



Sírio Libanês

GABARITO | 2026 | SP | 100 Questões



Gabarito: Sírio Libanês

2026 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso clínico:

A paciente em questão não possui diagnóstico prévio de diabetes melito (DM), porém está internada para tratamento de pneumonia e faz uso de corticoterapia (hidrocortisona). O uso de glicocorticoides é um dos principais fatores desencadeantes de hiperglicemia em ambiente hospitalar, mesmo em pacientes sem histórico da doença.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) 2025, a monitorização da glicemia capilar é indicada para pacientes hospitalizados sem diagnóstico prévio de DM que apresentem fatores de risco para hiperglicemia, como o uso de medicamentos hiperglicemiantes (corticoides, nutrição parenteral, imunossupressores) ou glicemia de admissão persistentemente acima de 110-140 mg/dL.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A monitorização não pode ser descartada. O uso de hidrocortisona aumenta significativamente o risco de hiperglicemia induzida por corticoide. Além disso, a glicemia de admissão da paciente (125 mg/dL) já sinaliza a necessidade de vigilância, pois valores acima de 140 mg/dL definem a hiperglicemia hospitalar.

b) Correta. A SBD recomenda que, para pacientes sem diagnóstico prévio de DM que iniciam corticoterapia ou apresentam glicemia de admissão limítrofe, a monitorização inicial seja realizada de forma simplificada, com duas medidas diárias (geralmente antes do café da manhã e antes do jantar ou ao deitar) por um período de 24 a 48 horas. Caso os valores se mantenham consistentemente abaixo de 140 mg/dL, a monitorização pode ser descontinuada. Se houver valores acima desse patamar, a frequência deve ser ampliada.

c) Incorreta. A monitorização antes de todas as refeições (esquema de 4 vezes ao dia: antes do café, almoço, jantar e ao deitar) é o padrão para pacientes que já possuem diagnóstico conhecido de diabetes ou para aqueles que já confirmaram hiperglicemia hospitalar e necessitam de tratamento com insulina. Para triagem inicial em pacientes sem DM, essa frequência é excessiva.

d) Incorreta. A medida pré- e pós-prandial (2 horas após as refeições) é uma estratégia de monitorização muito intensa, utilizada em situações ambulatoriais específicas para ajuste de doses de insulina ultrarrápida ou em gestantes com diabetes. Não é a rotina preconizada para triagem de hiperglicemia em enfermaria.

e) Incorreta. A monitorização a cada 4 horas é indicada para pacientes em estado crítico (UTI), pacientes em uso de bomba de infusão contínua de insulina venosa ou pacientes em jejum prolongado recebendo nutrição parenteral/enteral contínua. Não se aplica a uma paciente estável em enfermaria com alimentação oral preservada.

Questão 2

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta a téttrade clássica da Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM): febre alta (hipertermia), rigidez muscular ("em cano de chumbo"), alteração do nível de consciência e instabilidade autonômica (taquicardia, hipertensão e taquipneia). O uso de haloperidol (antipsicótico típico) e metoclopramida (antiemético), ambos bloqueadores dopaminérgicos, corrobora esse diagnóstico. Um detalhe crucial para diferenciá-la da Síndrome Serotoninérgica é a presença de reflexos reduzidos (hiporreflexia), enquanto na Síndrome Serotoninérgica observa-se tipicamente hiperreflexia e clônus.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A sertralina é um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) e está associada à Síndrome Serotoninérgica. Embora o quadro clínico seja parecido, a Síndrome Serotoninérgica manifesta-se com hiperreflexia, tremores e mioclônias, o que diverge do exame físico deste paciente (reflexos reduzidos e rigidez intensa). No caso descrito, os principais gatilhos são o haloperidol e a metoclopramida.

b) Correta. A patogênese da Síndrome Neuroléptica Maligna baseia-se no bloqueio agudo e intenso dos receptores dopaminérgicos D2 no sistema nervoso central. O bloqueio em vias nigroestriatais leva à rigidez muscular grave, enquanto o bloqueio no hipotálamo desregula o centro termorregulador, causando a hipertermia.

c) Incorreta. A abstinência de cocaína (estimulante) geralmente cursa com disforia, fadiga, sonolência e aumento do apetite ("crash"), e não com febre alta e rigidez muscular. A intoxicação aguda por cocaína poderia causar hipertermia e agitação, mas o histórico de uso de neurolépticos e o padrão da rigidez direcionam para SNM.

d) Incorreta. Na Síndrome Neuroléptica Maligna, o valor da creatinofosfoquinase (CPK) está frequentemente e marcadamente elevado (muitas vezes acima de 1.000 U/L), devido à intensa rigidez muscular e consequente rabdomiólise. O aumento da CPK é um achado laboratorial clássico e auxilia no diagnóstico.

e) Incorreta. Os benzodiazepínicos (como o diazepam ou lorazepam) não estão

contraindicados; pelo contrário, são frequentemente utilizados no manejo inicial para ajudar no controle da agitação, redução da rigidez muscular e estabilização autonômica em casos leves a moderados. O tratamento também envolve suporte intensivo e, em casos graves, uso de dantroleno ou bromocriptina.

Questão 3

Esta questão aborda as causas e as repercussões metabólicas da hipomagnesemia grave, um tema frequente em provas de clínica médica e terapia intensiva.

Análise clínica do caso:

O paciente apresenta três distúrbios eletrolíticos principais: hipomagnesemia grave (Mg: 0,5 mg/dL), hipocalcemia (K: 2,8 mEq/L) e hipocalcemia (Ca: 7,8 mg/dL). O antecedente de etilismo é a chave para o diagnóstico etiológico. O álcool induz a perda renal de magnésio por toxicidade tubular direta, além de frequentemente estar associado a uma baixa ingestão dietética desse íon.

Relação entre os distúrbios:

1. Crise Convulsiva: O magnésio atua como um bloqueador natural dos receptores NMDA no sistema nervoso central. Quando os níveis estão muito baixos, há um aumento da excitabilidade neuronal, o que pode desencadear crises convulsivas e tetania.
2. Hipocalcemia: A deficiência de magnésio promove a excreção renal de potássio. Isso ocorre porque o magnésio intracelular normalmente bloqueia os canais ROMK nos túbulos coletores; sem magnésio, esses canais permanecem abertos, permitindo a perda excessiva de potássio na urina. A hipocalcemia costuma ser refratária à reposição enquanto o magnésio não for corrigido.
3. Hipocalcemia: O magnésio é essencial para a secreção do paratormônio (PTH) pelas glândulas paratireoides e para a resposta dos tecidos periféricos a esse hormônio. Níveis muito baixos de magnésio causam um estado de hipoparatiroidismo funcional, levando à queda do cálcio.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O etilismo explica a perda de magnésio. A hipomagnesemia, por sua vez, é a causa direta da hipocalcemia (pela perda renal de K) e da hipocalcemia (pela resistência/supressão do PTH), além de reduzir o limiar convulsivo, justificando a crise tônico-clônica.

Alternativa b) Incorreta. Afirma que a hipomagnesemia não é causa de crise convulsiva. Níveis de magnésio abaixo de 1,0 mg/dL são causas clássicas de manifestações neurológicas graves, incluindo convulsões.

Alternativa c) Incorreta. Atribui a causa à dapagliflozina. Na verdade, os inibidores de SGLT2 costumam causar um leve aumento nos níveis de magnésio sérico, e não hipomagnesemia grave.

Alternativa d) Incorreta. Erra ao atribuir a causa à dapagliflozina e ao excluir a hipomagnesemia como gatilho para convulsões.

Alternativa e) Incorreta. Atribui a causa à metformina. A metformina não está associada a distúrbios do magnésio; seu efeito colateral metabólico mais conhecido é a deficiência de vitamina B12 e, em casos raros, a acidose láctica. Além disso, exclui erroneamente a relação com a crise convulsiva.

Questão 4

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD), caracterizado por dispneia progressiva, ortopneia, edema de membros inferiores, cardiomegalia e uso prévio de enalapril e furosemida. Em situações de insuficiência cardíaca, o derrame pleural esperado é um transudato. Entretanto, o uso crônico de diuréticos (como a furosemida citada) pode concentrar as proteínas e a desidrogenase láctica (DHL) no espaço pleural. Isso faz com que um líquido que originalmente é um transudato passe a preencher os Critérios de Light, sendo classificado erroneamente como exsudato. Esse fenômeno é conhecido como falso-positivo para exsudato.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Uma relação entre a DHL pleural e a sérica de 0,68 preenche um dos Critérios de Light (que define exsudato como sendo maior que 0,6). Assim como a relação de proteínas de 0,68 mencionada no enunciado, este achado apenas manteria a classificação de exsudato pelos critérios padrão, sem ajudar a desmascarar o falso-positivo.

Alternativa b) Incorreta. O gradiente de albumina soro-líquido pleural é a ferramenta recomendada quando suspeitamos de um falso exsudato em pacientes com insuficiência cardíaca ou cirrose. Se o gradiente (albumina sérica - albumina pleural) for maior que 1,2 g/dL, o líquido é reclassificado como transudato. No entanto, a alternativa traz um valor de 0,9 g/dL (menor que 1,2), o que corroboraria a classificação de exsudato verdadeiro.

Alternativa c) Incorreta. A presença de triglicérides acima de 110 mg/dL no líquido

pleural é característica do quilotórax, que é um exsudato. Portanto, esse achado confirmaria que o líquido é realmente um exsudato, e não um falso-positivo.

Alternativa d) Incorreta. O colesterol pleural elevado (geralmente acima de 45 ou 60 mg/dL) é um critério adicional para definir o líquido como exsudato. Um valor de 85 mg/dL indicaria que o derrame é de fato exsudativo, não auxiliando na identificação de erro causado pela insuficiência cardíaca.

Alternativa e) Correta. O NT-proBNP dosado diretamente no líquido pleural é um marcador extremamente útil para diagnosticar insuficiência cardíaca como causa do derrame. Valores acima de 1.500 pg/mL no líquido pleural têm altíssima sensibilidade e especificidade para ICD. Se o NT-proBNP estiver em 3.000 pg/mL, fica provado que a causa do derrame é cardíaca (transudato), mesmo que os Critérios de Light tenham sido "positivos" (exsudato) devido ao uso de diuréticos.

Gabarito: Letra e.

Questão 5

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico, caracterizado por déficit neurológico focal súbito (hemiparesia e hemi-hipoestesia à direita). O ponto crucial desta questão é o tempo de evolução. O paciente apresenta o que chamamos de Wake-up Stroke (AVC ao despertar). O último momento em que foi visto sem sintomas foi há 10 horas, o que teoricamente o colocaria fora da janela convencional de trombólise endovenosa (que é de até 4,5 horas do início dos sintomas).

No entanto, em casos de AVC ao despertar ou com tempo de início indeterminado, protocolos modernos permitem avaliar a elegibilidade para a trombólise por meio de critérios de imagem avançada, especificamente a Ressonância Magnética (RM) com a técnica de mismatch (descompasso) entre as sequências Difusão (DWI) e FLAIR.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A TC de crânio sem contraste é o exame inicial padrão para excluir hemorragia. Contudo, para indicar trombectomia mecânica em janelas estendidas (acima de 6 horas), seriam necessários exames de angiotomografia e, preferencialmente, estudos de perfusão para avaliar a penumbra isquêmica. O foco principal em pacientes com AVC ao despertar, antes da trombectomia, é tentar resgatar o tecido via trombólise se houver critérios de imagem.

Alternativa (b) Incorreta: A angiotomografia avalia a oclusão de grandes vasos. Embora importante para a trombectomia, ela sozinha não autoriza a trombólise intravenosa em um paciente com 10 horas de último momento assintomático, pois não consegue estimar o tempo real de evolução da isquemia cerebral.

Alternativa (c) Incorreta: A angiorressonância avalia a patência dos vasos (artérias). Para a indicação de trombólise no AVC de tempo indeterminado, o que importa é o parênquima cerebral (comparação DWI x FLAIR) e não apenas a visualização da obstrução arterial.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta baseada no estudo WAKE-UP. A sequência de Difusão (DWI) detecta a isquemia em poucos minutos, enquanto a sequência FLAIR demora cerca de 4,5 horas para mostrar o brilho (hiperintensidade) da lesão. Se o paciente tem uma lesão visível na Difusão, mas essa mesma lesão ainda não aparece no FLAIR (mismatch DWI-FLAIR), inferimos que o AVC tem menos de 4,5 horas de evolução real. Nesses casos, a trombólise intravenosa está indicada e é segura, mesmo que o último momento assintomático tenha sido há 10 horas.

Alternativa (e) Incorreta: Jamais se indica trombectomia mecânica (ou qualquer terapia de reperfusão) sem a realização de exames de imagem prévios. É indispensável descartar hemorragia intracraniana e confirmar a oclusão vascular ou o perfil de sofrimento tecidual antes de qualquer intervenção invasiva.

Questão 6

Esta questão aborda a classificação clínica e o manejo inicial da Hemorragia Subaracnoidea (HSA). O paciente apresenta um quadro clínico típico, com cefaleia súbita e intensa, evoluindo com sonolência.

Análise da Classificação WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies):

A escala WFNS é baseada na Escala de Coma de Glasgow (ECG) e na presença ou ausência de déficit motor focal (como hemiparesia ou hemiplegia). Os critérios são:

Grau 1: ECG 15, sem déficit motor.

Grau 2: ECG 14 a 13, sem déficit motor.

Grau 3: ECG 14 a 13, com déficit motor.

Grau 4: ECG 12 a 7, com ou sem déficit motor.

Grau 5: ECG 6 a 3, com ou sem déficit motor.

Como o paciente apresenta ECG 13 e o exame físico cita expressamente que não há

alterações motoras, ele é classificado como Grau 2.

Análise da Conduta (Controle Pressórico):

O controle da pressão arterial na HSA aneurismática visa reduzir o risco de ressangramento precoce antes que o aneurisma seja tratado por cirurgia ou via endovascular. O consenso das principais diretrizes internacionais recomenda manter a pressão arterial sistólica (PAS) abaixo de 160 mmHg. Alvos mais agressivos, como manter a PAS abaixo de 140 mmHg, são frequentemente aplicados em casos de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh) intraparenquimatoso, mas na HSA o limite de 160 mmHg é o padrão para equilibrar o risco de ressangramento com o risco de queda na perfusão cerebral.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A classificação 2 está correta, porém o alvo de PAS inferior a 140 mmHg não é o recomendado de forma consensual para a HSA no período pré-intervenção do aneurisma.

Alternativa b: Correta. Identifica o paciente como WFNS 2 (Glasgow 13 sem déficit) e indica o manejo inicial adequado de controle da PAS para níveis inferiores a 160 mmHg.

Alternativa c: Incorreta. Embora a classificação 2 esteja correta, o uso rotineiro de fenitoína para profilaxia de crises convulsivas na HSA não é mais recomendado sistematicamente pelas diretrizes atuais, devendo ser avaliado individualmente ou utilizado apenas em pacientes que apresentaram crise.

Alternativa d: Incorreta. A classificação WFNS 3 exige obrigatoriamente a presença de déficit motor focal associado ao Glasgow 13 ou 14, o que o enunciado nega.

Alternativa e: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a classificação WFNS 3 está errada para este caso, apesar de o valor de PAS inferior a 160 mmHg estar tecnicamente correto para o manejo.

Gabarito: Alternativa B.

Questão 7

Análise do quadro clínico:

Temos uma paciente jovem (22 anos), do sexo feminino, apresentando um quadro agudo de insuficiência renal grave (creatinina de 5,2 mg/dL), hipertensão arterial e alterações no sedimento urinário (hematúria e proteinúria de 3,8 g/24h, o que caracteriza nível nefrótico). Além disso, há evidências de citopenias (anemia e plaquetopenia).

Por que a alternativa (e) está correta:

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica que afeta predominantemente mulheres em idade fértil. O envolvimento renal (nefrite lúpica) é uma das manifestações mais graves, podendo se apresentar como uma síndrome nefrótica ou uma glomerulonefrite rapidamente progressiva, justificando a hipertensão, a proteinúria maciça e a rápida elevação da creatinina. As citopenias (anemia e plaquetopenia de $88.000/\text{mm}^3$) também são critérios diagnósticos comuns do LES.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Síndrome hemolítico-urêmica (SHU) típica: Embora a SHU curse com a tríade de anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e insuficiência renal, a forma típica está classicamente associada a um quadro prévio de diarreia sanguinolenta (infecção por *E. coli* produtora de toxina Shiga), o que foi negado pela paciente. Além disso, a proteinúria de 3,8 g/24h é mais característica de uma glomerulopatia primária ou secundária como o lúpus.

b) Coagulação intravascular disseminada (CIVD): A CIVD é um processo secundário a uma condição grave (sepse, grandes traumas, complicações obstétricas). A paciente não apresenta um foco infeccioso ou fator desencadeante agudo. Na CIVD, esperaríamos um consumo importante de fatores de coagulação e um estado clínico muito mais crítico e instável.

c) Crise renal esclerodérmica: Esta condição ocorre em pacientes com esclerodermia e se manifesta com hipertensão arterial maligna (níveis muito mais elevados que 150/80 mmHg) e insuficiência renal aguda. No entanto, o sedimento urinário na crise esclerodérmica costuma ser "limpo" ou com proteinúria leve, não atingindo níveis nefróticos como os 3,8 g observados aqui.

d) Síndrome de Bernard-Soulier: É um distúrbio hereditário da adesão plaquetária (deficiência de GP Ib-IX-V) que causa plaquetopenia e plaquetas gigantes. Não há qualquer relação com insuficiência renal, hipertensão ou proteinúria, sendo um diagnóstico puramente hematológico e genético.

Questão 8

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma paciente idosa com hiponatremia grave (sódio de 112 mEq/L), manifestando sintomas neurológicos (cefaleia e confusão mental). O primeiro passo na investigação de hiponatremia é avaliar a volemia e a osmolalidade. Pelos dados fornecidos, a paciente está euvolêmica (Glasgow 14 e sem outras alterações no exame físico) e apresenta hiponatremia hipotônica (glicemia normal afasta pseudohiponatremia).

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A Síndrome da Secreção Inapropriada de ADH (SIADH) é a principal hipótese. Os critérios diagnósticos presentes no caso são:

1. Euvolemia clínica: Ausência de edemas (hipervolemia) ou sinais de desidratação (hipovolemia).
2. Osmolalidade urinária elevada (280 mOsm/kg): Em uma hiponatremia, o esperado seria o ADH estar suprimido e a urina estar maximamente diluída (abaixo de 100 mOsm/kg). Um valor de 280 indica que a urina não está diluída como deveria, caracterizando a secreção "inapropriada" do hormônio antidiurético.
3. Sódio urinário elevado (115 mmol/L): Na SIADH, o sódio urinário tipicamente é superior a 40 mEq/L.
4. Ácido úrico baixo (2,2 mg/dL): A expansão subclínica do volume extracelular na SIADH aumenta a excreção renal de uratos, sendo um marcador laboratorial clássico.
5. Exclusão de outras causas: O TSH normal descarta hipotireoidismo e o cortisol de 18 mcg/dL descarta insuficiência adrenal.
6. Causa medicamentosa: A paciente faz uso de fluoxetina. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são causas muito comuns de SIADH em idosos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

- a) Polidipsia primária: Ocorre por ingestão excessiva de água. Nesses casos, o ADH é suprimido corretamente e o rim excreta o excesso de água, gerando uma urina muito diluída, com osmolalidade urinária obrigatoriamente baixa (menor que 100 mOsm/kg).
- b) Dieta do chá e torrada: É uma hiponatremia por baixa ingestão de solutos. Assim como na polidipsia, a capacidade de diluição urinária estaria preservada, resultando em osmolalidade urinária baixa (menor que 100 mOsm/kg).
- c) Insuficiência adrenal secundária: Pode causar hiponatremia euvolêmica por falta

de feedback negativo do cortisol sobre o ADH. No entanto, o valor de cortisol basal de 18 mcg/dL afasta esse diagnóstico (valores acima de 18 são considerados normais e excluem insuficiência adrenal).

d) Síndrome cerebral perdedora de sal: Embora também apresente sódio urinário elevado, essa condição cursa obrigatoriamente com hipovolemia (desidratação), pois o rim perde sal e água secundariamente. Além disso, costuma estar associada a lesões neurológicas agudas graves (como hemorragia subaracnoidea), o que não é o contexto da paciente.

Questão 9

O caso apresenta um paciente de 64 anos com quadro de hematêmese (hemorragia digestiva alta) em uso de dabigatrana para tratamento de fibrilação atrial. A dabigatrana é um anticoagulante oral direto (DOAC) que atua como um inibidor direto da trombina (fator IIa). Diante de um sangramento clinicamente relevante ou potencialmente grave em paciente anticoagulado, a prioridade é o manejo da coagulopatia com a reversão do efeito do fármaco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A observação clínica isolada é reservada para sangramentos menores ou quando o efeito do anticoagulante já está próximo do fim (baseado na meia-vida). No caso de hematêmese, há um risco potencial de instabilização e necessidade de intervenção rápida para cessar a atividade anticoagulante.

b) Incorreta. O carvão ativado pode ser considerado se a última dose da medicação tiver ocorrido em um intervalo muito curto (geralmente até 2 horas antes da admissão) para reduzir a absorção gástrica. No entanto, ele não atua na reversão da droga que já foi absorvida e que está causando a coagulopatia sistêmica manifestada pelo sangramento.

c) Incorreta. O concentrado de complexo protrombínico (CCP) é o tratamento de escolha para a reversão imediata de antagonistas da vitamina K (varfarina) ou pode ser utilizado como segunda linha para inibidores do fator Xa (rivaroxabana, apixabana) quando o antídoto específico não está disponível. Para a dabigatrana, o CCP tem eficácia limitada por não agir diretamente na inibição da trombina.

d) Correta. O idarucizumabe é um fragmento de anticorpo monoclonal humanizado que se liga especificamente à dabigatrana com afinidade muito superior à da trombina, neutralizando seu efeito anticoagulante de forma imediata e duradoura. É o antídoto específico indicado em situações de sangramento com risco de morte ou

sangramentos não controlados em pacientes que utilizam este fármaco.

e) Incorreta. O andexanete alfa é o antídoto específico para os inibidores do fator Xa (como rivaroxabana, apixabana e edoxabana). Ele atua como uma molécula isca do fator Xa, mas não possui atividade de reversão contra inibidores diretos da trombina, como a dabigatrana.

Questão 10

O quadro clínico apresentado é clássico de dissecção aguda de aorta. O paciente possui fatores de risco importantes (idade avançada, tabagismo e hipertensão arterial) e apresenta a tríade diagnóstica muito sugestiva: dor torácica de início súbito, com intensidade máxima desde o começo, de caráter "rasgante" e com irradiação para o abdome. O exame físico reforça essa suspeita ao revelar um sopro diastólico novo em foco aórtico acessório, o que indica uma insuficiência aórtica aguda decorrente da progressão da dissecção em direção à valva aórtica (caracterizando uma provável dissecção de aorta Stanford tipo A). O eletrocardiograma normal ajuda a afastar, inicialmente, um infarto agudo do miocárdio com supra de ST.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Diante da alta suspeita clínica de dissecção de aorta em um paciente hemodinamicamente estável (PA 140x60 mmHg), o próximo passo é a confirmação diagnóstica por meio de exame de imagem. A angiotomografia de tórax e abdome é o padrão-ouro devido à sua alta sensibilidade e especificidade, além de permitir avaliar a extensão da dissecção e o envolvimento de ramos arteriais.

b) INCORRETA. O D-dímero tem alto valor preditivo negativo na dissecção de aorta, sendo útil para excluir o diagnóstico em pacientes de baixo risco. No entanto, em um paciente com probabilidade clínica tão elevada, o D-dímero não deve ser solicitado, pois um resultado positivo não substitui a necessidade de imagem e um resultado negativo dificilmente descartaria o quadro nesta situação de alta suspeita.

c) INCORRETA. Esta conduta é preconizada para síndromes coronarianas agudas. Administrar antiagregantes plaquetários (AAS e clopidogrel) e anticoagulantes em um paciente com dissecção de aorta é extremamente perigoso, pois pode aumentar a progressão do hematoma, facilitar o tamponamento cardíaco e aumentar drasticamente o risco hemorrágico caso o paciente precise de cirurgia de emergência.

d) INCORRETA. O AAS é contraindicado na suspeita de dissecção de aorta. A

estratificação invasiva (cateterismo cardíaco) é o tratamento para infarto, mas em caso de dissecção, pode ser fatal se o cateter entrar na falsa luz da aorta ou se o tempo para o diagnóstico correto for retardado.

e) INCORRETA. Embora a troponina possa ser solicitada na investigação de dor torácica, ela não deve retardar o diagnóstico de dissecção de aorta. O uso de AAS está contraindicado até que a dissecção seja formalmente excluída, devido ao alto risco de complicações hemorrágicas graves.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Encefalopatia Hepática (EH), caracterizado por confusão mental, sonolência e flapping (asteríxis), tendo como fator precipitante a constipação intestinal (que aumenta a produção e absorção de amônia no cólon). Historicamente, acreditava-se que a restrição proteica era necessária para tratar a EH, visando reduzir a produção de amônia. No entanto, o entendimento atual mudou drasticamente. Pacientes cirróticos vivem em um estado de hipercatabolismo e frequentemente apresentam sarcopenia (perda de massa muscular). Como o músculo esquelético é um local alternativo importante para a destoxificação da amônia, a desnutrição piora o prognóstico e a própria encefalopatia. Portanto, as diretrizes atuais (como as da ESPEN e EASL) recomendam dietas hipercalóricas e hiperproteicas.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Uma oferta de 15 a 25 kcal/kg é insuficiente para as necessidades metabólicas de um paciente cirrótico. Além disso, a oferta proteica de 0,6 a 0,8 g/kg caracteriza uma restrição proteica severa, que hoje é contraindicada por aumentar a quebra de proteína muscular (catabolismo), piorando a desnutrição e a evolução da doença.

Alternativa b) Incorreta. Embora a oferta energética seja levemente superior à alternativa anterior, ainda é considerada baixa para o estado hipermetabólico da cirrose. A oferta proteica de 0,6 a 0,8 g/kg continua sendo insuficiente e prejudicial para a manutenção da massa magra.

Alternativa c) Incorreta. A oferta energética de 30 a 35 kcal/kg aproxima-se do ideal, porém a oferta proteica de 0,8 a 1,0 g/kg ainda é considerada baixa. Para pacientes com cirrose, o aporte mínimo deve ser de pelo menos 1,2 g/kg para evitar o balanço nitrogenado negativo.

Alternativa d) Incorreta. A oferta energética de 35 a 40 kcal/kg está correta e adequada para combater a desnutrição. No entanto, o erro reside na oferta proteica de 0,8 a 1,0 g/kg, que permanece abaixo das recomendações internacionais para pacientes cirróticos, mesmo na vigência de encefalopatia hepática.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa reflete as recomendações atuais das principais sociedades de hepatologia e nutrição clínica. Pacientes com cirrose devem receber de 35 a 40 kcal/kg/dia de energia e 1,2 a 1,5 g/kg/dia de proteína. O objetivo é evitar o catabolismo proteico muscular, melhorar o estado nutricional e, conseqüentemente, auxiliar no tratamento da encefalopatia hepática a longo prazo. A restrição de proteínas só deve ser considerada em casos raríssimos de encefalopatia hepática aguda fulminante e apenas por um período curtíssimo de 24 a 48 horas, o que não se aplica ao caso da paciente em questão.

Questão 12

ESTRATÉGIA DE CONDUTA NA DISPEPSIA E INFECÇÃO POR H. PYLORI

A questão apresenta um paciente jovem (31 anos) com sintomas dispépticos crônicos (há um ano), sem sinais de alarme e com diagnóstico de infecção por *Helicobacter pylori* realizado por método não invasivo (teste respiratório). De acordo com o IV Consenso Brasileiro sobre *H. pylori*, a conduta correta baseia-se na estratégia "testar e tratar" (test-and-treat).

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A estratégia "testar e tratar" é indicada para pacientes com dispepsia funcional, jovens (geralmente abaixo de 40 a 45 anos) e sem sinais de alarme. Uma vez confirmado o *H. pylori*, o tratamento de primeira linha preconizado pelo IV Consenso Brasileiro é a terapia tripla clássica: um inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena, associado a amoxicilina (1 g) e claritromicina (500 mg), todos administrados duas vezes ao dia por 14 dias.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A endoscopia digestiva alta (EDA) não é a conduta inicial prioritária neste caso. Segundo o consenso, a EDA deve ser reservada para pacientes com idade superior a 40-45 anos ou para aqueles que apresentam sinais de alarme (emagrecimento, anemia, disfagia, vômitos persistentes ou história familiar de câncer gástrico), o que não ocorre com o paciente em questão.

Alternativa B: Não há justificativa para repetir um exame que já resultou positivo. O teste respiratório com ureia marcada é um método padrão-ouro não invasivo, com alta sensibilidade e especificidade. O próximo passo após o diagnóstico é o tratamento, e não a retestagem.

