



AMRIGS

GABARITO | 2026 | RS | 100 Questões



Gabarito: AMRIGS

2026 | RS

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer os critérios clínicos das cefaleias primárias, que são diferenciadas principalmente pela localização, caráter da dor, duração e sintomas associados.

Análise da Coluna 2:

Primeira lacuna: () Cefaleia isenta de manifestações associadas, como vômito, latejamento ou agravamento com movimentos.

Esta descrição corresponde à Cefaleia tipo tensional (Número 2). Ao contrário da migrânea, a dor tensional é tipicamente descrita como uma pressão ou aperto (não pulsátil/latejante), geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada e que não piora com atividades físicas rotineiras (como subir escadas). A ausência de náuseas e vômitos é um critério essencial para este diagnóstico.

Segunda lacuna: () Dor profunda, retro-orbital, intensidade excruciante, não flutuante e de característica explosiva.

Esta é a descrição clássica da Cefaleia em salvas (Número 4). Ela pertence ao grupo das cefaleias trigêmeino-autonômicas (Número 3), mas a descrição específica de dor "excruciante", "retro-orbital" e "explosiva" foca na entidade clínica "em salvas" (Cluster Headache). É considerada uma das dores mais intensas conhecidas na medicina, ocorrendo em ataques curtos, porém severos.

Terceira lacuna: () Crises repetidas de cefaleia, unilateral e latejante, com duração de 4 a 72 horas em pacientes com exame físico normal.

Esta definição é o padrão-ouro para a Migrânea ou Enxaqueca (Número 1). Seus pilares diagnósticos são o caráter pulsátil/latejante, a localização preferencialmente unilateral e a duração da crise entre 4 e 72 horas. O exame físico e neurológico entre as crises deve ser normal.

Análise das Alternativas:

A ordem correta encontrada foi 2 - 4 - 1.

a) Incorreta. Associa a cefaleia em salvas (4) à descrição de uma dor sem sintomas associados e de caráter leve, o que contradiz a natureza excruciante dessa patologia.

b) Incorreta. Sugere que as cefaleias trigêmeino-autonômicas (3) não possuem sintomas associados, quando na verdade elas são obrigatoriamente acompanhadas de sintomas autonômicos ipsilaterais (como lacrimejamento e congestão nasal).

c) CORRETA. Preenche as lacunas com a sequência lógica: 2 (Tensional - sem sintomas associados), 4 (Em salvas - excruciante e retro-orbital) e 1 (Migrânea - unilateral e latejante).

d) Incorreta. Troca a associação da migrânea pela cefaleia em salvas na última lacuna e coloca as trigêmino-autonômicas em uma descrição que não destaca os sinais autonômicos.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 2

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. O delirium é definido fundamentalmente por uma perturbação da atenção (capacidade reduzida de direcionar, focar, sustentar e mudar a atenção) e da consciência (reduzida orientação quanto ao ambiente). Essas alterações desenvolvem-se em um curto período de tempo e tendem a flutuar em gravidade ao longo do dia.

Assertiva II: Incorreta. O erro desta assertiva está na temporalidade. O delirium é uma síndrome de início agudo (horas ou dias) e curso flutuante. Um quadro de declínio cognitivo e confusão mental com meses de evolução é característico de demências (transtornos neurocognitivos maiores), e não de delirium.

Assertiva III: Incorreta. Os benzodiazepínicos, como o clonazepam, não são fármacos de escolha para o tratamento do delirium. Na verdade, eles são frequentemente fatores precipitantes ou agravantes do quadro, podendo causar sedação excessiva, agitação paradoxal e aumentar o risco de quedas e depressão respiratória. O manejo inicial deve ser focado em medidas não farmacológicas e na correção da causa-base. Quando é necessário o uso de medicação para controle de agitação grave, os antipsicóticos (como o haloperidol em baixas doses) são preferidos. Os benzodiazepínicos só são primeira linha no delirium causado por abstinência de álcool ou de sedativos.

