Pelo contrário, o esforço deve ser voltado para a manutenção da gravidez (se possível) ou, no mínimo, para a preparação fetal (corticoide e neuroproteção) antes do nascimento, já que não há sinais de sofrimento fetal, infecção ovular ou sangramento materno.

Alternativa E (Incorreta): O uso de antibiótico profilático para estreptococo do grupo B (GBS) seria indicado apenas se o parto fosse iminente ou em evolução. Quanto ao sulfato de magnésio, ele é indicado justamente para idades gestacionais precoces (geralmente abaixo de 32 semanas) com o objetivo de neuroproteção fetal para reduzir o risco de paralisia cerebral, tornando a alternativa incorreta ao sugerir sua não administração.

Questão 47

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve uma gestante de 22 semanas com sintomas clássicos de cistite (infecção do trato urinário inferior): disúria, polaciúria e dor suprapúbica, sem sinais de comprometimento sistêmico ou de trato superior (ausência de febre e sinal de Giordano negativo). A urocultura confirma a presença de *Escherichia coli* sensível à nitrofurantoína e à cefalexina.

Na gestação, toda infecção urinária, inclusive a bacteriúria assintomática, deve ser tratada obrigatoriamente para evitar complicações como pielonefrite, trabalho de parto prematuro e ruptura prematura de membranas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento com nitrofurantoína por 7 dias está correto, porém a afirmação de que a cefalexina deve ser evitada no segundo trimestre é falsa. As cefalosporinas são consideradas seguras durante toda a gestação. A restrição da nitrofurantoína ocorre apenas próximo ao parto (após 37 semanas), pelo risco de anemia hemolítica fetal.

b) Incorreta. Diferente das mulheres não gestantes, nas quais o tratamento curto (3 dias) pode ser uma opção para cistite não complicada, na gestante o tratamento deve durar de 7 a 10 dias. Cursos curtos estão associados a maiores taxas de falha terapêutica e recorrência nesse grupo.

c) Correta. A nitrofurantoína é uma excelente escolha para o tratamento de cistite por *E. coli* no segundo trimestre. O tempo de tratamento deve ser de 7 dias. O

diferencial desta alternativa, que a torna a mais completa, é a necessidade da urocultura de controle (teste de cura) após o término do tratamento, que é obrigatória em todas as gestantes para garantir a erradicação do patógeno.

d) Incorreta. O ciprofloxacino e outras quinolonas são evitados na gestação, pois estudos em animais demonstraram riscos de artropatias e danos às cartilagens fetais. Não são drogas de primeira linha para gestantes.

e) Incorreta. Medidas comportamentais são apenas auxiliares. A presença de sintomas e de urocultura positiva exige tratamento farmacológico imediato com antibióticos na gestação, independentemente da ausência de febre. Aguardar 48 horas aumenta o risco de progressão para uma pielonefrite.

Questão 48

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico apresentado (febre alta, lóquios fétidos e dor à palpação uterina no 5º dia pós-parto) é o diagnóstico clássico de endometrite, a principal causa de infecção puerperal. O tratamento deve ser instituído prontamente para evitar complicações como a pelviperitonite ou choque séptico.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A curetagem uterina não é o manejo inicial de escolha na endometrite sem evidência de restos ovulares significativos. O procedimento é invasivo e pode disseminar a infecção para a corrente sanguínea ou causar perfuração em um útero já fragilizado pelo processo infeccioso. Deve ser reservada para casos em que há restos volumosos confirmados ou quando não há melhora clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia.

Alternativa (b) CORRETA: O tratamento padrão-ouro para a endometrite é a internação hospitalar para administração de antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro. A combinação de clindamicina (cobertura para anaeróbios e Gram-positivos) e gentamicina (cobertura para Gram-negativos) é o esquema clássico e mais recomendado, pois a infecção puerperal é tipicamente polimicrobiana. A reavaliação constante da necessidade de esvaziamento uterino é a conduta correta caso o tratamento clínico falhe.

Alternativa (c) INCORRETA: A cefazolina é uma cefalosporina de primeira geração, eficaz contra cocos Gram-positivos, mas possui cobertura insuficiente para os diversos anaeróbios e bacilos Gram-negativos envolvidos na infecção uterina

pós-parto. Ela é comumente utilizada para profilaxia cirúrgica, mas não para o tratamento curativo da endometrite instalada.

Alternativa (d) INCORRETA: A endometrite com febre elevada (38,8 °C) e sinais sistêmicos exige tratamento hospitalar com medicação venosa. O manejo ambulatorial com antibióticos orais é arriscado, pois a absorção é menor e a resposta clínica costuma ser insuficiente para conter a progressão da infecção nesse estágio.

Alternativa (e) INCORRETA: Embora o uso de antibióticos e ocitocina (para auxiliar a contratilidade uterina) faça parte do manejo, a afirmação de que não há necessidade de avaliar a cavidade está errada. É fundamental monitorar a cavidade uterina (como foi feito com o ultrassom) para descartar a presença de abscessos, restos ovulares retidos ou outras complicações que impediriam a cura apenas com medicamentos. Além disso, a antibioticoterapia isolada, sem o monitoramento da resposta clínica e da cavidade, é uma conduta incompleta.

Questão 49

COMENTÁRIO TÉCNICO

A questão aborda a Prova de Trabalho de Parto Após Cesárea (conhecida pela sigla em inglês TOLAC — Trial of Labor After Cesarean). O cenário descreve uma paciente com uma única cesariana prévia (há 4 anos), em trabalho de parto a termo, com evolução favorável (dilatação de 5 cm e partograma adequado) em uma unidade com suporte para assistência ao VBAC (Vaginal Birth After Cesarean).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. Ter uma cesariana prévia não é uma contraindicação absoluta para o parto vaginal. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e de grandes instituições como o ACOG, pacientes com uma única cesariana anterior com incisão transversa baixa devem ser informadas sobre os benefícios e incentivadas a tentar o parto vaginal, pois apresentam altas taxas de sucesso.

Alternativa b: Incorreta. O risco de rotura uterina em mulheres com apenas uma cesariana segmentar anterior é considerado baixo, variando aproximadamente entre 0,5% e 0,9%. O termo "risco absoluto" está incorreto, pois a maioria das pacientes evolui sem essa complicação.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta preconizada. Diante de uma paciente em trabalho de parto ativo, com boa progressão (partograma adequado) e apenas uma cicatriz uterina prévia, a recomendação é permitir a prova de trabalho de parto. A

vigilância deve ser contínua, monitorando-se a frequência cardíaca fetal e a dinâmica uterina para identificar precocemente sinais de rotura uterina ou sofrimento fetal.

Alternativa d: Incorreta. O plano +1 de DeLee indica que a apresentação fetal já ultrapassou as espinhas isquiáticas, o que é um sinal de excelente progressão do parto. Realizar uma cesariana neste estágio, sem uma indicação de urgência (como sofrimento fetal ou parada de progressão), seria uma intervenção desnecessária e contraproducente.

Alternativa e: Incorreta. A amniotomia (rompimento artificial das membranas) não é uma medida preventiva para rotura uterina. Embora possa ser utilizada para acelerar o trabalho de parto em situações de distocia funcional, seu uso rotineiro e imediato não é recomendado, especialmente porque o caso descreve uma evolução espontânea e adequada.

CONCLUSÃO

Para a prática clínica e provas de residência, lembre-se de que uma cesariana prévia não impede o parto vaginal. O sucesso do VBAC é de 60% a 80%. A principal contraindicação seria o antecedente de duas ou mais cesarianas (embora discutível em alguns protocolos), incisão uterina corporal (clássica) prévia ou rotura uterina anterior. No caso descrito, a conduta é manter o trabalho de parto sob vigilância.

Questão 50

Esta questão aborda os aspectos legais e éticos do aborto previsto em lei no Brasil, especificamente no caso de gravidez resultante de estupro. De acordo com o Código Penal Brasileiro (artigo 128) e as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, o médico tem o dever de prestar assistência e realizar o procedimento quando solicitado pela gestante nessa situação.

Alternativa A: Incorreta. Não existe a exigência legal de exame pericial (corpo de delito) ou prova do estupro para a realização do aborto legal. O relato da paciente e a sua palavra sobre o ocorrido são suficientes para que a equipe de saúde proceda ao protocolo de interrupção.

Alternativa B: Incorreta. Embora a paciente na questão possua o Boletim de Ocorrência (BO), ele não é um documento obrigatório para o acesso ao serviço de saúde. Além disso, não há necessidade de avaliação psiquiátrica obrigatória para confirmar a capacidade de decisão, a menos que haja uma suspeita clínica específica de incapacidade mental, o que não é a regra.

Alternativa C: Correta. Esta é a conduta fundamentada na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde. O acesso ao aborto legal no caso de estupro prescinde de Boletim de Ocorrência, de autorização judicial ou de laudo pericial do IML. A equipe de saúde deve basear-se na presunção de veracidade da palavra da mulher e realizar o preenchimento dos documentos internos (Termo de Relato Circunstanciado, Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Alternativa D: Incorreta. O Código Penal Brasileiro não estabelece um limite de idade gestacional para a realização do aborto em caso de estupro. Embora existam discussões técnicas sobre a viabilidade fetal (geralmente em torno de 20 a 22 semanas), a afirmação de que o limite é de 12 semanas não possui respaldo na legislação vigente.

Alternativa E: Incorreta. O aborto em caso de estupro é um procedimento que não depende de alvará ou autorização judicial. A mulher tem o direito de ser atendida diretamente pelo serviço de saúde público ou privado que realize o procedimento, desde que preenchidos os requisitos éticos e os protocolos do Ministério da Saúde.

Questão 51

Esta questão aborda um dos pilares fundamentais da bioética e do Código de Ética Médica (CEM): o princípio da autonomia do paciente.

Alternativa (a): Incorreta. A recusa de um tratamento ou internação por um paciente plenamente capaz, orientado e consciente dos riscos não constitui crime nem ilegalidade. Acionar a polícia seria uma medida coercitiva inadequada e uma violação da relação médico-paciente e do sigilo profissional. O comitê de ética pode ser consultado para orientação, mas não para forçar uma conduta contra uma pessoa lúcida.

Alternativa (b): Incorreta. Embora o registro da recusa e a assinatura de um termo de responsabilidade sejam procedimentos protocolares necessários para a segurança jurídica do médico, o profissional nunca deve descontinuar o acompanhamento. O abandono de paciente é uma infração ética. O médico deve manter o vínculo assistencial e continuar oferecendo o melhor cuidado possível dentro das limitações impostas pela decisão da paciente.

Alternativa (c): Incorreta. Internar um paciente contra sua vontade, quando este não apresenta transtorno mental que comprometa sua capacidade de discernimento ou risco iminente de autoagressão decorrente de patologia psiquiátrica, configura cárcere privado. Mesmo em situações de risco obstétrico grave, a vontade da

gestante capaz deve ser considerada.

Alternativa (d): Correta. De acordo com o Código de Ética Médica, o médico deve respeitar a autonomia do paciente. Se a gestante foi devidamente informada, compreende os riscos de hemorragia e morte (esclarecimento pleno) e é considerada capaz de tomar decisões, sua recusa deve ser acatada. A conduta ética exige que o médico registre detalhadamente toda a conversa, os riscos explicados e a recusa da paciente no prontuário médico, assegurando que o vínculo de assistência permaneça para consultas futuras ou emergências.

Alternativa (e): Incorreta. A realização de uma cirurgia de grande porte, como a cesariana, sem o consentimento da paciente capaz é uma violação da integridade física e dos direitos individuais. Salvo em situações de urgência extrema em que o paciente não pode manifestar sua vontade ou está inconsciente (o que não é o caso, pois ela está orientada e recusando ativamente), a intervenção forçada é contraindicada.

Questão 52

A hipertrofia do septo interventricular fetal é uma complicação clássica do diabetes melito gestacional ou pré-gestacional mal controlado. O mecanismo fisiopatológico baseia-se no fato de que a hiperglicemia materna leva à hiperglicemia fetal, o que estimula o pâncreas do feto a secretar níveis elevados de insulina. Como a insulina é um hormônio anabólico e o miocárdio fetal (especialmente o septo) é rico em receptores de insulina, ocorre um aumento da síntese de proteínas e deposição de glicogênio, resultando na hipertrofia miocárdica.

Alternativa a) Incorreta. A hipertrofia septal é uma condição dinâmica. Ela pode se modificar intraútero, dependendo do controle metabólico da gestante e, na grande maioria dos casos, regride espontaneamente nos primeiros meses após o nascimento. A reavaliação é necessária para monitorar se haverá progressão para uma forma obstrutiva.

Alternativa b) Incorreta. A condição é reversível e o prognóstico é geralmente bom, desde que a função cardíaca esteja preservada e não haja obstrução grave do fluxo de saída do ventrículo esquerdo. Não existe indicação de interrupção da gestação por esse achado isolado.

Alternativa c) Correta. O pilar do tratamento é o ajuste rigoroso do controle glicêmico materno para reduzir o estímulo do hiperinsulinismo fetal. A reavaliação no terceiro trimestre é fundamental para acompanhar a evolução da espessura do septo e garantir que a função cardíaca permaneça preservada, descartando sinais de

insuficiência cardíaca ou obstrução de via de saída.

Alternativa d) Incorreta. Embora algumas síndromes genéticas possam cursar com cardiomiopatia, o achado de hipertrofia septal em uma gestante diabética insulínica é uma manifestação típica da fetopatia diabética. A investigação genética não é a conduta inicial prioritária diante desse contexto clínico evidente.

Alternativa e) Incorreta. O uso de corticosteroides em obstetrícia é indicado para a maturação pulmonar fetal em casos de risco de parto prematuro. Não há indicação ou evidência de que o corticoide reduza a espessura septal miocárdica; pelo contrário, o uso sistêmico de corticoides em recém-nascidos pode, em alguns casos, estar associado ao desenvolvimento de hipertrofia miocárdica transitória.

Questão 53

O caso descreve uma gestante no primeiro trimestre com diagnóstico de hipotireoidismo subclínico, definido por TSH elevado (6,8 mUI/L) e T4 livre dentro da normalidade. Além disso, a paciente apresenta anticorpos anti-TPO positivos, o que indica uma etiologia autoimune (Tireoidite de Hashimoto).