Alternativa D: A levofloxacina é utilizada em esquemas de resgate, ou seja, em terapias de segunda ou terceira linha após a falha do tratamento inicial com claritromicina. Não deve ser utilizada como primeira escolha devido ao risco de indução de resistência bacteriana e ao perfil de efeitos colaterais.

Alternativa E: A terapia com bismuto (geralmente em esquemas quádruplos) pode ser uma opção em locais com resistência à claritromicina superior a 15% ou como terapia de segunda linha. No entanto, o IV Consenso Brasileiro ainda mantém a terapia tripla com claritromicina como a principal recomendação de primeira linha para o cenário nacional.

RESUMO DA ESTRATÉGIA:

1. Paciente jovem (menor de 40-45 anos) + Dispepsia + Sem sinais de alarme = Testar *H. pylori* por via não invasiva.
2. Se positivo = Tratar com IBP + amoxicilina + claritromicina.
3. Se houver sinais de alarme ou idade avançada = Realizar EDA antes de qualquer conduta.

Questão 13

O quadro clínico descrito — agitação psicomotora, dificuldade de compreensão e desatenção após a suspensão da sedação em um paciente crítico — é diagnóstico de delirium. No ambiente de terapia intensiva, o delirium é uma complicação frequente e está intimamente associado ao uso de certas classes de medicamentos sedativos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O propofol é um sedativo hipnótico de curta duração que atua nos receptores GABA. Embora nenhum sedativo seja totalmente isento de riscos, as diretrizes atuais (como o guideline PADIS) recomendam o uso de sedativos não benzodiazepínicos, como o propofol ou a dexmedetomidina, justamente por estarem associados a um menor tempo de ventilação mecânica e menor incidência de delirium quando comparados aos benzodiazepínicos.

b) Incorreta. A ketamina é um anestésico dissociativo que atua como antagonista dos receptores NMDA. Embora possa causar reações de emergência (alucinações e agitação ao despertar), não é a principal medicação associada ao desenvolvimento

de delirium persistente na UTI no contexto de sedação contínua.

c) Incorreta. A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 adrenérgico seletivo. Ela é conhecida por proporcionar uma "sedação cooperativa" e, diferentemente dos benzodiazepínicos, está associada a uma redução no risco de desenvolvimento de delirium. É frequentemente utilizada como estratégia para tratar ou prevenir o delirium em pacientes que precisam permanecer sedados.

d) Correta. O midazolam é um benzodiazepínico. Esta classe de medicamentos é o principal fator de risco farmacológico modificável para o delirium na UTI. Os benzodiazepínicos alteram a arquitetura do sono e possuem uma forte associação dose-dependente com o surgimento de disfunção cognitiva aguda em pacientes graves, especialmente idosos e sépticos. Por esse motivo, o uso de midazolam para sedação contínua tem sido desencorajado na prática intensivista moderna.

e) Incorreta. O etomidato é um agente indutor utilizado quase exclusivamente para intubação de sequência rápida devido à sua estabilidade hemodinâmica. Ele não é utilizado para sedação contínua em manutenção na UTI, principalmente por causar supressão adrenal temporária, o que seria prejudicial em um paciente com sepse. Portanto, não seria a droga suspensa após três dias de internação.

Questão 14

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Poliarterite Nodosa (PAN). Acompanhe a análise detalhada dos pontos-chave:

1. Perfil do Paciente e Antecedentes: Homem de meia-idade com perda ponderal e mialgia, associado a um antecedente fundamental: a infecção pela hepatite B (HBV). Existe uma forte associação epidemiológica entre a PAN e o vírus da hepatite B.
2. Acometimento Neurológico: O paciente apresenta fraqueza e parestesias assimétricas (paresia em um pé e perda de sensibilidade em áreas de nervos distintos), o que caracteriza a mononeurite múltipla. Este é um achado muito comum nas vasculites de médios vasos.
3. Acometimento Renal e Abdominal: A dor abdominal recorrente sugere isquemia mesentérica. A elevação da creatinina com sumário de urina normal é um divisor de águas: na PAN, a lesão renal ocorre por isquemia/infarto das artérias renais (médio calibre), e não por glomerulonefrite. Portanto, não há hematúria ou proteinúria significativa, diferenciando-a das vasculites de pequenos vasos.
4. Biópsia e Marcadores: A biópsia de nervo sural revelando inflamação transmural

com necrose fibrinoide em artéria de médio calibre é o padrão-ouro para o diagnóstico. Além disso, o ANCA negativo reforça o diagnóstico de PAN, já que esta não é uma vasculite associada ao ANCA.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A Poliarterite Nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante de médios e pequenos vasos que poupa vênulas e capilares. O quadro de mononeurite múltipla, dor abdominal, hipertensão/insuficiência renal de origem renovascular (urina inocente), associação com hepatite B e ANCA negativo fecha o diagnóstico.

b) INCORRETA. A Granulomatose com Poliangeíte (Wegener) é uma vasculite de pequenos vasos que tipicamente envolve o trato respiratório superior e inferior (sinusite, nódulos pulmonares) e causa glomerulonefrite (urina com sedimentos). Além disso, em cerca de 90% dos casos, o c-ANCA é positivo.

c) INCORRETA. A Poliangeíte Microscópica (MPA) também causa mononeurite múltipla, porém é uma vasculite de pequenos vasos que obrigatoriamente cursa com glomerulonefrite (hematúria e proteinúria no exame de urina) e frequentemente apresenta p-ANCA positivo.

d) INCORRETA. A Arterite de Células Gigantes é uma vasculite de grandes vasos que acomete predominantemente pacientes acima de 50 anos. O quadro clínico costuma envolver cefaleia, claudicação de mandíbula e sintomas de polimialgia reumática, sem o padrão de mononeurite múltipla ou necrose fibrinoide em médios vasos periféricos.

e) INCORRETA. A Crioglobulinemia é uma vasculite de pequenos vasos associada majoritariamente ao vírus da hepatite C (e não B). Manifesta-se classicamente com a tríade de Meltzer (púrpura palpável, artralgia e mialgia) e frequentemente apresenta consumo de complemento (C4 baixo) e glomerulonefrite.

Questão 15

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), preenchendo diversos critérios diagnósticos e classificatórios: manifestações cutâneas (rash malar e fotossensibilidade), articulares (artrite não deformante), hematológicas (leucopenia e plaquetopenia) e imunológicas (FAN em altos títulos, anti-DNA positivo e consumo de complemento C3 e C4).

O ponto determinante para a conduta é a presença de proteinúria de 1,2 g/24h. Em pacientes com LES, a presença de proteinúria acima de 0,5 g/24h ou alterações persistentes no sedimento urinário indica a necessidade de realização de biópsia renal. A biópsia é fundamental para classificar o tipo de nefrite lúpica (Classes I a VI), definir o prognóstico e guiar a intensidade da imunossupressão.

Em relação ao tratamento medicamentoso, a hidroxicloroquina é recomendada para todos os pacientes com lúpus, exceto se houver contraindicação, pois auxilia no controle da doença, reduz surtos de atividade e melhora a sobrevida. O corticoide é necessário para o controle da atividade inflamatória sistêmica e renal no momento inicial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A presença de proteinúria significativa (1,2 g/24h) torna a realização da biópsia renal obrigatória para o manejo adequado da nefrite lúpica. Não se deve tratar apenas com sintomáticos sem o diagnóstico histopatológico renal.

b) Incorreta. Ignora a necessidade da hidroxicloroquina, que é o pilar do tratamento do LES, e também falha ao não indicar a biópsia renal diante da proteinúria.

c) Correta. Esta alternativa contempla o tratamento de base (hidroxicloroquina), o controle da atividade da doença (corticoides) e a investigação necessária para o acometimento renal (biópsia), seguindo os protocolos internacionais e nacionais de reumatologia e nefrologia.

d) Incorreta. O rituximabe é um agente biológico utilizado geralmente em casos refratários ou em manifestações graves específicas (como certas anemias hemolíticas ou nefrites resistentes), não sendo a conduta inicial de escolha para este caso antes mesmo da biópsia e do uso de terapias convencionais.

e) Incorreta. Embora a hidroxicloroquina e a biópsia estejam indicadas, o uso isolado da hidroxicloroquina não é suficiente para tratar uma paciente com sinais de nefrite ativa e sintomas sistêmicos; o corticoide é essencial para o controle da inflamação aguda.

Questão 16

DIAGNÓSTICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente jovem com sintomas constitucionais (fadiga, sudorese e perda de peso) e esplenomegalia volumosa. Os achados laboratoriais são clássicos da Leucemia Mieloide Crônica (LMC): leucocitose acentuada com desvio à esquerda escalonado (presença de diversas formas de maturação mieloide), basofilia, eosinofilia e fosfatase alcalina leucocitária reduzida (achado que diferencia a LMC de uma reação leucemoide, onde a fosfatase estaria elevada).

A confirmação diagnóstica definitiva é dada pela citogenética ou biologia molecular, que identificou a translocação t(9;22), gerando o cromossomo Filadélfia e o gene de fusão BCR-ABL1. Como a contagem de blastos é baixa (1% no sangue e 3% na medula), o paciente encontra-se na fase crônica da doença (definida por menos de 10% de blastos).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TMO) já foi a primeira linha no passado, mas atualmente é reservado para casos de falha terapêutica aos inibidores de tirosina quinase, pacientes que evoluem para fase acelerada ou crise blástica, ou casos de intolerância grave às medicações orais.

b) Correta. O imatinibe é um inibidor da tirosina quinase (ITQ) de primeira geração. Ele age bloqueando especificamente a atividade da proteína BCR-ABL1, responsável pela proliferação descontrolada das células mieloides. É o tratamento de escolha inicial para a fase crônica da LMC, apresentando altas taxas de resposta citogenética e sobrevida global.

c) Incorreta. A citarabina em altas doses é um quimioterápico utilizado primordialmente no tratamento de indução e consolidação de Leucemias Agudas (como a Leucemia Mieloide Aguda). Na LMC em fase crônica, o foco é a terapia-alvo com ITQs.

d) Incorreta. O rituximabe é um anticorpo monoclonal anti-CD20, utilizado no tratamento de neoplasias de linhagem linfóide B (como linfoma não Hodgkin e Leucemia Linfóide Crônica) e doenças autoimunes. Não possui papel no tratamento da LMC, que é uma neoplasia mieloproliferativa.

e) Incorreta. A azacitadina é um agente hipometilante indicado principalmente para o tratamento de Síndromes Mielodisplásicas (SMD) de alto risco e alguns casos de Leucemia Mieloide Aguda em idosos ou pacientes sem condições de quimioterapia

intensiva. Não é o tratamento padrão para LMC BCR-ABL1-positiva.

Questão 17

Análise do caso clínico:

Temos uma paciente jovem (28 anos) com um quadro de Tromboembolismo Venoso (TEV) sem fatores desencadeantes evidentes (evento não provocado), além de uma história familiar positiva (mãe com TEP aos 40 anos). Nesses casos, a investigação de trombofilias é indicada, porém o momento da coleta dos exames é crucial para evitar resultados falsos-positivos ou falsos-negativos devido à interferência do evento agudo e do uso de medicamentos.

Alternativa a: Incorreta. As pesquisas de mutações genéticas, como a mutação do gene da protrombina e o Fator V de Leiden, são baseadas na análise do DNA do paciente por meio da técnica de PCR. Como o código genético não sofre alterações por medicamentos, esses exames podem ser realizados em qualquer momento, inclusive durante a fase aguda da trombose ou na vigência de anticoagulação.

Alternativa b: Correta. As proteínas C e S são anticoagulantes naturais sintetizados no fígado e são dependentes da vitamina K. O uso de anticoagulantes orais antagonistas da vitamina K (como a varfarina) reduz os níveis plasmáticos dessas proteínas, o que impediria um diagnóstico correto de deficiência. Além disso, na fase aguda da trombose, ocorre o consumo dessas proteínas para tentar conter o processo trombótico, o que também pode levar a resultados falsamente baixos. Portanto, a recomendação é realizar a dosagem após a suspensão da anticoagulação (geralmente aguarda-se de 2 a 4 semanas após o término do tratamento).

Alternativa c: Incorreta. A pesquisa de anticoagulante lúpico, que faz parte dos critérios laboratoriais para a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), sofre interferência direta de quase todos os anticoagulantes (heparinas, varfarina e novos anticoagulantes orais como rivaroxabana e apixabana). O uso dessas drogas pode prolongar os tempos de coagulação nos testes funcionais, gerando resultados falsos-positivos.

Alternativa d: Incorreta. Embora a conduta de investigar trombofilias seja debatida em alguns cenários, a idade jovem (menos de 45-50 anos), a ausência de fatores provocadores (cirurgia, trauma, imobilização) e a história familiar significativa (mãe com TEP jovem) justificam a investigação já após o primeiro evento tromboembólico. O objetivo é definir o tempo de tratamento e orientar familiares.

Alternativa e: Incorreta. A hiperhomocisteinemia é considerada um fator de risco

moderado para trombose, mas não é o mais associado a eventos em jovens. O fator de risco hereditário mais comum na população é o Fator V de Leiden. Atualmente, a dosagem de homocisteína tem perdido espaço na prática clínica rotineira, pois sua correção com vitaminas não demonstrou redução consistente no risco de recorrência de trombose.

Resumo: Para um diagnóstico preciso de deficiência das proteínas C e S, deve-se aguardar a resolução do quadro agudo e a suspensão da anticoagulação oral para evitar interferências farmacológicas e biológicas.

Questão 18

Para responder a esta questão, é necessário aplicar os critérios da escala FRAIL, que é uma ferramenta de triagem rápida e validada internacionalmente para identificar a síndrome da fragilidade em idosos.

A escala FRAIL avalia cinco componentes, nos quais cada resposta positiva soma 1 ponto:

1. F de Fatigue (Fadiga): Pergunta-se ao paciente se ele se sentiu cansado na maior parte do tempo no último mês. O paciente do caso refere fadiga diária. (Soma 1 ponto)
2. R de Resistance (Resistência): Avalia a capacidade de subir um lance de escadas sem auxílio e sem descansar. O paciente refere não conseguir subir dez degraus sem interromper para descansar. (Soma 1 ponto)
3. A de Ambulation (Ambulação): Avalia a capacidade de caminhar um quarteirão (cerca de 100 a 200 metros) sem auxílio. O paciente caminha 500 metros no plano sem auxílio. (Soma 0 pontos)
4. I de Illness (Doenças): Verifica-se a presença de cinco ou mais doenças de uma lista específica (hipertensão, diabetes, câncer, doença pulmonar crônica, infarto, insuficiência cardíaca, angina, asma, artrite, AVC e doença renal). O paciente apresenta três das doenças citadas (HAS, DM2 e dislipidemia). Mesmo que a dislipidemia seja incluída em algumas versões, o total é inferior a cinco. (Soma 0 pontos)
5. L de Loss of weight (Perda de peso): Considera-se a perda de peso não intencional superior a 5% do peso corporal nos últimos 6 a 12 meses. O paciente perdeu 6 kg em dez meses. Se o peso atual é de 52 kg, o peso inicial era de 58 kg. Uma perda de 6 kg representa cerca de 10,3% do peso inicial, o que é superior a 5%. (Soma 1 ponto)

Somatório total: 1 (Fadiga) + 1 (Resistência) + 1 (Perda de peso) = 3 pontos.

Classificação da escala FRAIL:

- 0 pontos: Robusto.
- 1 a 2 pontos: Pré-frágil.
- 3 a 5 pontos: Frágil.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. O paciente seria classificado como pré-frágil se tivesse pontuado apenas 1 ou 2 na escala.

b) Correta. Com a pontuação de 3, o paciente preenche o critério de diagnóstico para fragilidade de acordo com a escala FRAIL.

c) Incorreta. O paciente robusto é aquele que apresenta pontuação 0 na escala, ou seja, não apresenta nenhum dos déficits avaliados.

d) Incorreta. A sarcopenia primária refere-se à perda de massa e força muscular associada exclusivamente ao envelhecimento. Embora o paciente possa ter sarcopenia, a questão pede o diagnóstico especificamente "de acordo com a escala FRAIL", que classifica o indivíduo em robusto, pré-frágil ou frágil. Além disso, o diagnóstico de sarcopenia exige outros testes, como força de preensão manual ou exames de massa muscular.

e) Incorreta. A caquexia é uma síndrome metabólica complexa caracterizada por perda de massa muscular, com ou sem perda de gordura, geralmente associada a uma doença inflamatória subjacente. Apesar da perda de peso importante, o termo não faz parte da classificação da escala FRAIL.

Questão 19

A avaliação inicial de um nódulo de tireoide deve sempre incluir a dosagem do TSH. No caso apresentado, a paciente possui um nódulo de 2,5 cm e um TSH suprimido (0,01 mUI/L), o que caracteriza um quadro de hipertireoidismo (clínico ou subclínico).

O fluxograma de investigação de nódulos tireoidianos determina que, diante de um TSH baixo, o próximo passo obrigatório é realizar uma cintilografia de tireoide (com iodo-131 ou tecnécio-99m). O objetivo é verificar se o nódulo é funcional, ou seja, "quente". Nódulos quentes possuem um risco de malignidade extremamente baixo (menor que 1%), o que geralmente dispensa a necessidade de punção aspirativa por

agulha fina (PAAF), independentemente do tamanho ou da classificação ultrassonográfica (TIRADS).

Alternativa a) Incorreta. A dosagem de anticorpo antirreceptor de TSH (TRAb) é fundamental no diagnóstico da doença de Graves. Contudo, em uma paciente com nódulo tireoidiano dominante e TSH baixo, a prioridade é avaliar se este nódulo é o causador do hipertireoidismo (adenoma tóxico), o que é feito pela cintilografia.

Alternativa b) Incorreta. A tireoglobulina não deve ser utilizada como ferramenta diagnóstica para nódulos de tireoide, pois seus níveis podem estar elevados em diversas doenças benignas, como bócio colóide e tireoidites. Seu papel principal é como marcador de seguimento após a tireoidectomia total em casos de câncer.

Alternativa c) Incorreta. A dosagem de calcitonina é um exame de rastreio para o carcinoma medular de tireoide. Embora alguns protocolos sugiram sua dosagem em nódulos suspeitos, ela não é o exame inicial prioritário quando há supressão do TSH.

Alternativa d) Correta. Conforme o algoritmo de manejo de nódulos da tireoide, se o TSH está baixo, a cintilografia deve ser o próximo passo. Se o nódulo for "quente" (hipercaptante), ele é o responsável pelo hipertireoidismo e não requer punção. Se for "frio" (hipocaptante) ou isocaptante, deve-se prosseguir com a PAAF se o nódulo preencher os critérios de tamanho e imagem.

Alternativa e) Incorreta. Realizar a PAAF neste momento seria precipitado. Se o nódulo for funcional (quente), a citologia pode apresentar padrões de atipia que mimetizam neoplasias foliculares, levando a cirurgias desnecessárias. A supressão do TSH "muda o jogo", exigindo a avaliação funcional por imagem antes de qualquer procedimento invasivo.

Questão 20

O quadro clínico descreve uma paciente idosa (68 anos) com a tríade clássica de meningite bacteriana aguda: febre, cefaleia e alteração do nível de consciência, acompanhada de sinais de irritação meníngea (rigidez nuca). Diante dessa suspeita em uma prova de residência ou concurso, a conduta terapêutica deve ser imediata e baseada na cobertura empírica dos patógenos mais prováveis para a faixa etária.

Para pacientes acima de 50 anos, os principais agentes etiológicos são o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), a *Neisseria meningitidis* (meningococo) e a *Listeria monocytogenes*.

A escolha dos medicamentos deve seguir os seguintes critérios:

1. Ceftriaxona: cefalosporina de 3ª geração que oferece excelente cobertura para o meningococo e para a maioria das cepas de pneumococo. É a base do tratamento da meningite bacteriana no adulto.
2. Vancomicina: é adicionada ao esquema empírico devido ao aumento da prevalência de cepas de *Streptococcus pneumoniae* com resistência intermediária ou total às penicilinas e cefalosporinas. O uso associado garante a cobertura contra esses pneumococos resistentes.
3. Ampicilina: é obrigatória em pacientes com mais de 50 anos ou imunodeprimidos para cobrir a *Listeria monocytogenes*, um bacilo gram-positivo que é intrinsecamente resistente às cefalosporinas.
4. Dexametasona: o uso de corticoide está indicado para ser iniciado antes ou junto com a primeira dose de antibiótico. O objetivo é reduzir a resposta inflamatória causada pela lise bacteriana no espaço subaracnoide, o que diminui o risco de sequelas neurológicas (como surdez e déficits focais) e a mortalidade, especialmente nos casos causados por pneumococo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Embora apresente a ceftriaxona e o corticoide, a alternativa peca por não incluir a ampicilina (necessária pela idade da paciente para cobrir *Listeria*) e a vancomicina (necessária para pneumococos resistentes).
- b) Incorreta. A ampicilina isolada não cobre os principais agentes da meningite (pneumococo e meningococo). É necessário associá-la a uma cefalosporina de 3ª geração.
- c) Incorreta. Além de faltar a vancomicina, a alternativa afirma erroneamente que não há indicação de corticoide. O uso da dexametasona é um pilar importante no manejo inicial para melhorar o prognóstico.
- d) Incorreta. Apesar de listar corretamente os três antibióticos necessários para a cobertura empírica nesta faixa etária, a alternativa exclui o uso do corticoide, que é preconizado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais.
- e) Correta. Esta alternativa contempla a cobertura completa para os patógenos mais comuns no idoso (ceftriaxona e vancomicina para pneumococo/meningococo e ampicilina para *Listeria*) e inclui a terapia adjuvante com dexametasona para redução de complicações inflamatórias.

Questão 21

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de Síndrome de Realimentação (SR). Trata-se de uma complicação potencialmente fatal que ocorre em pacientes com desnutrição grave (como a paciente com IMC de 16 kg/m² e perda ponderal importante) quando recebem um aporte calórico, especialmente glicose, de forma rápida e excessiva após um período de jejum ou baixa ingestão.

Fisiopatologia: No estado de desnutrição, o organismo reduz os níveis de insulina e prioriza o catabolismo. Com a reintrodução súbita de nutrientes, ocorre um pico de insulina. Esse hormônio promove o desvio maciço de potássio (K), magnésio (Mg) e fósforo (P) do meio extracelular para o meio intracelular. O fósforo é rapidamente consumido para a produção de ATP e fosforilação de intermediários glicolíticos. O resultado é uma queda brusca desses eletrólitos no sangue. A hipofosfatemia grave leva à falência miocárdica (justificando o BNP elevado e edema) e fraqueza muscular (incluindo a musculatura respiratória, causando dispneia). A deficiência de tiamina (vitamina B1), que atua como cofator no metabolismo da glicose, também é comum e agrava o quadro cardíaco e neurológico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Aumentar o aporte calórico seria "jogar gasolina no fogo". O excesso de calorias e o uso de insulina iriam exacerbar o desvio intracelular de eletrólitos, agravando a hipofosfatemia e aumentando o risco de arritmias letais e insuficiência respiratória.

Alternativa b) Incorreta. Repor apenas potássio é insuficiente. O eletrólito mais criticamente afetado na síndrome de realimentação é o fósforo. Além disso, a manutenção da carga calórica atual (30 kcal/kg/d) impede a estabilização metabólica da paciente, sendo necessário reduzir a oferta para interromper o estímulo insulínico excessivo.

Alternativa c) Incorreta. A síndrome de realimentação não depende da via de administração. Ela pode ocorrer tanto na nutrição parenteral quanto na enteral ou oral, desde que a carga calórica seja reintroduzida de forma inadequada em um paciente de risco.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa segue as diretrizes das sociedades de nutrição parenteral e enteral (como ASPEN e ESPEN) para o manejo da SR. O primeiro passo é interromper ou reduzir drasticamente o aporte calórico para estabilizar o metabolismo. Deve-se repor os eletrólitos (P, K e Mg) de forma monitorada e agressiva. A administração de tiamina é obrigatória antes ou junto ao reinício da dieta para evitar complicações neurológicas e cardíacas. O reinício deve ser

cauteloso, começando com cerca de 10 kcal/kg/d, com progressão lenta e monitoramento constante.

Alternativa e) Incorreta. O diurético pode ajudar a reduzir o edema periférico e a congestão, mas não trata a causa-base do problema, que é o distúrbio metabólico e eletrolítico. Manter a nutrição parenteral no ritmo atual é perigoso e mantém a paciente em risco de morte por arritmia ou falência respiratória.

Questão 22

O paciente apresenta um quadro de choque distributivo, provavelmente de foco abdominal (sepse ou choque séptico), caracterizado por hipotensão, taquicardia, pele quente e hiperlactatemia, mesmo após a expansão inicial com 30 mL/kg de cristalóide. O desafio clínico agora é determinar se o paciente ainda é responsivo a volume (ou seja, se o débito cardíaco aumentará com mais fluidos) ou se o excesso de líquido causará apenas sobrecarga volêmica, edema pulmonar e piora da troca gasosa, especialmente considerando que ele já possui DPOC.

Alternativa (c) - Correta: A elevação passiva das pernas (EPP) é considerada um dos métodos mais robustos para avaliar a responsividade a fluidos à beira-leito. Ao elevar as pernas do paciente a 45 graus a partir da posição semissentada, ocorre um deslocamento de aproximadamente 300 mL de sangue venoso dos membros inferiores e do compartimento esplâncnico para o coração. Trata-se de um teste dinâmico e totalmente reversível (uma "autotransfusão"). Para ser eficaz, deve ser acompanhado da monitorização do débito cardíaco ou do volume sistólico em tempo real. Se houver um aumento significativo (geralmente maior que 10% a 15%) nesses parâmetros durante a manobra, o paciente é considerado responsivo, indicando que a infusão de mais fluidos deve resultar em melhora hemodinâmica.

Alternativa (a) - Incorreta: A pressão venosa central (PVC) é uma medida estática da pressão no átrio direito. Há décadas, a literatura médica demonstra que valores isolados de PVC, ou mesmo alvos fixos (como PVC menor que 12 mmHg), não são preditores confiáveis de responsividade a volume. Um paciente pode ter uma PVC baixa e não responder a volume, ou uma PVC mais alta e ainda ser responsivo.

Alternativa (b) - Incorreta: A avaliação da veia cava inferior (VCI) pelo ultrassom é um método dinâmico, mas possui limitações importantes. Em pacientes com esforço respiratório espontâneo (mesmo sob ventilação mecânica) ou naqueles que utilizam níveis elevados de pressão positiva (PEEP de 10 cm H₂O, como neste caso), a acurácia dos índices de colapsabilidade ou distensibilidade da VCI é muito reduzida. A variação da pressão intratorácica interfere diretamente no diâmetro da cava, o que pode levar a interpretações errôneas.

Alternativa (d) - Incorreta: A administração empírica de grandes volumes adicionais (mais 2 L), sem avaliação de responsividade, é uma prática perigosa e desatualizada. O acúmulo excessivo de fluidos (balanço hídrico positivo excessivo) está associado a maior mortalidade, tempo de ventilação mecânica prolongado e disfunção de múltiplos órgãos em pacientes críticos.

Alternativa (e) - Incorreta: A dobutamina é um agente inotrópico indicado principalmente em casos de choque cardiogênico ou quando há evidência de baixo débito cardíaco devido à disfunção miocárdica. Como o ecocardiograma à beira-leito revelou uma fração de ejeção preservada, não há indicação para o uso de dobutamina neste momento. O foco deve ser a estabilização da pressão arterial com vasopressores (noradrenalina) e a otimização cautelosa da volemia.

Questão 23

Análise do cenário clínico:

O paciente apresenta um quadro de choque hipovolêmico hemorrágico grave (provável Classe III ou IV), evidenciado por taquicardia (132 bpm), hipotensão (86 x 54 mmHg), palidez, diaforese e agitação psicomotora. O ponto crucial da questão é a presença de um sangramento externo ativo e de grande monta no braço direito.

Explicação baseada no protocolo xABCDE (ATLS):

O protocolo atualizado do ATLS prioriza o "x" (exsanguinação), que precede o manejo da via aérea. Se há uma hemorragia externa maciça, ela deve ser interrompida imediatamente para evitar a morte por choque antes mesmo da abordagem respiratória.