Conclusão:

Como apenas a assertiva I apresenta informações tecnicamente corretas sobre a definição e as características do delirium, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 3

O vírus da influenza A é um dos patógenos mais desafiadores para a saúde pública devido às suas características biológicas únicas e à sua epidemiologia. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A influenza A é caracterizada justamente pela sua imprevisibilidade. O vírus sofre constantes mutações e rearranjos genéticos, o que torna difícil prever a virulência e a transmissibilidade de futuras cepas. Historicamente, essa imprevisibilidade foi a causa de diversas pandemias graves, como a Gripe Espanhola (1918), a Gripe Asiática (1957), a Gripe de Hong Kong (1968) e a pandemia de H1N1 em 2009.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: Dados epidemiológicos globais mostraram que as medidas não farmacológicas adotadas contra a COVID-19 (uso de máscaras, distanciamento social, higienização das mãos e restrições de deslocamento) tiveram um impacto colateral significativo e positivo, reduzindo drasticamente a circulação de outros vírus respiratórios, incluindo a influenza A, em níveis historicamente baixos durante os anos de 2020 e 2021.

ALTERNATIVA C - CORRETA: Esta alternativa descreve os mecanismos fundamentais do potencial pandêmico do vírus. O genoma da influenza A é composto por oito segmentos distintos de RNA. Quando dois subtipos diferentes infectam o mesmo hospedeiro (frequentemente suínos ou aves), esses segmentos podem se misturar e formar um novo subtipo (rearranjo ou antigenic shift). Além disso, a existência de reservatórios animais extensos, como aves aquáticas e mamíferos, permite que o vírus circule e evolua fora da população humana, aumentando o risco de zoonoses e do surgimento de cepas contra as quais o ser humano não possui imunidade prévia.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A vacinação é a principal e mais efetiva medida de saúde pública para prevenir a infecção por influenza, suas complicações (como pneumonia), hospitalizações e óbitos. Embora a vacina precise ser atualizada anualmente devido à deriva antigênica (antigenic drift), sua eficácia em reduzir o impacto da doença na população é amplamente documentada e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 4

Análise detalhada das assertivas:

I. Incorreta. O uso de um manguito pequeno para a circunferência do braço do paciente (manguito estreito ou curto) exige uma pressão maior para conseguir ocluir a artéria braquial. Isso resulta em uma leitura falsamente elevada da pressão arterial, ou seja, ocorre uma hiperestimação dos valores. O contrário também é verdadeiro: o uso de um manguito excessivamente grande em um braço fino subestima o valor da pressão.

II. Correta. A técnica clássica de ausculta baseia-se nos sons de Korotkoff. O primeiro som audível (Fase I) define a pressão arterial sistólica. O desaparecimento completo dos sons (Fase V) define a pressão arterial diastólica na maioria dos adultos. Em situações específicas em que os sons não desaparecem (como em gestantes ou estados hiperdinâmicos), utiliza-se o abafamento dos sons (Fase IV) para a diastólica.

III. Correta. Esse fenômeno é chamado de amplificação da onda de pulso. Conforme a onda de pressão se desloca da aorta para as artérias periféricas (distais), ocorrem reflexões da onda e mudanças na elasticidade (complacência) dos vasos. Isso faz com que o pico da pressão sistólica seja maior e o ponto mais baixo da pressão diastólica seja menor em artérias como a radial ou femoral, quando comparadas à aorta. Vale ressaltar que a pressão arterial média (PAM) diminui levemente conforme avançamos para a periferia devido à resistência vascular.

Conclusão: Como as assertivas II e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 5

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar o perfil das curvas de concentração plasmática com as propriedades farmacocinéticas dos diferentes tipos de insulina (início de ação, pico de efeito e duração).

Análise das curvas do gráfico:

Curva A: Apresenta um início de ação muito rápido, um pico de concentração elevado em curto espaço de tempo e uma duração de ação breve. Esse perfil é característico das insulinas ultrarrápidas (análogos de ação rápida), como a Lispro, Aspart ou Glulisina. Elas são desenhadas para simular o pico de insulina pós-prandial.