De acordo com as diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), o manejo do hipotireoidismo na gestação difere da população geral devido aos riscos de complicações obstétricas (como aborto e parto prematuro) e prejuízos ao desenvolvimento neurocognitivo fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Na gestação, o tratamento com levotiroxina está formalmente indicado quando o TSH está acima do limite superior da normalidade (geralmente considerado $> 4,0$ mUI/L) associado à presença do anticorpo anti-TPO. O tratamento visa reduzir os riscos gestacionais e garantir o aporte hormonal adequado ao feto, que no primeiro trimestre depende exclusivamente da tiroxina materna.

Alternativa b) Incorreta. O TSH é o parâmetro mais sensível para avaliar a função tireoidiana. Ignorar um TSH de 6,8 mUI/L e considerar apenas o T4 livre normal colocaria a gestação em risco, pois o hipotireoidismo subclínico tem repercussões clínicas comprovadas no ciclo gravídico-puerperal.

Alternativa c) Incorreta. Diferentemente de adultos não gestantes, em que muitas vezes se aguarda para repetir o exame em casos subclínicos leves, na gestação a intervenção deve ser imediata para proteger o desenvolvimento fetal. Além disso, o

ponto de corte de TSH > 10 mUI/L para iniciar tratamento é uma regra que não se aplica à gestante; nela, valores bem menores já justificam a terapia, especialmente se o anti-TPO for positivo.

Alternativa d) Incorreta. O TRAb (anticorpo antirreceptor de TSH) é solicitado na suspeita de Doença de Graves (hipertireoidismo) ou para avaliar risco de hipertireoidismo fetal/neonatal em mães com histórico de Graves. A paciente em questão apresenta um quadro de hipotireoidismo.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento do hipotireoidismo estabelecido (seja clínico ou subclínico com critérios de tratamento) é feito exclusivamente com levotiroxina (T4 sintético). O iodo é um micronutriente para prevenção de bócio endêmico, mas o uso de "altas doses" pode ser prejudicial, podendo inclusive causar hipotireoidismo iatrogênico (efeito Wolff-Chaikoff).

Questão 54

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta Sangramento Uterino Anormal (SUA) associado a um achado anatômico (pólipo endometrial de 1,3 cm). Segundo as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e consensos internacionais, pólipos sintomáticos devem ser removidos. O tamanho do pólipo (1,3 cm) e as características visualizadas na histeroscopia (único, séssil e com baixa vascularização) permitem uma abordagem moderna e minimamente invasiva.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (C) reflete a tendência atual da histeroscopia conhecida como *See and Treat* (Ver e Tratar). Pólipos menores que 2 cm podem ser facilmente retirados em ambiente ambulatorial (consultório), sem necessidade de internação ou anestesia geral. O uso de microtesouras ou sistemas de ressecção mecânica (morceladores histeroscópicos de consultório) é preferível por ser um procedimento rápido, seguro, com baixo risco de complicações e sem os riscos térmicos da eletrocirurgia.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Realizar apenas a biópsia e aguardar o resultado retarda o tratamento definitivo. Se o pólipo foi identificado e é a provável causa do sangramento, a conduta padrão é a sua exérese completa (polipectomia) para diagnóstico histopatológico e resolução dos sintomas em um único tempo.

Alternativa B: Programar o procedimento em centro cirúrgico sob anestesia geral é uma conduta excessiva para um pólipó de 1,3 cm em uma paciente sem outras comorbidades ou dificuldades técnicas relatadas. O ambiente ambulatorial é mais custo-efetivo e seguro para este perfil de lesão.

Alternativa D: O tratamento medicamentoso com progestagênios não é eficaz para a resolução de pólipos endometriais, que são lesões estruturais/anatômicas. A conduta cirúrgica (polipectomia) é o padrão-ouro.

Alternativa E: O uso de alça monopolar exige ambiente hospitalar, dilatação cervical e o uso de meios de distensão não eletrolíticos (como manitol ou glicina), o que aumenta o risco de complicações como a síndrome de intoxicação hídrica. Para um pólipó pequeno e único, essa abordagem é desnecessariamente invasiva e arriscada em comparação aos métodos mecânicos ou ambulatoriais.

Questão 55

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta infertilidade por fator tuboperitoneal claro, com história prévia de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e diagnóstico de obstrução distal bilateral com hidrossalpinge moderada. A hidrossalpinge é a dilatação da tuba uterina por acúmulo de secreções fluidas decorrente de um processo obstrutivo.

Por que a alternativa (c) é a correta:

A hidrossalpinge exerce um efeito negativo importante sobre os resultados da Fertilização in Vitro (FIV). O líquido acumulado na tuba é embriotóxico, prejudica a receptividade endometrial devido à presença de citocinas inflamatórias e pode causar um efeito mecânico de lavagem (refluxo) que dificulta a fixação do embrião no útero. Estudos demonstram que a presença de hidrossalpinge reduz em cerca de 50% as taxas de gravidez e aumenta o risco de abortamento na FIV. Portanto, a recomendação atual é a realização de salpingectomia bilateral (ou ligadura tubária proximal) antes de proceder com a transferência embrionária na FIV para eliminar esse fator deletério.

Análise das alternativas incorretas:

a) Indução de ovulação com coito programado por 6 meses: Incorreta. Como as tubas estão obstruídas bilateralmente, não há como ocorrer o encontro do espermatozoide com o ovócito. O tratamento de baixa complexidade não tem espaço diante de um fator tubário absoluto.

b) Laparoscopia para destamponamento tubário e tentativa de gravidez espontânea:

Incorreta. Embora a cirurgia tubária (neosalpingostomia) possa ser considerada em casos de obstrução distal muito leve, a presença de hidrossalpinge moderada geralmente indica dano ciliar e funcional importante na tuba. As taxas de sucesso de gravidez espontânea após a cirurgia são baixas e o risco de gravidez ectópica é muito elevado.

d) FIV sem intervenção cirúrgica, pois a hidrossalpinge não interfere na implantação: Incorreta. Conforme explicado, há fartas evidências de que a hidrossalpinge interfere negativamente na implantação embrionária e no desenvolvimento gestacional inicial. Ignorar a hidrossalpinge antes da FIV compromete severamente as chances de sucesso do tratamento.

e) Inseminação intrauterina por 3 ciclos antes de FIV: Incorreta. A inseminação intrauterina exige que a paciente tenha pelo menos uma das tubas uterinas pérvia e funcional para que a fecundação ocorra. Diante de uma obstrução bilateral confirmada, este procedimento é contraindicado.

Questão 56

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta sangramento uterino anormal e anemia devido a um mioma submucoso classificado como FIGO tipo 1, medindo 2,5 cm. O mioma FIGO 1 possui menos de 50 por cento de sua extensão dentro do miométrio, sendo a maior parte intracavitária. Como a paciente deseja manter a fertilidade, a conduta deve ser a mais conservadora e eficaz possível para a patologia submucosa.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A laparotomia (cirurgia aberta) é reservada para miomas subserosos ou intramurais de grande volume. No caso de miomas submucosos, a via abdominal não acessa adequadamente a cavidade uterina e oferece maiores riscos de aderências peritoneais e tubárias, o que pode prejudicar a fertilidade futura.

b) Incorreta. A embolização das artérias uterinas é uma alternativa à histerectomia em mulheres que não desejam mais engravidar. Existem riscos documentados de redução da reserva ovariana e complicações em gestações futuras, como placentação anômala e restrição de crescimento fetal, por isso não é recomendada para quem deseja manter o potencial reprodutivo.

c) Correta. A miomectomia histeroscópica é o padrão-ouro para o tratamento de miomas submucosos (FIGO 0, 1 e 2). Miomas do tipo 1 com 2,5 cm são manejáveis

por essa via, permitindo a ressecção completa do mioma, controle do sangramento e restauração da anatomia da cavidade endometrial sem cortes abdominais, preservando a fertilidade.

d) Incorreta. A histerectomia consiste na remoção total do útero. Embora resolva o sangramento de forma definitiva, é um procedimento radical que encerra a possibilidade de gestação, o que vai contra o desejo explícito da paciente.

e) Incorreta. Os análogos do GnRH promovem um estado de hipoestrogenismo temporário, reduzindo o volume do mioma e o sangramento. Contudo, seu uso é limitado por efeitos colaterais e pelo fato de que o mioma volta a crescer após a suspensão da droga. É uma terapia pré-operatória para otimizar os níveis de hemoglobina, mas não é um tratamento definitivo.

Questão 57

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clínico de cervicite, caracterizado por corrimento mucopurulento e sangramento ao contato (pós-coital). O ponto fundamental da questão é a persistência dos sintomas após um tratamento empírico inicial, associada a resultados negativos de biologia molecular (PCR) para os agentes mais comuns: *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Em casos de cervicites ou uretrites não gonocócicas e não clamidianas que não respondem à terapêutica convencional (geralmente ceftriaxona e azitromicina/doxiciclina), o principal agente etiológico a ser investigado é o *Mycoplasma genitalium*.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: Embora o *Mycoplasma genitalium* seja o agente suspeito, a azitromicina em dose única não é a melhor escolha neste cenário. Existe uma taxa de resistência crescente deste microrganismo aos macrolídeos (muitas vezes superior a 50%). Se a paciente já falhou ao tratamento empírico prévio, que rotineiramente inclui a azitromicina, repetir a mesma droga é inadequado.

b) INCORRETA: O *Ureaplasma urealyticum* pode estar associado a uretrites, mas não é o principal patógeno relacionado a cervicites persistentes com sangramento pós-coital. Além disso, os micoplasmas e ureaplasmas não possuem parede celular de peptidoglicano, o que torna a penicilina benzatina (que age na síntese da parede celular) totalmente ineficaz.

c) INCORRETA: O *Haemophilus ducreyi* é o agente do cancro mole. Clinicamente, o

cancro mole se manifesta por úlceras genitais múltiplas, dolorosas e com fundo purulento, frequentemente acompanhadas de linfadenopatia inguinal (bubão) que pode fistulizar. Não se apresenta tipicamente como uma cervicite isolada com corrimento mucopurulento.

d) CORRETA: O *Mycoplasma genitalium* é reconhecido como uma das principais causas de cervicite e uretrite persistente ou recorrente. Devido à alta prevalência de mutações que conferem resistência aos macrolídeos, as diretrizes atuais (como as do CDC e manuais de IST do Ministério da Saúde) recomendam o uso de moxifloxacino (uma quinolona de quarta geração) para casos de falha terapêutica ou quando a resistência é suspeitada. O esquema geralmente envolve 400 mg por dia durante 7 a 14 dias.

e) INCORRETA: O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário que causa vaginite. O quadro típico inclui corrimento amarelado ou esverdeado, bolhoso, com odor desagradável e a presença de colpíte macular (colo em framboesa). Embora possa causar sangramento, a persistência do quadro mucopurulento cervical após falha de esquema para clamídia e gonococo e a especificidade do tratamento de segunda linha apontam diretamente para o *Mycoplasma genitalium*.

RESUMO DA CONDUTA

Diante de uma cervicite persistente com exames negativos para gonococo e clamídia, deve-se considerar o *Mycoplasma genitalium* resistente. O tratamento indicado é o moxifloxacino. Portanto, a alternativa D é a correta.

Questão 58

O caso clínico apresenta uma paciente de 44 anos com sangramento uterino anormal e achados ultrassonográficos e histeroscópicos altamente suspeitos de malignidade. A presença de uma lesão polipoide com área esbranquiçada e irregular na base sugere fortemente a existência de um processo neoplásico (câncer de endométrio). O desafio da questão é determinar a conduta que equilibra o diagnóstico preciso e a segurança oncológica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a polipectomia ambulatorial seja possível para pólipos benignos e pequenos, diante de uma suspeita de atipia ou malignidade, a ressecção ambulatorial pode ser incompleta ou resultar em fragmentação excessiva da peça, o que prejudica a análise anatomopatológica da base da lesão (margem). Além disso, o ambiente ambulatorial oferece menos recursos caso ocorra uma intercorrência em

uma lesão mais complexa e vascularizada.

b) Correta. Esta é a conduta mais prudente e segura. Realizar a biópsia dirigida durante a histeroscopia diagnóstica permite confirmar a natureza da lesão (histopatologia). Uma vez confirmado o diagnóstico de atipia ou carcinoma, o planejamento cirúrgico definitivo (seja uma ressecção completa em ambiente hospitalar com melhores recursos ou o tratamento oncológico definitivo, como a histerectomia) será feito com maior segurança, respeitando os princípios de oncologia e garantindo a análise adequada da base da lesão.

c) Incorreta. Interromper o exame sem colher nenhuma amostra é uma conduta inadequada, pois atrasa o diagnóstico. Já que o médico está visualizando a lesão e tem boa visibilidade, a biópsia dirigida deve ser realizada de imediato para guiar os próximos passos. A escolha entre alça monopolar ou bipolar é técnica e secundária à necessidade do diagnóstico histológico prévio.

d) Incorreta. O uso de progestagênio é indicado para o tratamento de hiperplasias endometriais sem atipia ou como terapia hormonal em casos selecionados. No entanto, o tratamento nunca deve ser iniciado antes de um diagnóstico histopatológico definitivo, especialmente quando há suspeita visual de câncer de endométrio.

e) Incorreta. A curetagem uterina é um procedimento "às cegas" e apresenta uma taxa de falha diagnóstica considerável para lesões focais (cerca de 10% a 25% das lesões podem não ser alcançadas pela cureta). A histeroscopia com biópsia dirigida é o padrão-ouro, pois permite visualizar a área mais suspeita (neste caso, a base da lesão) e retirar o material exatamente daquele local, sendo superior à curetagem.

Questão 59

Esta questão aborda o sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) aplicado à ultrassonografia mamária. Para resolvê-la, devemos analisar as características morfológicas do nódulo descrito e correlacioná-las com o risco de malignidade.

Análise das características ultrassonográficas:

O nódulo apresenta diversos critérios de alta suspeição para malignidade:

1. Forma irregular: Sugere crescimento desordenado.
2. Orientação não paralela (mais alto do que largo): É um dos sinais mais específicos de malignidade na ultrassonografia, indicando que a lesão cresce cruzando os planos teciduais.
3. Margens anguladas: Indicam infiltração do tecido adjacente.

4. Sombra acústica posterior: Frequentemente associada ao distorção estromal provocado por carcinomas (embora possa ocorrer em lesões benignas, como fibroses, no contexto de um nódulo irregular, reforça a suspeita).

Classificação e Conduta:

A presença de três ou mais sinais de alta suspeição eleva a probabilidade de malignidade para mais de 95%, o que enquadra a lesão na categoria BI-RADS 5. A conduta mandatória para BI-RADS 4 ou 5 é a confirmação histopatológica, geralmente iniciada por biópsia percutânea (*core biopsy*).