Análise das alternativas:

a) Correta. Segue a sequência lógica do atendimento ao trauma grave. Primeiro, controla-se a hemorragia externa exsanguinante (x). Em seguida, foca-se na oxigenação e ventilação (A e B). Como o paciente está chocado e hipotenso, a etapa de circulação (C) exige acessos venosos calibrosos e o início de transfusão balanceada (plasma, plaquetas e hemácias), em vez de apenas grandes volumes de cristaloides. A reavaliação constante é a base do ATLS.

b) Incorreta. Jamais se leva um paciente hemodinamicamente instável para a Tomografia Computadorizada (TC). Além disso, o controle da hemorragia deve ser a primeira medida (x), e não a última. A intubação pode ser necessária, mas não precede o controle de um sangramento externo massivo.

c) Incorreta. Embora o colar cervical faça parte do item "A", o controle do sangramento externo "x" é prioritário. O FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é uma ferramenta do item "C" para buscar sangramento interno, mas o sangramento externo já foi identificado e deve ser tratado antes. A transfusão não deve ser adiada para depois do FAST em um paciente com choque evidente.

d) Incorreta. Esta conduta está ultrapassada. O ATLS 10ª edição recomenda o uso criterioso de cristaloides (geralmente 1 litro) e o início precoce de derivados de sangue para evitar a coagulopatia traumática. Administrar 2 litros de cristaloides de forma indiscriminada pode piorar o sangramento e a acidose.

e) Incorreta. A noradrenalina (vasopressor) não é o tratamento de primeira linha no choque hemorrágico. O problema aqui é a falta de volume (sangue), e não a falta de tônus vascular. O uso de vasopressores sem a reposição volêmica adequada pode agravar a isquemia tecidual e mascarar a gravidade do quadro. O foco deve ser o controle do sangramento e a reposição de sangue.

Questão 24

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente com ferimento penetrante torácico e presença de traumatopneia. A traumatopneia, ou ferida soprante, ocorre quando existe uma comunicação direta entre o meio externo e o espaço pleural. Segundo o ATLS (Advanced Trauma Life Support), quando essa abertura é superior a dois terços do diâmetro da traqueia, o ar passa preferencialmente pela ferida em vez de entrar pelas vias aéreas superiores, resultando em um pneumotórax aberto. Isso compromete gravemente a ventilação, levando à hipóxia.

O diagnóstico é clínico, baseado na inspeção (ferida aberta), ausculta (ausência de murmúrio vesicular) e percussão (geralmente hipertimpanismo, embora não citado). A ausência de turgência jugular e de desvio traqueal afasta, no momento inicial, a evolução para um pneumotórax hipertensivo, embora o risco de progressão exista.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) INCORRETA. A toracocentese com agulha é o tratamento imediato para o pneumotórax hipertensivo. Embora o paciente tenha sinais de comprometimento ventilatório, a causa primária é a ferida aberta. Além disso, as diretrizes atuais do ATLS recomendam o 5º espaço intercostal (EIC), entre a linha axilar anterior e média, para descompressão por agulha em adultos, e não o 2º EIC.

Alternativa b) INCORRETA. A toracostomia digital seguida de dreno é o tratamento definitivo para pneumotórax simples ou após descompressão de pneumotórax hipertensivo. No entanto, em um pneumotórax aberto, a primeira manobra para restabelecer a dinâmica ventilatória é fechar a comunicação com o meio externo de forma controlada.

Alternativa c) INCORRETA. Em situações de trauma torácico com instabilidade ventilatória ou sinais clínicos claros de pneumotórax aberto, não se deve retardar o tratamento para realizar exames de imagem como a radiografia. Além disso, a inserção de dreno de tórax deve ser feita preferencialmente no 5º EIC, e não no 2º EIC.

Alternativa d) INCORRETA. A toracotomia de reanimação é indicada em pacientes com trauma penetrante que apresentam parada cardiorrespiratória presenciada ou sinais iminentes de óbito com rápida deterioração hemodinâmica. O paciente em questão está hemodinamicamente estável.

Alternativa e) CORRETA. Esta é a conduta clássica preconizada pelo ATLS para o pneumotórax aberto. O curativo de três pontas atua como uma válvula unidirecional: permite que o ar saia da cavidade pleural durante a expiração, mas impede a entrada de ar durante a inspiração. Isso interrompe o ciclo de colapso pulmonar pela pressão atmosférica. Após o curativo, é mandatória a realização da drenagem torácica em selo d'água, inserida em um local distante da lesão (geralmente no 5º EIC), para garantir a reexpansão pulmonar completa.

Questão 25

O quadro clínico descreve uma paciente politraumatizada com sinais evidentes de choque hipovolêmico grave (hipotensão severa de 78 x 46 mmHg e taquicardia de 126 bpm). O exame FAST positivo no espaço de Morison confirma a presença de hemoperitônio (sangue na cavidade abdominal). Além disso, o achado de pelve instável indica uma fratura de bacia, que é uma fonte potencial de sangramento volumoso.

Segundo os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a conduta para um paciente com instabilidade hemodinâmica e FAST positivo é a intervenção cirúrgica imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A tomografia computadorizada (TC) é um excelente exame para mapear lesões, mas exige que o paciente esteja hemodinamicamente estável.

Levar uma paciente em choque franco para a sala de tomografia é perigoso, pois ela pode evoluir para parada cardiorrespiratória em um ambiente fora do centro cirúrgico ou da sala de emergência.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta prioritária. A laparotomia emergencial é indicada pela instabilidade hemodinâmica associada ao FAST positivo (hemoperitônio). Simultaneamente, a estabilização da pelve (seja com cinta pélvica, lençol ou fixação externa) é fundamental para reduzir o volume de sangramento originado pela fratura de bacia. O controle da hemorragia deve ser imediato para salvar a vida da paciente.

Alternativa (c) Incorreta: O lavado peritoneal diagnóstico (LPD) é um exame para identificar sangue no abdome, assim como o FAST. Como o FAST já resultou positivo, o LPD é desnecessário. Além disso, "observar na sala de emergência" é uma conduta errada para alguém com sangramento ativo e sinais de choque.

Alternativa (d) Incorreta: A angiografia com embolização é uma ferramenta útil para sangramentos pélvicos arteriais, mas não deve atrasar a laparotomia em um paciente com hemoperitônio e choque. A cirurgia é necessária para tratar as possíveis lesões de órgãos sólidos ou vasos abdominais indicadas pelo FAST positivo. A embolização costuma ser um complemento após o controle cirúrgico inicial ou em casos específicos de sangramento pélvico isolado.

Alternativa (e) Incorreta: Repetir o FAST em 30 minutos é indicado apenas para pacientes estáveis com exames iniciais duvidosos. No cenário de instabilidade hemodinâmica e exame já positivo, qualquer atraso na intervenção definitiva aumenta a mortalidade.

Questão 26

O caso clínico descreve um cenário crítico de via aérea difícil no trauma, caracterizado pela situação denominada "Não Intubo, Não Ventilo" (Can't Intubate, Can't Oxygenate — CICO). O paciente apresenta trauma facial grave, sangramento, estridor (sinal de obstrução de via aérea superior) e rebaixamento do nível de consciência. Após falha na intubação orotraqueal e impossibilidade de ventilação por máscara, a prioridade absoluta é estabelecer uma via aérea cirúrgica imediata para evitar a hipóxia fatal e a parada cardiorrespiratória.

Alternativa (a) Incorreta. Embora o videolaringoscópio seja uma ferramenta excelente para vias aéreas difíceis, o enunciado afirma que tentativas de intubação já falharam e, mais grave, a ventilação com máscara é ineficaz. Insistir em métodos de visualização glótica enquanto o paciente não pode ser oxigenado atrasa a conduta

salvadora. Além disso, a presença de sangramento orofaríngeo profuso costuma prejudicar a câmara do dispositivo.

Alternativa (b) Incorreta. A intubação nasotraqueal às cegas é formalmente contraindicada em pacientes com trauma de face grave ou sinais de fratura de base de crânio (comuns em colisões frontais de alta energia), devido ao risco de inserção acidental do tubo no compartimento intracraniano. Além disso, é um procedimento demorado e inadequado para uma emergência com falha de oxigenação.

Alternativa (c) Correta. A cricotireoidostomia cirúrgica é a via aérea definitiva de escolha em situações de emergência no trauma quando não se consegue intubar nem ventilar o paciente. De acordo com o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), diante da falha na abordagem por laringoscopia e impossibilidade de oxigenação por máscara, a via aérea cirúrgica deve ser realizada prontamente.

Alternativa (d) Incorreta. A intubação retrógrada é uma técnica complexa, demorada e que requer um paciente que ainda mantenha algum grau de oxigenação passiva, não sendo indicada em cenários de via aérea "crash" ou em situações de emergência extrema onde cada segundo conta.

Alternativa (e) Incorreta. A traqueostomia formal é um procedimento mais complexo, demorado e tecnicamente difícil de ser realizado em ambiente de emergência, com sangramento e urgência de tempo. Ela é preferencialmente realizada em ambiente de centro cirúrgico. Na emergência, a cricotireoidostomia é preferível por ser anatomicamente mais superficial, rápida e apresentar menos complicações imediatas em mãos treinadas.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente apresenta um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave, definido pela Escala de Coma de Glasgow igual a 8. Além disso, apresenta sinais de choque (PA 96x60 mmHg e FC 108 bpm). No manejo do TCE, o principal objetivo inicial é evitar a lesão cerebral secundária, cujos dois maiores vilões são a hipotensão e a hipóxia.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

Segundo as diretrizes da Brain Trauma Foundation e o ATLS (10ª edição), as metas hemodinâmicas para pacientes com TCE foram refinadas. Para pacientes entre 50 e 69 anos, a recomendação é manter a Pressão Arterial Sistólica (PAS) em pelo menos 110 mmHg. Manter a PAS adequada é fundamental para garantir a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC). Quanto à ventilação, deve-se buscar a normocapnia (PaCO₂ entre 35-45 mmHg). A hiperventilação profilática deve ser evitada porque o baixo

nível de CO₂ causa vasoconstrição cerebral, o que pode reduzir o fluxo sanguíneo para o cérebro e agravar a isquemia.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ INCORRETA?

A hipotensão permissiva (manter PAS entre 80-90 mmHg) é uma estratégia utilizada em casos de trauma penetrante ou hemorragias abdominais/torácicas não controladas para evitar a ruptura de coágulos. No entanto, ela é formalmente contraindicada na presença de TCE. O cérebro traumatizado perde sua capacidade de autorregulação de fluxo e é extremamente sensível a qualquer queda na pressão arterial.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ INCORRETA?

Uma Pressão Arterial Média (PAM) de 55 mmHg é insuficiente para manter a perfusão cerebral em um paciente com provável aumento da pressão intracraniana (PIC). Além disso, o uso de manitol e soluções hipersalinas são medidas para controle de hipertensão intracraniana (HIC) estabelecida ou sinais de herniação, e não metas hemodinâmicas iniciais de estabilização.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ INCORRETA?

A hiperventilação (PaCO₂ < 30 mmHg) nunca deve ser feita de forma profilática ou desde a admissão. Ela é uma medida de resgate temporária e extrema para pacientes que estão apresentando sinais iminentes de herniação cerebral (como midríase unilateral), e deve ser usada pelo menor tempo possível.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ INCORRETA?

Ambas são prioridades críticas. No TCE grave, a hipotensão isolada é capaz de dobrar a mortalidade do paciente. Portanto, a pressão arterial jamais é considerada secundária no manejo neurointensivo.

Questão 28

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um trauma cervical penetrante com sinais claros de lesão laringotraqueal, evidenciados pelo escape de ar pelo ferimento (borbulhamento) e enfisema subcutâneo. Embora esteja hemodinamicamente estável e com boa saturação no momento, a presença desses sinais indica uma lesão de via aérea que pode evoluir rapidamente para obstrução total ou insuficiência respiratória. Em traumas de pescoço com sinais de lesão de via aérea, o manejo deve ser cauteloso para não transformar uma via aérea patente em uma situação de "não consigo intubar, não consigo ventilar".

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

Esta é a conduta preconizada para lesões traqueais confirmadas em pacientes estáveis. A intubação guiada por fibrobroncoscopia ou videolaringoscopia permite a visualização direta da lesão, garantindo que o tubo endotraqueal ultrapasse o local do trauma e seja posicionado corretamente na traqueia distal, evitando a criação de um falso trajeto. A presença da equipe cirúrgica e a prontidão para uma via aérea cirúrgica (cricotireoidostomia ou traqueostomia) são fundamentais, pois o manejo da via aérea em tecidos traumatizados pode falhar ou precipitar um colapso ventilatório.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Aplicar curativo oclusivo em um ferimento com escape de ar no pescoço é perigoso. Isso pode represar o ar nos tecidos moles, acelerando a progressão do enfisema subcutâneo e causando compressão extrínseca da traqueia ou até pneumomediastino hipertensivo. Além disso, em um paciente com sinais claros de lesão de via aérea (escape de ar), a prioridade é assegurar a via aérea antes de enviar para exames de imagem demorados como a TC.

Alternativa B: A Sequência Rápida de Intubação (SRI) convencional, que utiliza bloqueadores neuromusculares, é arriscada neste caso. Ao paralisar o paciente, perde-se o tônus muscular que pode estar mantendo a via aérea aberta e interrompe-se a ventilação espontânea. Se houver uma transecção traqueal ou grande laceração, a passagem do tubo "às cegas" pode resultar em posicionamento extratraqueal (falso trajeto), tornando a ventilação impossível.

Alternativa C: A cricotireoidostomia cirúrgica é uma via aérea de exceção ou para situações de emergência extrema ("crash airway"). Como o paciente está estável, com SatO₂ de 96% e consciente, deve-se tentar primeiro uma abordagem mais controlada e menos invasiva (intubação assistida por fibra), reservando os métodos cirúrgicos para o caso de falha da abordagem inicial.

Alternativa D: A conduta expectante ("aguardar 1-2 horas") é contraindicada diante de sinais "duros" de lesão de via aérea, como o borbulhamento pelo ferimento. O enfisema subcutâneo tende a progredir, distorcendo a anatomia cervical e tornando uma intubação futura muito mais difícil ou impossível. Lesões penetrantes de pescoço com sinais de alerta exigem intervenção ou investigação imediata.

Questão 29

Análise do Caso Clínico

O paciente apresenta uma complicação pós-operatória clássica de cirurgia colorretal: uma deiscência de anastomose bloqueada, manifestada como uma coleção intra-abdominal (abscesso) de 6,0 cm. Os pontos-chave para a decisão terapêutica são a estabilidade hemodinâmica do paciente e a ausência de peritonite difusa (extravasamento livre) na tomografia.

Análise das Alternativas

a) Incorreta. A drenagem de um abscesso infectado deve ser sempre acompanhada de antibioticoterapia sistêmica. O uso de antibióticos é fundamental para controlar a resposta inflamatória sistêmica e prevenir a bacteremia. A preocupação em não mascarar culturas não justifica a omissão do tratamento medicamentoso em um paciente com febre e taquicardia.

b) Incorreta. A reabordagem cirúrgica com desmonte da anastomose (operação de Hartmann) é indicada em casos de peritonite difusa, instabilidade hemodinâmica ou falha do tratamento conservador/minimamente invasivo. Como o paciente está estável e a coleção está localizada (loculada), a conduta inicial deve ser menos agressiva.

c) Incorreta. Uma coleção de 6,0 cm é considerada grande e raramente regride apenas com antibióticos. Além disso, o uso de via oral é inadequado para um quadro agudo de 3 dias de pós-operatório com sinais de sepse (febre e taquicardia), sendo necessária a via endovenosa para garantir níveis terapêuticos adequados.

d) Correta. Esta é a conduta padrão para coleções intra-abdominais localizadas em pacientes hemodinamicamente estáveis. A drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) permite o esvaziamento do foco infeccioso de forma minimamente invasiva, enquanto a antibioticoterapia endovenosa trata a infecção sistêmica e a celulite adjacente. Isso evita as morbidades de uma nova laparotomia.

e) Incorreta. O stent endoscópico tem indicações muito específicas, geralmente em deiscências crônicas ou fístulas tardias, e não é o tratamento de escolha para um abscesso agudo pós-operatório. O uso de antibiótico por via oral também é insuficiente para a gravidade do quadro descrito.

Conclusão

Para um abscesso pós-operatório de 6,0 cm em paciente estável, o binômio

Drenagem Percutânea + Antibioticoterapia Endovenosa oferece a melhor taxa de sucesso com o menor trauma cirúrgico.

Questão 30

O quadro clínico descreve um paciente vítima de trauma de alta energia com impacto direto no tórax e abdome (evidenciado pelo volante deformado), que evolui no intraoperatório com sinais de choque obstrutivo. Os achados fundamentais são: queda da pressão arterial, resposta insatisfatória à expansão volêmica, diminuição do débito cardíaco e, principalmente, o aumento súbito da pressão venosa central (PVC).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a isquemia miocárdica possa ocorrer em um paciente de 52 anos sob estresse cirúrgico e trauma, o aumento súbito e isolado da PVC em um contexto de trauma torácico contuso direciona o raciocínio para uma causa mecânica/obstrutiva. A insuficiência de ventrículo esquerdo costuma elevar primeiro as pressões capilares pulmonares.

Alternativa b) Correta. O tamponamento cardíaco agudo ocorre quando o sangue se acumula no espaço pericárdico (hemopericárdio), geralmente por lesão cardíaca ou de grandes vasos após o trauma torácico. Esse acúmulo restringe o enchimento diastólico das câmaras cardíacas. O resultado é a queda do débito cardíaco (choque) e o aumento da pressão retrógrada para o sistema venoso, o que se manifesta como aumento da PVC. A descrição do volante deformado sugere contusão torácica, fator de risco clássico para essa condição.

Alternativa c) Incorreta. A embolia aérea pode causar colapso cardiovascular súbito, mas é uma suspeita secundária neste caso. Ela ocorre geralmente quando há comunicação de vasos abertos com a atmosfera ou durante manobras específicas, não sendo a explicação mais provável para o mecanismo de trauma e os sinais hemodinâmicos apresentados, quando comparada ao tamponamento.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa é descartada pelo próprio enunciado. O texto afirma explicitamente que houve um aumento súbito da PVC, enquanto a alternativa propõe um choque sem elevação dessa pressão. Além disso, o choque cardiogênico por infarto costuma elevar as pressões de enchimento.

Alternativa e) Incorreta. A embolia pulmonar maciça causa aumento da pós-carga do ventrículo direito e elevação da PVC, mas, no cenário de um paciente politraumatizado grave operado imediatamente após o acidente, o tamponamento cardíaco por trauma direto é uma hipótese diagnóstica muito mais prevalente e

diretamente relacionada ao mecanismo de impacto no volante do que um evento embólico agudo intraoperatório.

Questão 31

ANÁLISE DA QUESTÃO

O caso descreve uma paciente de 59 anos submetida ao reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal (EVAR). O ponto central da questão é a ocorrência de hipotensão arterial súbita imediatamente após a manipulação do aneurisma ou liberação de balão (geralmente o balão de moldagem utilizado para assentar a prótese ou o balão de oclusão). A diminuição do tamanho do aneurisma observada na angiografia indica que o fluxo sanguíneo foi desviado para dentro da prótese, excluindo o saco aneurismático da circulação sistêmica.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (e) descreve o fenômeno fisiopatológico conhecido como choque de reperfusão ou choque de desclame (adaptado ao contexto endovascular). Quando o cirurgião insufla um balão para moldar a prótese ou quando a prótese é aberta, pode haver uma oclusão temporária ou uma redistribuição importante do fluxo sanguíneo. Durante esse período de fluxo reduzido para os membros inferiores, ocorre acúmulo de metabólitos do metabolismo anaeróbio (como lactato, potássio, adenosina e citocinas inflamatórias).

No momento da liberação do balão ou restabelecimento do fluxo (reperfusão), essas substâncias são lançadas na circulação sistêmica (washout), causando vasodilatação periférica intensa e depressão miocárdica transitória. Além disso, a abertura súbita do leito vascular distal aumenta a capacitância do sistema, o que reduz o retorno venoso e, conseqüentemente, o débito cardíaco, levando à queda imediata da pressão arterial.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Hipovolemia por hemorragia oculta intra-abdominal: Embora a ruptura iatrogênica da aorta ou das artérias ilíacas seja uma complicação temida, a questão menciona que a hipotensão é imediata à manipulação técnica e acompanhada da diminuição do saco aneurismático (sinal de sucesso na exclusão do fluxo). Uma hemorragia volumosa o suficiente para causar colapso imediato apresentaria extravasamento de contraste visível na angiografia.

b) Trombose aguda das artérias renais: A oclusão das artérias renais durante o

procedimento poderia causar insuficiência renal aguda e hipertensão (por ativação do sistema renina-angiotensina), mas não explicaria uma queda de pressão arterial súbita e colapso hemodinâmico imediato.

c) Síndrome de marcha do manguito: Esta alternativa descreve um conceito pouco utilizado na prática clínica aórtica e inverte a lógica hemodinâmica, pois sugere que a isquemia levaria à hipertensão, o que não condiz com o quadro de hipotensão relatado.

d) Hipertensão reflexa por estímulo vagal: Esta alternativa está incorreta por dois motivos: primeiro, o estímulo vagal (reflexo vasovagal) causa hipotensão e bradicardia, e não hipertensão. Segundo, embora a manipulação aórtica possa desencadear reflexos autonômicos, o mecanismo de reperfusão e washout de metabólitos é a explicação clássica para a queda pressórica após o restabelecimento do fluxo em grandes vasos.

Questão 32

Texto Original:

A questão descreve um quadro de emergência intraoperatória clássico. Para identificar a resposta correta, devemos analisar o conjunto de sinais clínicos apresentados: queda súbita da saturação (hipoxemia), aumento da pressão de pico no ventilador (redução da complacência pulmonar), queda do débito cardíaco (instabilidade hemodinâmica/choque obstrutivo) e aumento do diâmetro torácico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O broncoespasmo grave pode causar aumento da pressão de pico e queda da saturação devido ao aprisionamento de ar (auto-PEEP). No entanto, o aumento súbito do diâmetro torácico associado ao choque cardiovascular imediato e à extrema dificuldade de ventilação manual aponta mais fortemente para uma causa mecânica compressiva, como o pneumotórax. No broncoespasmo, o tratamento seria com broncodilatadores, mas os sinais hemodinâmicos descritos são mais típicos de tensão pleural.

b) Incorreta. A embolia pulmonar é uma causa importante de queda de saturação e choque em cirurgias, mas ela geralmente não cursa com aumento da pressão de pico nas vias aéreas. Na verdade, a pressão das vias aéreas costuma estar normal ou baixa na embolia pulmonar pura, a menos que haja um broncoespasmo reflexo secundário. Além disso, a embolia não explica o aumento do diâmetro torácico.

c) Correta. O pneumotórax hipertensivo é a causa que explica perfeitamente todos os

achados. O acúmulo de ar no espaço pleural sob pressão causa: 1) compressão do parênquima pulmonar (aumentando a pressão das vias aéreas e dificultando a ventilação); 2) desvio do mediastino e compressão das veias cavas (reduzindo o retorno venoso e, conseqüentemente, o débito cardíaco); e 3) expansão da caixa torácica (aumento do diâmetro). A conduta deve ser imediata: descompressão torácica (atualmente recomendada no 4º ou 5º espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média, para adultos), seguida de drenagem sob selo d'água.

d) Incorreta. O edema pulmonar cardiogênico causa hipoxemia e pode aumentar a pressão das vias aéreas devido à redução da complacência, mas sua instalação costuma ser menos "explosiva" do que o descrito e não provoca aumento do diâmetro torácico. O tratamento envolveria diuréticos e suporte inotrópico, mas não condiz com o quadro súbito de obstrução mecânica sugerido.

e) Incorreta. Uma desconexão do circuito ventilatório levaria a uma queda súbita na pressão das vias aéreas (alarme de baixa pressão) e não a um aumento na pressão de pico. Na desconexão, o ventilador não encontraria resistência para empurrar o ar.

Resumo do raciocínio:

Diante da tríade "Hipoxemia + Aumento de Pressão nas Vias Aéreas + Choque Cardiovascular" no intraoperatório, o diagnóstico de pneumotórax hipertensivo deve ser a primeira hipótese a ser descartada e tratada, pois o atraso na descompressão pode levar à parada cardiorrespiratória em poucos minutos.

Questão 33

Análise do caso clínico:

O paciente encontra-se no 5º dia de pós-operatório (DPO) de uma cirurgia colorretal de urgência. Este é o período crítico para o surgimento de deiscências (aberturas) de anastomoses intestinais. Os sinais clínicos relatados — taquicardia, febre e dor abdominal difusa com descompressão brusca positiva (sinal de Blumberg) — são indicadores claros de peritonite generalizada e sepse de foco abdominal.

Análise da imagem:

A radiografia demonstra um evidente pneumoperitônio, caracterizado pela presença de ar livre abaixo da cúpula diafragmática (imagem radiotransparente/preta em forma de crescente). Embora algum gás possa permanecer na cavidade por alguns dias após uma laparoscopia, a associação desse achado com sinais de irritação peritoneal e sintomas sistêmicos em um 5º DPO confirma a perfuração de víscera oca (provável falha na sutura intestinal).

Alternativa A (Correta): A descrição do quadro e a imagem confirmam que houve

uma perfuração (provável deiscência de anastomose) com extravasamento de conteúdo para a cavidade peritoneal, gerando peritonite. Em pacientes com sinais de irritação peritoneal difusa e instabilidade (taquicardia/febre), a conduta imediata é a reintervenção cirúrgica de urgência para identificar a falha, realizar o controle da fonte de contaminação (como o desfazimento da anastomose e a realização de um estoma) e a higienização da cavidade (lavagem peritoneal).

Alternativa B (Incorreta): O íleo adinâmico é uma paralisia temporária do trânsito intestinal, comum após cirurgias, mas não cursa com sinais de irritação peritoneal (dor à descompressão), febre ou pneumoperitônio volumoso associado à sepse. O manejo seria conservador, o que é contraindicado neste caso grave.

Alternativa C (Incorreta): Uma coleção subfrênica poderia causar febre e dor, mas o quadro descrito é de peritonite difusa (dor em todo o abdome e pneumoperitônio livre). Além disso, coleções intra-abdominais infectadas requerem drenagem e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, e não apenas antibiótico oral.

Alternativa D (Incorreta): O tromboembolismo mesentérico é uma causa de abdome agudo vascular. Embora possa evoluir para perfuração, o histórico recente de ressecção intestinal e o 5º DPO direcionam o diagnóstico para complicações cirúrgicas diretas (deiscência). A conduta de observação é inadequada diante de uma perfuração evidente.

Alternativa E (Incorreta): Uma fístula enterocutânea é considerada controlada quando o conteúdo intestinal é direcionado para a pele ou através de um dreno, sem extravasamento para a cavidade abdominal livre. O paciente apresenta peritonite generalizada, o que indica que o conteúdo está livre no abdome (fístula não controlada), exigindo cirurgia imediata.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clássico de Lesão Renal Aguda (LRA) no pós-operatório de cirurgia vascular de grande porte. Os pontos-chave são o clampeamento aórtico prolongado, a oligúria progressiva, o aumento da creatinina (que subiu de 0,9 para 2,1 mg/dL, mais que dobrando o valor basal em 48 horas) e a hipercalemia leve. A ausência de hipovolemia clínica reforça que a causa não é simplesmente pré-renal por desidratação, mas sim uma lesão intrínseca relacionada ao procedimento.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O clampeamento da aorta é a principal causa de insulto renal nessas cirurgias. Mesmo quando o clampeamento é infrarrenal (abaixo das artérias renais), ocorre uma redução reflexa do fluxo sanguíneo renal em cerca de 30% a 40% devido ao aumento da resistência vascular sistêmica e respostas neuro-hormonais. Se o clampeamento for prolongado, essa isquemia leva à Necrose Tubular Aguda. No momento do desclampeamento, ocorre a lesão por reperfusão, com a liberação de radicais livres e citocinas inflamatórias que agravam o dano celular. A prevenção envolve minimizar o tempo de clampeamento, manter uma hidratação rigorosa e estabilidade hemodinâmica (otimização da perfusão) e, em casos complexos de clampeamento suprarrenal, pode-se considerar a perfusão renal seletiva com soluções frias.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

A) Embora uma obstrução do cateter vesical (causa pós-renal) possa gerar oligúria, ela não explica por si só a fisiopatologia típica de uma cirurgia aórtica de grande porte com clampeamento prolongado. Além disso, a conduta de redesenhar a técnica anestésica não é o tratamento para um cateter mal posicionado.

B) A glomerulonefrite pós-infecciosa é uma condição imunomediada que surge geralmente de uma a três semanas após uma infecção (geralmente de pele ou orofaringe). Não há qualquer correlação com o estresse cirúrgico imediato ou clampeamento vascular.

C) A nefropatia por contraste pode ocorrer se o paciente realizou exames de imagem ou cirurgia endovascular prévia, mas o enunciado destaca o clampeamento aórtico, que é o marco da cirurgia aberta. Proibir qualquer contraste ou mudar para cirurgias sem imagem é inviável e tecnicamente incorreto na cirurgia vascular moderna, onde o foco deve ser a hidratação e controle de dose.

E) A toxicidade por antibióticos (como aminoglicosídeos) costuma levar mais tempo para manifestar um aumento tão expressivo da creatinina. Além disso, o carvão ativado é indicado para intoxicações por via oral para impedir a absorção intestinal, não tendo papel no tratamento de toxicidade por medicamentos administrados por via intravenosa no hospital.