Curva B: Apresenta um início de ação intermediário, um pico mais baixo e tardio em relação à curva A, e uma duração de ação moderada (geralmente entre 12 a 18

horas). Esse é o perfil clássico da insulina NPH (ação intermediária).

Curva C: Demonstra um perfil estável, praticamente sem pico (conhecido como perfil "flat"), com uma liberação lenta e contínua que se mantém por um longo período (24 horas ou mais). Esse comportamento é típico das insulinas análogas de longa duração ou basais, como a Glargina, Detemir ou Degludeca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Glargina é uma insulina basal (curva C) e não possui o pico rápido demonstrado na curva A. A insulina regular, embora tenha pico, é mais lenta que a Lispro, não se encaixando perfeitamente em C.

b) Incorreta. Embora a Lispro seja a curva A, a Glargina não possui o pico intermediário da curva B, e a regular não possui o perfil estável da curva C.

c) Incorreta. A NPH corresponde à curva B (intermediária) e não à curva A. A Degludeca é de longa duração (curva C) e a Lispro é ultrarrápida (curva A).

d) Correta. Esta alternativa associa corretamente as três categorias: A é a Lispro (ultrarrápida com pico precoce), B é a NPH (intermediária com pico gradual) e C é a Glargina (longa duração, sem pico).

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 6

Alternativa A: Incorreta. Em mulheres com quadro clínico clássico de cistite não complicada (disúria, polaciúria e urgência miccional, na ausência de sintomas vaginais), o diagnóstico é clínico e o tratamento pode ser iniciado de forma empírica. A urocultura não é obrigatória nesses casos iniciais, sendo reservada para situações de suspeita de pielonefrite, gestantes, sintomas atípicos, falha terapêutica ou recorrência.

Alternativa B: Incorreta. Diferentemente das mulheres, a infecção urinária no homem é quase sempre considerada "complicada" devido à maior raridade do evento e à associação frequente com anormalidades anatômicas ou doenças prostáticas. Por isso, a urocultura com antibiograma é mandatória em homens com sintomas urinários para confirmar o agente e guiar o tratamento.

Alternativa C: Incorreta. O critério microbiológico clássico para o diagnóstico de bacteriúria assintomática é a presença de uma contagem bacteriana maior ou igual a

100.000 (ou 10 elevado a 5) unidades formadoras de colônias (UFC) por mL de urina, e não 10.000. Em mulheres, a recomendação é de que essa contagem seja confirmada em duas amostras consecutivas colhidas com intervalo.

Alternativa D: Correta. O teste do nitrito na fita reagente de urina baseia-se na detecção da enzima nitrato-redutase, que converte o nitrato (normalmente presente na urina) em nitrito. Essa enzima é produzida pelas bactérias da família Enterobacteriaceae (como Escherichia coli, Klebsiella e Proteus). Outros patógenos que podem causar infecção urinária, como os cocos Gram-positivos (Enterococcus, Staphylococcus saprophyticus) e bacilos Gram-negativos não fermentadores (Pseudomonas), não possuem essa enzima e, portanto, resultam em teste de nitrito negativo.

Questão 7

A sepse é definida como uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. Para compreender o que causa a falência dos órgãos nesse cenário, é necessário analisar os mecanismos fisiopatológicos celulares e microvasculares.

Alternativa a) Esta afirmação está correta. Na sepse, ocorre um desequilíbrio entre as respostas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias. A liberação maciça de mediadores (tempestade de citocinas) causa lesão direta nos tecidos e ativa células imunes que, ao tentarem combater o patógeno, acabam danificando as células saudáveis do hospedeiro.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. O endotélio deixa de ser uma barreira seletiva e se torna ativado e disfuncional. Isso resulta em aumento da permeabilidade vascular (causando edema), expressão de moléculas de adesão leucocitária e ativação da cascata de coagulação com formação de microtrombos. Esses eventos prejudicam a perfusão tecidual na microcirculação, mesmo que os grandes vasos apresentem fluxo.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. Um mecanismo central da falência orgânica é a hipóxia citopática. Mesmo quando o oxigênio é entregue aos tecidos, as células não conseguem utilizá-lo para produzir energia (ATP). Isso ocorre porque o estresse oxidativo e a produção de espécies reativas de oxigênio danificam as mitocôndrias, comprometendo a respiração celular.