Análise das alternativas:

a) BI-RADS 3 — Seguimento em 6 meses: Incorreta. A categoria 3 é reservada para achados provavelmente benignos (risco de malignidade menor ou igual a 2%), como nódulos sólidos, ovais, paralelos à pele e de margens circunscritas. As características descritas na questão são francamente suspeitas.

b) BI-RADS 4A — Biópsia por *core biopsy*: Incorreta. A categoria 4A representa baixa suspeição de malignidade (2% a 10%). O nódulo em questão possui múltiplos sinais de alerta que superam em muito esse nível de risco.

c) BI-RADS 4C — Biópsia por *core biopsy*: Incorreta. Embora a categoria 4C indique alta suspeição (50% a 95%), a combinação de forma irregular, margens anguladas, orientação não paralela e sombra acústica posterior é o quadro clássico descrito pelos livros de radiologia para a categoria 5 (acima de 95% de chance de câncer).

d) BI-RADS 5 — Biópsia imediata e preparo para abordagem cirúrgica: Correta. A descrição morfológica é típica de uma lesão maligna (BI-RADS 5). A conduta é a biópsia para confirmação diagnóstica e o planejamento terapêutico subsequente. Nota: Embora a alternativa mencione "preparo para abordagem cirúrgica", o primeiro passo prático após a classificação é sempre a biópsia tecidual.

e) BI-RADS 0 — Repetir mamografia com incidências adicionais: Incorreta. A categoria 0 é usada quando o exame é inconclusivo e necessita de avaliação adicional por imagem. No entanto, a ultrassonografia já foi realizada e forneceu achados morfológicos definitivos e altamente suspeitos. Não se deve retardar a biópsia de uma lesão claramente suspeita no USG apenas porque a mamografia foi inconclusiva devido à densidade mamária.

Questão 60

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro de infertilidade há 2 anos, associado a marcadores de baixa reserva ovariana: Hormônio Anti-Mülleriano (AMH) de 0,7 ng/mL (valor de referência para baixa reserva geralmente abaixo de 1,1 ng/mL) e Contagem de Folículos Antrais (AFC) de 4 (valores abaixo de 5 a 7 sugerem baixa reserva). Apesar de ter tubas patentes (histerossalpingografia normal) e parceiro com espermograma normal, o tempo de infertilidade e a urgência devido à reserva ovariana reduzida direcionam a conduta.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A fertilização in vitro (FIV) é a conduta de escolha para casais com infertilidade de longa data (2 anos) e sinais claros de falência ovariana iminente ou reserva muito baixa. A FIV maximiza as chances de gravidez por ciclo, o que é crucial para uma paciente de 34 anos com AMH e AFC baixos, pois ela possui uma "janela de oportunidade" curta antes que a reserva se esgote ou a qualidade dos óvulos decline significativamente. Além disso, atende ao desejo da paciente por uma tentativa rápida e eficaz.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O coito programado é uma técnica de baixa complexidade com taxas de sucesso reduzidas. Após 2 anos de tentativas frustradas e com baixa reserva ovariana, insistir nessa conduta por mais 6 meses posterga o tratamento efetivo e consome o tempo reprodutivo escasso da paciente.

Alternativa (b): A inseminação intrauterina (IIU) exige permeabilidade tubária e espermograma normal (que a paciente possui), porém as taxas de sucesso da IIU são consideravelmente menores que as da FIV. Em casos de baixa reserva ovariana, o tempo é um fator determinante, e a IIU pode não ser eficiente o suficiente antes que os estoques de folículos se esgotem.

Alternativa (d): A histeroscopia diagnóstica não é indicada de rotina como passo inicial se a histerossalpingografia é normal e não há suspeita clínica de patologia intracavitária (como pólipos ou miomas submucosos). Realizá-la agora apenas atrasaria o início do tratamento de reprodução assistida.

Alternativa (e): A estimulação com gonadotrofinas para relações sexuais programadas aumenta o risco de gestação múltipla e não oferece o controle laboratorial e as altas taxas de êxito necessárias para um caso de baixa reserva

ovariana e infertilidade prolongada. Não é a conduta mais apropriada para otimizar as chances de gravidez rápida neste cenário.

Questão 61

O caso clínico descreve uma criança de 3 anos com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). André apresenta febre, tosse e taquipneia (frequência respiratória de 42 ipm, sendo que o limite para sua idade é de 40 ipm). A dor abdominal relatada é um sintoma clássico em pneumonias de lobos inferiores em pediatria, ocorrendo devido à irritação do diafragma. O exame físico e a radiografia confirmam a consolidação no lobo inferior esquerdo, sem complicações como derrame pleural.

A decisão entre tratamento ambulatorial ou hospitalar baseia-se na presença de sinais de gravidade. Os critérios para internação incluem: idade inferior a 2 meses, desconforto respiratório grave (presença de tiragem subcostal, batimento de asa do nariz ou gemência), saturação de oxigênio abaixo de 92%, incapacidade de manter hidratação ou aceitar via oral, sinais de sepse ou presença de complicações radiológicas (como derrame pleural volumoso). Como o paciente está em bom estado geral, hidratado, sem sinais de esforço respiratório e com saturação de 94%, o tratamento deve ser realizado em domicílio.

Alternativa a: Incorreta. A internação hospitalar não está indicada para este perfil de paciente. Além disso, a associação de penicilina cristalina com gentamicina é geralmente utilizada em infecções neonatais ou quadros graves com suspeita de germes gram-negativos, não sendo o padrão para PAC em crianças desta faixa etária.

Alternativa b: Incorreta. A oxacilina é um antibiótico direcionado para o *Staphylococcus aureus*. Suspeita-se desse agente em casos de pneumonia com rápida evolução clínica, sinais de gravidade extrema ou presença de pneumatoceles e abscessos na radiografia, o que não condiz com o quadro de André.

Alternativa c: Incorreta. A combinação de ceftriaxona e claritromicina (um macrolídeo) é reservada para casos de pneumonia grave que exigem internação ou quando há suspeita de germes atípicos. Germes atípicos são mais comuns em crianças maiores e adolescentes, e o quadro clínico atual sugere uma etiologia bacteriana típica.

Alternativa d: Incorreta. O uso de antibiótico injetável como a ceftriaxona via intramuscular poderia ser considerado se houvesse intolerância à via oral (vômitos persistentes) ou incerteza quanto à adesão ao tratamento, mas a via oral é preferencial quando o paciente tem condições clínicas para tal.

Alternativa e: Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Organização Mundial da Saúde, a amoxicilina por via oral é a primeira escolha para o tratamento ambulatorial da PAC bacteriana não grave em crianças. Ela oferece excelente cobertura contra o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), que é o principal agente etiológico. A recomendação de reavaliação em 72 horas é o padrão de segurança para garantir que houve resposta clínica satisfatória ao antibiótico.

Questão 62

A questão aborda a transição alimentar de um lactente que completará 6 meses na próxima semana, momento em que, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde, a amamentação deixa de ser exclusiva e passa a ser complementada por outros alimentos.

Alternativa a: Incorreta. As recomendações atuais proíbem o uso de sucos (mesmo os naturais e sem açúcar) para lactentes menores de 1 ano de idade. A fruta deve ser oferecida in natura, amassada ou raspada, para que a criança aproveite as fibras e não receba uma carga glicêmica elevada de forma abrupta.

Alternativa b: Incorreta. Além do erro em relação ao oferecimento de suco, a introdução de duas papas principais (almoço e jantar) simultaneamente, logo na primeira semana de transição, não é a conduta padrão. Geralmente, inicia-se com as frutas e uma papa principal, evoluindo para a segunda papa após um período de adaptação (normalmente no sétimo mês).

Alternativa c: Correta. Ao atingir 6 meses, a orientação é a introdução de alimentos complementares. O esquema inicial consiste na oferta de frutas (lanche da manhã e tarde) e uma papa principal (almoço ou jantar). A mistura múltipla refere-se à composição necessária para garantir densidade energética e de micronutrientes, devendo conter: um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um do grupo das leguminosas, um do grupo das proteínas animais e um do grupo das hortaliças (legumes e verduras).

Alternativa d: Incorreta. O retorno ao trabalho não é indicação para a introdução de fórmula infantil; a mãe deve ser estimulada a realizar a ordenha e o armazenamento do leite materno para que a criança continue recebendo o leite humano. Além disso, a diluição citada (5 medidas para 100 ml) está incorreta para as fórmulas padrão, que geralmente utilizam 1 medida para cada 30 ml de água.

Alternativa e: Incorreta. Apresenta o mesmo erro conceitual sobre a substituição do

leite materno por fórmula e a diluição inadequada. Além disso, a introdução alimentar deve obrigatoriamente contemplar o grupo das frutas, e não apenas a papa salgada.

Questão 63

ANÁLISE DO CASO:

Marta apresenta um quadro clínico clássico de anafilaxia. O diagnóstico é definido pelo envolvimento de dois ou mais sistemas orgânicos após a exposição a um alérgeno conhecido ou provável (neste caso, o amendoim). Os sistemas comprometidos são o respiratório (rouquidão e sibilos) e o gastrointestinal (vômitos e dor abdominal). Vale ressaltar que a ausência de manifestações cutâneas ocorre em aproximadamente 10% a 20% dos casos e não afasta o diagnóstico de anafilaxia.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) INCORRETA. A via subcutânea não deve ser utilizada no tratamento da anafilaxia. Estudos demonstram que a absorção da epinefrina por essa via é mais lenta e atinge picos plasmáticos menores e mais tardios do que na via intramuscular, o que pode ser fatal em uma reação alérgica grave.

Alternativa b) INCORRETA. Corticosteroides como a prednisolona são considerados medicações de segunda linha. Eles possuem um início de ação lento (levam de 4 a 6 horas para agir) e não tratam os sintomas agudos. Sua utilidade principal é na prevenção de reações bifásicas, que ocorrem horas após o evento inicial.

Alternativa c) CORRETA. A epinefrina (adrenalina) administrada por via intramuscular é a droga de escolha e a primeira medida a ser tomada em qualquer caso de anafilaxia. O local preferencial de aplicação é o vasto lateral da coxa, devido à excelente vascularização e rápida absorção. Não há contraindicação absoluta para o uso de adrenalina na anafilaxia, e o atraso na sua administração é o principal fator de risco para morte.

Alternativa d) INCORRETA. O oxigênio inalatório pode ser um suporte adjuvante importante se a paciente mantiver hipoxemia, mas não é o tratamento definitivo. Ele não reverte o broncoespasmo grave, o edema de vias aéreas superiores ou a vasodilatação sistêmica provocada pela anafilaxia.

Alternativa e) INCORRETA. Anti-histamínicos como a dexclorfeniramina são medicações de segunda linha que agem apenas em sintomas cutâneos (prurido e urticária). Eles não têm efeito sobre a obstrução das vias aéreas ou o choque circulatório. Além disso, a via oral é contraindicada em pacientes com vômitos ou

risco de obstrução de via aérea.

Questão 64

Esta questão aborda os benefícios do aleitamento materno, exigindo que o candidato identifique a alternativa incorreta (exceto).

Alternativa (a) Correta: De acordo com estudos epidemiológicos clássicos, como a série do The Lancet sobre sobrevivência infantil, o aleitamento materno exclusivo tem o potencial de reduzir em até 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos. É considerado a intervenção isolada com maior impacto na redução da mortalidade infantil.

Alternativa (b) Correta: O leite materno contém diversos fatores imunológicos, como a imunoglobulina A secretora (IgA), lactoferrina e oligossacarídeos que impedem a adesão de patógenos. Isso reduz significativamente tanto a incidência quanto a gravidade de episódios de diarreia, protegendo a criança contra infecções gastrointestinais.

Alternativa (c) Correta: As curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicadas em 2006 e amplamente utilizadas na pediatria, utilizaram como padrão de referência (o "padrão-ouro" de crescimento) crianças saudáveis que foram amamentadas conforme as recomendações internacionais. Portanto, o lactente amamentado é o modelo biológico de crescimento normal.

Alternativa (d) Incorreta (Gabarito): Embora a amamentação proteja comprovadamente a mulher contra o câncer de mama e o câncer de ovário e possua um efeito anticoncepcional (através do Método da Amenorreia da Lactação - LAM), não há evidência científica sólida e estabelecida nas diretrizes de saúde pública que aponte a proteção contra cânceres do trato digestório para a mulher que amamenta. A inclusão dessa patologia torna a alternativa falsa.

Alternativa (e) Correta: O aleitamento materno está associado a melhores índices de desenvolvimento cognitivo. Isso se deve tanto ao estímulo do vínculo afetivo quanto à presença de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (como o DHA e o ARA) no leite humano, que são essenciais para a mielinização e o desenvolvimento do sistema nervoso central.

Questão 65

A questão aborda o manejo do recém-nascido (RN) exposto à sífilis materna quando a gestante não recebeu o tratamento adequado. No caso clínico, Maria teve um pré-natal irregular e não foi tratada (fez uso apenas de polivitamínicos), o que a classifica, para fins de protocolo do Ministério da Saúde, como portadora de sífilis com tratamento inadequado ou não realizado.

Para o manejo do RN nessas condições (mãe não tratada ou inadequadamente tratada), o protocolo brasileiro exige uma investigação laboratorial e de imagem completa no bebê, independentemente de sintomas. Essa investigação inclui: hemograma, radiografia de ossos longos, coleta de líquido (punção lombar) e VDRL de sangue periférico. O tratamento será definido com base nesses resultados.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A comparação de titulações (VDRL do RN ser duas diluições ou quatro vezes maior que o da mãe) é um dos critérios diagnósticos para sífilis congênita, mas não é o único. Como a mãe não foi tratada, o RN deve ser investigado e tratado mesmo que sua titulação seja baixa ou igual à da mãe.

Alternativa B: Incorreta. A penicilina cristalina (venosa) ou a procaína (intramuscular) por 10 dias são indicadas se houver qualquer alteração clínica, radiológica, hematológica ou se o VDRL do RN for positivo. No entanto, se todos os exames forem normais e o VDRL for negativo, a penicilina benzatina pode ser utilizada. Portanto, não se inicia a cristalina de forma cega, independentemente do valor do VDRL, sem considerar as outras opções do protocolo.

Alternativa C: Correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, se a mãe não foi tratada adequadamente, mas o RN encontra-se assintomático e toda a sua investigação inicial (VDRL, hemograma, radiografia e líquido) for normal/negativa, a conduta recomendada é a aplicação de penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg, em dose única intramuscular, com acompanhamento subsequente.