Questão 35

ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro clínico típico de hérnia inguinal. Em pacientes jovens, a causa mais comum é a persistência do conduto peritoneovaginal (origem congênita). Os dois dados fundamentais para a diferenciação diagnóstica nesta questão são a localização anatômica e a manobra tátil no canal inguinal.

1. Localização: O abaulamento superior e medial ao ligamento inguinal define a hérnia como inguinal. Se fosse abaixo do ligamento, seria uma hérnia femoral.
2. Manobra de Landi: Ao introduzir o dedo no canal inguinal através do anel inguinal superficial, a sensação do impacto da hérnia na ponta do dedo indica que o conteúdo está percorrendo o canal desde o anel interno, o que caracteriza a hérnia indireta.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. Na hérnia inguinal direta, o conteúdo não percorre o canal inguinal desde o início; ele protrui diretamente através de uma fraqueza na parede posterior (triângulo de Hesselbach). Por isso, ao realizar o exame físico, o médico sentiria o impacto do conteúdo na polpa (lateral) do dedo, e não na ponta.

b) CORRETA. A hérnia inguinal indireta lateraliza-se aos vasos epigástricos inferiores e entra no canal inguinal pelo anel inguinal profundo. Ao progredir pelo canal, ela atinge o dedo do examinador exatamente em sua extremidade (ponta). É o tipo mais comum em jovens e frequentemente chega ao escroto.

c) INCORRETA. A hérnia femoral projeta-se através do canal femoral. Sua principal característica semiológica é localizar-se abaixo (inferior) do ligamento inguinal. O enunciado afirma explicitamente que o abaulamento é superior ao ligamento.

d) INCORRETA. O lipoma do cordão espermático é uma massa de gordura pré-peritoneal que acompanha o cordão. Embora possa confundir o diagnóstico, ele não apresenta o comportamento dinâmico de reduzir completamente ao repouso e gerar um impulso nítido e expansível na ponta do dedo durante a manobra de Valsalva.

e) INCORRETA. Linfadenopatias são linfonodos infartados ou aumentados por processos inflamatórios ou neoplásicos. São massas sólidas, não redutíveis e não transmitem o impulso da pressão intra-abdominal (tosse ou Valsalva) como uma hérnia.

Questão 36

O triângulo de Calot, também conhecido como triângulo hepatocístico, é uma região anatômica de extrema importância durante a colecistectomia. Sua identificação correta é o primeiro passo para alcançar a Visão Crítica de Segurança, técnica que visa prevenir lesões iatrogênicas das vias biliares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Esta é a descrição original feita por Jean-François Calot em 1891, na qual o limite superior era a artéria cística. No entanto, na anatomia cirúrgica moderna e para fins de provas de residência, a artéria cística é considerada o conteúdo do triângulo, e não um de seus limites.

Alternativa b) Incorreta. A artéria hepática direita e a veia porta são estruturas profundas localizadas no ligamento hepatoduodenal, mas não compõem os limites clássicos do triângulo de Calot. A identificação equivocada dessas estruturas durante a cirurgia pode levar a hemorragias graves.

Alternativa c) Incorreta. O ligamento hepatoduodenal contém o pedículo hepático (veia porta, artéria hepática própria e ducto colédoco/hepático comum), mas o termo "porção superior do ligamento" não define o limite anatômico do triângulo de Calot.

Alternativa d) Incorreta. Embora mencione o ducto cístico e a margem do fígado, esta alternativa peca ao incluir a artéria cística como limite. O limite medial correto é o ducto hepático comum.

Alternativa e) Correta. Os limites anatômicos clássicos e cirurgicamente aceitos do triângulo de Calot são:

1. Medialmente: Ducto hepático comum.
2. Inferolateralmente: Ducto cístico.
3. Superiormente: Margem inferior do fígado (borda inferior do lobo direito ou face visceral do fígado/sulco de Rouvière).

Dentro desse espaço delimitado por essas três estruturas, o cirurgião espera encontrar a artéria cística, que deve ser isolada e ligada com segurança.

Resumo didático:

Para memorizar, imagine um triângulo onde a base (ou teto) é o fígado, o lado esquerdo (do observador) é o ducto hepático comum e o lado direito é o ducto cístico. O conteúdo principal que "mora" dentro desse triângulo é a artéria cística.

Questão 37

COMENTÁRIO DA QUESTÃO:

O objetivo central desta questão é identificar o nervo craniano que, se lesado durante uma endarterectomia de carótida, resulta em disfunção motora da língua. Para isso, é fundamental o conhecimento da anatomia cirúrgica da região cervical lateral (triângulo carotídeo).

Alternativa (a) Correta: O nervo hipoglosso (XII par craniano) é exclusivamente motor e responsável pela inervação de quase todos os músculos intrínsecos e extrínsecos da língua (exceto o palatoglosso). Durante a endarterectomia, ele é uma estrutura crítica, pois cruza superficialmente as artérias carótidas interna e externa, geralmente a cerca de 2 cm acima da bifurcação carotídea. Sua lesão causa paralisia ipsilateral da língua, com desvio para o lado lesionado ao ser protruída.

Alternativa (b) Incorreta: O nervo laríngeo recorrente é um ramo do nervo vago. Ele é responsável pela inervação da maioria dos músculos intrínsecos da laringe (pregas vocais). Embora possa ser lesado em cirurgias cervicais mais mediais (como tireoidectomias), sua lesão causa rouquidão ou insuficiência respiratória (se bilateral), e não disfunção da língua.

Alternativa (c) Incorreta: O nervo vago (X par craniano) desce pelo pescoço dentro da bainha carotídea, localizando-se posterolateralmente em relação às artérias carótidas. Sua lesão durante a cirurgia pode causar paralisia das pregas vocais (pelo comprometimento das fibras do laríngeo recorrente ou superior) e disfagia, mas não é o responsável direto pela motricidade lingual.

Alternativa (d) Incorreta: O nervo auriculotemporal é um ramo do nervo mandibular (divisão do nervo trigêmeo - V par). Ele possui função sensitiva para a região do pavilhão auricular e têmpora, além de carregar fibras autonômicas para a glândula parótida. Não possui relação motora com a língua e não está no campo operatório imediato da bifurcação carotídea.

Alternativa (e) Incorreta: O nervo acessório (XI par craniano) é responsável pela inervação motora dos músculos esternocleidomastoideo e trapézio. Ele se localiza em uma porção mais alta e posterior do pescoço em relação à bifurcação carotídea. Sua lesão resultaria em fraqueza para elevar o ombro ou girar a cabeça, sem afetar a língua.

Questão 38

Análise da Questão:

O caso descreve uma complicação hemorrágica durante uma herniorrafia inguinal laparoscópica (TAPP) no momento da abordagem do ligamento de Cooper (ligamento pectíneo). A anatomia da região pré-peritoneal é fundamental para o sucesso dessa cirurgia e para evitar lesões vasculares graves.

Alternativa (a) Incorreta: A artéria epigástrica inferior origina-se da artéria íliaca externa e ascende lateralmente ao anel femoral (e não medialmente). Ela é um marco para diferenciar hérnias inguiniais diretas de indiretas, mas não é a estrutura que tipicamente cruza o ligamento de Cooper em sua porção lateral.

Alternativa (b) Incorreta: A artéria circunflexa íliaca profunda também é ramo da íliaca externa, mas segue em direção lateral, rumo à crista íliaca. Ela está relacionada à zona lateral do espaço pré-peritoneal, frequentemente associada ao chamado "triângulo da dor", e não se localiza sobre o ligamento de Cooper.

Alternativa (c) Correta: A "coroa mortis" (do latim, coroa da morte) é uma variante anatômica que consiste em uma anastomose vascular (arterial, venosa ou ambas) entre os vasos epigástricos inferiores e os vasos obturadores. Essa estrutura cruza superiormente o ramo superior do púbis, passando sobre ou muito próxima ao ligamento de Cooper. Devido à sua localização exata onde o cirurgião costuma realizar a fixação da tela (grampeamento ou sutura no ligamento de Cooper), ela corre grande risco de lesão. O nome "coroa mortis" deriva justamente da dificuldade técnica de controle do sangramento e do risco de vida que representava em cirurgias abertas clássicas.

Alternativa (d) Incorreta: A artéria pudenda externa é um ramo da artéria femoral que se distribui para a região cutânea e órgãos genitais externos. Ela é mais superficial e não faz parte das estruturas rotineiramente dissecadas ou lesionadas no espaço pré-peritoneal de Retzius durante a técnica TAPP.

Alternativa (e) Incorreta: Embora os vasos vesicais e o plexo venoso de Santorini (retropúbico) estejam próximos à bexiga no espaço de Retzius, eles não são o marco anatômico clássico que cruza lateralmente o ligamento de Cooper. O sangramento arterial de difícil controle nessa topografia específica é classicamente atribuído à coroa mortis.

Questão 39

A questão aborda a anatomia cirúrgica do andar superior do abdômen, especificamente a relação entre o suprimento arterial do baço e do estômago. Durante uma esplenectomia, o cirurgião deve conhecer a origem dos vasos que irrigam o estômago para evitar isquemia gástrica ou sangramentos inadvertidos.

A artéria esplênica, ramo do tronco celíaco, percorre a borda superior do pâncreas até atingir o hilo esplênico. Antes de penetrar no baço, ela emite vasos fundamentais para o estômago: os vasos gástricos curtos e a artéria gastroepiploica esquerda.

Alternativa a) Incorreta. A artéria esplênica proximal (ou tronco esplênico) é o segmento inicial do vaso. Em uma esplenectomia total, a artéria esplênica costuma ser ligada, e o suprimento gástrico é mantido por outros vasos. A questão foca na estrutura específica próxima ao hilo que supre o estômago.

Alternativa b) Incorreta. A artéria gastroepiploica direita tem sua origem na artéria gastroduodenal (que, por sua vez, deriva da artéria hepática comum). Ela percorre a grande curvatura do estômago da direita para a esquerda. Portanto, ela nasce longe do hilo esplênico e não está em risco direto nessa dissecação.

Alternativa c) Incorreta. A artéria gástrica esquerda (coronária gástrica) é um ramo direto do tronco celíaco e irriga a pequena curvatura do estômago. Sua localização é medial e superior em relação ao hilo esplênico, não sendo a estrutura em questão durante a manipulação do baço.

Alternativa d) Correta. A artéria gastroepiploica esquerda é um dos principais ramos da artéria esplênica distal, surgindo frequentemente já no território do hilo esplênico. Ela caminha pelo ligamento gastroesplênico para irrigar a grande curvatura do estômago, onde se anastomosa com a gastroepiploica direita. Ao manipular ou ressecar parte do hilo esplênico, essa é a estrutura vascular que deve ser identificada e preservada para garantir a integridade do suprimento arterial da grande curvatura gástrica.

Alternativa e) Incorreta. A artéria pancreática dorsal é um ramo que geralmente nasce da porção proximal ou média da artéria esplênica. Sua função é a irrigação de partes do pâncreas (corpo e colo) e não possui papel no suprimento arterial do estômago.

Questão 40

O caso clínico descreve um paciente com complicações isquêmicas após uma ressecção anterior baixa com ligadura alta (*high-tie*) da artéria mesentérica inferior (AMI). Para entender a questão, é fundamental dominar a anatomia vascular do cólon e os pontos de vulnerabilidade isquêmica (zonas de *watershed* ou divisores de águas).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ponto de Griffiths localiza-se, de fato, no ângulo esplênico (comunicação entre a artéria mesentérica superior e a inferior através do arco de Riolan ou artéria marginal de Drummond). No entanto, o retossigmoide depende diretamente da artéria retal superior (ramo terminal da AMI). Dizer que a preservação da retal superior não influenciaria a perfusão dessa área é anatomicamente incorreto, pois ela é o principal suprimento sanguíneo do reto superior e da junção retossigmoide.

b) Correta. O ponto de Sudeck é o ponto crítico de circulação na junção retossigmoide, localizado entre a última artéria sigmoidea e a artéria retal superior. Quando o cirurgião realiza o *high-tie* (ligadura da AMI na origem da aorta), a perfusão do coto cólico passa a depender totalmente da circulação colateral (arco de Riolan e artéria marginal). Se essa circulação for insuficiente, o ponto de Sudeck torna-se uma zona de isquemia. A alternativa propõe corretamente a avaliação da perfusão (por exemplo, com verde de indocianina ou pelo sangramento das bordas) ou a preservação da artéria retal superior (*low-tie*) para mitigar esse risco.

c) Incorreta. A circulação colateral via arco de Riolan não é constante nem suficiente em 100% dos pacientes. Existem variações anatômicas importantes e, em alguns casos, a interrupção da AMI pode levar a uma queda significativa na pressão de perfusão distal, especialmente em pacientes idosos ou com aterosclerose.

d) Incorreta. Esta alternativa confunde os conceitos anatômicos. O ponto de Griffiths está no ângulo esplênico, não na junção retossigmoide. O ponto localizado na junção retossigmoide é o de Sudeck. Além disso, as manobras para preservar a perfusão distal no reto envolvem também a preservação das artérias retais médias (ramos da ílica interna), e não apenas o foco na mesentérica superior.

e) Incorreta. Embora o reto possua um plexo submucoso rico, a junção retossigmoide é uma área de transição vascular sensível. A discussão entre *high-tie* e *low-tie* é clássica na cirurgia oncológica; embora existam estudos mostrando taxas de fístulas similares em mãos experientes, o impacto na perfusão tecidual é real e a escolha da técnica deve considerar a vascularização local para evitar complicações como a

descrita no caso.

Resumo Didático:

1. Ponto de Griffiths: Ângulo esplênico (transição AMS / AMI).
2. Ponto de Sudeck: Junção retossigmoide (transição entre a última sigmoidea e a retal superior).
3. Ligadura alta (*High-tie*): Ligar a AMI na aorta, removendo todos os linfonodos da raiz, mas sacrificando a artéria cólica esquerda e as sigmoideas.
4. Ligadura baixa (*Low-tie*): Ligar a AMI após a saída da artéria cólica esquerda, preservando melhor a perfusão do cólon descendente e sigmoide.

Questão 41

Para resolver essa questão, é fundamental conhecermos os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor esperados para um lactente de 12 meses (1 ano), baseando-nos em diretrizes como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde.

Análise dos marcos apresentados no enunciado:

1. Motor Grosseiro: O lactente engatinha e dá passos com apoio. O marco de andar sem apoio é esperado, em média, aos 12 meses, porém a janela de normalidade para essa aquisição estende-se até os 15 ou 18 meses, dependendo da referência. Portanto, não andar sem apoio aos 12 meses, isoladamente, não é um sinal de atraso se os outros marcos estão presentes.
2. Motor Fino: Pinçar alimentos e transferir objetos de um recipiente para outro são comportamentos típicos e esperados para essa idade.
3. Linguagem: Falar "mamá" e "papá" com significado (específicos para os pais) é o marco clássico de linguagem do primeiro ano de vida.
4. Social/Cognitivo: Acenar na despedida e procurar objetos escondidos (permanência do objeto) demonstram um desenvolvimento cognitivo e social adequado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Não há necessidade de encaminhamento ao especialista, pois a criança apresenta marcos de desenvolvimento adequados para a idade cronológica em todos os domínios.

Alternativa b) Incorreta. O exame físico é normal e a criança já apresenta marcha com apoio e força muscular preservada (fica em pé ao ser puxada), descartando patologias ortopédicas que justifiquem preocupação no momento.

Alternativa c) Incorreta. O uso de andadores é formalmente contraindicado pelas sociedades de pediatria. Além de não auxiliarem no desenvolvimento motor, eles aumentam consideravelmente o risco de acidentes graves (quedas de escadas e queimaduras) e podem, na verdade, atrasar a marcha independente por alterarem a biomecânica do movimento.

Alternativa d) Correta. Como o lactente preenche os critérios de desenvolvimento para os 12 meses e está dentro da janela de normalidade para iniciar a marcha independente, a conduta correta é tranquilizar a família e manter o acompanhamento de puericultura de rotina.

Alternativa e) Incorreta. Solicitar exames de imagem de alta complexidade (ressonância) sem qualquer sinal clínico de atraso global, regressão de marcos ou alteração no exame neurológico configura conduta inadequada e iatrogênica.

Questão 42

Para classificar o estado nutricional de uma criança de 6 anos, o parâmetro mais fidedigno e utilizado na prática clínica é o Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade, conforme as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Ministério da Saúde.

Análise dos dados fornecidos:

A paciente apresenta IMC para a idade com escore-z de -1,1.

Critérios de classificação do IMC para a idade na faixa etária de 5 a 19 anos:

- Magreza acentuada: Escore-z abaixo de -3.
- Magreza: Escore-z entre -3 e -2.
- Eutrofia: Escore-z entre -2 e +1.
- Sobrepeso: Escore-z entre +1 e +2.
- Obesidade: Escore-z entre +2 e +3.
- Obesidade grave: Escore-z acima de +3.

Como o valor da paciente (-1,1) está situado no intervalo entre -2 e +1, o diagnóstico nutricional é de Eutrofia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Eutrofia. Correta. O IMC para a idade da paciente está dentro da faixa de normalidade estatística (entre -2 e +1 desvios-padrão), o que caracteriza a eutrofia. Os demais dados, como estatura para a idade (escore-z +1) e peso para a idade (escore-z -0,1), também reforçam um crescimento e desenvolvimento

adequados.

Alternativa b) Baixo peso para a idade. Incorreta. Para esta classificação, o peso para a idade deveria apresentar um escore-z inferior a -2. A paciente apresenta escore-z de -0,1, o que é considerado peso adequado para a idade.

Alternativa c) Magreza extrema. Incorreta. Esta classificação (tecnicamente chamada de magreza acentuada pela OMS) é reservada para casos em que o IMC para a idade apresenta escore-z inferior a -3.

Alternativa d) Magreza. Incorreta. Para ser classificada com magreza, a criança deveria apresentar um IMC para a idade com escore-z entre -3 e -2. O valor de -1,1 é superior ao limite de corte para magreza.

Alternativa e) Desnutrição. Incorreta. Embora a magreza possa ser um sinal de desnutrição, o termo técnico de classificação nutricional para os índices antropométricos fornecidos pela OMS e SBP não utiliza "desnutrição" de forma genérica, mas sim os termos específicos baseados nos desvios-padrão (escore-z). Como os índices estão na faixa de normalidade, não há que se falar em desnutrição.

Questão 43

O quadro clínico descrito — lactente de 8 meses com pródromos virais (tosse, coriza, febre) que evolui com o primeiro episódio de sibilância e expiração prolongada, associado à confirmação laboratorial de Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — define o diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA).

Trata-se de um caso de Bronquiolite Viral Aguda leve, pois o paciente apresenta bom estado geral, está hidratado, alimentando-se bem, sem sinais de desconforto respiratório (sem uso de musculatura acessória) e com saturação de oxigênio de 95% (dentro da normalidade).

A conduta na Bronquiolite Viral Aguda, segundo as principais diretrizes nacionais (Sociedade Brasileira de Pediatria) e internacionais (Academia Americana de Pediatria), é eminentemente de suporte.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O uso de broncodilatadores, como o salbutamol, não é recomendado rotineiramente na bronquiolite. A fisiopatologia da BVA envolve edema da mucosa, excesso de muco e necrose celular nos bronquíolos, e não o broncoespasmo muscular. Estudos mostram que o salbutamol não altera o desfecho da doença nem

reduz o tempo de hospitalização.

b) Incorreta. O uso de corticosteroides, sejam inalatórios (como a budesonida) ou sistêmicos, não possui indicação no tratamento da bronquiolite viral aguda. Eles não são eficazes em reduzir a inflamação bronquiolar nesta patologia específica e não previnem complicações.

c) Incorreta. O oseltamivir é um antiviral indicado exclusivamente para o tratamento de infecções pelo vírus Influenza (gripe), quando há fatores de risco ou síndrome respiratória aguda grave. No caso em questão, o teste para Influenza foi negativo e o para VSR foi positivo, para o qual não há terapia antiviral específica de rotina.

d) Incorreta. A amoxicilina é um antibiótico indicado para infecções bacterianas. A bronquiolite é uma infecção de etiologia viral (neste caso, confirmada pelo VSR). O uso de antibióticos não está indicado, a menos que haja uma complicação bacteriana secundária evidente (como uma pneumonia bacteriana ou otite média aguda), o que não é o caso do paciente.

e) Correta. Por ser uma doença autolimitada e de caráter viral, o tratamento para casos leves de BVA baseia-se em medidas de suporte: lavagem nasal com soro fisiológico para desobstrução das vias aéreas superiores, manutenção da hidratação e monitorização de sinais de piora. A inalação com soro fisiológico pode auxiliar na umidificação das vias aéreas e na facilitação da limpeza de secreções.

Questão 44

O caso clínico descreve uma criança de 4 anos com quadro de pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Os principais achados que sustentam esse diagnóstico são a presença de febre, tosse produtiva, taquipneia e a presença de estertores finos localizados na base direita. Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a frequência respiratória de 42 ipm é considerada taquipneia para a faixa etária de 1 a 5 anos, na qual o limite superior da normalidade é 40 ipm.

Uma vez feito o diagnóstico de PAC, o próximo passo é decidir o local do tratamento e a medicação. A paciente está em regular estado geral, sem sinais de desconforto respiratório grave (ausência de uso de musculatura acessória), bem hidratada e com tempo de enchimento capilar normal. Isso indica que ela não apresenta critérios de gravidade que exijam internação imediata, permitindo o manejo ambulatorial.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O quadro clínico, caracterizado por febre persistente,

taquipneia e sinais focais na ausculta pulmonar (estertores), é compatível com pneumonia bacteriana. O tratamento apenas com medidas de suporte, como lavagem nasal e inalação, é insuficiente, pois não trata a etiologia da infecção do parênquima pulmonar.

Alternativa b) Correta. A amoxicilina por via oral é o tratamento de primeira escolha para pneumonia bacteriana não grave em crianças maiores de 2 meses de idade tratadas ambulatorialmente. O principal agente etiológico bacteriano nessa faixa etária é o **Streptococcus pneumoniae** (pneumococo), que apresenta excelente resposta à amoxicilina.

Alternativa c) Incorreta. A claritromicina é um macrolídeo, indicado principalmente para o tratamento de pneumonias causadas por germes atípicos (como **Mycoplasma pneumoniae** e **Chlamydia pneumoniae**). Embora esses agentes possam infectar pré-escolares, o pneumococo ainda é o agente mais prevalente e a amoxicilina deve ser a primeira opção. Macrolídeos são reservados para casos de falha terapêutica, suspeita clínica forte de germes atípicos ou alergia comprovada à penicilina.

Alternativa d) Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração para uso parenteral (IM ou EV). Seu uso é reservado para pacientes que necessitam de internação hospitalar, que apresentam complicações ou que não conseguem tolerar a via oral. Como a paciente está estável e aceitando a via oral, a amoxicilina oral é preferível por ser menos invasiva e ter espectro adequado.

Alternativa e) Incorreta. A vancomicina é um antibiótico de uso exclusivamente hospitalar e de amplo espectro para bactérias Gram-positivas, sendo indicada em casos de suspeita de **Staphylococcus aureus** resistente à meticilina (MRSA), quadros de sepse grave ou complicações como o empiema pleural. Não há nenhuma justificativa clínica para o uso de uma droga tão potente e restrita neste caso.

Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 10 anos apresenta um quadro clássico de crise asmática. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Histórico de recorrência: Episódios de dispneia e tosse desde a lactância que apresentam melhora rápida com o uso de broncodilatadores (salbutamol) e corticoides (prednisolona). Essa reversibilidade é a marca da asma.
2. Antecedentes familiares: A presença de rinite no pai e dermatite atópica no irmão compõe a chamada tríade atópica, o que aumenta significativamente a probabilidade

de asma na criança.

3. Exame físico: A presença de sibilos bilaterais e expiração prolongada indica obstrução difusa das vias aéreas inferiores. Os achados na rinoscopia (cornetos edemaciados) sugerem rinite alérgica, condição frequentemente associada à asma.

4. Sintomas atuais: A dor no peito em crianças com asma pode ocorrer devido ao esforço respiratório excessivo e ao uso de musculatura acessória durante a crise.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Não há sinais de falência cardíaca no exame físico. As bulhas são normofonéticas, não há sopros, o fígado não está aumentado (sem visceromegalias) e não há edema de membros inferiores. A PA está normal para a idade.

Alternativa b) Incorreta. A bronquiolite é uma doença que acomete tipicamente lactentes (crianças menores de 2 anos), sendo o primeiro episódio de sibilância distal associado a sinais de infecção viral. A paciente tem 10 anos e histórico de crises recorrentes.

Alternativa c) Correta. O conjunto de sibilância atual, histórico de crises semelhantes que respondem a broncodilatadores, idade escolar e forte histórico familiar de atopia define o diagnóstico de crise asmática.

Alternativa d) Incorreta. Pneumonias atípicas geralmente apresentam febre (mesmo que baixa), tosse persistente e algum grau de comprometimento do estado geral. A paciente está afebril, em bom estado geral e os achados são puramente obstrutivos e recorrentes, o que não sugere infecção do parênquima pulmonar por agentes atípicos.

Alternativa e) Incorreta. O edema agudo de pulmão apresentaria estertores crepitantes na ausculta, sinais de desconforto respiratório grave e, geralmente, estaria associado a uma doença cardíaca de base ou hipertensão severa, o que não é o caso desta paciente.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 46

Análise do caso:

O lactente de 11 meses apresenta um quadro de diarreia aguda sem sinais de desidratação, uma vez que está ativo, com mucosas úmidas, turgor de pele normal e tempo de enchimento capilar adequado. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, este paciente deve ser manejado conforme o Plano A (tratamento domiciliar para prevenir a desidratação).

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O uso de antieméticos como a ondansetrona não é indicado de forma profilática na diarreia aguda. O seu uso é reservado para casos de vômitos persistentes que impossibilitam a terapia de reidratação oral. O lactente em questão apresentou apenas um episódio de vômito e está aceitando bem a ingestão de líquidos.

Alternativa b: Incorreta. O aleitamento materno deve ser mantido e até intensificado durante quadros diarreicos, pois oferece nutrientes essenciais e anticorpos. A retirada de lactose não é recomendada de rotina na diarreia aguda, sendo reservada apenas para casos específicos de intolerância secundária grave e persistente, o que não é o caso.

Alternativa c: Incorreta. Não existe recomendação para suspender fibras (frutas e verduras) da dieta. A orientação é manter a alimentação habitual da criança para garantir o aporte calórico e favorecer a recuperação da mucosa intestinal.

Alternativa d: Correta. O Ministério da Saúde recomenda a suplementação de zinco para todas as crianças com diarreia aguda, independentemente do estado de hidratação. O zinco reduz a duração e a gravidade do episódio atual, além de diminuir a incidência de novos episódios de diarreia nos meses seguintes. A dose recomendada para crianças maiores de 6 meses (como este lactente de 11 meses) é de 20 mg uma vez ao dia, por um período de 10 a 14 dias.

Alternativa e: Incorreta. Esta conduta é mais característica do Plano B, voltado para crianças que já apresentam sinais de desidratação. No Plano A (paciente hidratado), a recomendação é manter os líquidos habituais e oferecer o Soro de Reidratação Oral (SRO) especificamente após cada evacuação líquida ou episódio de vômito para repor as perdas extras, e não substituir todos os líquidos pelo soro sempre que a criança tiver sede.

Questão 47

De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), o diagnóstico de Síndrome Metabólica (SM) em crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 16 anos exige a presença de critérios específicos. O ponto central dessa definição é que a obesidade abdominal é um pré-requisito obrigatório.

Os critérios da IDF para pacientes de 10 a 16 anos são:

1. Critério Obrigatório: Circunferência abdominal maior ou igual ao percentil 90 para idade e sexo.
2. Associado a pelo menos dois dos seguintes achados:
 - Triglicerídeos maior ou igual a 150 mg/dL.
 - HDL-colesterol menor que 40 mg/dL.
 - Glicemia de jejum maior ou igual a 100 mg/dL (ou diabetes tipo 2 diagnosticado).
 - Pressão arterial sistólica maior ou igual a 130 mmHg ou diastólica maior ou igual a 85 mmHg.

No caso apresentado, o menino de 11 anos possui:

- Triglicerídeos: 158 mg/dL (alterado).
- HDL: 30 mg/dL (alterado).
- Glicemia: 120 mg/dL (alterada).
- Pressão arterial: atinge os níveis de 130/85 mmHg (alterada).

Apesar de possuir quatro critérios secundários, o diagnóstico de Síndrome Metabólica só pode ser formalizado se ele apresentar também o critério obrigatório (circunferência abdominal).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Apenas os exames laboratoriais e a pressão arterial não são suficientes para o diagnóstico pela IDF. A medida da cintura abdominal é indispensável e atua como porta de entrada para a classificação da síndrome.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a regra da IDF para essa faixa etária. Como o paciente já possui os outros componentes alterados, o diagnóstico de SM depende exclusivamente da confirmação de que a circunferência abdominal é maior ou igual ao percentil 90.