Alternativa d) Esta é a alternativa incorreta e o gabarito da questão. O colapso vasomotor na sepse é provocado pelo excesso de produção de óxido nítrico, e não pela sua redução. Durante a resposta inflamatória sistêmica, há uma indução da

enzima óxido nítrico sintase induzível (iNOS) em diversos tecidos, especialmente na musculatura lisa dos vasos. Isso gera uma produção maciça de óxido nítrico, que é um potente vasodilatador, levando à queda drástica da resistência vascular periférica e ao choque distributivo.

Questão 8

A Crise Renal Esclerodérmica (CRE) é uma complicação grave e potencialmente fatal da Esclerose Sistêmica, caracterizada por hipertensão arterial súbita e grave, associada à insuficiência renal aguda oligúrica.

Vamos analisar detalhadamente cada uma das alternativas:

Alternativa A - INCORRETA: O anticorpo que sinaliza um alto risco para a crise renal esclerodérmica é o anti-RNA polimerase III. Já o anticorpo anticentrômero é tipicamente encontrado na forma cutânea limitada da doença e está associado a um baixo risco de envolvimento renal. Além do anti-RNA polimerase III, outros fatores de risco incluem o uso de corticosteroides em doses elevadas (geralmente acima de 15 mg de prednisona por dia) e a forma cutânea difusa de início recente.

Alternativa B - CORRETA: Esta é a droga de escolha e o pilar do tratamento. A fisiopatologia da crise envolve isquemia renal por vasoespasmo, o que leva a uma hiperativação acentuada do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Os IECA (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina), como o captopril, bloqueiam esse sistema e são fundamentais para controlar a pressão arterial e preservar a função renal. O uso de IECA mudou drasticamente a sobrevida desses pacientes, que antes era quase nula.

Alternativa C - INCORRETA: Embora a hipertensão arterial grave (frequentemente com níveis de emergência hipertensiva) ocorra em cerca de 90% dos casos, existe a chamada crise renal esclerodérmica normotensiva em aproximadamente 10% dos pacientes. Nestes casos, o diagnóstico é mais desafiador, pois o paciente apresenta falência renal aguda e anemia hemolítica microangiopática mesmo com níveis tensionais normais. Portanto, a crise hipertensiva não ocorre em todos os pacientes.

Alternativa D - INCORRETA: O exame de urina (sumário de urina) na crise renal esclerodérmica costuma ser relativamente "pobre" ou inespecífico. Pode apresentar proteinúria leve (geralmente não atinge níveis nefróticos) e hematúria microscópica. A presença de proteinúria maciça (nefrótica) ou hematúria macroscópica sugeriria outros diagnósticos diferenciais, como glomerulonefrites, e não é o padrão esperado para a CRE.

Resumo: A alternativa B está correta, pois os IECA são a intervenção terapêutica mais importante e eficaz para reverter o quadro e melhorar o prognóstico renal na Esclerose Sistêmica.

Questão 9

Análise das Assertivas:

Assertiva I: CORRETA. Os reticulócitos são hemácias jovens recém-saídas da medula óssea. Em um cenário de anemia, se a medula estiver saudável e com oferta adequada de nutrientes, ela tentará compensar a queda de oxigenação aumentando a produção de hemácias. Quando observamos uma anemia com contagem de reticulócitos elevada (anemia regenerativa), após o devido ajuste para o nível de hematócrito, as principais causas diagnósticas são a destruição periférica (hemólise) ou a perda aguda de sangue (sangramento).