Alternativa D: Incorreta. Em filhos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, a coleta do líquido é obrigatória na avaliação inicial, mesmo na ausência de sinais ou sintomas neurológicos, para descartar a neurosífilis assintomática.

Alternativa E: Incorreta. Não realizar nenhuma intervenção e apenas encaminhar para seguimento só seria uma opção se a mãe tivesse sido tratada adequadamente durante a gestação e o RN estivesse assintomático com VDRL negativo. No cenário de mãe não tratada, o risco de infecção é alto e o tratamento profilático ou

terapêutico é obrigatório.

Questão 66

A questão aborda o manejo da icterícia neonatal em um recém-nascido (RN) a termo (37 semanas), com 48 horas de vida, apresentando icterícia leve (Zona I de Kramer) e sem outros sinais de alerta.

A icterícia que surge após as primeiras 24 horas de vida e se limita à Zona I de Kramer (cabeça e pescoço) geralmente está associada a níveis baixos de bilirrubina indireta (em torno de 4 a 6 mg/dL). Nesses casos, a conduta deve ser cautelosa, mas não necessariamente invasiva, focando na identificação de fatores de risco para hiperbilirrubinemia grave.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A internação para coleta seriada de bilirrubina é uma conduta excessiva para um RN com icterícia leve que surgiu após 24 h de vida, sem outros sintomas e com boa vitalidade. O manejo inicial pode ser ambulatorial se não houver fatores de risco maiores.

b) Correta. Esta é a conduta mais adequada. A pesquisa da tipagem sanguínea materna e do RN (assim como o teste de Coombs direto) é fundamental para excluir a incompatibilidade ABO ou Rh, que são causas de doença hemolítica e podem levar a um aumento rápido da bilirrubina. Se o risco de hemólise for descartado e a icterícia for clinicamente leve (Zona I), o bebê pode ser acompanhado ambulatorialmente com reavaliação em curto prazo (72 h).

c) Incorreta. A ultrassonografia de abdômen é utilizada para investigar colestase (aumento de bilirrubina direta), que geralmente se manifesta com fezes acólicas e urina escura, muitas vezes surgindo mais tardiamente (após a primeira semana de vida). O quadro descrito sugere hiperbilirrubinemia indireta.

d) Incorreta. A indicação de fototerapia baseia-se em tabelas e nomogramas que consideram a idade gestacional, o peso e o nível de bilirrubina em relação às horas de vida. Um RN de 37 semanas com 48 horas de vida apresentando apenas Zona I de Kramer está muito abaixo do limiar de fototerapia, a menos que houvesse evidência de hemólise galopante.

e) Incorreta. A investigação de TORCHS (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis) é indicada em casos de icterícia precoce associada a outros sinais clínicos, como microcefalia, hepatoesplenomegalia, petéquias ou restrição de

crescimento intrauterino, o que não é o caso deste paciente.

Questão 67

O caso clínico apresenta uma criança de 1 ano e 2 meses (14 meses) que teve seu calendário vacinal interrompido aos 10 meses de idade. Para resolver a questão, devemos identificar quais vacinas são preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) no marco dos 12 meses, que é o período que o paciente perdeu e cujas doses precisa atualizar.

Aos 12 meses de idade, o calendário vacinal estabelece:

1. Tríplice Viral (primeira dose): protege contra sarampo, caxumba e rubéola.
2. Pneumocócica 10-valente: dose de reforço.
3. Meningocócica C (conjugada): dose de reforço.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina da Febre Amarela é administrada rotineiramente aos 9 meses de idade (primeira dose) e aos 4 anos (reforço). Como a mãe refere que as vacinas estavam em dia até os 10 meses, pressupõe-se que a criança já recebeu a dose de Febre Amarela. Embora a vacina contra a COVID-19 possa ser iniciada, a alternativa está incompleta por ignorar as vacinas obrigatórias do marco dos 12 meses que estão em atraso.

Alternativa b) Incorreta. O reforço da Pneumo 10 está correto para a atualização do marco dos 12 meses. No entanto, a vacina Pentavalente é aplicada aos 2, 4 e 6 meses de vida. O reforço que ocorre mais tarde é feito com a DTP (e não a Pentavalente completa), previsto apenas para os 15 meses de idade, marco que a criança ainda não atingiu.

Alternativa c) Incorreta. A vacina da Febre Amarela não é a prioridade de atualização aqui, pois, pelo histórico, já foi realizada aos 9 meses. Além disso, focar em apenas uma vacina deixaria a criança desprotegida contra sarampo, meningite e pneumonias.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa contempla as vacinas que deveriam ter sido aplicadas aos 12 meses. Embora o PNI utilize a Meningo C no calendário básico de 1 ano, há uma tendência de substituição e ampliação para a Meningo ACWY (já presente no calendário de adolescentes do PNI e em calendários de sociedades como a SBP). No contexto da questão, os reforços de Pneumo 10, Meningo e a dose de Tríplice Viral representam exatamente o bloco de atraso que precisa ser recuperado aos 14 meses.

Alternativa e) Incorreta. Existe atraso vacinal. Sempre que uma criança comparece à unidade de saúde com doses pendentes, o esquema deve ser atualizado imediatamente, não havendo motivo para esperar até os 15 meses (1 ano e 3 meses) se as vacinas de 1 ano ainda não foram feitas.

Questão 68

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer as normas do Ministério da Saúde do Brasil para a avaliação nutricional de crianças e adolescentes. O Ministério da Saúde adota as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006 (para crianças de 0 a 5 anos) e de 2007 (para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos). Diferentemente das curvas do CDC norte-americano, que utilizam prioritariamente percentis, as curvas da OMS e do Ministério da Saúde utilizam o escore-Z como principal parâmetro de classificação nos manuais de atenção básica.

Na faixa etária de 5 a 19 anos, que abrange grande parte da infância e toda a adolescência, os critérios de IMC para idade da OMS são:

- Escore-Z maior que +1 e menor ou igual a +2: Sobrepeso.
- Escore-Z maior que +2 e menor ou igual a +3: Obesidade.
- Escore-Z maior que +3: Obesidade grave.

Para crianças de 0 a 5 anos, o escore-Z maior que +2 indica sobrepeso e o maior que +3 indica obesidade. No entanto, em questões de prova que englobam a criança e o adolescente de forma geral, o ponto de corte de escore-Z maior que +2 é o padrão-ouro para definir a categoria de obesidade conforme a alternativa correta.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Ministério da Saúde não utiliza as curvas do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) como referência oficial. Além disso, no sistema do CDC, o percentil acima de 85 indica sobrepeso.

b) Incorreta. Embora o percentil acima de 95 na curva do CDC seja o critério para obesidade naquele sistema, o Ministério da Saúde adota as curvas da OMS e prioriza o uso do escore-Z.

c) Incorreta. O percentil 97 não é o ponto de corte definidor de obesidade nas curvas do CDC (que usa o percentil 95), e o modelo adotado no Brasil é o da OMS.

d) Incorreta. Nas curvas da OMS para a faixa de 5 a 19 anos, um escore-Z de IMC maior que +1 indica sobrepeso, e não obesidade.

e) Correta. Conforme as diretrizes da OMS adotadas pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico de obesidade na faixa etária de 5 a 19 anos é estabelecido quando o escore-Z do IMC para a idade é maior que +2.

Questão 69

A obesidade monogênica é uma forma rara de obesidade causada pela mutação de um único gene, geralmente envolvendo a via de sinalização da leptina-melanocortina no hipotálamo, que é responsável pelo controle da fome e da saciedade. Diferente da obesidade comum (poligênica), ela apresenta características clínicas marcantes que devem disparar a suspeita diagnóstica.

Alternativa (a) INCORRETA: A obesidade comum (exógena ou poligênica) em meninas é frequentemente associada à puberdade antecipada, pois o excesso de tecido adiposo aumenta a conversão periférica de estrogênios e altera a pulsatilidade do GnRH. Em contrapartida, muitas formas de obesidade monogênica, como a deficiência congênita de leptina, estão associadas ao hipogonadismo hipogonadotrófico, resultando em ausência ou atraso de maturação sexual.

Alternativa (b) CORRETA: Esta é a apresentação clássica que deve levantar a suspeita de causas genéticas. O início muito precoce (geralmente antes dos 5 anos de idade), a gravidade do quadro (desvio padrão do IMC muito elevado) e a presença de hiperfagia extrema (fome insaciável) são sinais de alerta. Quando há atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou outras malformações, suspeita-se de obesidade monogênica sindrômica, como na Síndrome de Prader-Willi ou na Síndrome de Bardet-Biedl.

Alternativa (c) INCORRETA: A obesidade monogênica manifesta-se tipicamente na primeira infância. Um início tardio (na adolescência ou vida adulta) é característico da obesidade multifatorial relacionada ao estilo de vida. Embora algumas mutações (como no gene MC4R) possam cursar com aumento da velocidade de crescimento e alta estatura, o início tardio invalida a principal suspeita de causa monogênica.

Alternativa (d) INCORRETA: Resistência à insulina, síndrome dos ovários policísticos (SOP) e alta estatura são achados comuns na obesidade poligênica. A SOP e a resistência insulínica são complicações metabólicas do excesso de adiposidade e do ambiente inflamatório crônico, não sendo marcadores específicos de defeitos em genes únicos da via da saciedade.

Alternativa (e) INCORRETA: Esta alternativa descreve o cenário mais prevalente da obesidade na atualidade: a obesidade poligênica influenciada por um ambiente

obesogênico. O histórico familiar forte reflete a herança de vários genes de pequeno efeito, enquanto a dieta rica em ultraprocessados desde a introdução alimentar aponta para o fator ambiental determinante, e não para uma falha genética pontual.

Questão 70

O Kwashiorkor representa a forma edematosa da desnutrição proteico-energética grave. Diferente do marasmo, onde há uma deficiência global de calorias e proteínas, no Kwashiorkor a principal deficiência é proteica, frequentemente em dietas ricas em carboidratos.

Análise das alternativas:

Alternativa a - Incorreta. Embora o edema e a atrofia muscular estejam presentes, a ausência de gordura subcutânea é o sinal patognomônico do marasmo. No Kwashiorkor, a gordura subcutânea é geralmente preservada, o que pode dar uma falsa impressão de estado nutricional adequado para observadores não treinados.

Alternativa b - Correta. Esta alternativa descreve os pilares fisiopatológicos do Kwashiorkor:

1. Hipoalbuminemia: A baixa ingestão de aminoácidos limita a produção hepática de proteínas viscerais, principalmente a albumina.
2. Edema: A redução da albumina diminui a pressão oncótica no compartimento intravascular, levando ao extravasamento de líquido para o interstício (edema), que tipicamente começa pelos membros inferiores e pode evoluir para anasarca.
3. Esteatose hepática: A falta de proteínas impede a síntese de apolipoproteínas, que são necessárias para transportar os lipídios para fora do fígado. Isso resulta em acúmulo de gordura nos hepatócitos, causando hepatomegalia.

Alternativa c - Incorreta. O termo hiperalbuminemia refere-se ao aumento de albumina no sangue, o que não ocorre em estados de desnutrição. O correto é hipoalbuminemia.

Alternativa d - Incorreta. Assim como na alternativa A, a ausência de gordura subcutânea aponta para o diagnóstico de marasmo (caracterizado pelo aspecto de pele e osso). No Kwashiorkor, o tecido adiposo costuma estar presente.

Alternativa e - Incorreta. O erro reside novamente no termo hiperalbuminemia. O desequilíbrio metabólico do Kwashiorkor é marcado obrigatoriamente pela queda das proteínas séricas.

Conclusão: A alternativa B está correta, pois a tríade hipoalbuminemia, edema e

esteatose hepática define os achados clássicos desta síndrome, resultantes da deficiência proteica seletiva.

Questão 71

A alternativa correta é a letra D (Zinco).

O zinco é um oligoelemento essencial que desempenha um papel crucial na proliferação celular e na síntese proteica. Como o epitélio intestinal e as células do sistema imunológico possuem uma taxa de renovação muito alta, eles são os primeiros a sofrer na deficiência de zinco. No intestino, este mineral é fundamental para a manutenção das junções de oclusão (tight junctions), que formam a barreira física contra patógenos. Além disso, o zinco é indispensável para a maturação de linfócitos T e para a função de macrófagos e células natural killer. Em contextos de desnutrição e diarreia, a suplementação de zinco é uma intervenção padrão recomendada pela Organização Mundial da Saúde para restaurar a integridade intestinal e reduzir a mortalidade.

Explicação das demais alternativas:

A) FERRO: O ferro é vital para o transporte de oxigênio (hemoglobina) e para o metabolismo energético celular. Embora participe da função imune, sua carência manifesta-se prioritariamente como anemia. Em pacientes desnutridos com barreira intestinal comprometida, a suplementação isolada de ferro pode ser até prejudicial, pois o ferro livre no lúmen intestinal pode favorecer o crescimento de bactérias patogênicas.

B) VITAMINA A: É uma vitamina lipossolúvel essencial para a visão, crescimento e diferenciação celular das mucosas. Embora tenha papel na imunidade e na integridade epitelial, o zinco é considerado o nutriente mais específico e determinante para a recuperação funcional da barreira intestinal e da resposta imune celular em casos de desnutrição aguda.

C) MAGNÉSIO: Atua como cofator em centenas de reações enzimáticas, principalmente naquelas que envolvem a utilização de ATP e a contração muscular. Sua deficiência causa fraqueza muscular, irritabilidade neuromuscular e arritmias, mas não tem como alvo principal a integridade da barreira intestinal ou o fortalecimento imunológico direto na desnutrição.

E) VITAMINA D: Atua como um hormônio regulador do metabolismo do cálcio e da saúde óssea, além de possuir funções imunomoduladoras importantes na imunidade inata e adaptativa. Contudo, não é o nutriente de escolha para a reparação aguda da

mucosa intestinal ou para o tratamento imediato das complicações imunológicas da desnutrição, como é o caso do zinco.

Questão 72

ANÁLISE DOS VALORES LABORATORIAIS:

De acordo com as diretrizes brasileiras de cardiologia e pediatria, os valores de referência para crianças entre 2 e 19 anos são: Colesterol Total (CT) desejável abaixo de 170 mg/dL e elevado se maior ou igual a 200 mg/dL. Para o LDL-c, o desejável é abaixo de 110 mg/dL, sendo considerado limite entre 110-129 mg/dL e elevado se maior ou igual a 130 mg/dL. O paciente apresenta CT elevado (203 mg/dL) e LDL-c no limite superior (129 mg/dL).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O diagnóstico de Hipercolesterolemia Familiar Heterozigótica costuma apresentar níveis de LDL-c muito mais expressivos (geralmente acima de 160 ou 190 mg/dL) ou requer testes genéticos. Além disso, o tratamento medicamentoso com sequestradores de ácidos biliares (como a colestiramina) ou estatinas raramente é a conduta inicial para uma criança de 6 anos com esses valores laboratoriais, priorizando-se a dieta.