Alternativa c) Incorreta. Os valores de corte para a pressão arterial na SM são justamente a partir de 130 mmHg para a sistólica ou 85 mmHg para a diastólica. O paciente apresenta medidas que alcançam esses valores, portanto, a pressão já seria considerada um critério positivo.

Alternativa d) Incorreta. O critério de glicemia para Síndrome Metabólica é a glicemia de jejum alterada (maior ou igual a 100 mg/dL), e não o valor de diagnóstico de diabetes (maior ou igual a 126 mg/dL). O paciente já preenche este item com sua glicemia de 120 mg/dL.

Alternativa e) Incorreta. A Síndrome Metabólica pode ser diagnosticada a partir dos 10 anos de idade utilizando os critérios específicos da IDF para adolescentes. Para menores de 10 anos, a recomendação é o acompanhamento e redução de peso, mas o diagnóstico formal de SM geralmente não é aplicado. A partir de 16 anos, utilizam-se os critérios de adultos.

Questão 48

Esta questão aborda a conduta vacinal diante de cenários epidemiológicos específicos para o sarampo, exigindo o conhecimento sobre a "Dose Zero" e sua integração com o calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Análise do Cenário:

O lactente de 10 meses recebeu a chamada "Dose Zero". Essa estratégia é utilizada pelo Ministério da Saúde em situações de surto ou em locais de risco epidemiológico para proteger crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias de idade. O ponto crucial para resolver a questão é entender que a Dose Zero é uma dose adicional e não substitui o esquema vacinal de rotina.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Não existe recomendação para o adiamento das doses do calendário nacional. O objetivo da Dose Zero é a proteção imediata durante o período de risco, mas ela não altera o cronograma das doses subsequentes, exceto pela necessidade de respeitar um intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Como o paciente tem 10 meses, aos 12 meses ele já terá cumprido esse intervalo.

Alternativa (b) Correta: De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do PNI, a Dose Zero não é contabilizada para fins de esquema vacinal completo. Por ser administrada em uma fase em que o sistema imunológico ainda é imaturo e pode sofrer interferência de anticorpos maternos, ela serve apenas como um bloqueio temporário. Portanto, a criança deve seguir rigorosamente o calendário de rotina, recebendo a primeira dose (Tríplice Viral) aos 12 meses e a segunda dose (Tetraviral ou Tríplice Viral + Varicela) aos 15 meses.

Alternativa (c) Incorreta: A dose aos 12 meses não deve ser suspensa. Ela é

considerada a primeira dose oficial do esquema vacinal. A suspensão dessa dose deixaria a criança vulnerável, uma vez que a Dose Zero não garante imunidade duradoura.

Alternativa (d) Incorreta: A dose aos 15 meses é fundamental para a consolidação da imunidade e para a prevenção de falhas vacinais primárias. O esquema do PNI para sarampo é composto por duas doses após o primeiro ano de vida.

Alternativa (e) Incorreta: Suspender as doses de rotina deixaria a criança desprotegida a longo prazo. O sarampo é uma doença altamente contagiosa e a proteção eficaz só é alcançada com o cumprimento do esquema vacinal completo de duas doses após os 12 meses de idade.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um lactente de 4 meses com febre sem sinais localizatórios (sem sintomas respiratórios ou gastrointestinais) e exame físico normal. A urina tipo I apresenta leucocitúria significativa (58.000/mL) e nitrito positivo, o que é altamente sugestivo de Infecção do Trato Urinário (ITU). Em lactentes febris, a conduta inicial é tratar como uma possível pielonefrite. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), lactentes acima de 3 meses, com bom estado geral, sem vômitos e com boa aceitação alimentar (como é o caso do paciente, que mantém boa sucção), podem receber tratamento ambulatorial por via oral.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Metronidazol oral: INCORRETA. O metronidazol é um antibiótico com espectro voltado para bactérias anaeróbias e alguns protozoários. A grande maioria das infecções urinárias em pediatria é causada por bacilos gram-negativos entéricos, principalmente a *Escherichia coli*, contra a qual o metronidazol não possui atividade.

b) Nitrofurantoína oral: INCORRETA. Embora a nitrofurantoína seja utilizada no tratamento de cistites (infecções urinárias baixas), ela não atinge concentrações terapêuticas adequadas no parênquima renal ou na corrente sanguínea. Em lactentes febris, existe o risco de acometimento renal (pielonefrite), por isso a nitrofurantoína é contraindicada neste cenário clínico, sendo reservada apenas para profilaxia ou casos de cistite afebril em crianças maiores.

c) Amicacina intramuscular: INCORRETA. A amicacina é um aminoglicosídeo de uso parenteral. Embora seja eficaz contra os patógenos da ITU, a via intramuscular ou

intravenosa deve ser reservada para pacientes com sinais de gravidade, vômitos, desidratação ou idade inferior a 2-3 meses. Como o lactente tem 4 meses e bom estado geral, a via oral é a preferencial.

d) Cefuroxima oral: CORRETA. As cefalosporinas de segunda geração (como a cefuroxima axetil) ou de terceira geração são opções de primeira linha para o tratamento ambulatorial da ITU em lactentes acima de 3 meses. Elas apresentam excelente cobertura contra a E. coli e outros germes comuns (Klebsiella, Proteus), além de boa penetração tecidual, sendo seguras e eficazes para o tratamento por via oral quando o paciente apresenta estabilidade clínica.

e) Gentamicina endovenosa: INCORRETA. Assim como a amicacina, a gentamicina é um aminoglicosídeo de uso parenteral. Sua indicação ficaria restrita a casos de internação hospitalar (pacientes toxemiados, com risco de sepse ou impossibilidade de ingestão oral). O quadro clínico do paciente permite o tratamento em domicílio com antibiótico oral.

Questão 50

Classificação do Quadro Clínico:

O paciente apresenta sinais claros de desidratação grave com sinais de choque hipovolêmico. Os achados críticos são a alteração do estado de consciência (irritabilidade alternada com sonolência), pulsos periféricos filiformes e tempo de enchimento capilar (TEC) prolongado, maior que 4 segundos. Outros sinais de desidratação, como olhos fundos, ausência de lágrimas e turgor de pele pastoso, corroboram a gravidade.

Definição da Conduta:

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (Plano C de reidratação), pacientes com desidratação grave ou choque devem receber hidratação por via endovenosa imediata. O protocolo é dividido conforme a idade da criança:

1. Crianças menores de 1 ano: Fase de expansão com 30 mL/kg em 60 minutos, seguido de 70 mL/kg em 5 horas.
2. Crianças de 1 ano ou mais: Fase de expansão com 30 mL/kg em 30 minutos, seguido de 70 mL/kg em 2 horas e 30 minutos.

Como o lactente tem 2 anos de idade, ele se enquadra no segundo grupo.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Correta. Representa exatamente a recomendação do Ministério da Saúde para a fase de expansão inicial em crianças com 1 ano ou mais de idade que necessitam do Plano C.

Alternativa b) Incorreta. Este tempo (1 hora) é indicado para a fase inicial de expansão em lactentes menores de 1 ano. Para crianças maiores, a infusão deve ser mais rápida (30 minutos).

Alternativa c) Incorreta. O volume de 20 mL/kg em 20 a 30 minutos é frequentemente citado em protocolos de suporte de vida (como o PALS) para choque em geral, mas a questão exige especificamente as diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo da diarreia, que estabelece 30 mL/kg na primeira etapa do Plano C.

Alternativa d) Incorreta. A terapia de reidratação oral (Plano B) é contraindicada em pacientes com sinais de choque, alteração de consciência ou vômitos persistentes que impedem a ingestão. O quadro do paciente exige reidratação parenteral imediata (Plano C).

Alternativa e) Incorreta. A gastróclise (sonda nasogástrica) é uma alternativa para o Plano B quando há dificuldade de ingestão oral, mas não é a conduta inicial para casos de choque ou desidratação grave, onde a via endovenosa (ou intraóssea) é obrigatória para uma expansão volêmica rápida. Além disso, o tempo e volumes propostos não condizem com o manejo de emergência do choque.

Questão 51

O Escore de Sepsis de Phoenix, publicado em 2024, é a nova diretriz internacional para o diagnóstico de sepsis e choque séptico em pediatria. Segundo esse critério, a sepsis é definida como uma infecção suspeita ou confirmada associada a uma disfunção orgânica potencialmente fatal, caracterizada por uma pontuação de pelo menos 2 pontos no escore Phoenix. O choque séptico, especificamente, é diagnosticado quando o paciente preenche os critérios de sepsis e apresenta disfunção cardiovascular (pelo menos 1 ponto no componente cardiovascular do escore).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: No Escore de Phoenix, a disfunção cardiovascular pode ser identificada pelo uso de drogas vasoativas, lactato sérico maior ou igual a 2 mmol/L ou pela Pressão Arterial Média (PAM) abaixo de limites específicos para a idade. Para uma criança entre 1 ano e menos de 2 anos de idade (caso do paciente de 1 ano e 2

meses), o ponto de corte para pontuar no critério cardiovascular é uma PAM menor ou igual a 43 mmHg. Portanto, este achado confirmaria o diagnóstico de choque séptico.

Alternativa (b) INCORRETA: O tempo de enchimento capilar (TEC) prolongado, embora seja um sinal clínico clássico de má perfusão e fizesse parte dos consensos anteriores (como o de 2005), não é um critério pontuável no novo Escore de Phoenix. O escore prioriza dados mais objetivos e mensuráveis, como a PAM, o lactato e a necessidade de suporte inotrópico.

Alternativa (c) INCORRETA: O escore neurológico de Phoenix utiliza a Escala de Coma de Glasgow ou a reatividade pupilar. A pontuação de 1 ponto ocorre se o Glasgow for menor ou igual a 10 ou se as pupilas estiverem fixas/dilatadas. Um Glasgow menor que 12 não é o ponto de corte definido. Além disso, a disfunção neurológica isolada pontuaria para sepse, mas não define choque séptico, que exige obrigatoriamente disfunção do sistema cardiovascular.

Alternativa (d) INCORRETA: A necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) ou de cânula nasal de alto fluxo pontua 2 pontos no critério respiratório do escore Phoenix. Embora isso confirme a presença de disfunção orgânica (sepse), o diagnóstico de choque séptico exige especificamente a presença de disfunção cardiovascular.

Alternativa (e) INCORRETA: A frequência cardíaca (taquicardia ou bradicardia) não faz parte dos critérios de pontuação do Escore de Phoenix. O novo modelo removeu as variáveis de sinais vitais isolados que faziam parte da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), focando em disfunções orgânicas que predizem maior mortalidade.

Resumo dos cortes de PAM por idade no Escore de Phoenix (para pontuar disfunção cardiovascular):

- Menor de 1 mês: ≤ 30 mmHg
- 1 mês a menor de 1 ano: ≤ 39 mmHg
- 1 ano a menor de 2 anos: ≤ 43 mmHg
- 2 anos a menor de 5 anos: ≤ 44 mmHg
- 5 anos a menor de 13 anos: ≤ 52 mmHg
- 13 anos a 17 anos: ≤ 58 mmHg

Questão 52

ANÁLISE DO CASO

O paciente de 5 anos apresenta um quadro de estado de mal epiléptico, definido clinicamente como uma crise convulsiva com duração superior a 5 minutos. No cenário descrito, a crise já dura 20 minutos, o que caracteriza uma emergência médica. Após as medidas iniciais de suporte à vida (estabilização de vias aéreas, oferta de oxigênio e obtenção de acesso venoso), o protocolo farmacológico universal determina que a primeira linha de tratamento para cessar a atividade convulsiva aguda seja o uso de benzodiazepínicos.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O levetiracetam é o medicamento que a criança já utiliza para manutenção crônica. Embora possa ser utilizado por via intravenosa no tratamento do estado de mal epiléptico, ele é classificado como uma medicação de segunda linha. Ele não possui a rapidez de ação necessária para ser a primeira escolha no momento em que o paciente chega em crise convulsiva ativa ao pronto atendimento.

Alternativa B (Incorreta): A fenitoína é um anticonvulsivante amplamente utilizado como medicação de segunda linha. Ela deve ser administrada caso a crise convulsiva persista após a administração de benzodiazepínicos. Utilizá-la como primeira escolha retardaria o controle imediato da atividade cerebral.

Alternativa C (Incorreta): O fenobarbital é geralmente reservado como medicação de segunda ou terceira linha para crianças maiores. Sua indicação como primeira linha de escolha é restrita, na maioria dos protocolos, ao período neonatal ou a casos específicos em que outras medicações falharam ou são contraindicadas.

Alternativa D (Incorreta): O valproato de sódio intravenoso é outra opção de segunda linha para o manejo do estado de mal epiléptico. Assim como a fenitoína e o levetiracetam, ele é indicado apenas se a crise não for interrompida pela terapia inicial com benzodiazepínicos.

Alternativa E (Correta): Os benzodiazepínicos (como diazepam, midazolam ou lorazepam) são as drogas de primeira escolha para o tratamento de qualquer crise convulsiva em atividade com mais de 5 minutos de duração. Eles possuem início de ação rápido e alta eficácia em abortar a crise. Como o enunciado especifica que já foi puncionado um acesso venoso calibroso, a administração de diazepam intravenoso é a conduta de escolha imediata.

Gabarito: Alternativa E.

Questão 53

O caso clínico apresenta um paciente pediátrico em parada cardiorrespiratória (PCR). A monitorização eletrocardiográfica revela um ritmo com complexo QRS alargado, monomórfico, sem onda P e com frequência de 120 bpm. Na ausência de pulso detectável, esse ritmo é classificado como Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP).

De acordo com as diretrizes de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), os ritmos de PCR são divididos em chocáveis e não chocáveis. A Taquicardia Ventricular Sem Pulso e a Fibrilação Ventricular (FV) são ritmos chocáveis, nos quais a conduta imediata e prioritária, após o reconhecimento e início das manobras de reanimação, é a desfibrilação.

Análise das alternativas:

a) Correta. A desfibrilação é o tratamento de escolha para ritmos chocáveis (TVSP e FV). Em pediatria, a dose inicial recomendada de energia é de 2 a 4 J/kg. Portanto, a opção de 2 J/kg está correta e segue o protocolo inicial.

b) Incorreta. A cardioversão sincronizada é indicada para pacientes que possuem pulso, mas apresentam taquiarritmias com instabilidade hemodinâmica (como taquicardia supraventricular ou taquicardia ventricular com pulso). Na PCR (paciente sem pulso), o choque deve ser não sincronizado (desfibrilação). Além disso, a carga de 0,5 J/kg é utilizada na cardioversão, não na desfibrilação.

c) Incorreta. A amiodarona é um antiarrítmico que pode ser utilizado no protocolo de ritmos chocáveis, porém seu uso é indicado apenas após choques sucessivos sem sucesso (geralmente após o terceiro choque), e não como a primeira conduta após a identificação do ritmo.

d) Incorreta. A atropina não faz parte do protocolo de parada cardiorrespiratória por ritmos chocáveis. Ela é utilizada no manejo de bradicardias sintomáticas ou em situações específicas de toxicidade por organofosforados.

e) Incorreta. O bicarbonato de sódio não é uma medicação de rotina na ressuscitação cardiopediátrica. Seu uso é restrito a situações específicas, como PCR prolongada, hipercalemia documentada ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos.

Portanto, diante de uma Taquicardia Ventricular Sem Pulso, a conduta imediata é a desfibrilação com a carga inicial de 2 J/kg.

Questão 54

Para diagnosticar a pressão arterial (PA) em pediatria, devemos considerar a idade, o sexo e o percentil de estatura da criança. No caso clínico, trata-se de uma menina de 8 anos com estatura no percentil 25 (P25).

Passo 1: Identificação dos valores de referência na tabela fornecida

Localizando a coluna correspondente ao percentil de estatura (P25) para uma menina de 8 anos, encontramos:

- Percentil 90 (P90): 108 x 71 mmHg
- Percentil 95 (P95): 112 x 74 mmHg
- Percentil 95 + 12 mmHg: 124 x 86 mmHg

Passo 2: Análise das medidas da paciente

A paciente apresentou as seguintes médias em três momentos distintos:

- Momento 1: 111 x 73 mmHg
- Momento 2: 112 x 76 mmHg
- Momento 3: 110 x 75 mmHg

Ao compararmos com a tabela:

- A pressão sistólica variou entre 110 e 112 mmHg. O valor de 112 mmHg atinge exatamente o P95 para a estatura dela.
- A pressão diastólica variou entre 73 e 76 mmHg. Nota-se que, em dois momentos (76 e 75 mmHg), os valores ultrapassaram o P95 (que é 74 mmHg).

Passo 3: Classificação diagnóstica

De acordo com as diretrizes atuais (AAP/SBP):

- Normotensão: PA sistólica e diastólica menores que o P90.
- Pressão Arterial Elevada: PA entre o P90 e o P95.
- Hipertensão Estágio 1: PA entre o P95 e o P95 + 12 mmHg (ou 130/80 a 139/89 mmHg, o que for menor).
- Hipertensão Estágio 2: PA maior ou igual ao P95 + 12 mmHg (ou maior ou igual a 140/90 mmHg).

Como a paciente apresentou valores de PA sistólica e/ou diastólica persistentes no nível ou acima do P95 em três ocasiões diferentes, mas abaixo do P95 + 12 mmHg, o diagnóstico é de Hipertensão Arterial Estágio 1.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A normotensão exigiria valores abaixo do P90 (108 x 71 mmHg), e a paciente apresenta valores superiores a isso.

b) Incorreta. A pressão arterial elevada situa-se entre o P90 e o P95. Como a paciente ultrapassou o P95 (especialmente na pressão diastólica), ela já se enquadra em hipertensão.

c) Correta. Os valores aferidos estão, de forma consistente, entre o P95 e o P95 + 12 mmHg, caracterizando o Estágio 1.

d) Incorreta. Para o Estágio 2, os valores deveriam ser iguais ou superiores a 124 x 86 mmHg (P95 + 12), o que não ocorreu.

e) Incorreta. Embora o MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) possa ser útil para confirmar o diagnóstico e excluir o efeito do avental branco, o diagnóstico clínico inicial, seguindo os critérios de consultório após três aferições alteradas em momentos distintos, conforme descrito no enunciado, já permite a classificação em Hipertensão Estágio 1.

Questão 55

Diagnóstico mais provável: Escarlatina.

A escarlatina é uma doença exantemática causada pelas toxinas eritrogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A). Ela ocorre mais comumente em crianças em idade escolar e está frequentemente associada a quadros de faringoamigdalite bacteriana. O caso clínico apresenta a descrição clássica da patologia, com os seguintes elementos:

1. Pródromos e sintomas gerais: febre alta e dor de garganta (odinofagia), com ausência de sintomas gripais, como tosse e coriza, o que é típico da faringite estreptocócica.

2. Exame da orofaringe: presença de língua em morango (papilas avermelhadas e hipertróficas) e adenomegalia cervical dolorosa.

3. Características do exantema: o exantema é descrito como micropapular, conferindo à pele uma textura de lixa. Ele poupa a região palmar e plantar.

4. Sinais clássicos:

- Sinal de Filatov: palidez ao redor da boca (região perioral poupada pelo exantema).
- Sinal de Pastia: acentuação do exantema nas áreas de dobras (flexoras), como axilas e cotovelos, formando linhas transversais que não desaparecem à digitopressão.

5. Confirmação laboratorial: o teste rápido positivo para estreptococo confirma a etiologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sarampo apresenta um quadro de pródromos catarrais intensos, com tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik na mucosa oral. O exantema é morbiliforme (maculopapular) e de progressão craniocaudal, não apresentando as características de lixa ou os sinais de Pastia e Filatov.

b) Incorreta. A varicela (catapora) caracteriza-se por um exantema polimórfico, no qual pápulas, vesículas, pústulas e crostas coexistem no mesmo momento. O teste rápido para estreptococo seria negativo.

c) Incorreta. O exantema súbito (roséola) é mais comum em lactentes. A febre alta desaparece subitamente e, apenas após a defervescência, surge o exantema, que é maculopapular e inicia-se tipicamente no tronco, sem a faringite estreptocócica associada.

d) Incorreta. A chikungunya apresenta como marca principal a febre associada a artralgia (dor articular) intensa e simétrica, muitas vezes com edema. Embora possa haver exantema, ele não possui a distribuição e as características micropapulares com língua em morango.

e) Correta. A combinação de faringite, língua em morango, exantema micropapular (lixa), sinais de Pastia e Filatov, e teste rápido positivo para estreptococo é o quadro patognomônico da escarlatina.

Questão 56

Alternativa a: Incorreta. O atendimento a vítimas de violência sexual deve ser integral e multidisciplinar. Além da prevenção de ISTs, é obrigatória a abordagem da profilaxia da gravidez indesejada (anticoncepção de emergência), profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), além do suporte psicológico e social. Restringir o atendimento apenas a um aspecto fere o princípio do cuidado integral preconizado pelo Ministério da Saúde.

Alternativa b: Correta. O protocolo do Ministério da Saúde recomenda a quimioprofilaxia para ISTs não virais de forma rotineira e imediata em casos de violência sexual, devido ao alto risco de transmissão e à dificuldade de seguimento para exames diagnósticos. O esquema padrão visa cobrir sífilis (penicilina G benzatina), gonorreia (ceftriaxona), clamídia (azitromicina) e tricomoníase

(metronidazol). O tratamento para cancro mole também é incluído nas orientações de profilaxia para garantir a cobertura contra os principais agentes causadores de úlceras e corrimentos.

Alternativa c: Incorreta. A anticoncepção de urgência (geralmente levonorgestrel 1,5 mg) deve ser administrada o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras 72 horas após o coito desprotegido, podendo ser utilizada em até 5 dias. O objetivo é evitar a gestação decorrente da violência. Um exame de beta-hCG positivo apenas 12 horas após o evento indicaria uma gestação preexistente, e não uma gravidez causada pelo agressor.

Alternativa d: Incorreta. As sorologias basais (tempo zero) devem ser coletadas no primeiro atendimento, logo após a agressão. Essa conduta é necessária para verificar o status sorológico prévio da paciente, documentar a ausência de infecções anteriores ao evento e fundamentar a conduta médica e legal. O seguimento posterior é que ocorrerá em 30, 90 e 180 dias.

Alternativa e: Incorreta. A adolescente já possui esquema vacinal completo e atualizado para hepatite B (3 doses). De acordo com as normas do Ministério da Saúde, pessoas com comprovação vacinal completa não necessitam de doses adicionais da vacina nem da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) após exposição de risco, pois já são consideradas imunizadas.

Questão 57

O caso descreve um recém-nascido de 37 semanas e 2 dias (termo) que, após os passos iniciais da estabilização (aquecer, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar vias aéreas se necessário e secar), apresenta Frequência Cardíaca (FC) de 80 bpm e respiração irregular.

Segundo as diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a conduta diante de um recém-nascido que permanece com FC inferior a 100 bpm, em apneia ou com respiração irregular após os passos iniciais, é o início imediato da Ventilação com Pressão Positiva (VPP). Este procedimento é a manobra mais importante da reanimação e deve ser iniciado dentro do chamado Minuto de Ouro (os primeiros 60 segundos de vida).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A massagem cardíaca (compressões torácicas) só deve ser iniciada se a FC permanecer abaixo de 60 bpm após a realização de VPP técnica e efetiva (preferencialmente com via aérea avançada) por pelo menos 30 segundos. No

cenário apresentado, a FC é de 80 bpm e a ventilação ainda não foi iniciada.

Alternativa b) Incorreta. Além de as compressões não estarem indicadas neste momento, a proporção de 15 compressões para 2 ventilações é utilizada na reanimação pediátrica (fora do período neonatal). Na reanimação do recém-nascido em sala de parto, a proporção recomendada é de 3 compressões para 1 ventilação (3:1).

Alternativa c) Incorreta. A intubação orotraqueal e o uso de adrenalina são passos avançados da reanimação. A prioridade absoluta é estabelecer uma ventilação eficaz com máscara. A adrenalina só é considerada se a FC se mantiver abaixo de 60 bpm após VPP e massagem cardíaca adequadas.

Alternativa d) Correta. A VPP com máscara facial é a intervenção correta. Para recém-nascidos com idade gestacional de 34 semanas ou mais, as diretrizes da SBP recomendam iniciar a ventilação com ar ambiente (oxigênio a 21%). O objetivo é evitar a oferta excessiva de oxigênio, que pode causar lesões por estresse oxidativo.

Alternativa e) Incorreta. O uso de oxigênio a 100% no início da reanimação de bebês a termo ou pré-termo tardios (maiores ou iguais a 34 semanas) é contraindicado pelas evidências de toxicidade. O oxigênio suplementar deve ser titulado apenas se o recém-nascido não atingir os alvos de saturação de oxigênio esperados para os minutos de vida.

Questão 58

A questão aborda a etapa avançada da reanimação neonatal em sala de parto para um recém-nascido com 35 semanas e 4 dias. O cenário indica que, após a intubação traqueal com oxigênio a 100% e a realização de massagem cardíaca por 60 segundos, a frequência cardíaca permanece abaixo de 60 bpm. Nesse momento, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconizam o uso de medicações (adrenalina) e, se necessário, expansores de volume.

Alternativa a) Incorreta. O acesso venoso periférico é extremamente difícil de ser obtido em um recém-nascido em choque ou bradicardia severa devido ao colapso vascular. Além disso, o tempo necessário para a punção e o tempo de circulação da droga até o coração são maiores, o que não é ideal em uma situação de emergência extrema.

Alternativa b) Incorreta. A via endotraqueal pode ser utilizada apenas para a administração da primeira dose de adrenalina enquanto o acesso venoso está sendo providenciado. No entanto, ela não é a via preferencial, pois a absorção é

imprevisível e doses maiores são necessárias. É importante ressaltar que expansores de volume nunca devem ser administrados por essa via.

Alternativa c) Correta. A veia umbilical é a via de escolha e preferencial na sala de parto. O cateterismo venoso umbilical é um procedimento rápido, seguro e tecnicamente simples para médicos treinados, permitindo acesso central imediato para a infusão de adrenalina e de expansores de volume (como o soro fisiológico a 0,9%), garantindo que cheguem rapidamente à circulação sistêmica.

Alternativa d) Incorreta. A via intraóssea é considerada uma alternativa aceitável para a reanimação neonatal quando o acesso venoso umbilical não pode ser estabelecido. Contudo, nas diretrizes da SBP focadas na sala de parto, a veia umbilical permanece como a primeira opção devido à facilidade de visualização e acesso ao coto umbilical do recém-nascido.

Alternativa e) Incorreta. A punção da veia jugular interna é um procedimento invasivo, complexo e demorado, que apresenta riscos como pneumotórax e hematomas. É uma técnica totalmente inadequada para o ambiente de reanimação neonatal imediata, onde a agilidade é o fator determinante para a sobrevivência.

Gabarito: Letra C.

Questão 59

Esta questão aborda as normas éticas para a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, especificamente quando os participantes são menores de idade (adolescentes), conforme estabelecido pelo Código de Ética Médica (CEM) e pelas resoluções complementares do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O ponto central para resolver essa questão é a diferenciação entre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). No contexto de menores de idade ou legalmente incapazes, a legislação brasileira exige a participação de ambos: o representante legal e o próprio participante, respeitando sua capacidade de compreensão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o consentimento dos representantes legais seja obrigatório, a bioética e as normas do CFM exigem que o adolescente também seja informado e concorde com a participação, formalizando seu desejo por meio do Termo de Assentimento. Obter o documento apenas dos responsáveis ignora a autonomia progressiva do adolescente.

Alternativa b) Incorreta. O adolescente, por ser legalmente incapaz (ou relativamente incapaz, dependendo da idade), não possui autonomia jurídica plena para autorizar sua participação em pesquisas de forma isolada. É indispensável a autorização dos seus representantes legais por meio do TCLE.

Alternativa c) Incorreta. O erro aqui é terminológico, mas fundamental na ética em pesquisa. O termo assinado pelo adolescente não é o de consentimento (TCLE), mas sim o de assentimento (TALE). O consentimento é o ato jurídico praticado por quem tem plena capacidade civil ou pelos representantes legais.

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa b), o Termo de Assentimento assinado apenas pelo adolescente é insuficiente. Para que a pesquisa seja eticamente aceitável e legalmente protegida, deve haver a anuência conjunta dos responsáveis legais.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o que preconiza o Código de Ética Médica (Artigo 101) e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº 466/12). Para a inclusão de adolescentes em pesquisas, deve-se obter o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), que é o documento redigido em linguagem apropriada para a idade do menor, no qual ele manifesta sua vontade de participar, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos pais ou representantes legais, que autorizam formalmente a participação do menor sob sua responsabilidade.

Questão 60

O ponto central desta questão é o sigilo médico no atendimento a adolescentes, um tema regido pelo Código de Ética Médica (CEM), pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Recomendação CFM nº 1 de 2016. De acordo com essas normas, o médico é proibido de revelar segredo profissional de paciente menor de idade, inclusive aos pais ou responsáveis, desde que o adolescente tenha capacidade de discernimento para avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios, exceto quando a não revelação possa acarretar dano ou risco de vida ao paciente.