Assertiva II: CORRETA. Para que a medula óssea consiga elevar a produção de reticulócitos em resposta a uma anemia, ela necessita de "matéria-prima". Ferro, vitamina B12 e folato são essenciais para a eritropoiese. Se o paciente apresentar uma hemólise ou sangramento, mas tiver uma deficiência concomitante desses nutrientes, a medula não conseguirá responder adequadamente, e a contagem de reticulócitos será menor do que o esperado para o grau da anemia (anemia hipoproliferativa ou arregenerativa).

Assertiva III: INCORRETA. A interpretação do percentual isolado de reticulócitos é um erro comum. Como o percentual é calculado sobre o total de hemácias circulantes, em um paciente com anemia grave (poucas hemácias totais), um número absoluto normal de reticulócitos pode aparecer como uma porcentagem falsamente elevada. Por isso, é obrigatório realizar o ajuste pelo grau de anemia (Contagem Corrigida de Reticulócitos) e, frequentemente, o ajuste pelo tempo de maturação periférica (Índice de Produção Reticulocitária — IPR) para determinar se a resposta medular é realmente eficaz.

Conclusão das Alternativas:

A alternativa (a) está correta porque apenas as afirmações I e II apresentam conceitos fisiopatológicos adequados sobre a cinética da série vermelha.

A alternativa (b) está incorreta porque a afirmação III nega a necessidade de ajuste dos reticulócitos, o que é clinicamente indispensável.

A alternativa (c) está incorreta porque a afirmação I é verdadeira e a III é falsa.

A alternativa (d) está incorreta porque a afirmação III invalida a opção.

Gabarito: Letra (a).

Questão 10

Análise detalhada das assertivas:

Assertiva I: Correta. Os tumores secretores de catecolaminas, representados principalmente pelo feocromocitoma (origem na medula adrenal) e pelo paraganglioma (origem extra-adrenal), não apresentam predileção significativa por sexo, ocorrendo com frequência semelhante em homens e mulheres. O pico de incidência diagnóstica situa-se habitualmente entre a terceira e a quinta décadas de vida, embora possam ocorrer em qualquer idade, especialmente em casos associados a síndromes genéticas.

Assertiva II: Incorreta. Diversos medicamentos podem, de fato, interferir na dosagem de catecolaminas e metanefrinas, causando resultados falso-positivos. Entre eles destacam-se os antidepressivos tricíclicos, a levodopa, os descongestionantes nasais e alguns anti-hipertensivos específicos (como o labetalol e a alfametildopa). No entanto, os hipoglicemiantes orais não estão relacionados a interferências que elevam os níveis mensurados desses marcadores. Além disso, a maioria das classes de anti-hipertensivos comuns, como os inibidores da ECA, os bloqueadores dos receptores de angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio, não interfere nos testes.

Assertiva III: Correta. Após a ressecção cirúrgica do tumor, o paciente deve ser monitorado rigorosamente. Como não existem marcadores histológicos definitivos que garantam a benignidade absoluta desses tumores, e considerando o risco de recidiva local ou aparecimento de metástases ao longo dos anos, as diretrizes recomendam o seguimento bioquímico anual. A mensuração de metanefrinas (plasmáticas ou urinárias) deve ser realizada anualmente por pelo menos 10 anos em casos de baixo risco, mas a recomendação para pacientes com tumores grandes ou mutações germinativas é de seguimento por toda a vida.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A assertiva II é falsa devido à inclusão dos hipoglicemiantes orais como causa de falso-positivo.
- b) Correta. Apenas as assertivas I e III apresentam informações tecnicamente exatas de acordo com a literatura médica atual.

- c) Incorreta. A assertiva II é falsa.
- d) Incorreta. A assertiva II invalida esta opção.

Gabarito: Letra (b).