Alternativa B (Incorreta): Os valores não estão normais. O CT de 203 mg/dL e o LDL-c de 129 mg/dL estão acima do desejável para a idade pediátrica (CT inferior a 170 e LDL inferior a 110), exigindo orientação médica e nutricional.

Alternativa C (Incorreta): O uso de estatinas na pediatria é reservado, em geral, para crianças acima de 8 a 10 anos que mantêm níveis de LDL-c maiores ou iguais a 190 mg/dL (ou maiores ou iguais a 160 mg/dL se houver forte história familiar ou outros fatores de risco) após tentativa de mudança de estilo de vida por pelo menos 6 meses a 1 ano.

Alternativa D (Correta): A conduta inicial para crianças com dislipidemia é a terapia nutricional. A chamada Dieta de Etapa 2 (indicada para casos de risco ou quando a dieta inicial não atinge as metas) recomenda a redução da ingestão de gordura saturada para menos de 7% do valor calórico total e colesterol abaixo de 200 mg/dia. Como o paciente tem LDL no limite e história familiar, a intervenção dietética é o passo correto.

Alternativa E (Incorreta): A Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica é uma forma extremamente grave e rara da doença, caracterizada por níveis de LDL-c geralmente superiores a 500 mg/dL e presença de xantomas ainda na primeira década de vida, o

que não corresponde aos exames ou ao exame físico do paciente.

Questão 73

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de escarlatina, uma doença exantemática causada pela ação das exotoxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do grupo A), geralmente ocorrendo após um episódio de faringite estreptocócica.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. A doença de Kawasaki é uma vasculite de pequenos e médios vasos que acomete crianças. Embora possa apresentar a língua em framboesa e febre alta, o diagnóstico exige pelo menos 5 dias de febre associada a outros critérios, como conjuntivite não purulenta, alterações em extremidades (edema ou descamação) e linfonodopatia cervical geralmente unilateral. O exantema da Kawasaki não é classicamente micropapular áspero, e a presença de petéquias no palato e odinofagia intensa aponta mais diretamente para a etiologia estreptocócica.

b) INCORRETA. O sarampo caracteriza-se por um pródromo com sintomas catarrais intensos (tosse, coriza e conjuntivite com fotofobia). O exantema é maculopapular morbiliforme, de progressão crânio-caudal, e não apresenta a textura de lixa. Outro sinal patognomônico ausente no caso são as manchas de Koplik na mucosa oral.

c) CORRETA. O caso reúne os achados patognomônicos da escarlatina. O exantema micropapular difuso que confere sensação de pele áspera (pele em lixa) é a marca da doença. A acentuação nas dobras cutâneas é conhecida como sinal de Pastia, e a palidez ao redor da boca é o sinal de Filatov. A língua em framboesa e as petéquias no palato confirmam o foco infeccioso na orofaringe pelo estreptococo.

d) INCORRETA. A rubéola é uma doença geralmente mais branda, com exantema maculopapular rosado que surge e desaparece rapidamente. O sinal clínico mais característico da rubéola é a presença de linfonodopatia retroauricular, occipital e cervical posterior, o que não foi enfatizado na questão, além de não apresentar o exantema áspero.

e) INCORRETA. O eritema infeccioso, causado pelo parvovírus B19, apresenta-se tipicamente em três fases: a face esbofetada, seguida por um exantema rendilhado em tronco e membros, que pode recorrer com exposição ao sol ou exercícios. Diferente da escarlatina, o paciente costuma estar em bom estado geral e muitas vezes já está afebril quando as manchas surgem.

Questão 74

Esta questão exige o conhecimento das causas secundárias de dislipidemia, especificamente aquelas que elevam o colesterol total. O objetivo é identificar qual das condições listadas não está relacionada ao aumento dos níveis lipídicos.

a) Hipotireoidismo: Esta é uma causa clássica e frequente de hipercolesterolemia secundária. Os hormônios tireoidianos são necessários para a expressão normal dos receptores de LDL (lipoproteína de baixa densidade) nos hepatócitos. Na falta desses hormônios, há uma redução na depuração (*clearance*) do LDL da circulação, elevando o colesterol total e o LDL-colesterol. Além disso, o hipotireoidismo reduz a atividade da enzima lipase lipoproteica.

b) Doença renal crônica: Especialmente quando associada à síndrome nefrótica, a doença renal é uma causa marcante de aumento de colesterol. A proteinúria maciça e a consequente queda da pressão oncótica plasmática estimulam o fígado a aumentar a síntese de diversas proteínas e lipoproteínas (como VLDL e LDL) como mecanismo compensatório, resultando em hiperlipidemia. Mesmo em estágios de insuficiência renal sem síndrome nefrótica, o catabolismo das lipoproteínas está prejudicado.

c) Doença hepática: Doenças hepáticas crônicas, particularmente as de padrão colestático (como a colangite biliar primária), levam a aumentos significativos do colesterol total. Isso ocorre devido à regurgitação de colesterol biliar para o sangue e à presença de uma lipoproteína anormal chamada lipoproteína X (LpX), que é rica em colesterol livre e fosfolipídios.

d) Doença de estoque do glicogênio tipo 1: Também conhecida como doença de von Gierke, essa glicogenose é causada pela deficiência da enzima glicose-6-fosfatase. A impossibilidade de converter glicogênio em glicose livre gera um estado metabólico que desvia precursores para a via de síntese de lipídeos (lipogênese *de novo*), resultando em hipertrigliceridemia grave e hipercolesterolemia.

e) Doença osteometabólica da prematuridade: Esta é a alternativa correta (a exceção). Trata-se de uma patologia caracterizada pela mineralização óssea deficiente em recém-nascidos prematuros, decorrente principalmente da oferta insuficiente de cálcio e fósforo durante o período neonatal ou por via parenteral. Não existe nenhum mecanismo fisiopatológico que ligue essa condição ao aumento dos níveis de colesterol total, sendo um diagnóstico restrito ao metabolismo mineral ósseo.

Questão 75

Hipótese Diagnóstica: O quadro clínico de Paulo, um paciente de 3 anos com edema progressivo até anasarca (edema facial, ascite evidenciada pelo sinal do piparote e redução do murmúrio vesicular por provável derrame pleural), sem hipertensão arterial (PA 80/50 mmHg está inclusive no limite inferior para a idade) e sem sinais inflamatórios sistêmicos, é clássico de Síndrome Nefrótica. Na infância, a causa mais comum desta síndrome (cerca de 90% dos casos em pré-escolares) é a Doença de Lesões Mínimas (DLM).

Análise das alternativas:

a) Proteinúria: CORRETA. A proteinúria em níveis nefróticos (acima de 40 mg/m²/hora ou relação proteína/creatinina urinária > 2) é o evento fisiopatológico central da Síndrome Nefrótica. A perda maciça de proteínas na urina (principalmente albumina) leva à hipoalbuminemia, que reduz a pressão oncótica plasmática, resultando em edema generalizado e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona para retenção de sódio e água.

b) Uremia: INCORRETA. A uremia (elevação de escórias nitrogenadas como ureia e creatinina) é característica de quadros de insuficiência renal aguda ou crônica e da Síndrome Nefrítica clássica. Na Doença de Lesões Mínimas, a função renal costuma estar preservada na fase inicial, embora possa haver uma leve elevação pré-renal devido à hipovolemia relativa (o líquido está no terceiro espaço, não nos vasos).

c) Plaquetopenia: INCORRETA. Não há associação direta entre Síndrome Nefrótica e queda no número de plaquetas. Pelo contrário, em alguns casos de Síndrome Nefrótica, pode haver trombocitose reativa e um estado de hipercoagulabilidade.

d) Coagulopatia: INCORRETA. Embora o paciente nefrótico apresente um risco aumentado de fenômenos tromboembólicos (perda urinária de antitrombina III e alteração de fatores de coagulação), o termo coagulopatia geralmente remete a distúrbios de sangramento ou alterações laboratoriais de tempo de coagulação que não definem nem são o achado mais compatível com a hipótese principal.

e) Hipocomplementemia: INCORRETA. A queda dos níveis de complemento (C3 e/ou C4) é típica de glomerulonefrites nefríticas, como a Glomerulonefrite Difusa Aguda (Pós-Estreptocócica), Nefrite Lúpica ou Membranoproliferativa. Na Síndrome Nefrótica por Lesões Mínimas, os níveis de complemento são rigorosamente normais.

Questão 76

Análise do caso clínico: Beatriz apresenta um quadro de diarreia aguda aquosa, com vômitos e picos febris já resolvidos. O ponto crucial para a conduta é o estado de hidratação: a criança está ativa, com boa ingesta hídrica e diurese preservada, o que caracteriza um quadro sem desidratação. O tratamento deve seguir o preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o manejo ambulatorial (Plano A).

Alternativa (a) INCORRETA: A hidratação venosa é indicada apenas para casos de desidratação grave com choque ou falha da via oral (Plano C). Além disso, a antibioticoterapia empírica e o uso de antiparasitários não estão indicados para diarreia aquosa sem sinais de gravidade ou identificação de patógenos específicos, já que a maioria dos casos na infância é de etiologia viral.

Alternativa (b) INCORRETA: Medicamentos antidiarreicos (como a loperamida) são contraindicados em pediatria. Eles podem causar efeitos adversos graves, como íleo paralítico e sedação, além de mascarar a perda de líquidos que ficam retidos na alça intestinal, dificultando a avaliação clínica da desidratação.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa reflete as recomendações atuais. A terapia de reidratação oral (TRO) com SRO é a base do tratamento para prevenir a desidratação. O zinco é fundamental, pois reduz a duração, a gravidade e a recorrência de novos episódios de diarreia nos meses subsequentes. A dosagem está correta: 10 mg/dia para menores de 6 meses e 20 mg/dia para crianças entre 6 meses e 5 anos, por 10 a 14 dias. Os probióticos são adjuvantes aceitos para auxiliar na redução do tempo de diarreia e restauração da flora intestinal.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a parte sobre o zinco e a reidratação oral esteja correta, a indicação de antibioticoterapia via oral é o erro da alternativa. Não se prescreve antibiótico para diarreia aquosa de forma rotineira. O uso de antibióticos em pediatria é reservado para casos de disenteria (sangue nas fezes) com comprometimento do estado geral, suspeita de cólera grave ou infecções extraintestinais comprovadas.

Alternativa (e) INCORRETA: Apesar de a diarreia aguda viral ser autolimitada, a conduta passiva de "apenas observação" é inadequada. É essencial orientar a oferta de líquidos (SRO) após cada evacuação para prevenir a desidratação, manter a alimentação habitual e iniciar a suplementação de zinco, que é uma medida de saúde pública com impacto comprovado na redução da morbimortalidade infantil.

Questão 77

Esta questão exige conhecimento sobre a epidemiologia da violência infantojuvenil e as diretrizes de atendimento a essas vítimas no sistema de saúde. O objetivo é identificar a alternativa que contém uma afirmação falsa.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. O acolhimento é a primeira e mais importante etapa do cuidado. Crianças em situação de violência, especialmente a crônica, vivem em estado de alerta constante e medo. Estabelecer um vínculo de confiança e um ambiente seguro é essencial para a coleta da anamnese e para o início do suporte terapêutico.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. O atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência deve ser integral. Isso significa que o serviço de saúde não deve se limitar ao tratamento da lesão física, mas sim acionar a rede de proteção (Conselho Tutelar, Ministério Público, assistência social) para garantir que o menor seja protegido de novas agressões.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. A violência costuma deixar marcas invisíveis. Equipes compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais aumentam a sensibilidade diagnóstica para identificar sinais de sofrimento psíquico, mudanças de comportamento, isolamento social e atrasos no desenvolvimento que sugerem abuso, mesmo na ausência de hematomas ou fraturas.

Alternativa d) Esta é a alternativa incorreta (Gabarito). Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (VIVA/SINAN) e da OMS, a negligência é a forma de violência mais prevalente contra crianças e adolescentes, e não a violência sexual. A negligência caracteriza-se pela omissão de cuidados básicos (higiene, alimentação, saúde, educação). Em termos de frequência de notificações, geralmente seguem-se a violência física, a psicológica e, então, a violência sexual.

Alternativa e) Esta afirmação está correta. O cyberbullying é uma forma contemporânea de violência extrafamiliar que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para intimidar, humilhar ou perseguir. Com a digitalização da infância e adolescência, potencializada pela pandemia, esse fenômeno tornou-se um importante agravamento à saúde mental dessa população.

Questão 78

O caso clínico apresenta uma lactente com a tríade clássica do Trauma Craniano Abusivo (TCA), historicamente conhecido como Síndrome do Bebê Sacudido: hematoma subdural, hemorragia retiniana e encefalopatia (vômitos e sonolência). A presença de hematomas em diferentes fases de evolução indica traumas repetitivos em momentos distintos, o que é um sinal clássico de maus-tratos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Fraturas de arcos posteriores de costelas são consideradas lesões de alta especificidade para maus-tratos em lactentes. Elas ocorrem pelo mecanismo de compressão lateral do tórax enquanto a criança é sacudida, sendo um achado que reforça fortemente o diagnóstico de abuso.

Alternativa b) Incorreta (Gabarito). Embora fraturas de ossos longos possam ocorrer em situações de abuso físico, elas não são os achados "típicos" ou patognomônicos da Síndrome do Bebê Sacudido. As lesões ósseas mais características dessa síndrome específica são as lesões metafisárias clássicas (conhecidas como fraturas em "alça de balde" ou "em canto") e as fraturas de arcos posteriores de costelas. Portanto, a afirmação de que fraturas de ossos longos são achados típicos dessa síndrome específica está conceitualmente equivocada no contexto das opções apresentadas.

Alternativa c) Correta. O Trauma Craniano Abusivo é uma das principais causas de morte e morbidade por abuso físico. Aproximadamente um terço das vítimas morre e, entre os sobreviventes, a vasta maioria apresenta sequelas neurológicas graves, como paralisia cerebral, cegueira, epilepsia e atraso global do desenvolvimento.

Alternativa d) Correta. Lesões esqueléticas são encontradas em cerca de 30% a 50% dos casos de crianças vítimas de Trauma Craniano Abusivo ao se realizar o inventário radiológico completo. No entanto, o diagnóstico de TCA pode ser realizado com base nos achados intracranianos e retinianos, mesmo que não haja fraturas associadas.