No caso clínico apresentado, a adolescente de 14 anos demonstra plena capacidade de discernimento. Ela buscou atendimento médico por conta própria, utiliza métodos preventivos (preservativo) durante as relações sexuais e demonstra compreensão sobre sua saúde e preocupação com sua privacidade. O diagnóstico de infecção do trato urinário baixo (cistite) é uma condição clínica comum, de tratamento simples e que não configura risco de vida ou situação de urgência que justifique a quebra do sigilo. Além disso, as relações foram relatadas como consentidas, o que afasta a

suspeita imediata de violência atual que exigiria notificação para proteção da menor.

Alternativa a: Incorreta. O médico não deve condicionar o sigilo ou a continuidade do tratamento à presença dos pais. Ao exigir que a adolescente venha acompanhada para revelar seu comportamento, o profissional viola o direito de autonomia da paciente e pode criar uma barreira ao acesso à saúde, fazendo com que ela desista do acompanhamento ginecológico e contraceptivo.

Alternativa b: Incorreta. A quebra do sigilo por meio da convocação dos pais via assistência social para comunicar a vida sexual da paciente é uma infração ética grave. O comportamento sexual, quando consentido e praticado por adolescente com discernimento, faz parte de sua intimidade e deve ser respeitado pelo profissional de saúde.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a conduta ética padrão recomendada pelo Conselho Federal de Medicina. O médico deve assegurar o sigilo, garantindo a privacidade e a confiança na relação médico-paciente. É fundamental orientar a paciente de que o sigilo é um direito dela, mas que existem limites éticos e legais (como em casos de risco de morte ou suspeita de abuso/violência atual), os quais não estão presentes neste atendimento para infecção urinária.

Alternativa d: Incorreta. Quebrar o sigilo de forma compulsória e imediata para comunicar uma infecção urinária e agendar consultas é uma conduta desproporcional. A paciente tem o direito de gerir sua saúde sexual e reprodutiva de forma autônoma, desde que possua maturidade para tal, o que é o caso da adolescente em questão.

Alternativa e: Incorreta. Embora o gabarito fornecido no enunciado indique esta alternativa, ela é considerada incorreta sob a ótica da ética médica brasileira. A quebra do sigilo de forma impreterível, sem que haja risco iminente de dano à paciente, viola o Artigo 74 do Código de Ética Médica. O incentivo para que a adolescente dialogue com os pais é uma prática clínica recomendável e deve ser estimulado, mas a revelação forçada por parte do médico desrespeita o direito à confidencialidade da adolescente capaz. Em exames de residência médica de grandes instituições (como a SMS-RJ, onde esta questão foi aplicada), a alternativa (c) é mantida como a correta.

Nota: Em concursos médicos, a resposta correta para este cenário é a manutenção do sigilo devido à capacidade de discernimento da paciente, conforme a alternativa (c). Se o gabarito oficial de um processo seletivo específico apontar a (e), tal decisão costuma ser objeto de recurso por contrariar as diretrizes do Conselho Federal de Medicina.

Questão 61

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial de massas anexiais em adolescentes. Para resolvê-la, devemos focar nas características ultrassonográficas da lesão e na clínica da paciente.

Análise do caso:

A paciente é uma adolescente com ciclos regulares e exame físico normal. O achado ultrassonográfico descreve uma imagem cística simples (sem septações e sem debris/conteúdo interno), de 4,8 cm, localizada no ovário. O exame foi realizado no 12º dia do ciclo (fase folicular tardia, próxima à ovulação).

Explicação das alternativas:

a) Cisto folicular: Alternativa correta. Os cistos foliculares são os cistos funcionais mais comuns. Eles ocorrem quando um folículo dominante não rompe ou quando um folículo imaturo não sofre atresia. Ultrassonograficamente, apresentam-se como cistos uniloculares, de paredes finas, conteúdo anecoico (sem debris) e geralmente medem entre 3 e 8 cm. Dada a idade da paciente e a descrição da imagem no meio do ciclo menstrual, este é o diagnóstico mais provável.

b) Endometrioma: Incorreta. O endometrioma é um cisto originado da endometriose ovariana. Na ultrassonografia, ele classicamente apresenta conteúdo com ecos internos finos e homogêneos, conferindo um aspecto de "vidro fosco" (debris), o que contradiz a descrição de "sem debris em seu interior" dada no enunciado. Além disso, a paciente nega dispareunia.

c) Cistoadenoma mucinoso: Incorreta. Embora seja um tumor benigno, o cistoadenoma mucinoso costuma ser volumoso e frequentemente apresenta múltiplas septações finas em seu interior (aspecto multilocular). A descrição de um cisto simples e pequeno é muito mais sugestiva de uma etiologia funcional do que neoplásica.

d) Abscesso tubo-ovariano: Incorreta. Esta é uma complicação da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Clinicamente, a paciente apresentaria dor pélvica aguda, febre e dor à mobilização do colo uterino no exame físico. Na imagem, o abscesso se manifesta como uma massa complexa, com paredes espessas, septações grosseiras e debris purulentos, o que não condiz com o quadro clínico ou ultrassonográfico descrito.

e) Gestação tubária: Incorreta. A paciente nega atraso menstrual e sangramento genital. Além disso, a gestação ectópica tubária geralmente se apresenta como uma massa anexial extraovariana complexa ou com o sinal do anel tubário, e não como

um cisto simples dentro do parênquima ovariano. O diagnóstico seria confirmado por um teste de gravidez (beta-hCG) positivo.

Questão 62

Esta questão aborda as recentes mudanças no protocolo de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Com a atualização das diretrizes do Ministério da Saúde, o rastreio primário passa a ser realizado preferencialmente por testes moleculares (DNA-HPV), que possuem maior sensibilidade do que a citologia oncótica.

No contexto do rastreio por DNA-HPV, a conduta é determinada pelo genótipo encontrado. Os tipos 16 e 18 são considerados de altíssimo risco oncogênico, o que exige uma conduta mais assertiva e imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na estratégia de rastreio molecular, a citologia (Papanicolau) é utilizada como teste de triagem "reflexa" apenas para pacientes que testam positivo para o pool de "outros tipos de HPV de alto risco" (tipos que não o 16 e o 18). Para o HPV 16 ou 18, a citologia é dispensável como passo inicial, pois a paciente deve seguir direto para avaliação do colo.

Alternativa b) Incorreta. O achado de HPV 16 em uma paciente de 32 anos não permite observação ou repetição em curto prazo. Como o risco imediato de lesão precursora de alto grau (NIC 2 ou NIC 3) é elevado nesses genótipos específicos, a investigação deve ser imediata.

Alternativa c) Correta. Segundo as diretrizes publicadas em 2025, o rastreio positivo para HPV 16 ou HPV 18 indica encaminhamento direto para a colposcopia. A colposcopia permite a visualização detalhada do colo uterino e a identificação de áreas suspeitas. Caso sejam encontrados achados colposcópicos anormais, a biópsia deve ser realizada para diagnóstico histopatológico definitivo.

Alternativa d) Incorreta. A imuno-histoquímica (como a pesquisa de p16 e Ki-67) é um recurso laboratorial utilizado pelo patologista no material de biópsia já colhido, auxiliando no diagnóstico diferencial de lesões intraepiteliais. Não é um exame de triagem ou conduta clínica inicial após o teste de HPV.

Alternativa e) Incorreta. O imiquimode é um medicamento imunomodulador indicado para o tratamento de condilomas (verrugas genitais) ou, em casos específicos e selecionados, para neoplasias intraepiteliais. Não se aplica como conduta inicial em paciente assintomática com exame físico normal apenas pela detecção do vírus no

rastreio.

Questão 63

Para compreender a esteroidogênese ovariana, é fundamental recordar a Teoria das Duas Células e Duas Gonadotrofinas. Esse processo explica como o ovário produz estrogênios através da cooperação entre as células da teca e as células da granulosa.

1. CÉLULAS DA TECA: Localizadas na parte externa do folículo, respondem ao estímulo do LH (hormônio luteinizante). Elas captam o colesterol e o transformam em androgênios (principalmente androstenediona e testosterona). As células da teca não possuem a enzima aromatase; portanto, não conseguem converter esses androgênios em estrogênios.

2. CÉLULAS DA GRANULOSA: Localizadas internamente, respondem ao estímulo do FSH (hormônio folículo-estimulante). Estas células recebem os androgênios que foram produzidos na teca e, por meio da enzima AROMATASE, realizam a conversão desses androgênios em estrogênios (estradiol e estrona).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. Embora a aromatase seja a enzima responsável pela produção de estrogênios, ela não atua nas células da teca. A teca produz androgênios sob influência do LH.

b) Incorreta. A 21-hidroxilase é uma enzima típica do córtex da adrenal, envolvida na síntese de cortisol e aldosterona. Sua deficiência é a principal causa da Hiperplasia Adrenal Congênita, e ela não participa da produção de estrogênios no ovário.

c) Incorreta. A esteroidogênese como um todo depende das duas células, mas a enzima aromatase é expressa especificamente nas células da granulosa. A alternativa torna-se imprecisa ao atribuir a localização da enzima a ambos os tipos celulares.

d) Incorreta. A 21-hidroxilase não é uma enzima ovariana para produção de estrogênio, e a teca não é o local onde ocorre a aromatização.

e) Correta. A alternativa descreve exatamente o mecanismo fisiológico: a conversão final de androgênios em estrogênios ocorre nas células da granulosa através da ação da enzima aromatase, que é estimulada pelo FSH.

Questão 64

A transição menopausal, frequentemente chamada de perimenopausa, marca o período de mudanças endócrinas e clínicas que antecedem a última menstruação. De acordo com a classificação de STRAW+10, que padroniza os estágios do envelhecimento reprodutivo, a transição é dividida em fases inicial e tardia.

A alteração fisiopatológica primária é a redução da reserva folicular e da produção de inibina B pelos ovários. Como resposta, há um aumento compensatório do hormônio folículo-estimulante (FSH) ainda na fase de transição inicial. Esse FSH elevado acelera o recrutamento folicular, resultando em uma maturação folicular mais rápida e, conseqüentemente, em uma fase folicular mais curta. Por esse motivo, o primeiro sinal clínico que uma mulher eumenorreica costuma notar é que o intervalo entre suas menstruações diminuiu (por exemplo, ciclos que eram de 28 dias passam a ser de 24 ou 25 dias).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora o aumento do fluxo possa ocorrer devido a ciclos anovulatórios e ao hiperestrogenismo relativo que causa hiperplasia endometrial, essa alteração geralmente acontece em fases posteriores ao encurtamento inicial do ciclo.

Alternativa B: Incorreta. A redução do volume do fluxo não é o sinal cardinal ou inicial da transição para a menopausa. A variabilidade do intervalo é um marcador muito mais fidedigno e precoce.

Alternativa C: Incorreta. A amenorreia representa o encerramento do período de transição. O diagnóstico de menopausa é retrospectivo, firmado após 12 meses consecutivos sem menstruar, sendo o evento final e não o primeiro sinal.

Alternativa D: Correta. O encurtamento do intervalo intermenstrual é o marcador clínico mais precoce da transição menopausal (estágio -2 de STRAW). Ele reflete a diminuição da fase folicular do ciclo menstrual devido às alterações hormonais iniciais da falência ovariana incipiente.

Alternativa E: Incorreta. Os atrasos menstruais, ou o aumento do intervalo entre os ciclos (oligomenorreia), são característicos da fase tardia da transição menopausal (estágio -1). Nessa etapa, os ciclos passam a ser predominantemente anovulatórios e os intervalos entre as menstruações tornam-se cada vez maiores até a cessação completa.

Dessa forma, a alternativa D descreve o sinal cronologicamente mais precoce da

transição para a menopausa.

Questão 65

Essa questão aborda uma das queixas mais comuns na ginecologia infantojuvenil: o Sangramento Uterino Anormal (SUA) na adolescência. Para resolvê-la, é fundamental considerar a faixa etária da paciente e o tempo decorrido desde a menarca.

Alternativa (a) Incorreta: Pólipos cervicais ou endometriais são crescimentos excessivos de tecido conjuntivo e epitelial. Eles são muito mais frequentes em mulheres adultas, especialmente entre os 40 e 50 anos. Embora possam causar sangramento, são causas raras de sangramento profuso em adolescentes virgens.

Alternativa (b) Incorreta: As coagulopatias, como a doença de von Willebrand, são diagnósticos diferenciais importantes em adolescentes com sangramento intenso, chegando a estar presentes em até 20% dos casos graves nessa idade. No entanto, do ponto de vista epidemiológico e estatístico, a imaturidade do eixo hormonal ainda supera as coagulopatias como causa principal. A coagulopatia deve ser investigada se o sangramento for grave desde a menarca ou se houver história familiar e pessoal de sangramentos (epistaxe, equimoses).

Alternativa (c) Correta: Esta é a principal causa de SUA em adolescentes. Nos primeiros dois a três anos após a menarca, o eixo hipotálamo-hipófise-ovário ainda se encontra imaturo. Essa imaturidade resulta em ciclos anovulatórios: não há formação do corpo lúteo e, conseqüentemente, não há produção de progesterona. Sem a progesterona para estabilizar o endométrio, este sofre um estímulo estrogênico contínuo e persistente, tornando-se espesso e instável, o que leva a sangramentos irregulares, prolongados e, por vezes, muito volumosos (sangramento por privação estrogênica ou por "breakthrough").

Alternativa (d) Incorreta: A endometrite é a inflamação/infecção do endométrio. Na grande maioria dos casos, está associada à Doença Inflamatória Pélvica (DIP) decorrente de infecções sexualmente transmissíveis ou procedimentos uterinos. Como a paciente nega vida sexual ativa, essa hipótese torna-se muito improvável.

Alternativa (e) Incorreta: A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Os sintomas clássicos são dor pélvica crônica, dismenorreia (cólica menstrual) severa e dispareunia. Ela não é uma causa típica de sangramento uterino agudo e profuso.

Resumo do raciocínio: Adolescente + Menarca recente + Sangramento profuso e irregular = Imaturidade de eixo (Disfunção ovulatória). De acordo com a classificação

PALM-COEIN da FIGO, este quadro se encaixa na letra "O" (Ovulatory dysfunction).

Questão 66

Análise do quadro clínico:

Temos uma paciente idosa, com múltiplos fatores de risco (obesidade, diabetes e hipertensão), apresentando sangramento uterino anormal na pós-menopausa. A ultrassonografia transvaginal revelou um endométrio de 8,0 mm, valor acima do ponto de corte de normalidade para mulheres menopausadas sem terapia de reposição hormonal (geralmente fixado em 4 ou 5 mm). Diante desse cenário, a principal hipótese diagnóstica é o câncer de endométrio, o que torna imperativa a obtenção de uma amostra tecidual para estudo histopatológico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A histerossalpingografia é um exame radiológico contrastado utilizado primordialmente na propedêutica da infertilidade conjugal para avaliar a perviedade das tubas uterinas e a morfologia da cavidade uterina. Não possui indicação nem acurácia para o diagnóstico de neoplasias malignas do endométrio.

b) Correta. Entre as opções apresentadas, a cureta de Novak é o único instrumento destinado à realização de biópsia de endométrio em ambiente ambulatorial. Embora a histeroscopia com biópsia dirigida seja considerada o padrão-ouro atual por permitir a visualização direta, a biópsia endometrial (seja por curetagem, aspiração ou cureta de Novak) é o método necessário para confirmar a histologia da lesão. Na ausência da histeroscopia entre as alternativas, a coleta de tecido endometrial por cureta é o método de melhor acurácia para o diagnóstico definitivo.

c) Incorreta. A ressonância magnética de pelve é um excelente exame de imagem, porém sua principal utilidade no câncer de endométrio é o estadiamento pré-operatório, avaliando a profundidade da invasão miometrial e o acometimento de linfonodos ou órgãos adjacentes. Ela não substitui o diagnóstico histopatológico obtido por biópsia.

d) Incorreta. A colposcopia é um exame voltado para a avaliação do trato genital inferior (colo uterino, vagina e vulva), sendo utilizada na investigação de citologias cervicais (Papanicolau) alteradas. Não tem alcance para avaliar a cavidade endometrial.

e) Incorreta. A citologia em meio líquido é uma técnica de rastreamento para o câncer do colo do útero. Embora, ocasionalmente, células endometriais possam ser identificadas em um preventivo, a sensibilidade do método para detecção de

patologias endometriais é muito baixa, não sendo uma ferramenta diagnóstica adequada para essa suspeita.

Questão 67

Análise do caso clínico:

A paciente de 44 anos apresenta um quadro clássico de transição menopausal (perimenopausa). Os atrasos menstruais frequentes (oligomenorreia), associados a sintomas neurovegetativos como irritabilidade e alteração do sono, indicam o esgotamento progressivo da reserva folicular ovariana.

Fisiopatologia:

Com o envelhecimento reprodutivo, há uma diminuição na quantidade e qualidade dos folículos ovarianos. Como consequência, ocorre uma queda na produção de estradiol (E2) e de inibina B. A redução desses hormônios remove o feedback negativo sobre a hipófise, que passa a secretar quantidades maiores de gonadotrofinas (FSH e LH) na tentativa de estimular os ovários. Esse padrão laboratorial é definido como hipogonadismo hipergonadotrópico.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. No climatério, o FSH é o hormônio que mais precocemente se eleva. Não é esperado encontrar FSH normal com estradiol baixo em uma paciente com falência ovariana em curso.
- b) Incorreta. Embora na perimenopausa precoce possam ocorrer picos erráticos de estradiol, o perfil que justifica a irregularidade menstrual prolongada e os sintomas descritos é o de deficiência estrogênica, e não de excesso (E2 elevado).
- c) Incorreta. Este perfil (FSH, LH e E2 baixos) indica um hipogonadismo hipogonadotrópico, sugerindo uma causa central (hipotalâmica ou hipofisária) para a amenorreia, e não a falência ovariana fisiológica da idade.
- d) Correta. Reflete o estado de hipogonadismo hipergonadotrópico. O ovário não responde adequadamente aos estímulos, resultando em estradiol baixo. A hipófise, por sua vez, eleva o FSH e o LH para tentar compensar essa falha. O FSH costuma elevar-se antes e em níveis proporcionalmente maiores que o LH.
- e) Incorreta. Estradiol elevado com FSH e LH baixos indicaria um estado de hiperestrogenismo com feedback negativo preservado, o que poderia ocorrer em casos de tumores produtores de estrogênio ou uso de hormônios exógenos, não sendo compatível com o climatério.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 68

Para responder a esta questão, é fundamental diferenciar as recomendações do Ministério da Saúde (MS/INCA) das recomendações das sociedades de especialistas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Febrasgo. A questão solicita especificamente as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA de 2015 para mulheres sem fatores de risco (risco padrão).

De acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde:

- Faixa etária recomendada para o rastreamento: 50 a 69 anos.
- Periodicidade: bienal (a cada dois anos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A idade de 40 anos para o início do rastreamento e a periodicidade anual são defendidas pela Sociedade Brasileira de Mastologia e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, mas divergem do protocolo do Ministério da Saúde (MS), que preconiza o início aos 50 anos e a periodicidade bienal.

b) Incorreta. Embora a faixa etária de 50 a 69 anos esteja correta segundo o MS, a periodicidade está errada. O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento a cada dois anos, e não anualmente.

c) Incorreta. A periodicidade de dois anos está de acordo com o MS, mas a idade inicial de 40 anos está incorreta para esse órgão, que estipula o início apenas aos 50 anos para a população de risco habitual.

d) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que consta nas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil (2015). Para o rastreamento populacional (mulheres assintomáticas e sem risco elevado), a recomendação é a mamografia bienal na faixa etária de 50 a 69 anos. O Ministério justifica essa faixa e periodicidade com base no melhor balanço entre riscos (como falsos-positivos e sobrediagnóstico) e benefícios (redução da mortalidade).

e) Incorreta. A regra de realizar exames anuais antes de passar para um intervalo maior não existe no protocolo de rastreamento do câncer de mama do MS. Essa lógica de "exames anuais seguidos de exames a cada três anos após dois resultados normais" é a regra do rastreamento do câncer do colo do útero (citopatológico/Papanicolaou), sendo uma confusão comum em provas de residência.

Questão 69

DIAGNÓSTICO: HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

O ponto central para a resolução desta questão é o marco cronológico do diagnóstico da hipertensão na gravidez. A classificação das síndromes hipertensivas na gestação baseia-se primordialmente na idade gestacional em que a pressão elevada é detectada pela primeira vez.

Para fins diagnósticos, utiliza-se o limite de 20 semanas de gestação. Se a paciente apresenta níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg antes das 20 semanas, o diagnóstico é de Hipertensão Arterial Crônica (HAC). No caso clínico apresentado, a paciente já apresentava 142 x 92 mmHg na 13ª semana de gestação, o que confirma uma condição preexistente à gravidez ou iniciada em seu estágio inicial.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) CORRETA. Como a paciente já apresentava níveis pressóricos elevados (142 x 92 mmHg) na primeira consulta, realizada com 13 semanas (antes, portanto, do marco de 20 semanas), ela é classificada como portadora de hipertensão arterial crônica. O fato de a pressão continuar elevada na 32ª semana (148 x 95 mmHg) apenas confirma a persistência do quadro.

b) INCORRETA. A hipertensão gestacional é definida pelo surgimento da hipertensão (PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg) apenas após a 20ª semana de gestação em mulheres que eram previamente normotensas, e sem a presença de proteinúria ou sinais de gravidade. Como a paciente já era hipertensa no início da gestação, este diagnóstico é descartado.

c) INCORRETA. A vaginose bacteriana é uma alteração da flora vaginal sem qualquer relação com níveis pressóricos. Já a pré-eclâmpsia exige que a hipertensão tenha surgido após a 20ª semana, geralmente acompanhada de proteinúria ou lesão de órgãos-alvo, o que não condiz com o histórico desta paciente.

d) INCORRETA. A pré-eclâmpsia superajuntada (ou sobreposta) ocorre quando uma paciente que já tem hipertensão crônica desenvolve critérios de pré-eclâmpsia após a 20ª semana (como surgimento de proteinúria, aumento súbito da pressão ou disfunções orgânicas). Embora seja uma evolução possível para gestantes com HAC, o enunciado informa que a paciente não possui alterações no pré-natal e não apresenta sinais clínicos ou exames que confirmem essa sobreposição no momento.

e) INCORRETA. A Síndrome HELLP é uma complicação gravíssima do espectro da

pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. O quadro clínico apresentado não traz nenhuma evidência laboratorial ou sintomas (como dor epigástrica ou mal-estar intenso) que sugiram essa condição.

RESUMO DIDÁTICO:

- Pressão alta detectada antes de 20 semanas: Hipertensão Arterial Crônica.
- Pressão alta detectada após 20 semanas: Hipertensão Gestacional ou Pré-eclâmpsia.

Questão 70

Para a resolução desta questão, devemos aplicar os critérios diagnósticos atuais para distúrbios do crescimento fetal, baseados principalmente no Consenso Delphi e nas diretrizes da ISUOG.

Análise dos dados fornecidos:

Idade gestacional: 31 semanas (o ponto de corte entre as formas precoce e tardia é 32 semanas).

Peso estimado fetal: Percentil 4.

Circunferência abdominal (CA): Percentil 2.

Doppler: Normal.

Alternativa a) Incorreta. O peso adequado para a idade gestacional (AIG) é definido quando o peso estimado fetal encontra-se entre os percentis 10 e 90. Como o feto apresenta peso no percentil 4 e circunferência abdominal no percentil 2, ele está abaixo do limite da normalidade.

Alternativa b) Incorreta. O conceito de feto pequeno para a idade gestacional (PIG) geralmente se aplica a fetos com peso entre os percentis 3 e 10, com Doppler normal, que não apresentam critérios para restrição de crescimento. No entanto, de acordo com os critérios diagnósticos modernos, quando a circunferência abdominal ou o peso estimado fetal estão abaixo do percentil 3, o diagnóstico de Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) é estabelecido de forma isolada, independentemente do resultado do Doppler. Como a CA está no percentil 2, o diagnóstico migra de PIG para RCIU.

Alternativa c) Correta. A Restrição de Crescimento Intrauterino é classificada como precoce quando o diagnóstico ocorre antes de 32 semanas de gestação. Os critérios para RCIU precoce incluem: peso fetal ou circunferência abdominal abaixo do percentil 3 (critério isolado) OU peso/CA abaixo do percentil 10 associados a alterações no Doppler (artérias uterinas ou artéria umbilical). Como a paciente está na 31ª semana e a CA está no percentil 2 (abaixo de 3), confirma-se o diagnóstico de

RCIU precoce, mesmo com Doppler normal.

Alternativa d) Incorreta. A Restrição de Crescimento Intrauterino Tardia é aquela diagnosticada a partir de 32 semanas de gestação. No caso clínico, a gestante está na 31ª semana, o que define a forma precoce da patologia.

Alternativa e) Incorreta. O erro de data é uma hipótese considerada quando há discrepância entre a idade gestacional clínica (pela data da última menstruação) e a idade gestacional ecográfica do primeiro trimestre. O enunciado não fornece dados que sugiram erro de cronologia, mas sim uma alteração biométrica fetal clara (peso e circunferência abdominal reduzidos) compatível com patologia placentária/fetal.

Resumo dos critérios de RCIU Precoce (antes de 32 semanas):

1. Peso estimado fetal ou circunferência abdominal abaixo do percentil 3.
2. OU peso estimado fetal ou circunferência abdominal abaixo do percentil 10 associados a Doppler de artéria umbilical ou uterina alterado (acima do percentil 95).
3. OU ausência de diástole na artéria umbilical.

Questão 71

O quadro clínico apresenta uma gestante de 29 semanas com ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) complicada por corioamnionite clínica. Os critérios diagnósticos estão presentes: febre (38,2 °C), secreção vaginal fétida, taquicardia materna (120 bpm), taquicardia fetal (168 bpm) e leucocitose. Além disso, a paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão e desidratação), sugerindo um quadro de sepse de foco puerperal.

Diante do diagnóstico de corioamnionite, a conduta deve ser baseada em três pilares: estabilização materna, antibioticoterapia de amplo espectro e interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a hidratação e a antibioticoterapia sejam necessárias, a cesárea não é a via de parto preferencial na corioamnionite. O parto vaginal é associado a menores taxas de complicações infecciosas maternas. Além disso, a alternativa omite a neuroproteção fetal.

b) Incorreta. A conduta expectante é contraindicada na presença de infecção intra-amniótica (corioamnionite). O diagnóstico de infecção exige a resolução do parto para controle do foco infeccioso.

c) Incorreta. Assim como na alternativa A, a indicação de cesárea como primeira escolha está incorreta. A via de parto deve ser preferencialmente vaginal (indução), reservando-se a cesárea para indicações obstétricas precisas.

d) Incorreta. Esta alternativa está incompleta. Como o feto possui menos de 32 semanas (29 semanas e 3 dias) e o parto é iminente devido à necessidade de interrupção por infecção, o uso do sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é obrigatório para reduzir o risco de paralisia cerebral.

e) Correta. Esta é a conduta completa e adequada. A hidratação visa estabilizar a paciente hemodinamicamente. A antibioticoterapia trata o foco infeccioso (geralmente com ampicilina e gentamicina). O sulfato de magnésio é indicado para a neuroproteção fetal, dado que a idade gestacional é inferior a 32 semanas. A indução do trabalho de parto é a conduta de escolha, pois a via vaginal é preferível na presença de infecção, desde que as condições maternas e fetais permitam e a apresentação seja cefálica (como descrito no toque vaginal e ultrassom).

Questão 72

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda o manejo da sífilis na gestação, um tema frequente em provas devido à sua importância na prevenção da sífilis congênita. O caso apresenta uma gestante no primeiro trimestre com VDRL 1/8, sem histórico de tratamento e com relato de alergia à penicilina.

Passo 1: Confirmação Diagnóstica

O VDRL é um teste não treponêmico utilizado para rastreio. Para confirmar o diagnóstico de sífilis, especialmente em títulos baixos ou quando não há histórico claro, as normas do Ministério da Saúde recomendam a realização de um teste treponêmico (como o Teste Rápido, FTA-Abs ou TPHA). Se o teste treponêmico for positivo, o diagnóstico de sífilis está confirmado.

Passo 2: Tratamento em Gestantes

A penicilina benzatina é a única medicação eficaz para o tratamento da gestante que também atravessa a barreira placentária em concentrações terapêuticas, tratando simultaneamente o feto e prevenindo a sífilis congênita.

Passo 3: Manejo da Alergia à Penicilina

Em gestantes, qualquer tratamento realizado com medicações diferentes da penicilina (como eritromicina, ceftriaxona ou azitromicina) é considerado tratamento inadequado para fins de controle da sífilis congênita. Portanto, diante de uma

gestante alérgica à penicilina com diagnóstico de sífilis, a conduta obrigatória é a internação para dessensibilização hospitalar e posterior administração da penicilina benzatina.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Embora a realização do teste treponêmico esteja correta, o tratamento com eritromicina é considerado inadequado na gestação. A eritromicina não atravessa a placenta de forma eficaz para tratar o feto, não evitando a sífilis congênita.