Questão 11

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar os mecanismos de ação dos fármacos com a fisiologia da absorção e metabolismo de micronutrientes. Abaixo, detalhamos cada associação:

ASSOCIAÇÕES DA COLUNA 2 COM A COLUNA 1:

(4) Zinco - Penicilamina: A penicilamina é um agente quelante utilizado em condições como a doença de Wilson e a artrite reumatoide. Por sua capacidade de se ligar a metais pesados para facilitar sua excreção, ela não se limita ao cobre, mas também quela o zinco, podendo levar à sua deficiência com o uso prolongado.

(2) Vitamina B12 - Omeprazol: O omeprazol é um inibidor da bomba de prótons (IBP) que reduz a acidez gástrica. O ácido clorídrico no estômago é fundamental para clivar a vitamina B12 das proteínas alimentares, permitindo que ela se ligue ao fator intrínseco. O uso crônico de IBPs prejudica esse processo, resultando em níveis reduzidos de B12.

(1) Vitamina D - Colestiramina: A colestiramina é uma resina sequestradora de ácidos biliares. Ao se ligar aos sais biliares no lúmen intestinal para impedir sua reabsorção, ela acaba interferindo na formação de micelas necessárias para a absorção de gorduras e de todas as vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K).

(3) Piridoxina (Vitamina B6) - Isoniazida: A isoniazida, usada no tratamento da tuberculose, é um antagonista da piridoxina. Ela inibe a enzima piridoxal-cinase e forma complexos com a vitamina B6, aumentando sua excreção renal. Isso frequentemente causa neuropatia periférica, motivo pelo qual a suplementação de B6 é recomendada durante o tratamento.

Dessa forma, a sequência correta de cima para baixo é 4 - 2 - 1 - 3.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) 1 - 2 - 3 - 4: Incorreta. Sugere que a colestiramina altera o zinco e a penicilamina altera a piridoxina, o que inverte a lógica de quelação de metais e antagonismo vitamínico.

b) 2 - 4 - 1 - 3: Incorreta. Associa o omeprazol ao zinco e a penicilamina à vitamina B12, ignorando a relação direta entre acidez gástrica e absorção de B12.

c) 4 - 1 - 3 - 2: Incorreta. Embora relacione corretamente o zinco à penicilamina no topo, erra ao associar a colestiramina à vitamina B12 e o omeprazol à piridoxina.

d) 4 - 2 - 1 - 3: Correta. Segue rigorosamente as evidências farmacológicas de interações droga-nutriente: penicilamina/zinco (quelação), omeprazol/B12 (hipocloridria), colestiramina/vitamina D (má absorção lipídica) e isoniazida/piridoxina (antagonismo metabólico).

Questão 12

Alternativa A: Incorreta. O diabetes insipidus nefrogênico é caracterizado pela resistência dos rins à ação da vasopressina (ADH), e não pela incapacidade do hipotálamo de secretá-la. Quando o problema está na produção ou secreção hipotalâmica do hormônio, o diagnóstico é de diabetes insipidus central.

Alternativa B: Incorreta. A polidipsia primária não é causada pela ausência de produção de vasopressina. Trata-se de um distúrbio em que há ingestão excessiva de água (frequentemente por causas psicogênicas ou disfunção no centro da sede). Nesses casos, a secreção de vasopressina está íntegra, mas encontra-se fisiologicamente suprimida devido à baixa osmolaridade do plasma causada pelo excesso de líquidos.

Alternativa C: Correta. Este é um dado clínico relevante para o diagnóstico diferencial. Pacientes com diabetes insipidus tendem a apresentar uma leve contração de volume extracelular, o que estimula o túbulo proximal a reabsorver mais solutos, incluindo o ácido úrico. Portanto, níveis de ácido úrico superiores a 5 mg/dL corroboram o diagnóstico de diabetes insipidus. Já na polidipsia primária, a ingestão excessiva de água gera uma leve expansão de volume, o que aumenta a excreção de ácido úrico, mantendo seus níveis séricos geralmente baixos (abaixo de 5 mg/dL).