Alternativa e) Correta. Um trauma de baixa energia, como o impacto de um boneco, é absolutamente incapaz de gerar hematomas subdurais bilaterais e hemorragias retinianas extensas. A incompatibilidade entre a história relatada e a gravidade das lesões é o principal sinal de alerta para a equipe médica em casos de maus-tratos.

Questão 79

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico de José (8 anos) é clássico de uma síndrome nefrítica. Ele apresenta a tríade característica: edema, hipertensão arterial (130/90 mmHg, o que para a idade é elevado) e hematúria macroscópica (urina cor de "coca-cola"). O fato de ter havido uma infecção de garganta 10 dias antes do início dos sintomas reforça o diagnóstico de glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) pós-estreptocócica.

Nessa patologia, o período de incubação após faringite é geralmente de 7 a 21 dias, o que condiz com o relato. Para confirmar a etiologia estreptocócica, buscamos evidências de infecção prévia e queda do sistema complemento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O ASLO (antiestreptolisina O) é o marcador sorológico utilizado para comprovar infecção recente por estreptococo na orofaringe. Como a GNDA é uma doença por deposição de imunocomplexos que gera sobrecarga volêmica, o tratamento baseia-se no controle da congestão. Isso é feito por meio de restrição hidrossalina e do uso de diuréticos de alça (furosemida), além do acompanhamento rigoroso de peso, pressão arterial e débito urinário para monitorar a resolução da fase aguda.

Alternativa (b) INCORRETA: A creatinina sérica avalia a função renal, que pode estar alterada, mas não confirma a etiologia estreptocócica da glomerulonefrite. Além disso, o uso de corticoides não é o tratamento de primeira linha para a GNDA clássica, sendo reservado para casos específicos de glomerulonefrite rapidamente progressiva.

Alternativa (c) INCORRETA: O Anti-DNA (nativo) é um marcador específico para o lúpus eritematoso sistêmico (LES). Embora o LES possa causar síndrome nefrítica, o histórico de infecção de garganta prévia e a idade do paciente apontam fortemente para a causa pós-estreptocócica.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a dosagem do complemento sérico (especificamente a queda do C3) seja fundamental no diagnóstico da GNDA, a segunda parte da alternativa está errada. O tratamento com antiparasitários e corticoides não se aplica a este caso. Antiparasitários seriam cogitados em quadros de síndrome nefrótica por esquistossomose, por exemplo, o que não é o caso clínico apresentado.

Alternativa (e) INCORRETA: A proteinúria ocorre na síndrome nefrítica, mas

geralmente em níveis subnefróticos. A infusão de albumina intravenosa é utilizada em casos selecionados de síndrome nefrótica com hipoalbuminemia grave e anasarca refratária. Em um paciente nefrítico e hipertenso, a administração de albumina poderia agravar a hipertensão e levar ao edema agudo de pulmão por expansão excessiva do volume intravascular.

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

Questão 80

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso clínico descreve uma criança com rebaixamento do nível de consciência (desmaiada), depressão respiratória (respiração irregular e cianose), hipotensão e diminuição de reflexos (hiporreflexia). Esse conjunto de sinais e sintomas caracteriza a toxíndrome hipnótico-sedativa ou depressiva do Sistema Nervoso Central. O fato de haver uma cartela de medicação usada para dormir reforça a hipótese de ingestão de benzodiazepínicos, que são os fármacos mais comumente prescritos para distúrbios do sono e ansiedade.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A alternativa (b) identifica corretamente a toxíndrome depressiva. Os benzodiazepínicos agem potencializando o efeito do neurotransmissor GABA, resultando em sedação, diminuição da frequência respiratória, hipotensão leve a moderada e relaxamento muscular, o que explica a hiporreflexia encontrada em Ester.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A toxíndrome narcótica (ou opioide), causada por substâncias como a codeína, também apresenta depressão respiratória e do nível de consciência. No entanto, sua marca registrada é a presença de miose puntiforme (pupilas muito contraídas), que não foi descrita no caso. Além disso, benzodiazepínicos são mais frequentemente referidos como medicação rotineira para dormir do que a codeína, que é um analgésico.

Alternativa c: A toxíndrome extrapiramidal, associada ao haloperidol (antipsicótico), manifesta-se tipicamente através de alterações motoras, como distonias agudas (contrações musculares involuntárias), parkinsonismo ou acatisia. Não causa o quadro de depressão generalizada e hipotensão descrito na questão.

Alternativa d: A toxíndrome anticolinérgica, causada pela atropina ou antidepressivos tricíclicos, apresenta sintomas opostos aos de Ester. O paciente costuma apresentar

agitação, taquicardia, midríase (pupilas dilatadas), pele seca, rubor facial e hipertermia (o clássico mnemônico: louco como um coelho, vermelho como uma beterraba, seco como um osso).

Alternativa e: A toxíndrome simpatomimética, causada por anfetaminas ou cocaína, gera um estado de hiperestimulação. Os sinais incluem hipertensão, taquicardia, agitação psicomotora, sudorese e midríase, o que é incompatível com o estado de desmaio e hipotensão da paciente.

Questão 81

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) contidos na Lei Federal nº 8.080/1990. O foco é o conceito de descentralização, que é um dos pilares da reforma sanitária brasileira para afastar o modelo centralizador da época do INAMPS.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

A descentralização, conforme o artigo 7º, inciso IX, da Lei nº 8.080/1990, é definida como a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O texto legal enfatiza explicitamente a descentralização dos serviços para os municípios (municipalização). Isso significa que a responsabilidade pela execução dos serviços de saúde deve estar o mais próximo possível do cidadão, ou seja, na esfera municipal, enquanto o Estado e a União assumem papéis de coordenação, regulação e cofinanciamento.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Incorreta. A concentração de poder no Ministério da Saúde caracteriza a centralização, modelo que o SUS veio justamente substituir. No SUS, a direção é única em cada esfera, mas o poder de decisão e execução é partilhado entre União, Estados e Municípios.

Alternativa (c): Incorreta. A organização dos serviços em níveis de complexidade crescente refere-se aos conceitos de regionalização e hierarquização. Embora a lei mencione que a descentralização deve ser acompanhada de regionalização, o enunciado pede especificamente o conceito de descentralização.

Alternativa (d): Incorreta. A garantia de acesso a todos os cidadãos, independentemente da região, refere-se aos princípios da Universalidade (acesso de

todos) e da Equidade (diminuir desigualdades regionais e sociais), não especificamente à descentralização administrativa.

Alternativa (e): Incorreta. A gestão do SUS não é exclusiva do Estado (esfera estadual). Ela é tripartite, envolvendo a União, os Estados e os Municípios. Além disso, as ações de saneamento e saúde ambiental são competências comuns e articuladas, e não exclusivas de um único ente federado.

GABARITO: LETRA (B)

Questão 82

Esta questão exige o conhecimento da Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. A lei estabelece dois órgãos colegiados principais: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A - INCORRETA: O erro está no prazo. Segundo o Art. 1º, § 1º da Lei nº 8.142/1990, a Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos, e não a cada dois anos. O objetivo é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Alternativa B - INCORRETA: Esta alternativa descreve as características dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos são órgãos permanentes e deliberativos que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos financeiros. Já as Conferências são eventos que ocorrem periodicamente (a cada quatro anos).

Alternativa C - INCORRETA: Embora a paritariedade seja uma regra para as Conferências e Conselhos (garantindo que 50% dos membros sejam representantes dos usuários), a Alternativa E é considerada a correta por ser a definição literal e completa contida no texto da lei sobre o que define uma Conferência. Em concursos, quando há duas afirmações tecnicamente verdadeiras sobre o tema, a definição que consta no caput ou nos parágrafos iniciais do artigo costuma ser a preferida.

Alternativa D - INCORRETA: As Conferências não são apenas consultivas. Elas têm a função de propor as diretrizes que servirão de base para a elaboração dos Planos de Saúde de cada esfera de governo. Portanto, elas influenciam diretamente o planejamento e as metas do SUS.

Alternativa E - CORRETA: Esta alternativa reproduz fielmente o Art. 1º, § 1º da Lei nº 8.142/1990. Ela define corretamente a periodicidade (quatro anos) e a composição (vários segmentos sociais, que incluem usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço), reafirmando seu papel de fórum de avaliação e proposição de diretrizes políticas.

Questão 83

O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria MS/GM nº 399 em 2006, representou um esforço dos governos federal, estaduais e municipais para aprimorar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirmar seus princípios fundamentais. Ele foi estruturado em três dimensões interdependentes que visam superar a fragmentação do sistema.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Correta: Esta alternativa apresenta as três dimensões oficiais do Pacto de 2006.

1. Pacto pela Vida: Focado em metas e prioridades sanitárias nacionais, como a saúde do idoso, o controle do câncer de colo do útero e de mama, e a redução da mortalidade infantil e materna.

2. Pacto em Defesa do SUS: Envolve a mobilização social e política para garantir que o SUS seja visto como uma política de Estado, buscando a consolidação de seus princípios e a garantia de financiamento estável.

3. Pacto de Gestão: Estabelece as responsabilidades de cada ente federado, focando na regionalização, no financiamento, no planejamento e na regulação do sistema.

Alternativa (b) - Incorreta: Embora o Pacto trate da organização de serviços, os termos "Atenção Básica", "Hospitalar" e "Urgência" referem-se a níveis de complexidade ou redes de atenção, e não às dimensões estruturantes do Pacto de 2006.

Alternativa (c) - Incorreta: Financiamento e Regionalização são temas centrais abordados dentro do Pacto de Gestão. O "Pacto Político" não é uma nomenclatura utilizada como dimensão oficial nesta legislação.

Alternativa (d) - Incorreta: A Humanização faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH), e a Universalidade é um princípio doutrinário do SUS. Apesar de serem diretrizes permanentes da saúde pública, não dão nome às três dimensões do Pacto.

Alternativa (e) - Incorreta: Equidade e Controle Social são princípios e diretrizes

fundamentais do SUS desde a sua criação. O Financiamento é um dos pilares do Pacto de Gestão, mas essa combinação de termos não define a tríade instituída pelo Pacto pela Saúde.

Questão 84

CONCEITO E CONTEXTO:

A Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora não apareça explicitamente com este nome na Constituição Federal de 1988, o conceito é derivado do princípio constitucional da Igualdade (Art. 196). Na prática da saúde coletiva, a equidade reconhece que as pessoas são diferentes e possuem necessidades distintas. Portanto, para alcançar a verdadeira justiça social, o sistema deve oferecer "mais para quem mais precisa", reduzindo as disparidades e vulnerabilidades.

ANALISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Esta definição refere-se à igualdade formal ou literal. Se oferecermos exatamente o mesmo recurso para uma pessoa com alto poder aquisitivo e para uma pessoa em situação de extrema pobreza, manteremos o abismo social entre elas. A equidade busca ajustar a oferta de serviços conforme a necessidade individual e populacional.

Alternativa b) Incorreta. Priorizar áreas urbanas feriria os princípios de Universalidade e de Regionalização. A equidade, pelo contrário, muitas vezes exige um esforço maior para levar saúde a populações rurais, ribeirinhas ou de difícil acesso, justamente por serem grupos historicamente desassistidos.

Alternativa c) Correta. Este é o enunciado clássico da equidade no SUS. Significa reconhecer as desigualdades sociais e epidemiológicas e agir sobre elas, direcionando recursos e políticas públicas de forma proporcional à carência de cada grupo. Trata-se de tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades para atingir a igualdade de oportunidades de saúde.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa descreve o modelo previdenciário anterior à criação do SUS (modelo do INAMPS), onde apenas quem contribuía com a previdência social tinha direito à assistência médica plena. O SUS é universal e independe de contribuição prévia.

Alternativa e) Incorreta. O SUS preza pela Integralidade, o que envolve ações promocionais, preventivas, curativas e de reabilitação em todos os níveis de complexidade. Reduzir a prevenção para focar apenas na alta complexidade seria um

erro de gestão e uma afronta aos princípios do sistema, além de não ter relação com o conceito de equidade.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 85

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Em mortes por causas externas, que incluem homicídios, suicídios e acidentes (mesmo que o óbito ocorra tempos depois do evento inicial no hospital), a competência para emitir a Declaração de Óbito (DO) é exclusiva do médico-legista do Instituto Médico Legal (IML). O médico-assistente ou plantonista não deve assinar a DO nesses casos, independentemente do tempo de internação.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa reflete as normas do Conselho Federal de Medicina (Resolução 1.779/2005) e do Ministério da Saúde. Em óbitos por causas naturais (sem suspeita de violência) ocorridos em domicílio sem assistência médica, a prioridade de emissão é do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Caso a localidade não disponha de SVO, a responsabilidade passa a ser do médico do serviço público de saúde local (como o da Estratégia Saúde da Família) ou, na falta deste, de qualquer médico da localidade.

Alternativa (c) INCORRETA: A emissão da Declaração de Óbito é um ato médico gratuito e obrigatório, sendo considerada parte integrante da assistência prestada ao paciente. O médico está eticamente proibido de cobrar honorários específicos para o preenchimento deste formulário.

Alternativa (d) INCORRETA: A emissão da DO no óbito fetal não é facultativa em todos os casos. Ela é obrigatória quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas, OU quando o feto pesar 500 gramas ou mais, OU quando a estatura for de pelo menos 25 centímetros. Se o feto não atingir nenhum desses critérios, a DO só será emitida se a família desejar realizar o sepultamento.

Alternativa (e) INCORRETA: O IML nunca deve ser acionado para óbitos por causas naturais, apenas para causas externas (violentas ou suspeitas). Em casos de morte natural em hospitais, a responsabilidade pela DO é do médico-assistente que acompanhava o paciente ou, na sua impossibilidade, do médico substituto ou plantonista da instituição. O fato de não haver SVO no hospital não transfere a responsabilidade para o IML se a morte for natural.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 86

Análise do Enunciado:

O ponto fundamental para classificar este estudo é observar o ponto de partida do pesquisador. Ele selecionou os participantes com base na presença ou ausência da doença (perda auditiva). Ao dividir os indivíduos em um grupo com a patologia (casos) e um grupo sem a patologia (controles) e, então, investigar retrospectivamente a exposição (uso de fones nos últimos cinco anos), o desenho caracteriza-se classicamente como caso-controle.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: No estudo de coorte, o pesquisador parte da causa em direção ao efeito. Ele selecionaria jovens que usam fones (expostos) e jovens que não usam fones (não expostos), acompanhando-os ao longo do tempo para observar quem desenvolveria a perda auditiva no futuro. É um estudo prospectivo, ao contrário do que descreve o enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: O estudo transversal (ou seccional) realiza a medição da exposição e do desfecho simultaneamente, em um único momento, como uma fotografia da situação atual. Ele é útil para determinar a prevalência, mas o enunciado descreve uma busca ativa por informações do passado (últimos cinco anos), o que foge à característica transversal.