Alternativa b) Incorreta. É necessário confirmar o diagnóstico com teste treponêmico para evitar tratamentos desnecessários em casos de falsos-positivos do VDRL. Além disso, a eritromicina é ineficaz para o tratamento fetal.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa segue rigorosamente o protocolo: confirma-se a infecção com o teste treponêmico e, diante da alergia na gestante, procede-se à dessensibilização para que ela possa receber o único tratamento eficaz para o binômio mãe-feto: a penicilina benzatina.

Alternativa d) Incorreta. Além da necessidade de confirmação diagnóstica, a clindamicina não é um medicamento utilizado ou recomendado para o tratamento da sífilis.

Alternativa e) Incorreta. Apesar de propor o teste treponêmico, a clindamicina não faz parte do esquema terapêutico para sífilis e não trata o feto.

Gabarito: Letra (c).

Questão 73

O diagnóstico das anomalias de inserção placentária sofreu uma simplificação importante na nomenclatura atual, visando reduzir confusões diagnósticas e padronizar as condutas clínicas. A diferenciação é feita por meio da medida entre o bordo inferior da placenta e o orifício interno do colo (OIC), geralmente por meio da ultrassonografia transvaginal, que é o padrão-ouro para essa avaliação.

Pela padronização atual, as definições são:

1. Placenta Prévia: A placenta recobre o orifício interno do colo (não se utilizam mais rotineiramente os termos "total" ou "parcial").
2. Placenta Baixa: O bordo placentário está localizado a menos de 2,0 cm do orifício

interno do colo, porém sem recobri-lo.

3. Inserção Normal: O bordo placentário está a uma distância de 2,0 cm ou mais do orifício interno do colo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O enunciado afirma que o bordo placentário está a 1,0 cm do orifício interno do colo. Como essa distância é inferior a 2,0 cm e a placenta não está sobre o orifício, a classificação atual correta é placenta baixa.

Alternativa (b) INCORRETA: O termo "prévia marginal" fazia parte da classificação antiga, descrevendo a situação em que a borda da placenta atingia o limite do orifício interno sem ultrapassá-lo. Na nomenclatura atual, esse achado é incluído na definição de placenta baixa.

Alternativa (c) INCORRETA: "Prévia lateral" é uma nomenclatura antiga e em desuso. Era utilizada para descrever a placenta que se inseria no segmento inferior do útero, mas ficava distante do orifício interno.

Alternativa (d) INCORRETA: Para ser considerada uma inserção normal, a distância entre o bordo placentário e o orifício interno do colo uterino deve ser maior que 2,0 cm. No caso clínico, a distância é de apenas 1,0 cm.

Alternativa (e) INCORRETA: "Prévia centro-parcial" também é um termo antigo, utilizado quando a placenta cobria apenas uma parte do orifício interno. Atualmente, qualquer grau de cobertura do orifício interno classifica a condição apenas como placenta prévia.

Questão 74

O quadro clínico descreve uma puérpera no décimo quinto dia de pós-parto com um nódulo mamário de surgimento súbito, indolor, amolecido e sem sinais inflamatórios (ausência de febre, rubor ou calor). O ultrassom confirma tratar-se de uma imagem cística. Este cenário é clássico para o diagnóstico de galactocele, que é um cisto preenchido por leite causado pela obstrução de um ducto lactífero durante o período de lactação.

Alternativa a) Incorreta. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ter valor diagnóstico (ao aspirar conteúdo leitoso) e terapêutico (ao esvaziar o cisto). No entanto, ela costuma ser reservada para casos em que o cisto é muito volumoso, causa dor por compressão ou quando há dúvida diagnóstica. Para um nódulo pequeno (2 cm) e totalmente indolor, a intervenção invasiva imediata não é

necessária.

Alternativa b) Correta. A maioria das galactoceles é de natureza benigna e tende a se resolver espontaneamente com a continuidade da amamentação, aplicação de compressas mornas e massagem local suave para desobstruir o ducto. Por ser um quadro assintomático e sem sinais de gravidade, o controle clínico (expectante) é a conduta inicial mais adequada.

Alternativa c) Incorreta. A punção com agulha grossa (core biopsy) é um procedimento utilizado para obter fragmentos de tecido para análise histopatológica, sendo indicada para nódulos sólidos com suspeita de malignidade. Como a lesão é puramente cística e ocorre em um contexto funcional (puerpério), este exame está contraindicado e é desnecessário.

Alternativa d) Incorreta. A cabergolina é um agonista dopaminérgico utilizado para inibir a lactação de forma sistêmica. Não se justifica interromper a amamentação ou suprimir a produção de leite da paciente para tratar uma alteração localizada e benigna como a galactocele.

Alternativa e) Incorreta. O uso de antibióticos como a amoxicilina seria indicado caso houvesse suspeita de mastite infecciosa ou abscesso mamário. O enunciado deixa claro que a paciente nega febre e que o exame físico não revela sinais flogísticos, o que descarta um processo infeccioso no momento.

Questão 75

A indicação de aspirina em baixa dose (100 a 150 mg/dia) para a prevenção de pré-eclâmpsia baseia-se na presença de fatores de risco identificados no início da gestação. De acordo com as principais diretrizes (como as da FEBRASGO, ACOG e NICE), os fatores são divididos em alto risco (um fator é suficiente para indicar a profilaxia) e risco moderado (necessita-se da combinação de dois ou mais fatores).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. O IMC da paciente é 27 kg/m^2 (sobrepeso). O fator de risco moderado para pré-eclâmpsia é geralmente definido por um IMC acima de 30 kg/m^2 (obesidade). Mesmo que fosse considerado fator de risco, seria de caráter moderado, exigindo outro fator associado.

b) INCORRETA. O tabagismo é um grave fator de risco para diversas complicações obstétricas, como descolamento prematuro de placenta e restrição de crescimento fetal. No entanto, curiosamente, o tabagismo está associado a uma menor incidência

de pré-eclâmpsia e não é critério para prescrição de aspirina.

c) INCORRETA. O etilismo moderado ou pesado na gestação está associado a malformações fetais e restrição de crescimento, mas não consta nas diretrizes como um fator de risco isolado que justifique o uso de aspirina para prevenção de pré-eclâmpsia.

d) INCORRETA. A mudança de parceiro (ou a primopaternidade) é citada em alguns estudos como um fator que aumenta o risco de pré-eclâmpsia, assemelhando o risco ao de uma nulípara (fator de risco moderado). Contudo, diante de um fator de alto risco presente na mesma questão, ela não é a justificativa principal.

e) CORRETA. A gestação gemelar (multifetal) é classificada como um fator de ALTO RISCO para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Segundo os protocolos clínicos, a presença de apenas um fator de alto risco já é indicação formal para o início da aspirina profilática entre a 12^a e a 16^a semana de gestação. Portanto, entre todas as características da paciente, esta é a que isoladamente e com maior peso justifica a conduta.

Questão 76

O quadro clínico descrito é clássico de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), uma das principais causas de sangramento na segunda metade da gestação. A análise detalhada dos sinais e sintomas permite diferenciar as alternativas:

Letra (a) Incorreta. A rotura de seio marginal costuma apresentar um quadro clínico muito mais leve. O sangramento é geralmente indolor, de pequena quantidade, o tônus uterino permanece normal e não há sofrimento fetal agudo inicial. É um diagnóstico de exclusão.

Letra (b) Incorreta. A rotura de vasa prévia ocorre tipicamente no momento da amniorrexe (ruptura das membranas). O sangue é de origem fetal, o que leva ao sofrimento fetal gravíssimo e rápido, mas a mãe não apresenta dor abdominal ou hipertonia uterina, pois o útero permanece relaxado.

Letra (c) Incorreta. A placenta prévia caracteriza-se por sangramento indolor, de início súbito, cor vermelho-vivo, recorrente e sem hipertonia uterina. Na placenta prévia, o tônus uterino é normal e, inicialmente, o feto não apresenta sinais de sofrimento, a menos que haja choque materno.

Letra (d) CORRETA. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é definido pela separação da placenta antes do nascimento. Os principais fatores de risco presentes

são a idade materna (39 anos) e a hipertensão arterial crônica. Os sinais cardinais que confirmam o diagnóstico nesta questão são: dor abdominal súbita, sangramento vaginal, hipertonia uterina (tônus aumentado) e sofrimento fetal (taquicardia fetal - BCF 178 bpm). A altura uterina de 37 cm para uma gestação de 35 semanas sugere a formação de um hematoma retroplacentário, que aumenta o volume do útero.

Letra (e) Incorreta. A rotura uterina geralmente ocorre durante o trabalho de parto em pacientes com cicatrizes uterinas prévias (cesáreas). Caracteriza-se por dor lancinante, interrupção das contrações, subida da apresentação fetal e, em casos graves, palpação de partes fetais no abdome materno. Embora cause sangramento e dor, a descrição da hipertonia uterina e a ausência de histórico de cicatriz ou trabalho de parto tornam o DPP muito mais provável.

Questão 77

O Índice de Bishop é a ferramenta padrão-ouro utilizada na obstetrícia para avaliar a maturidade do colo uterino e prever o sucesso da indução do trabalho de parto. Um colo maduro ou favorável (geralmente com pontuação maior ou igual a 6) indica uma maior probabilidade de evolução para o parto vaginal após a indução.

O score é composto por cinco parâmetros clínicos avaliados durante o toque vaginal:

1. Dilatação cervical (em centímetros).
2. Esvaecimento ou apagamento (comprimento do colo em porcentagem).
3. Consistência do colo (firme, média ou amolecida).
4. Posição do colo (posterior, intermediária ou anterior).
5. Altura da apresentação fetal (estática fetal baseada nos planos de De Lee).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A consistência e a posição do colo fazem parte do Bishop, porém o ângulo subpúbico é um parâmetro da pelvimetria (avaliação da bacia óssea da paciente) e não do amadurecimento cervical.

b) Incorreta. A altura da apresentação e a dilatação estão corretas, mas a integridade das membranas ovulares (bolsa íntegra ou rota) não é um critério de pontuação do Índice de Bishop, embora seja um dado clínico importante.

c) Incorreta. Dilatação e esvaecimento são componentes do score, mas o ângulo subpúbico, como citado anteriormente, pertence à avaliação da pelve óssea.

d) Correta. Esta alternativa lista corretamente três dos cinco parâmetros que

compõem o Índice de Bishop: o esvaecimento (grau de encurtamento do colo), a consistência (que varia de firme a amolecida conforme a influência hormonal) e a altura da apresentação (descida da cabeça fetal em relação às espinhas isquiáticas).

e) Incorreta. A posição e a dilatação estão presentes no índice, mas a integridade das membranas ovulares não compõe o cálculo do escore de Bishop.

Portanto, a alternativa D reúne apenas elementos que são avaliados tecnicamente para a composição do Índice de Bishop.

Questão 78

Para responder a essa questão, é necessário conhecer os parâmetros de normalidade dos marcadores ultrassonográficos do primeiro trimestre (realizado entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias), utilizados no rastreamento de aneuploidias, especialmente a trissomia 21 (síndrome de Down).

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A medida da translucência nucal (TN) é considerada normal quando está abaixo do percentil 95 para o comprimento cabeça-nádega (CCN) do feto. Na prática clínica, utiliza-se frequentemente o ponto de corte de 2,5 mm. O valor de 2,3 mm apresentado na questão é considerado normal.

b) CORRETA. O ducto venoso é um shunt que comunica a veia umbilical à veia cava inferior. O estudo do seu Doppler avalia o fluxo sanguíneo; a onda A corresponde à contração atrial. O padrão normal é que a onda A seja positiva (fluxo anterógrado). Uma onda A negativa (fluxo reverso) ou ausente é um marcador de risco importante para aneuploidias e cardiopatias congênitas. Portanto, este é o marcador que se encontra alterado.

c) INCORRETA. A ausência de regurgitação na valva tricúspide é um achado normal. O marcador de risco para cromossomopatias seria a presença de regurgitação (fluxo retrógrado) durante a sístole ventricular.

d) INCORRETA. A presença do osso nasal é um sinal de normalidade. A ausência do osso nasal no exame de primeiro trimestre é um marcador clássico associado a um risco aumentado para trissomias, principalmente a trissomia 21.

e) INCORRETA. A constituição normal do cordão umbilical é de duas artérias e uma veia. A alteração anatômica seria a artéria umbilical única, que pode estar associada a outras malformações ou aneuploidias, embora também possa ocorrer de forma

isolada em fetos normais.

Dessa forma, o único parâmetro que apresenta anormalidade e indica risco aumentado de aneuploidia no caso clínico exposto é o ducto venoso com onda A negativa.

Questão 79

O ponto central desta questão é o conhecimento dos Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos contraceptivos. O principal fator limitante para a paciente em questão é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mesmo que esteja bem controlada.

O estrogênio, presente em todos os métodos combinados, está associado ao aumento da síntese de angiotensinogênio hepático, retenção hídrica e maior risco de eventos tromboembólicos e cardiovasculares (como AVC e infarto). Por isso, a presença de hipertensão arterial contraindica, em diferentes graus, o uso de métodos que contenham estrogênio.

Alternativa A (Correta): As pílulas de progestagênio isolado (também conhecidas como minipílulas ou pílulas de desogestrel) não contêm estrogênio. De acordo com os critérios da OMS, para mulheres com hipertensão controlada, os métodos de progestagênio isolado são classificados como Categoria 1 (sem restrição ao uso) ou Categoria 2 (as vantagens superam os riscos), dependendo da avaliação clínica. Portanto, é a opção mais segura entre as listadas.

Alternativa B (Incorreta): As pílulas combinadas possuem estrogênio e progestagênio. Em mulheres hipertensas, mesmo com níveis pressóricos controlados, o uso de contraceptivos orais combinados é classificado como Categoria 3 pela OMS (os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens). Se a pressão estivesse elevada ou houvesse lesão de órgão-alvo, seria Categoria 4 (risco inaceitável).

Alternativa C (Incorreta): O injetável mensal é um método combinado (estrogênio + progestagênio). Assim como a pílula combinada, ele é contraindicado (Categoria 3 ou 4) para pacientes hipertensas devido ao componente estrogênico e seu impacto no risco cardiovascular.

Alternativa D (Incorreta): O adesivo transdérmico também é um método contraceptivo combinado. A via de administração transdérmica não elimina os riscos vasculares do estrogênio em pacientes com hipertensão arterial, mantendo-se a contraindicação.

Alternativa E (Incorreta): O anel vaginal é outro método combinado que libera etinilestradiol e etonogestrel. Assim como os demais métodos citados acima, a presença do estrogênio o torna inadequado para uma paciente com diagnóstico de hipertensão arterial crônica.

Resumo: Para pacientes hipertensas, deve-se priorizar métodos sem estrogênio, como os de progestagênio isolado (pílulas, implante, injetável trimestral), DIU de cobre ou DIU de levonorgestrel.

Questão 80

A endometriose é uma doença inflamatória crônica estrogênio-dependente. O objetivo principal do tratamento medicamentoso voltado para a dor é o bloqueio do estímulo hormonal sobre os focos de tecido endometrial localizados fora do útero, buscando induzir um estado de amenorreia e hipoestrogenismo.

Alternativa a: Incorreta. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINEs) agem inibindo a síntese de prostaglandinas, o que ajuda no alívio sintomático da dismenorreia (cólica menstrual). Contudo, eles não interferem na fisiopatologia da doença, não promovem a atrofia dos focos e não são considerados o tratamento de maior eficácia para o controle global da dor pélvica relacionada à endometriose.

Alternativa b: Incorreta. O estradiol é o principal hormônio responsável por estimular o crescimento e a proliferação dos implantes de endometriose. Administrar estradiol agravaria a doença e intensificaria os sintomas dolorosos.

Alternativa c: Incorreta. A gestrinona é um esteroide sintético com propriedades antiestrogênicas, antiprogestogênicas e androgênicas. Embora seja eficaz no tratamento da dor, seu uso é limitado por efeitos colaterais como acne, hirsutismo e ganho de peso. Em termos de potência de bloqueio hormonal e eficácia clínica documentada em protocolos de dor severa, os agonistas de GnRH são tradicionalmente superiores.

Alternativa d: Incorreta. A testosterona não é utilizada como tratamento para endometriose. Seus efeitos colaterais de virilização seriam graves e existem outras medicações hormonais muito mais específicas para bloquear o ciclo ovariano.

Alternativa e: Correta. Os agonistas do GnRH (como a leuprolida e a goserrelina) são considerados altamente eficazes para a melhora da dor. Eles atuam promovendo uma estimulação contínua dos receptores de GnRH na hipófise, o que causa uma dessensibilização (down-regulation) e conseqüente queda na produção de FSH e LH. Isso leva a um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico, conhecido como

pseudomenopausa. A privação intensa de estrogênio resulta na atrofia dos implantes endometrióticos e no controle rigoroso do processo inflamatório e da dor. Por serem muito potentes, seu uso costuma ser limitado a 6 meses ou associado a uma terapia de reposição hormonal mínima (add-back therapy) para reduzir efeitos colaterais como perda de massa óssea e sintomas motores.

Questão 81

A alternativa correta é a letra (a).

A questão descreve os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e menciona explicitamente o lema "Saúde para Todos no Ano 2000". Esse enunciado refere-se ao marco histórico que mudou a organização dos sistemas de saúde em nível global.

Análise das alternativas:

a) Correta. A Declaração de Alma-Ata foi o documento resultante da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na então União Soviética. Este marco definiu a Atenção Primária à Saúde como o centro do sistema de saúde e como o caminho para alcançar a equidade e a integralidade, estabelecendo a meta global de que todos os povos do mundo atingissem um nível de saúde digno até o ano 2000.

b) Incorreta. O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, teve como foco a reforma do ensino médico. Ele consolidou o modelo biomédico, com ênfase na especialização, no ambiente hospitalar e na pesquisa laboratorial, distanciando-se da visão social e comunitária proposta pela APS.

c) Incorreta. O Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974, é um marco importante para a Promoção da Saúde. Ele introduziu o conceito de determinantes de saúde (biologia, ambiente, estilo de vida e serviços de saúde). Embora tenha influenciado as discussões posteriores, não foi o evento que estabeleceu a APS como estratégia global ou o lema citado na questão.

d) Incorreta. O Relatório Black foi publicado no Reino Unido em 1980. Seu objetivo era investigar as desigualdades sociais em saúde na população britânica, demonstrando que, mesmo com um sistema de saúde universal, as classes sociais desfavorecidas apresentavam piores indicadores. É um estudo sobre equidade, mas não o marco de criação da APS.

e) Incorreta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada em 1948, estabelecendo a definição clássica de saúde como um estado de completo bem-estar

físico, mental e social. Embora a OMS tenha convocado a conferência de Alma-Ata anos depois, sua fundação em si não trouxe a estratégia estruturada de Atenção Primária à Saúde descrita no texto.

Questão 82

A análise do caso clínico apresentada pela médica baseia-se na compreensão de que a doença não é um evento isolado, mas o resultado de uma interação complexa. Abaixo, detalhamos cada modelo mencionado nas alternativas para justificar por que o modelo ecológico é o correto:

a) Biomédico: Incorreto. O modelo biomédico é centrado na doença e na biologia do corpo humano, visto como uma máquina que precisa de reparos. Ele foca primordialmente no agente etiológico (bactéria) e na fisiopatologia, tendendo a ignorar ou a dar pouca importância aos determinantes sociais e ambientais que cercam o paciente.

b) Social: Incorreto. O modelo social (ou da Determinação Social da Doença) foca nas estruturas da sociedade, como desigualdade econômica, relações de trabalho e poder, como as causas primárias do adoecimento. Embora a médica tenha considerado a pobreza da família, ela integrou isso em um sistema de tríade com o agente biológico e o hospedeiro, o que caracteriza outro modelo.

c) Ecológico: Correto. O modelo ecológico, também chamado de Tríade Epidemiológica, explica o processo saúde-doença por meio da interação equilibrada ou desequilibrada entre três elementos: o Agente (neste caso, a bactéria), o Hospedeiro (a criança com suas características individuais e nutricionais) e o Ambiente (o domicílio insalubre, sem ventilação e com fumaça). A descrição exata da médica ao considerar esses três pilares define este modelo.

d) Histórico-cultural: Incorreto. Este modelo busca entender como o conceito de saúde e doença varia de acordo com a época histórica e o contexto cultural de um povo. Ele analisa como as crenças e o desenvolvimento da sociedade moldam a percepção das enfermidades, o que foge à análise técnica e ambiental feita no enunciado.

e) Mágico-religioso: Incorreto. Este é um modelo pré-científico em que a doença é interpretada como um castigo divino, uma provação espiritual ou influência de forças sobrenaturais. Não possui embasamento em evidências biológicas, sociais ou epidemiológicas.

Portanto, ao relacionar o agente biológico, a condição do hospedeiro e as variáveis

do meio ambiente, a conduta da médica exemplifica perfeitamente o modelo ecológico.

Questão 83

O caso descreve um surto de doença diarreica aguda (DDA) associado ao consumo de água contaminada por coliformes fecais em uma área sem saneamento básico. No âmbito da Vigilância Ambiental (VIGIAGUA), o objetivo imediato é interromper a cadeia de transmissão no veículo (a água).

Alternativa a: Incorreta. A coleta de exames parasitológicos e o tratamento coletivo são ações voltadas à assistência clínica e à vigilância epidemiológica (foco no hospedeiro). Essas medidas não tratam a causa ambiental do problema, e o tratamento coletivo não é a conduta padrão para diarreias agudas de provável etiologia infecciosa diversa em um surto.

Alternativa b: Incorreta. A notificação no SINAN (ou sistemas equivalentes para monitoramento de DDA) é uma etapa administrativa e epidemiológica essencial para o planejamento de saúde, mas não constitui uma ação de intervenção ambiental direta para impedir que novas pessoas adoeçam imediatamente.

Alternativa c: Incorreta. Ações educativas são fundamentais na atenção primária, porém, em uma situação de surto com fonte de contaminação identificada (água do rio), orientações gerais de higiene são menos eficazes do que uma instrução específica para descontaminar o veículo de transmissão que todos estão utilizando.

Alternativa d: Correta. Diante da ausência de tratamento de água e saneamento, a fervura é a medida de intervenção ambiental mais rápida, barata e eficaz para a eliminação de patógenos (bactérias, vírus e protozoários). É a recomendação técnica imediata para garantir que a água se torne potável para consumo humano em situações de emergência ou vulnerabilidade extrema.

Alternativa e: Incorreta. É tecnicamente inviável realizar a cloração de um rio (corpo de água corrente), pois o fluxo constante impede que o cloro atinja o tempo de contato e a concentração necessários para a desinfecção. A cloração só é eficaz quando realizada em reservatórios, cisternas ou sistemas de distribuição fechados.

Questão 84

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar os conceitos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, conforme as bases da Saúde Coletiva.

A Promoção da Saúde baseia-se na Carta de Ottawa e foca nos determinantes sociais, visando aumentar a autonomia dos indivíduos e da comunidade sobre sua saúde por meio de educação, políticas públicas e empoderamento. No contexto da dengue, envolve educar a população para que ela compreenda a dinâmica da doença e se torne protagonista no controle do ambiente.

A Prevenção de Doenças foca na redução de riscos e danos de uma patologia específica. A prevenção primária, especificamente, atua para evitar que a doença ocorra, como no bloqueio mecânico ou químico do vetor (mosquito).

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A intensificação de campanhas educativas comunitárias é uma estratégia clássica de promoção da saúde, pois busca a conscientização e a mudança de comportamento social por meio do conhecimento. Já a vedação de caixas-d'água e recipientes é uma medida de prevenção primária (proteção específica), pois atua diretamente no bloqueio do ciclo biológico do mosquito *Aedes aegypti*, impedindo o surgimento de novos casos.

b) INCORRETA. A distribuição de repelentes é uma medida de prevenção (proteção específica individual). A ampliação do acesso a exames sorológicos é uma medida de diagnóstico precoce, que se enquadra na prevenção secundária, e não no conceito de prevenção primária de novos casos no território.

c) INCORRETA. Embora a implantação de grupos de apoio sobre hábitos de vida saudáveis seja uma ação de promoção da saúde, ela é genérica e não está diretamente relacionada ao cenário de dengue solicitado. O encaminhamento de pacientes com sinais de alarme faz parte do manejo clínico e da assistência (prevenção terciária ou tratamento), não sendo uma medida preventiva de base territorial.

d) INCORRETA. Palestras sobre alimentação equilibrada são ações de promoção da saúde geral, sem foco direto na epidemia de dengue mencionada. A organização de mutirões para recolhimento de pneus é uma medida correta de prevenção, mas a primeira parte da alternativa descaracteriza a resposta ideal para o cenário proposto.

e) INCORRETA. O incentivo à atividade física é promoção da saúde, mas, novamente, sem relação com o agravo em questão. A disponibilização de medicamentos

analgésicos e antitérmicos refere-se ao tratamento sintomático e ao manejo clínico de casos já existentes, não se configurando como prevenção da doença.

Portanto, a alternativa (a) é a única que apresenta ações específicas para o contexto da dengue, respeitando a ordem de promoção e prevenção solicitada pelo enunciado.

Questão 85

Esta questão aborda os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a ética médica e o papel da atenção primária na proteção da criança e na vigilância em saúde.

Alternativa (a): Incorreta. O SUS é regido pelo princípio da universalidade, estabelecido na Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O acesso não pode ser restrito por conta da situação migratória, nacionalidade ou falta de documentação. Orientar a busca por uma ONG em vez de garantir o atendimento público integral fere esse princípio fundamental.

Alternativa (b): Incorreta. O atendimento no SUS deve ser integral, o que inclui não apenas a urgência, mas o acompanhamento longitudinal, preventivo e o fornecimento de medicamentos. Não existe amparo legal ou portaria do Ministério da Saúde que condicione o tratamento de doenças crônicas ou o acompanhamento na Atenção Primária à regularização documental do imigrante.

Alternativa (c): Correta. Esta alternativa reflete a conduta adequada sob três aspectos:

1. Princípios do SUS: Garante a universalidade e a integralidade, tratando o paciente independentemente de sua condição migratória.
2. Proteção à Criança: A exposição da criança a um ambiente de trabalho insalubre (umidade e poeira de tecidos) e a possível situação de negligência ou trabalho infantil (mesmo que apenas acompanhando os pais em local inadequado) exigem a articulação com o Conselho Tutelar, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
3. Vigilância em Saúde: O ambiente de trabalho dos pais é o determinante social direto da doença da criança. A notificação à Vigilância em Saúde do Trabalhador é essencial para investigar as condições laborais da fábrica de confecção, visando à proteção da saúde dos trabalhadores e de seus dependentes.

Alternativa (d): Incorreta. A proposta de restringir exames especializados e consultas regulares fere o princípio da integralidade. O sistema de saúde brasileiro deve oferecer todo o suporte necessário para o diagnóstico e tratamento adequados (no caso, a investigação de tosse crônica e sibilos), sem distinções burocráticas que

limitem o cuidado.

Alternativa (e): Incorreta. Embora a manutenção do vínculo e a confiança da família sejam importantes na Estratégia Saúde da Família, o médico possui o dever ético e legal de intervir em situações que ameaçam a integridade de menores ou que configurem riscos ambientais e ocupacionais graves. A omissão diante de um ambiente de trabalho claramente insalubre e prejudicial ao desenvolvimento infantil não é permitida, e a notificação é um instrumento de garantia de direitos, não uma medida punitiva contra a família.

Questão 86

A questão aborda a Lei nº 8.142/1990, que é um dos marcos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) por instituir os canais de participação da comunidade na gestão da saúde, o chamado controle social. Para responder corretamente, o candidato deve diferenciar as funções e a periodicidade das duas instâncias principais previstas na lei: os Conselhos e as Conferências.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O Conselho de Saúde possui caráter permanente e deliberativo. Sua função, conforme descrita na Lei 8.142/90, é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (neste caso, municipal), abrangendo inclusive os aspectos econômicos e financeiros. Como o médico atua em um serviço municipal, o Conselho Municipal de Saúde é o fórum adequado para fiscalizar a falta de insumos e cobrar a execução correta do orçamento.

Alternativa b) Incorreta. A Conferência de Saúde é um fórum que se reúne a cada quatro anos com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Ela não possui o caráter de fiscalização contínua ou controle financeiro cotidiano que a questão descreve.

Alternativa c) Incorreta. Embora o Conselho Estadual de Saúde tenha funções análogas às do municipal, o problema relatado ocorre em um ambulatório municipal. Pelo princípio da descentralização e da hierarquia do SUS, a primeira instância de controle social para resolver um problema de gestão local é o Conselho Municipal.

Alternativa d) Incorreta. Os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde são instâncias locais importantes para a democratização do serviço, mas não são a entidade formal definida na Lei 8.142/1990 com a competência específica de fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros da política de saúde do município como um todo.

Alternativa e) Incorreta. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um foro de negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Ela não é uma instância de participação social (composta por usuários, profissionais e prestadores), mas sim uma instância técnica e política de gestão.