Alternativa D: Incorreta. O diabetes insipidus que ocorre em pacientes com isquemia cerebral grave ou morte encefálica é do tipo central (neurogênico). Ele surge devido à interrupção da produção ou liberação de vasopressina pelo eixo hipotálamo-hipofisário em decorrência do dano cerebral. O tipo nefrogênico está associado a causas que afetam diretamente os rins, como o uso de lítio, hipercalcemia ou doenças tubulares.

Questão 13

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. A crioglobulinemia tipo I é caracterizada pela presença de uma única imunoglobulina monoclonal (geralmente IgM ou IgG). Por definição, as crioglobulinas do tipo I não possuem atividade de fator reumatoide, pois o fator reumatoide exige a ligação de uma imunoglobulina à porção Fc de outra (característica das formas mistas). Este tipo está fortemente associado a desordens linfoproliferativas malignas, como o mieloma múltiplo e a macroglobulinemia de Waldenström.

Assertiva II: Correta. As crioglobulinemias tipo II (monoclonal + policlonal) e tipo III (policlonal + policlonal) são conhecidas como crioglobulinemias mistas. Nessas formas, ocorre a formação de imunocomplexos circulantes que se depositam nos vasos sanguíneos, ativando a cascata do complemento. Esse processo leva a uma vasculite sistêmica que afeta predominantemente vasos de pequeno calibre, manifestando-se clinicamente através da tríade de Meltzer (púrpura palpável, artralgia e fraqueza), além de potencial envolvimento renal e nervoso.

Assertiva III: Incorreta. Embora as hepatites virais sejam causas importantes, o vírus classicamente associado a mais de 80-90% dos casos de vasculite crioglobulinêmica mista é o vírus da hepatite C (HCV), e não o vírus da hepatite B (HBV). O HBV possui uma associação histórica e mais frequente com a poliarterite nodosa (PAN), uma vasculite de vasos de médio calibre.

Análise das alternativas:

- a) Correta: Como demonstrado, as assertivas I e II estão tecnicamente precisas, enquanto a III comete um erro de agente etiológico.
 - b) Incorreta: A assertiva III está incorreta por trocar HCV por HBV.
 - c) Incorreta: A assertiva I está correta e a assertiva III está incorreta.
 - d) Incorreta: A assertiva III invalida esta alternativa.
-

Questão 14

Análise detalhada das assertivas:

Assertiva I: INCORRETA. Embora o tratamento do sarampo seja majoritariamente de suporte e a administração de vitamina A seja recomendada pela OMS (pois reduz a morbimortalidade e complicações oculares), o erro da assertiva reside na indicação de antibióticos para combater o agente causador. O sarampo é uma doença viral, causada por um vírus do gênero Morbillivirus. Antibióticos combatem bactérias e não têm ação contra vírus. O uso de antibióticos no sarampo é reservado exclusivamente para o tratamento de complicações bacterianas secundárias, como pneumonia ou otite média, e não para tratar o agente etiológico da doença-base.

Assertiva II: CORRETA. A eliminação do vírus do sarampo e a recuperação do paciente dependem diretamente da integridade do sistema imunológico, especialmente da imunidade celular (linfócitos T). Indivíduos com deficiências graves na imunidade celular muitas vezes não conseguem eliminar o vírus, podendo desenvolver quadros graves e progressivos, como a pneumonia de células gigantes. A resposta imune adaptativa é o que garante a depuração viral e a imunidade duradoura.

Assertiva III: CORRETA. A imunoglobulina M (IgM) é o marcador clássico de infecção primária (primeiro contato com o patógeno). No caso de uma reexposição ao vírus em indivíduos já imunes ou após a revacinação, ocorre uma resposta imune secundária (anamnética), caracterizada por um rápido e acentuado aumento dos títulos de IgG, sem a produção significativa de IgM. Portanto, a presença de IgM é o padrão-ouro laboratorial para confirmar um caso agudo de sarampo em um indivíduo previamente suscetível.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A assertiva I está errada pelo motivo mencionado.
- b) Incorreta. A assertiva I está errada.
- c) Correta. Apenas as assertivas II e III apresentam conceitos imunológicos e clínicos corretos sobre a patogenia e o diagnóstico do sarampo.
- d) Incorreta. A assertiva I invalida esta opção.