Alternativa (c) Correta: O estudo de caso-controle inicia com o desfecho já estabelecido. O pesquisador identifica os doentes (500 jovens com perda auditiva) e os não doentes (500 jovens saudáveis) e olha para trás no tempo para verificar a frequência de exposição ao fator de risco em ambos os grupos. É o desenho mais eficiente e barato para investigar associações em condições já estabelecidas.

Alternativa (d) Incorreta: O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental e intervencionista. Nele, o pesquisador não apenas observa, mas intervém, sorteando quem será exposto a determinado fator ou tratamento. No cenário descrito, o pesquisador apenas aplicou questionários sobre um comportamento já existente dos jovens.

Alternativa (e) Incorreta: O estudo ecológico analisa dados de grupos populacionais e agregados (como cidades, estados ou países), e não dados individuais. Como o pesquisador selecionou 1.000 indivíduos específicos e aplicou questionários individuais, trata-se de um estudo observacional individualizado, e não ecológico.

Questão 87

CONCEITO INICIAL SOBRE RISCO RELATIVO (RR)

O Risco Relativo é uma medida de associação fundamental na epidemiologia, utilizada principalmente em estudos de Coorte e Ensaios Clínicos. Ele é calculado pela razão entre a incidência do desfecho (doença) no grupo exposto e a incidência no grupo não exposto. O valor de referência (neutralidade) é 1,0.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. O valor 2,5 indica uma comparação entre dois grupos (razão) e não uma probabilidade absoluta ou frequência da doença na população. Dizer que a chance é de 2,5% seria uma medida de incidência ou prevalência absoluta, o que o dado de RR sozinho não permite afirmar.

Alternativa b) INCORRETA. Para que um fator seja considerado de proteção, o Risco Relativo deve ser menor que 1,0 (ex: $RR = 0,4$). Como o RR encontrado foi de 2,5 (maior que 1,0), o sedentarismo é classificado como um fator de risco, indicando que a exposição aumenta a probabilidade do desfecho.

Alternativa c) CORRETA. Um RR de 2,5 indica que o grupo exposto tem 2,5 vezes o risco do grupo não exposto. Para expressar isso em termos de aumento percentual de risco, utilizamos a fórmula: $(RR - 1) \times 100$. Portanto, $(2,5 - 1) \times 100 = 1,5 \times 100 = 150\%$. Isso significa que ser sedentário aumenta o risco de IAM em 150% em relação a quem não é sedentário.

Alternativa d) INCORRETA. Se a incidência de IAM fosse a mesma entre expostos e não expostos, o Risco Relativo seria igual a 1,0. O número 2,5 não representa erro amostral, mas sim a magnitude da associação encontrada entre a exposição (sedentarismo) e o desfecho (IAM).

Alternativa e) INCORRETA. O estudo de Coorte é justamente o desenho de estudo ideal para o cálculo do Risco Relativo, pois permite acompanhar os indivíduos ao longo do tempo e medir a incidência real do evento. Já o estudo de Caso-Controle, por ser retrospectivo e não medir incidência, utiliza preferencialmente o Odds Ratio (Razão de Chances).

GABARITO: Letra C.

Questão 88

Esta questão aborda o Código de Ética Médica (CEM) brasileiro, especificamente no que diz respeito à terminalidade da vida e aos deveres do médico frente a pacientes com doenças incuráveis e terminais. O foco está no Artigo 41 do CEM vigente.

Alternativa A: Incorreta. A sedação paliativa é uma intervenção médica indicada para o controle de sintomas refratários (aqueles que não respondem a outros tratamentos) em pacientes em fim de vida. Ela visa ao alívio do sofrimento e não à abreviação da vida, sendo uma prática ética e tecnicamente correta dentro dos cuidados paliativos.

Alternativa B: Incorreta. A ortotanásia é o termo que define a morte em seu tempo natural, sem interferências artificiais que prolonguem o processo de morrer de forma indigna. O parágrafo único do Artigo 41 do CEM estabelece que, em casos de doença incurável e terminal, o médico deve garantir os cuidados de conforto, o que caracteriza a prática da ortotanásia como um dever ético.

Alternativa C: Correta (Gabarito). Conforme o Artigo 41 do Código de Ética Médica, é expressamente vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. No Brasil, a eutanásia é considerada uma infração ética grave e também um crime tipificado no Código Penal.

Alternativa D: Incorreta. Suspender ou limitar tratamentos fúteis ou obstinados é o oposto da distanásia. O CEM, em seu Artigo 41 (parágrafo único), orienta que o médico deve evitar o emprego de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, priorizando o bem-estar e o suporte paliativo. Portanto, suspender o que é inútil não é vedado, mas sim recomendado.

Alternativa E: Incorreta. O oferecimento de cuidados paliativos é uma boa prática médica e um direito do paciente. Não há exigência de consulta ou consentimento de comitê de ética hospitalar para que o médico inicie o plano de cuidados paliativos. Em pacientes inconscientes, as decisões são tomadas com base nas diretivas antecipadas de vontade (se houver) ou em conjunto com os representantes legais e familiares.

Questão 89

A alternativa correta é a letra (c).

EXPLICAÇÃO:

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O uso de placebo tem como função principal controlar o efeito psicológico da intervenção (efeito placebo) e permitir a realização do

cegamento. Ele ajuda a garantir que a resposta observada seja decorrente da intervenção em si, e não da expectativa do paciente, mas não é o mecanismo responsável por tornar os grupos comparáveis no início do estudo.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: O mascaramento, ou cegamento, é uma técnica utilizada para evitar o viés de performance (mudanças de comportamento do paciente ou médico) e o viés de aferição (subjetividade na avaliação dos resultados). Embora essencial para a validade interna do estudo, o cegamento ocorre após a formação dos grupos e não atua na minimização do viés de seleção inicial.

ALTERNATIVA C - CORRETA: A randomização é a característica definidora e mais importante dos Ensaio Clínicos Randomizados. Ao alocar os participantes nos grupos de intervenção ou controle por meio de um processo puramente aleatório (sorteio), o pesquisador garante que ambos os grupos tenham características básicas semelhantes. A grande vantagem da randomização é que ela distribui de forma equilibrada não apenas as variáveis conhecidas (como idade e sexo), mas também os fatores de confusão desconhecidos, garantindo a comparabilidade e minimizando o viés de seleção.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: O tempo de acompanhamento é definido com base no desfecho que se pretende observar e na história natural da doença. Um acompanhamento prolongado é importante para observar efeitos colaterais tardios ou desfechos crônicos, mas não interfere na formação de grupos comparáveis ou no controle de variáveis de confusão iniciais.

ALTERNATIVA E - INCORRETA: A análise de regressão logística é um método estatístico utilizado após a coleta de dados (ex post facto) para tentar ajustar a influência de variáveis de confusão conhecidas. Embora seja uma ferramenta poderosa, ela é limitada a variáveis que foram medidas e registradas. A randomização é superior porque previne o desequilíbrio dessas variáveis antes mesmo de o estudo começar, incluindo fatores que o pesquisador não consegue medir.

Questão 90

CONCEITO GERAL

A sensibilidade representa a capacidade de um teste em identificar corretamente os indivíduos que possuem a doença (verdadeiros-positivos). Em termos práticos, um teste com alta sensibilidade é aquele que raramente apresenta um resultado falso-negativo, sendo ideal para estratégias de rastreamento (screening).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. Ter poucos resultados falsos-positivos é uma característica de testes com alta especificidade. Um teste muito sensível foca em não perder nenhum doente, o que muitas vezes resulta em um aumento de resultados falsos-positivos.

Alternativa B: CORRETA. Esta é a principal aplicação clínica da sensibilidade. Se um teste é muito sensível, ele é capaz de detectar quase todos os casos da doença. Portanto, se o resultado do teste for negativo, a probabilidade de o paciente realmente ter a doença é baixíssima. Isso confere ao teste um alto Valor Preditivo Negativo (VPN), permitindo excluir o diagnóstico com segurança (regra do SnOut: Sensitivity rules Out).

Alternativa C: INCORRETA. O Valor Preditivo Positivo (VPP) é altamente dependente da prevalência da doença na população estudada. Mesmo um teste com alta sensibilidade terá um VPP baixo se a doença for muito rara na população testada.

Alternativa D: INCORRETA. Testes com alta sensibilidade são excelentes para triagem. Para confirmação diagnóstica em pacientes com suspeita elevada, o ideal é utilizar testes com alta especificidade, que possuem poucos falsos-positivos (regra do SpIn: Specificity rules In).

Alternativa E: INCORRETA. Sensibilidade e especificidade são propriedades distintas. Um teste pode ser muito sensível e ter baixa especificidade. Geralmente, ao ajustar o ponto de corte para aumentar a sensibilidade de um exame, a especificidade tende a diminuir.

Questão 91

Esta questão exige o conhecimento das definições legais estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), especificamente em seu Artigo 6º, que diferencia as competências da Vigilância Sanitária (VISA) e da Vigilância Epidemiológica (VE).

Alternativa (a) Incorreta: O controle de doenças transmissíveis e a investigação de surtos, inclusive os hospitalares, são atribuições típicas da Vigilância Epidemiológica. A VE foca no conhecimento, detecção e prevenção de fatores determinantes e condicionantes de doenças para recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa apresenta a definição literal de Vigilância

Sanitária contida no parágrafo 1º do Artigo 6º da Lei nº 8.080/1990. A VISA é entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Isso inclui o controle de portos, aeroportos, fronteiras, alimentos, medicamentos e estabelecimentos de saúde.

Alternativa (c) Incorreta: A busca ativa de casos é uma estratégia operacional da Vigilância Epidemiológica. Ela é utilizada para identificar precocemente doenças de notificação compulsória e interromper a cadeia de transmissão em locais como escolas e creches.

Alternativa (d) Incorreta: A análise do perfil demográfico e epidemiológico de uma população é uma atividade de inteligência em saúde vinculada à Vigilância Epidemiológica e ao planejamento em saúde. Serve para entender a distribuição de agravos e óbitos, subsidiando a gestão pública, mas não é uma ação de Vigilância Sanitária.

Alternativa (e) Incorreta: A coordenação e execução do Programa Nacional de Imunizações (PNI) estão inseridas no campo da Vigilância Epidemiológica. O PNI visa ao controle, à erradicação e à eliminação de doenças imunopreveníveis, o que se alinha ao escopo da VE e não da VISA.

Questão 92

A compreensão da Lista Nacional de Notificação Compulsória é fundamental para a prática médica e para o planejamento em saúde pública. A periodicidade da notificação pode ser semanal ou imediata (dentro de 24 horas), dependendo do potencial de disseminação da doença, da gravidade dos casos e da necessidade de intervenção rápida das autoridades sanitárias.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Casos de dengue em áreas endêmicas, sem sinais de alarme, exigem notificação compulsória semanal. A notificação imediata (em até 24 horas) para a dengue só é exigida em situações específicas, como em casos de dengue com sinais de alarme, dengue grave, óbitos suspeitos de dengue ou quando a doença ocorre em áreas sem transmissão prévia.

Alternativa B: Incorreta. A hanseníase é uma doença de curso crônico. Embora seja de notificação obrigatória em todo o território nacional para fins de controle epidemiológico e acompanhamento do tratamento, a periodicidade da notificação é

semanal. Não há necessidade de mobilização das autoridades em regime de urgência (24 horas).

Alternativa C: Correta. A febre amarela é uma doença de alta gravidade e com grande potencial de letalidade e disseminação epidêmica, exigindo ações imediatas de bloqueio de vetores e investigação ambiental. Da mesma forma, eventos adversos graves pós-vacinação (como hospitalizações ou óbitos suspeitos após a imunização) devem ser notificados imediatamente para que se investigue a segurança dos lotes vacinais e se evite o pânico na população ou a interrupção desnecessária de programas de vacinação. Ambos exigem notificação em até 24 horas.

Alternativa D: Incorreta. A sífilis (seja ela adquirida, em gestantes ou congênita) é um agravo de notificação compulsória importante para o acompanhamento do pré-natal e prevenção da transmissão vertical. No entanto, o fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde para esses casos é de notificação semanal.

Alternativa E: Incorreta. O diabetes mellitus é uma doença crônica não transmissível. Embora seja um problema de saúde pública de grande relevância, casos individuais de diabetes (independentemente da idade ou tipo) não constam na lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos. O monitoramento dessas doenças é feito por outros meios, como inquéritos epidemiológicos e sistemas de informações hospitalares ou de mortalidade.

Em resumo, a notificação imediata é reservada para doenças com potencial de surto, doenças em processo de erradicação/eliminação ou eventos inusitados que exigem pronta resposta da vigilância epidemiológica.

Questão 93

A questão aborda conceitos fundamentais de epidemiologia e vigilância em saúde, focando na diferenciação entre as formas de ocorrência de doenças em uma população. O cenário descreve um aumento repentino (de 1 para 15 casos) em uma área geográfica restrita (um bairro) com um nexos causal comum (período de chuvas).

Alternativa (a) Incorreta: Endemia é a ocorrência habitual de uma doença em uma determinada região geográfica, com uma incidência esperada e estável ao longo do tempo. No caso descrito, houve uma ruptura do padrão histórico (aumento de 15 vezes), o que descaracteriza a estabilidade típica da endemia.

Alternativa (b) Incorreta: Pandemia é uma epidemia que atinge proporções mundiais, disseminando-se por diversos países ou continentes, geralmente com transmissão sustentada entre as pessoas em escala global. O evento descrito é extremamente

localizado.

Alternativa (c) Correta: O surto é tecnicamente definido como uma forma de epidemia em que todos os casos estão relacionados entre si por umnexo comum, mas com uma limitação geográfica restrita. Exemplos clássicos incluem casos em um único bairro, uma escola, um hospital ou um quartel. O enunciado preenche todos os requisitos: aumento brusco acima do esperado, área delimitada e causa comum (exposição às enchentes do período de chuvas).

Alternativa (d) Incorreta: Holoendemia descreve uma situação em que uma doença atinge uma prevalência muito elevada em todos os grupos etários, afetando quase toda a população local de forma permanente, como ocorre com certas formas de malária em regiões específicas da África. Não se aplica a um aumento súbito e localizado.