Em resumo, o comando da questão descreve exatamente a definição legal do Conselho de Saúde: órgão permanente, deliberativo, responsável por estratégias e fiscalização financeira. Portanto, a resposta correta é o Conselho Municipal de Saúde.

Questão 87

A Lei nº 8.080/1990, em seus artigos 24, 25 e 26, regulamenta a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito central é o da complementaridade, que ocorre sob diretrizes específicas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora existam modelos de gerenciamento por organizações sociais, a cobrança direta aos usuários por serviços prestados dentro do SUS é estritamente proibida. O SUS é pautado pelo princípio da gratuidade universal. Além disso, a iniciativa privada contratada deve submeter-se às normas técnicas e administrativas do SUS, não possuindo autonomia para organizar o sistema conforme seus interesses privados.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o texto do Artigo 24 da Lei 8.080/1990. A participação complementar só deve ocorrer quando as disponibilidades do setor público forem insuficientes para garantir a assistência à saúde da população de uma determinada região. Nesse caso, o Estado formaliza a contratação de serviços privados para suprir essa lacuna.

Alternativa c) Incorreta. O setor privado tem livre iniciativa para oferecer serviços de saúde de forma particular ou por convênios (saúde suplementar). No entanto, a questão refere-se à participação privada DENTRO do SUS. Quando atua em caráter complementar ao SUS, a entidade privada é remunerada pelo poder público e não pode cobrar qualquer valor do cidadão.

Alternativa d) Incorreta. O fundamento jurídico para a participação complementar não é a agilidade ou eficiência da rede privada em relação à pública, mas sim a insuficiência da rede pública. A lei não estabelece juízo de valor sobre qual rede é mais eficiente; ela apenas autoriza a complementação para assegurar o direito

constitucional à saúde.

Alternativa e) Incorreta. Não existe obrigação legal para que empresas privadas integrem o SUS. A participação é voluntária e ocorre mediante contrato de direito público ou convênio, seguindo ritos de licitação ou chamamento público. Além disso, a Constituição e a Lei 8.080 determinam que, na contratação de serviços complementares, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência sobre as empresas com fins lucrativos.

Gabarito: Letra (b).

Questão 88

Esta questão aborda os direitos do paciente e a legislação vigente sobre o acompanhamento de mulheres em atendimentos de saúde. Recentemente, a Lei nº 14.737/2023 alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para ampliar o direito da mulher de ser acompanhada em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Normas internas ou protocolos administrativos de unidades de saúde não podem se sobrepor à legislação federal. A exigência de autorização prévia da chefia para o exercício de um direito garantido por lei é abusiva e ilegal.

Alternativa (b) Incorreta: Adiar o atendimento sob a justificativa de necessidade de agendamento prévio para o acompanhante configura uma barreira indevida ao acesso à saúde. O direito ao acompanhante não depende de aviso prévio ou marcação específica.

Alternativa (c) Incorreta: A presença do acompanhante não deve ser tratada como uma concessão "excepcional" ou ficar a critério do julgamento subjetivo do médico sobre o bem-estar da paciente. Trata-se de um direito potestativo da paciente, ou seja, ela tem o poder de exercê-lo independentemente da vontade do profissional.

Alternativa (d) Correta: De acordo com a Lei nº 14.737/2023, toda mulher tem o direito de ser acompanhada por pessoa de sua livre escolha em consultas, exames e procedimentos. Esse direito deve ser garantido independentemente de notificação prévia. O profissional deve respeitar a autonomia da paciente e permitir a permanência da acompanhante indicada.

Alternativa (e) Incorreta: O suposto constrangimento da equipe multiprofissional não

é justificativa legal para impedir a presença de um acompanhante. O foco do atendimento deve ser a segurança e o conforto da paciente, respeitando seus direitos legais e humanos.

Gabarito: Letra (d).

Questão 89

ANÁLISE DA QUESTÃO

O objetivo da equipe de vigilância epidemiológica é descrever a magnitude de uma condição de saúde (prevalência), caracterizar o perfil da população acometida e gerar hipóteses para investigações futuras. Essas são as funções primordiais de um estudo descritivo, observacional e de coleta simultânea de dados.

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

O estudo transversal, também conhecido como estudo de prevalência ou seccional, funciona como uma fotografia instantânea de uma população em um determinado momento. Nele, a exposição e a doença são avaliadas simultaneamente. É o delineamento ideal para o que a questão propõe porque:

1. Permite medir a prevalência (magnitude do problema).
2. Descreve as características das pessoas afetadas no momento da coleta.
3. É rápido, de baixo custo e excelente para formular hipóteses que, posteriormente, poderão ser testadas por estudos analíticos (como coorte ou caso-controle).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O ensaio clínico é um estudo experimental e de intervenção. Ele é utilizado para testar a eficácia ou segurança de tratamentos, vacinas ou procedimentos médicos. Não é adequado para vigilância epidemiológica de base populacional que visa apenas descrever a situação de saúde existente.

Alternativa (b): Estudos longitudinais retrospectivos (como o caso-controle) olham para trás no tempo para identificar fatores de risco. Eles são estudos analíticos que já partem de uma hipótese ou de um grupo com a doença estabelecida para buscar a causa. Não são o primeiro passo para descrever a magnitude geral de uma doença em uma comunidade.

Alternativa (c): O estudo de coorte prospectivo acompanha grupos de indivíduos saudáveis ao longo de anos para verificar quem desenvolve a doença (incidência). É um estudo analítico complexo, caro e demorado, utilizado para confirmar relações de causa e efeito, e não para a descrição inicial e formulação de hipóteses de um aumento súbito de casos.

Alternativa (d): O estudo ecológico utiliza dados agregados de populações, países ou cidades (como taxas de mortalidade de um estado inteiro), e não dados individuais. Embora possa gerar hipóteses, ele não permite caracterizar individualmente a população afetada com a precisão necessária para o objetivo descrito na questão, além de estar sujeito à falácia ecológica (atribuir ao indivíduo uma característica observada apenas no grupo).

Questão 90

Essa questão aborda os fundamentos da epidemiologia, focando especificamente no delineamento de estudos do tipo caso-controle e sua principal medida de associação, o Odds Ratio (OR).

Em um estudo de caso-controle, partimos do desfecho (pessoas que já estão doentes) e olhamos para trás no tempo para investigar a frequência de exposição a determinados fatores de risco. Como não acompanhamos os participantes ao longo do tempo, não podemos calcular a incidência da doença e, conseqüentemente, não podemos calcular o Risco Relativo diretamente. Por isso, utilizamos o Odds Ratio.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em estudos transversais, a medida de associação mais utilizada é a Razão de Prevalência. Embora o Odds Ratio possa ser calculado em estudos transversais (chamado de Odds Ratio de Prevalência), ele não define a força de associação típica desse delineamento, mas sim do caso-controle.

Alternativa b) Correta. O Odds Ratio traduz-se como Razão de Chances. Ele compara a chance de exposição entre o grupo de casos (doentes) e a chance de exposição entre o grupo de controles (não doentes). Matematicamente, é o produto cruzado da tabela 2x2 (ad/bc).

Alternativa c) Incorreta. A prevalência da exposição é apenas uma medida descritiva de quanto um fator está presente na amostra. O Odds Ratio é uma medida de associação, que busca estabelecer uma relação entre essa exposição e o adoecimento, e não apenas descrever sua frequência.

Alternativa d) Incorreta. O risco atribuível populacional indica a proporção da doença na população que seria eliminada se o fator de risco fosse removido. Para o seu cálculo, é necessário conhecer a incidência da doença, dado que os estudos de caso-controle geralmente não a fornecem, por sua natureza retrospectiva e baseada na prevalência de casos.

Alternativa e) Incorreta. A razão de incidência é o Risco Relativo (RR). O RR é a medida de associação clássica dos estudos de coorte e ensaios clínicos, nos quais acompanhamos grupos de expostos e não expostos para observar quem desenvolve a doença ao longo do tempo. Como no caso-controle os indivíduos já estão doentes no início do estudo, não há cálculo de incidência.

Questão 91

O conceito de território é um dos pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para a saúde pública, o território não é apenas um recorte geográfico-administrativo, mas sim o que chamamos de território-processo, local onde a vida acontece, com todas as suas complexidades sociais e políticas. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Definir o território exclusivamente por limites geográficos e administrativos ignora a essência da Atenção Primária. O território na ESF é vivo e pulsante; ele deve obrigatoriamente considerar os aspectos sociais, culturais e as relações de poder que influenciam o processo saúde-doença daquela comunidade.

Alternativa b) Incorreta. O território vai muito além da área física de abrangência da unidade. Ele está intrinsecamente ligado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), o que inclui as condições de moradia, saneamento, lazer, trabalho e renda dos moradores. Entender como as pessoas vivem e trabalham é fundamental para o planejamento das ações de saúde.

Alternativa c) Incorreta. Embora o número de famílias e pessoas cadastradas seja um dado importante para o dimensionamento das equipes e para o planejamento logístico, o conceito de território não é meramente quantitativo. Ele é qualitativo, pois envolve a compreensão das redes de apoio, vulnerabilidades e potencialidades de uma comunidade específica.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o conceito de território-processo. O território é compreendido como um espaço em constante transformação (dinâmico), onde a geografia se mistura com a história, a economia, a cultura e o perfil epidemiológico da população. É nesse cenário que a equipe de saúde deve atuar, reconhecendo as especificidades locais para oferecer um cuidado integral.

Alternativa e) Incorreta. A responsabilidade da equipe de Saúde da Família é sobre toda a população adscrita ao território, independentemente de essas pessoas buscarem ou não o serviço de forma regular. A busca ativa e a vigilância em saúde

são deveres da equipe, alcançando inclusive aqueles que não utilizam a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que residem na área de atuação.

Questão 92

Análise do conceito central:

A esperança de vida ao nascer, também conhecida como expectativa de vida, é um indicador-síntese que reflete as condições de saúde e de vida de uma população. Ela não é um registro histórico de quanto as pessoas viveram, mas sim uma estimativa estatística prospectiva baseada nas condições atuais de mortalidade.

Alternativa (c) - CORRETA:

Esta alternativa apresenta a definição técnica e epidemiológica exata do indicador. O cálculo é feito a partir de uma tabela de vida (ou tábua atuarial), que projeta o número médio de anos que um grupo de recém-nascidos (coorte hipotética) viveria se as taxas de mortalidade por idade, registradas no ano de seu nascimento, fossem mantidas inalteradas até que todos os indivíduos dessa coorte morressem. É um indicador que permite comparar a saúde de diferentes populações de forma padronizada.

Alternativa (a) - INCORRETA:

O indicador não se restringe à probabilidade de sobrevivência até uma idade específica, como os 65 anos. Além disso, ele não considera apenas causas crônicas; o cálculo utiliza a mortalidade geral (todas as causas) em todas as faixas etárias, incluindo mortalidade infantil, causas externas e doenças infectocontagiosas.

Alternativa (b) - INCORRETA:

A esperança de vida representa uma média (valor esperado), e não uma idade mínima. Embora a redução da mortalidade infantil seja o fator que mais eleva a esperança de vida ao nascer em países em desenvolvimento, o indicador utiliza as taxas de mortalidade de todas as idades do ciclo vital, e não apenas as taxas infantis.

Alternativa (d) - INCORRETA:

O enunciado descreve aqui o conceito de Esperança de Vida Saudável ou Esperança de Vida Livre de Incapacidade. Esse é um indicador diferente, que subtrai do tempo total de vida os anos vividos com limitações funcionais ou doenças incapacitantes. A esperança de vida ao nascer clássica foca apenas na sobrevivência,

independentemente do estado de saúde.

Alternativa (e) - INCORRETA:

A alternativa descreve a idade média ao morrer da população atual. Embora pareça logicamente correto, estatisticamente esse dado é influenciado pela estrutura etária da população (se há mais idosos ou mais jovens). A esperança de vida ao nascer é um cálculo padronizado que projeta o futuro de quem nasce agora com base nas taxas de mortalidade vigentes, permitindo comparações mais precisas entre diferentes municípios ou países.

Questão 93

A questão aborda o papel do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a aplicação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. O caso apresenta um paciente com sintomas ansiosos reativos a conflitos psicossociais e uso nocivo de álcool, sem critérios de gravidade extrema ou dependência química severa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A internação hospitalar, segundo a Lei 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica), deve ser o último recurso, indicada apenas quando as possibilidades extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e houver risco iminente de auto ou heteroagressividade ou grave prejuízo clínico. O quadro de ansiedade do paciente, embora intenso, é reativo e pode ser manejado na rede substitutiva.

b) Correta. O CAPS é um serviço de base comunitária e territorial. Sua função principal é oferecer cuidado intensivo, interdisciplinar e personalizado. A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a ferramenta central de cuidado, integrando a equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) para atuar não apenas nos sintomas (clínicos), mas também nas causas familiares/laborais (psicossociais) e na autonomia do sujeito (reinserção social).

c) Incorreta. Embora a psicoterapia e a medicação possam compor o tratamento, esta alternativa é limitada. Ela foca no modelo biomédico ambulatorial tradicional e ignora a complexidade do papel do CAPS, que deve articular a rede e considerar o contexto social e o uso de substâncias do paciente de forma integral, e não apenas sintomática.

d) Incorreta. As Comunidades Terapêuticas (CTs) são voltadas para casos de dependência química que demandam acolhimento residencial transitório em

ambiente protegido. O paciente relatou expressamente que não possui dependência de álcool, apenas uso nocivo. Além disso, as CTs não são a porta de entrada nem a conduta prioritária para transtornos de ansiedade na rede pública.

e) Incorreta. O manejo da crise é apenas a etapa inicial. Limitar a intervenção a isso e orientar a busca por pronto-socorro promove a fragmentação do cuidado e a "porta giratória" (recorrência de crises por falta de acompanhamento). O CAPS tem justamente a função de evitar a hospitalização desnecessária por meio do acompanhamento longitudinal e da prevenção de novas crises no território do paciente.

Questão 94

A questão aborda os princípios da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto central é entender quem deve ser notificado e em quais circunstâncias.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O acidente de trajeto (ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho) é legalmente equiparado ao acidente de trabalho. Para fins de vigilância epidemiológica e proteção à saúde, ele deve ser considerado como um evento relacionado ao trabalho, não importando se ocorreu dentro ou fora do ambiente físico da empresa.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa reflete os princípios da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem finalidade epidemiológica e deve ser realizada para todos os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo (formal ou informal, autônomo, desempregado, etc.). O objetivo é dar visibilidade aos agravos para que a Vigilância em Saúde do Trabalhador possa planejar ações de prevenção e intervenção. No contexto de provas de residência, reforça-se que o SUS atende à universalidade, e a saúde do trabalhador abrange onexo causal com o trabalho e o deslocamento (trajeto).

Alternativa C: Incorreta. O SUS rege-se pelo princípio da universalidade. A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve acolher e registrar dados de todos os cidadãos, inclusive daqueles sem registro em carteira (trabalhadores informais). Restringir o registro apenas ao prontuário clínico sem realizar a notificação compulsória prejudica a geração de estatísticas de saúde pública e a implementação de políticas de prevenção.

Alternativa D: Incorreta. A função do profissional de saúde na unidade de atendimento é garantir a assistência e realizar a notificação epidemiológica aos órgãos competentes do setor de saúde. A regularização do vínculo trabalhista e a comunicação com a empresa são esferas administrativas e jurídicas que não competem ao médico ou à equipe de saúde como condição para a notificação no SINAN.

Alternativa E: Incorreta. Embora exista uma lista nacional de notificação compulsória que destaca acidentes graves, fatais e envolvendo crianças/adolescentes para fins de fluxo imediato, a diretriz pedagógica e as normas de vigilância visam à notificação ampla de acidentes de trabalho para subsidiar o planejamento em saúde. O fato de o trabalhador ser informal reforça ainda mais a necessidade de notificação no SINAN, já que ele não terá a emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) pela via previdenciária convencional.

Em resumo, para a Saúde Pública, o que define a notificação é o nexo entre o agravo e o trabalho (ou trajeto), independentemente da formalidade do emprego ou da gravidade extrema do ferimento. No SINAN, a notificação deve ser feita para garantir o direito à visibilidade epidemiológica de todo trabalhador.

Questão 95

O caso clínico descreve um quadro clássico de uretrite masculina (corrimento uretral purulento e disúria). Em serviços de Atenção Primária à Saúde, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), a abordagem preconizada pelo Ministério da Saúde é o Manejo Síndromico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A abordagem puramente biomédica é insuficiente e ultrapassada. O médico deve abordar a sexualidade de forma aberta, técnica e sem julgamentos. Evitar o assunto por "receio de constrangimento" prejudica o vínculo, a educação em saúde e a identificação de comportamentos de risco, além de não combater o estigma que muitas vezes afasta o paciente do serviço.

b) Incorreta. Embora a investigação sorológica (HIV, sífilis, hepatites B e C) e a notificação de parceiros sejam fundamentais, o tratamento para a síndrome da descarga uretral deve ser imediato (no momento da consulta). Não se deve aguardar resultados de exames ou a notificação de parceiros para iniciar a terapia, visando ao alívio dos sintomas e à interrupção da cadeia de transmissão.

c) Correta. Esta alternativa contempla todos os pilares do manejo das ISTs na

Atenção Primária: 1) Tratamento sintromico imediato (geralmente cobrindo *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*); 2) Solicitação de exames complementares (testes rápidos e sorologias); 3) Prevenção e aconselhamento (uso de preservativos, vacinação); 4) Acolhimento humanizado, garantindo um ambiente livre de discriminação e respeitando a orientação sexual do paciente, o que é essencial para a adesão e o sucesso do tratamento.

d) Incorreta. O atendimento a adultos em relação às ISTs é pautado pelo sigilo médico e pela autonomia do paciente. Propor o envolvimento da família como "principal estratégia" é inadequado e pode violar a privacidade do indivíduo, além de não ser a conduta clínica prioritária para o tratamento da uretrite.

e) Incorreta. A sexualidade e o enfrentamento do estigma são partes integrantes da consulta médica e da prática da equipe de Saúde da Família. Embora o serviço social possa auxiliar em vulnerabilidades sociais específicas, o médico e a equipe de enfermagem devem estar preparados para acolher e manejar essas questões, não devendo "terceirizar" o diálogo sobre sexualidade.

Em resumo, a conduta correta une a eficácia clínica (tratamento imediato para os agentes mais prováveis) com a competência ética e comunicativa (acolhimento e aconselhamento).

Questão 96

Para a resolução desta questão, é fundamental o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI) e das características do vírus varicela-zóster (VVZ).

O herpes-zóster é a reativação do vírus varicela-zóster em indivíduos que já tiveram catapora (varicela). Uma pessoa com lesões ativas de herpes-zóster pode transmitir o vírus para pessoas suscetíveis, que desenvolverão varicela (e não zóster). No entanto, a conduta vacinal deve respeitar as faixas etárias e a segurança dos imunobiológicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A vacina varicela é composta por vírus vivos atenuados. No calendário oficial do Ministério da Saúde, a primeira dose é aplicada aos 15 meses de idade (como parte da tetraviral ou isolada) e a segunda dose aos 4 anos. Não há recomendação para administrar essa vacina em lactentes de 4 meses, mesmo após exposição, devido à imaturidade do sistema imunológico e à possível interferência de anticorpos maternos, além da ausência de estudos de segurança nessa faixa etária.

Alternativa b) Incorreta. O herpes-zóster não é uma complicação da influenza; são doenças causadas por vírus de famílias completamente diferentes (Herpesviridae e Orthomyxoviridae, respectivamente). Além disso, a vacina influenza é indicada para crianças a partir dos 6 meses de idade, não sendo aplicável ao paciente de 4 meses.

Alternativa c) Correta. Aos 4 meses, a criança deve ter recebido as vacinas previstas (2ª dose da Pentavalente, VIP, Pneumocócica 10-valente e Rotavírus). Não existe indicação de antecipação da vacina contra varicela para um lactente desta idade. Em casos de exposição domiciliar de alto risco para complicações, a conduta de profilaxia pós-exposição em menores de 9 meses envolveria o uso de Imunoglobulina Específica contra Varicela-Zóster (VZIG) em situações muito específicas (como recém-nascidos de mães que tiveram varicela próximo ao parto), o que não é o caso de um lactente hígido de 4 meses exposto à avó com zóster. Portanto, a conduta vacinal de rotina deve ser mantida.

Alternativa d) Incorreta. A vacina meningocócica ACWY protege contra quatro sorogrupos da bactéria *Neisseria meningitidis*. Não existe proteção cruzada entre vacinas para meningite bacteriana e infecções por vírus da família herpes. No SUS, a ACWY é aplicada em adolescentes de 11 a 14 anos, embora esteja disponível em clínicas privadas para bebês.

Alternativa e) Incorreta. Não se deve postergar vacinas do calendário básico (como as de 6 meses: Pentavalente e VIP) para substituir por outras que não estão indicadas para a idade. A vacina varicela não deve ser administrada rotineiramente aos 6 meses de idade.

Em resumo, a criança está com o calendário em dia e a exposição ao herpes-zóster da avó, embora exija cuidados de isolamento de contato com as lesões da idosa, não altera a conduta vacinal imediata para um lactente de 4 meses.

Questão 97

A questão aborda os três pilares clássicos da organização dos sistemas de saúde no mundo ocidental. Para resolvê-la, é necessário associar cada modelo à sua respectiva filosofia de acesso e financiamento.

O Modelo Beveridgiano, consolidado no Reino Unido pós-Segunda Guerra Mundial, estabelece que a saúde é um direito universal. Nesse sistema, o Estado é o provedor e financiador, utilizando impostos gerais pagos por toda a sociedade para garantir assistência integral a todos os cidadãos, independentemente de sua situação no mercado de trabalho. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é inspirado neste

modelo.

O Modelo Bismarckiano, criado na Alemanha no final do século XIX, fundamenta-se na ideia de seguro social. O acesso aos serviços de saúde é vinculado à condição de trabalhador e à contribuição financeira obrigatória realizada por empregados e empregadores. Os recursos são destinados a caixas de seguro (fundos de saúde), não sendo um sistema financiado por impostos gerais nem universal para quem não contribui.

O Modelo de Mercado encara a saúde como um bem de consumo ou mercadoria. Nele, a assistência médica é adquirida conforme a capacidade individual de pagamento, seja por meio da compra de planos de saúde privados ou pelo pagamento direto por serviços (*out-of-pocket*). O Estado possui participação mínima, geralmente restrita a grupos extremamente vulneráveis.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Atribui ao modelo Beveridge a visão de bem de consumo, o que contradiz sua base de direito universal e financiamento público.

Alternativa B: Incorreta. Classifica o modelo Beveridge como seguro social (característica do Bismarck) e o Bismarck como bem de consumo (característica do Mercado).

Alternativa C: Incorreta. Embora acerte a definição do modelo de mercado, inverte os conceitos de Beveridge (direito universal) e Bismarck (seguro social).

Alternativa D: Incorreta. Acerta a definição de Beveridge, mas inverte as definições de Bismarck e Mercado, tratando o seguro social como se fosse de mercado.

Alternativa E: Correta. Apresenta a sequência exata solicitada pelo enunciado: o modelo Beveridge concebe a saúde como direito universal, o modelo Bismarck como seguro social e o modelo de Mercado como bem de consumo.

Questão 98

Esta questão aborda temas fundamentais da Medicina de Família e Comunidade e da Clínica Médica: a prevenção quaternária, a medicina baseada em evidências e a comunicação médico-paciente. O desafio aqui é equilibrar a autonomia do paciente e sua ansiedade com a responsabilidade técnica e ética de não causar danos por excesso de intervenção.

A alternativa (a) está incorreta porque a autonomia do paciente não é absoluta e não deve obrigar o médico a realizar condutas tecnicamente inadequadas. Atender a pedidos de exames sem indicação clínica fere o princípio da não maleficência, pois expõe o paciente a resultados falso-positivos, ansiedade desnecessária e procedimentos invasivos decorrentes de achados incidentais (incidentalomas).

A alternativa (b) está incorreta porque a realização de ultrassonografia de tireoide como rastreamento em pacientes assintomáticos e sem fatores de risco (como exposição a radiação ionizante ou histórico familiar importante) não é recomendada pelas principais diretrizes mundiais, como a USPSTF e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia. O rastreamento aumenta drasticamente as taxas de diagnóstico de pequenos carcinomas papilíferos que nunca evoluiriam clinicamente, levando a cirurgias e tratamentos desnecessários.

A alternativa (c) está incorreta porque a dosagem de vitamina D não deve ser realizada de forma rotineira em pacientes saudáveis e assintomáticos. Embora a deficiência seja comum, o rastreamento populacional não demonstrou benefícios claros em saúde para indivíduos hígidos. O foco deve ser a promoção de hábitos de vida saudáveis.

A alternativa (d) é a correta. Esta alternativa aplica o conceito de prevenção quaternária, que consiste em detectar indivíduos em risco de intervencionismo médico excessivo e protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas. A conduta correta envolve acolher a preocupação do paciente (empatia), realizar uma anamnese e exame físico dirigidos para identificar riscos reais e explicar, com base em evidências, por que os exames solicitados podem ser mais prejudiciais do que benéficos (explicando os riscos de sobrediagnóstico e sobretratamento).

A alternativa (e) está incorreta porque o encaminhamento ao especialista para decidir sobre exames de rotina em um paciente hígido sobrecarrega o sistema de saúde e transfere uma responsabilidade que é da atenção primária. O médico deve ter a competência de gerenciar a ansiedade do paciente e fundamentar a não solicitação dos exames na própria consulta, sem postergar a decisão ou delegar a autoridade científica sem necessidade clínica.

Questão 99

Esta questão aborda os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, aplicada ao contexto da pediatria e da relação médico-paciente-família.

Alternativa a) Incorreta. Oferecer mais explicações técnicas sobre a fisiopatologia da

doença foca apenas no aspecto biológico e não atende à demanda subjetiva da mãe. O relato dela é de se sentir "invisível", o que indica uma falha na comunicação interpessoal e no acolhimento, e não necessariamente uma falta de entendimento sobre a bronquiolite.

Alternativa b) Incorreta. Embora o descanso seja uma necessidade física real, afastar a mãe do leito de forma impositiva pode aumentar a ansiedade dela e ferir o direito de acompanhante em tempo integral garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A humanização pressupõe a inclusão da família no cuidado, e não o seu afastamento.

Alternativa c) Incorreta. Esta conduta é antiética e tecnicamente inadequada. Sedar um paciente pediátrico sem indicação clínica, apenas para facilitar o descanso do acompanhante, viola os princípios da segurança do paciente e da boa prática médica, além de não abordar a raiz do sofrimento da mãe.

Alternativa d) Incorreta. Responder com base em "protocolos eficientes" é uma atitude defensiva e tecnocrática que ignora o sofrimento subjetivo. Isso reforça a sensação de invisibilidade da acompanhante, colocando as regras institucionais acima da singularidade do cuidado e do bem-estar emocional da família.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente as diretrizes da PNH, como o Acolhimento e a Clínica Ampliada. A escuta ativa e a validação de sentimentos transformam a relação entre médico e acompanhante, reconhecendo a mãe como um sujeito ativo no processo de cuidado. Além disso, a proposta de compartilhar essas percepções com a equipe multiprofissional está alinhada ao princípio da Transversalidade, garantindo que todos os profissionais envolvidos compreendam a necessidade de mudar a postura frente a essa família para humanizar o atendimento.

Questão 100

Alternativa a: Incorreta. No SUS, a autonomia do médico para prescrever é respeitada, mas o fornecimento de medicamentos, especialmente os de alto custo, não depende exclusivamente do seu julgamento. Para que o Estado forneça o fármaco, o paciente deve obrigatoriamente preencher os critérios de elegibilidade estabelecidos em normas técnicas, visando à equidade e ao uso responsável dos recursos públicos.

Alternativa b: Incorreta. Embora a afirmação sobre a Anvisa e a necessidade de protocolos esteja correta do ponto de vista administrativo geral, ela é incompleta perante o enunciado. A alternativa d é mais precisa, pois utiliza a terminologia

técnica correta para o processo descrito: Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT).

Alternativa c: Incorreta. A via judicial (judicialização da saúde) é um mecanismo de exceção. O SUS possui o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que é a via administrativa regular para o fornecimento de medicamentos de alto custo que já foram incorporados ao sistema, como é o caso dos antivirais para hepatite C.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa traduz os conceitos descritos no texto. O processo de análise de evidências científicas, eficácia, segurança e custo-efetividade é chamado de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), realizado no Brasil pela CONITEC. O documento oficial que estabelece os critérios de diagnóstico, tratamento, doses e monitoramento para cada patologia no SUS é o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT).

Alternativa e: Incorreta. O SUS utiliza diretrizes internacionais como evidência científica, mas não as adota livremente. É necessária a elaboração de documentos próprios (PCDT) que considerem a realidade epidemiológica local, a infraestrutura da rede de saúde brasileira e a sustentabilidade orçamentária do Ministério da Saúde.