Alternativa (e) Incorreta: Erradicação refere-se à eliminação completa de uma doença e de seu agente etiológico em escala mundial, sem a necessidade de manter medidas de controle (como a varíola). A leptospirose é uma doença ativa e o aumento de casos é o oposto de erradicação.

Questão 94

O ponto central desta questão é o sigilo profissional no atendimento ao adolescente, fundamentado no Código de Ética Médica (Artigo 74) e em normas complementares, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e Recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O princípio fundamental é que o médico deve respeitar a privacidade e o sigilo do adolescente, desde que este apresente capacidade de discernimento. Isso significa que, se o jovem for capaz de avaliar seu problema de saúde e compreender as orientações fornecidas, ele tem o direito de que suas informações não sejam compartilhadas com os responsáveis, salvo em situações de risco grave ou morte.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A menoridade civil não impõe uma quebra de sigilo automática. O dever de proteção ao incapaz deve ser equilibrado com o direito à autonomia do adolescente capaz. Revelar informações sem o consentimento do jovem que tem discernimento configura infração ética.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta adequada. O adolescente de 17 anos, na ausência de deficiências cognitivas, possui maturidade para decidir sobre sua saúde

sexual e solicitar exames. O sigilo é essencial para garantir que o jovem busque auxílio médico sem medo de represálias familiares, promovendo a prevenção e o tratamento de ISTs.

Alternativa c: Incorreta. Condicionar o resultado à presença dos pais é uma quebra indireta de sigilo e viola a autonomia do paciente. Essa prática desestimula a adesão ao cuidado e rompe a relação de confiança entre médico e paciente.

Alternativa d: Incorreta. Existe uma confusão comum entre notificação compulsória e quebra de sigilo familiar. A notificação compulsória é o envio de dados às autoridades de saúde para fins epidemiológicos (sigilo sanitário). O fato de uma doença ser de notificação obrigatória não autoriza o médico a contar aos pais do paciente adolescente se este tiver capacidade de discernimento.

Alternativa e: Incorreta. Embora o risco iminente de dano grave ou morte seja uma das raras exceções que permitem a quebra de sigilo, a alternativa erra ao dizer que isso deve ser feito independentemente da capacidade de compreensão. Se o paciente é capaz, o médico deve primeiro tentar convencê-lo a partilhar a informação. Além disso, o enunciado trata de um rastreio de rotina, onde não há risco imediato que justifique tal conduta.

Questão 95

O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) é uma ferramenta utilizada pela perícia médica do INSS para identificar se uma doença ou acidente estão relacionados ao trabalho. Ele fundamenta-se no cruzamento de dados estatísticos entre a patologia (classificada pela CID-10) e a atividade econômica da empresa (classificada pela CNAE).

Alternativa (a) Incorreta: O objetivo do NTEP não é punitivo nem focado na conduta individual do trabalhador. Ele é um mecanismo de presunção epidemiológica para facilitar o reconhecimento donexo causal e garantir direitos previdenciários acidentários, além de estimular políticas de prevenção nas empresas.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa define exatamente a função do NTEP. Ao identificar que determinada doença é estatisticamente frequente em um setor econômico específico, a Previdência estabelece o nexo entre o agravo e o trabalho. Isso garante que o trabalhador receba o benefício na modalidade acidentária (B91), que oferece estabilidade provisória e continuidade do depósito do FGTS, além de gerar dados que orientam ações de vigilância e prevenção.

Alternativa (c) Incorreta: O NTEP é aplicado aos segurados do Regime Geral de

Previdência Social (RGPS), que abrange majoritariamente os trabalhadores do setor privado (CLT). Servidores públicos estatutários vinculados a Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) possuem legislações e métodos de perícia específicos.

Alternativa (d) Incorreta: O reconhecimento do nexo pelo NTEP não isenta a empresa. Na verdade, ele inverte o ônus da prova: a empresa passa a ter que provar que a doença não teve origem no trabalho se quiser contestar o nexo. Além disso, a existência de doenças ocupacionais via NTEP aumenta o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), podendo elevar a carga tributária da empresa.

Alternativa (e) Incorreta: O NTEP não generaliza todas as doenças crônicas como laborais. Ele atua apenas sobre aquelas que possuem correlação estatística comprovada com o ramo de atividade da empresa. Doenças sem essa correlação epidemiológica não geram nexo técnico automático pelo NTEP.

Questão 96

COMENTÁRIO DA QUESTÃO: MALÁRIA E SISTEMA DE VIGILÂNCIA

A malária é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional. No entanto, o Ministério da Saúde estabelece fluxos diferenciados para a notificação baseando-se na região onde o caso é detectado: a Região Amazônica (considerada área endêmica) e a Região Extra-Amazônica (onde não há transmissão endêmica).

Alternativa a: Incorreta. O critério para a urgência da notificação baseia-se na localização geográfica da detecção do caso e no risco epidemiológico, e não na nacionalidade ou origem do paciente (seja ele brasileiro ou estrangeiro).

Alternativa b: Incorreta. Na Região Amazônica, a notificação é obrigatória e costuma ser feita de forma semanal através do sistema SIVEP-Malária. Já fora da Região Amazônica, devido à raridade da doença e ao risco de letalidade por diagnóstico tardio, a exigência de rapidez é muito superior.

Alternativa c: Incorreta. A malária é uma doença de notificação obrigatória em todo o país. A identificação de um caso fora da área endêmica é um evento sentinela que exige intervenção imediata da vigilância epidemiológica para evitar a reintrodução da transmissão local.

Alternativa d: Correta. Fora da Região Amazônica, todo caso suspeito ou confirmado de malária deve ser notificado imediatamente, ou seja, em até 24 horas. Essa comunicação deve ser feita pelo meio mais rápido disponível (telefone, e-mail ou sistema informatizado) à secretaria municipal ou estadual de saúde. Isso ocorre

porque a baixa suspeição clínica nessas regiões pode levar a casos graves e óbitos, além do risco de o paciente infectar mosquitos *Anopheles* locais, gerando surtos.

Alternativa e: Incorreta. A notificação deve ocorrer diante da suspeita clínica ou da confirmação pelos exames de rotina, que são a gota espessa (padrão-ouro) ou os testes rápidos (imunocromatográficos). O teste molecular (PCR) é restrito a centros de referência e pesquisas, não sendo um requisito para a notificação no sistema de saúde.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 97

Esta questão aborda os níveis de prevenção em saúde, um tema fundamental na Medicina Preventiva e frequentemente cobrado em provas de residência. Para responder corretamente, devemos associar a intervenção descrita (rastreamento de câncer) à fase de evolução da doença.

Alternativa a) Incorreta. A prevenção primária ocorre no período pré-patogênico, ou seja, antes de a doença se instalar. Seu objetivo é remover causas e fatores de risco para reduzir a incidência da enfermidade. Exemplos clássicos incluem a vacinação, o uso de preservativos e a orientação para cessação do tabagismo. No caso da questão, a doença (carcinoma) já existe, apenas não manifestou sintomas ainda.

Alternativa b) Correta. A prevenção secundária tem como foco o diagnóstico precoce e o tratamento imediato de uma doença já instalada, mas em sua fase assintomática (período patogênico inicial). O rastreamento populacional, como a mamografia para o câncer de mama ou o citopatológico para o câncer de colo do útero, é o exemplo clássico deste nível de prevenção. O objetivo é aumentar as chances de cura e reduzir a morbimortalidade.

Alternativa c) Incorreta. A prevenção terciária atua quando a doença já é clinicamente manifesta e produziu danos. Seu foco é a reabilitação, a redução de incapacidades e a prevenção de complicações. Exemplos incluem a fisioterapia após um AVC ou o controle glicêmico rigoroso para evitar amputações em um paciente diabético com feridas.

Alternativa d) Incorreta. A prevenção quaternária consiste na detecção de indivíduos em risco de medicalização excessiva para protegê-los de intervenções médicas desnecessárias ou potencialmente prejudiciais (iatrogenia). Baseia-se no princípio da não-maleficência, evitando o "overdiagnosis" e o "overtreatment".

Alternativa e) Incorreta. A promoção da saúde refere-se a medidas amplas que visam aumentar o bem-estar e a saúde geral da população, não focando em uma doença específica. Envolve políticas públicas, saneamento básico, educação em saúde e estímulo a hábitos saudáveis, estando muito próxima do conceito de prevenção primária.

Resumo da lógica:

- Prevenção Primária: Evita que a doença surja.
- Prevenção Secundária: Detecta a doença já existente no início (Rastreamento).
- Prevenção Terciária: Reabilita e reduz prejuízos da doença avançada.
- Prevenção Quaternária: Evita danos causados pelo excesso de intervenção médica.

Questão 98

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), baseada nas diretrizes da Carta de Ottawa, define a promoção da saúde como o processo de capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para grupos em situação de vulnerabilidade ou com especificidades culturais, como quilombolas e ribeirinhos, a ação deve ir além da simples prevenção de doenças.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O foco exclusivo na mudança de hábitos individuais e o uso de palestras educativas verticais (onde o profissional apenas transmite informação sem ouvir a comunidade) são práticas do modelo tradicional e higienista. A promoção da saúde pressupõe a compreensão de que os hábitos são influenciados pelo meio social e exige um diálogo horizontal.

Alternativa b) Incorreta. A promoção da saúde não exime o Estado de suas responsabilidades. Pelo contrário, ela exige que o Estado intervenha nos determinantes sociais (como saneamento, educação e renda). Atribuir a responsabilidade total ao indivíduo ignora as desigualdades estruturais que impedem as pessoas de serem saudáveis.

Alternativa c) Incorreta. Intervenções de alta complexidade estão ligadas ao modelo biomédico curativo e ao nível terciário de atenção. A promoção da saúde foca nos fatores que determinam a saúde na coletividade, buscando evitar que a população adoça e melhorar as condições gerais de vida, atuando na base do sistema.

Alternativa d) Correta. O empoderamento (empowerment) é o conceito-chave da Carta de Ottawa e da PNPS. Ele visa fortalecer a autonomia dos sujeitos e das

comunidades para que eles possam identificar seus problemas, organizar-se e intervir sobre os determinantes sociais de saúde. Para grupos como idosos ou populações tradicionais, o empoderamento garante que as ações de saúde respeitem sua cultura e necessidades reais.

Alternativa e) Incorreta. A padronização de protocolos para todos os grupos fere o princípio da equidade. Grupos com realidades, culturas e localizações geográficas distintas necessitam de abordagens diferenciadas. A equidade no SUS significa tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas necessidades, para alcançar a igualdade de oportunidades em saúde.

GABARITO: Alternativa (d).

Questão 99

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) foi proposto pelo médico belga Marc Jamouille na década de 1980 e posteriormente adotado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Diferente dos outros níveis de prevenção, a P4 não foca em uma doença específica, mas sim na relação entre o médico e o paciente, fundamentando-se no princípio bioético da não maleficência (*Primum non nocere*). O objetivo é identificar indivíduos em risco de medicalização excessiva e protegê-los de intervenções médicas desnecessárias ou potencialmente danosas.

Analise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A identificação de riscos genéticos geralmente se enquadra na Prevenção Primária (quando se busca evitar o surgimento de uma condição) ou na Prevenção Secundária (rastreamento e diagnóstico precoce). A Prevenção Quaternária atuaria nesse cenário justamente para evitar a solicitação de testes genéticos desnecessários ou de difícil interpretação que pudessem causar ansiedade ou tratamentos inúteis ao paciente.

Alternativa (b) Incorreta. A vacinação é o exemplo mais tradicional de Prevenção Primária. Ela atua sobre a população saudável com o intuito de evitar a incidência de doenças, diminuindo a probabilidade de que o agravo ocorra.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa traz a definição precisa de Prevenção Quaternária. Ela consiste em um conjunto de medidas que visam evitar o excesso de intervencionismo (*overtreatment*), o excesso de diagnósticos (*overdiagnosis*) e a iatrogenia. Busca-se proteger o paciente de danos causados pelo próprio sistema de saúde, priorizando condutas que tenham benefício comprovado e evitando a transformação de pessoas saudáveis em doentes através da medicalização da vida.

Alternativa (d) Incorreta. A reabilitação de pacientes com doenças já instaladas é o objetivo central da Prevenção Terciária. Esse nível de prevenção foca em reduzir as incapacidades, prevenir complicações de doenças crônicas e reintegrar o indivíduo à sociedade, visando a melhoria da qualidade de vida.

Alternativa (e) Incorreta. Os cuidados paliativos podem ser oferecidos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária) e em diversos ambientes (domiciliar, ambulatorial ou hospitalar). Embora a Prevenção Quaternária compartilhe valores com a palição, como o combate à obstinação terapêutica (distanásia), a definição apresentada na alternativa está restrita e incorreta ao limitar o local de cuidado.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 100

A alternativa d está correta porque reproduz fielmente o Artigo 6º, inciso I, da Lei 8.080/1990. Este artigo estabelece que o campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange, obrigatoriamente, a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Alternativa a: Incorreta. O Artigo 6º, inciso IV, determina que o SUS deve participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico. No entanto, a lei não define como atribuição do SUS o estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada para esse fim específico como regra de seu capítulo de objetivos. O saneamento é uma ação intersetorial na qual o SUS colabora, mas não é o gestor primordial de parcerias privadas de infraestrutura de saneamento.

Alternativa b: Incorreta. De acordo com o Artigo 15, inciso IX, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde é uma atribuição das diversas esferas do SUS. O sistema deve nortear e coordenar como os profissionais são formados para garantir que o ensino esteja alinhado às necessidades da saúde pública brasileira, e não simplesmente delegar essa função de forma autônoma às instituições de ensino superior.

Alternativa c: Incorreta. A vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras é uma competência da Direção Nacional do SUS (União), conforme descrito no Artigo 16, inciso IX. Não é uma atribuição atribuída exclusivamente aos municípios; pelo contrário, o papel da União é predominante nesta área para garantir a segurança sanitária nacional.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa sintetiza as principais frentes de trabalho do SUS descritas no Artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde. O examinador buscou a literalidade da lei, confirmando que o sistema não trata apenas de assistência médica, mas também de todas as formas de vigilância e do fornecimento de medicamentos e tratamentos.

Alternativa e: Incorreta. A formulação de normas, o estabelecimento de padrões e a política nacional de sangue e hemoderivados são competências da Direção Nacional do SUS (Artigo 16, inciso XII). Aos estados cabe a coordenação e a execução em caráter suplementar dentro de seus territórios, mas eles não são os definidores da política nacional.