Gabarito: Letra (c).

Questão 15

COMENTÁRIO DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: CORRETA. Na Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), a trombocitopenia (plaquetas menores que $100.000/\text{mm}^3$) é um critério laboratorial clássico. O alargamento do tempo de protrombina (TP) e outras alterações de coagulação também são frequentes, refletindo tanto o comprometimento hepático quanto o consumo de fatores decorrente da ativação da cascata de coagulação na fase crítica.

Assertiva II: CORRETA. A leucopenia é um achado hematológico precoce e muito comum na dengue, ocorrendo pela depressão transitória da medula óssea e destruição periférica. O número de leucócitos começa a declinar logo no início do quadro febril, atingindo seu ponto mais baixo (nadir) entre o quinto e o sexto dia de doença, com valores que frequentemente giram em torno de 1.000 a 2.000 células/ mm^3 .

Assertiva III: CORRETA. Em uma infecção primária, a sorologia para dengue mostra que os anticorpos da classe IgM tornam-se detectáveis entre o 3º e o 5º dia após o início dos sintomas. Já o anticorpo IgG, no primeiro contato com o vírus, surge de forma mais lenta, tornando-se positivo geralmente a partir do 9º ou 10º dia de doença.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A assertiva III também está correta.
- b) Incorreta. A assertiva II também está correta.
- c) Incorreta. A assertiva I também está correta.
- d) Correta. Todas as afirmações (I, II e III) descrevem corretamente os aspectos fisiopatológicos, hematológicos e sorológicos da dengue.

GABARITO: Letra (d).

Questão 16

Alternativa A (Incorreta): A pressão arterial persistentemente acima de 185/110 mmHg, apesar das tentativas de controle medicamentoso, é considerada uma contraindicação absoluta para a administração do trombolítico (rtPA) no AVC isquêmico agudo. Níveis tensionais elevados aumentam drasticamente o risco de transformação hemorrágica da área isquemiada, colocando em risco a vida do paciente.

Alternativa B (Correta): Historicamente, com base em grandes ensaios clínicos como

o International Stroke Trial (IST) e o Chinese Acute Stroke Trial (CAST), o ácido acetilsalicílico (AAS) consolidou-se como o único antiplaquetário com evidência robusta para redução de recorrência e mortalidade quando iniciado precocemente (dentro de 24 a 48 horas) no tratamento agudo do AVC isquêmico para a população geral.

Alternativa C (Incorreta): A anticoagulação plena de rotina não é recomendada na fase aguda do AVC isquêmico de etiologia aterotrombótica. O uso de heparina ou outros anticoagulantes nesse cenário não demonstrou benefício na prevenção de novos eventos ou na melhora do prognóstico funcional, estando associado a um maior risco de complicações hemorrágicas intracranianas.

Alternativa D (Incorreta): A combinação de ácido acetilsalicílico e clopidogrel (dupla antiagregação plaquetária) mostrou-se superior ao uso isolado de AAS especificamente em casos de AVC minor (NIHSS menor ou igual a 3) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT) de alto risco. Estudos como CHANCE e POINT demonstraram que essa estratégia, quando iniciada nas primeiras 24 horas, reduz significativamente o risco de um segundo AVC isquêmico no curto prazo.

Gabarito: Letra B.

Questão 17

Alternativa a) Incorreta. Na doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), o padrão laboratorial mais comum é a ALT (TGP) ser superior à AST (TGO), o que difere da doença alcoólica, na qual a AST costuma ser pelo menos duas vezes maior que a ALT. No entanto, o valor prognóstico reside justamente na inversão dessa relação: quando a AST passa a ser maior que a ALT em um paciente com DHGNA, isso sugere fortemente a progressão da doença para fibrose avançada ou cirrose.

Alternativa b) Correta. É muito comum que pacientes com DHGNA apresentem elevações discretas de ferritina (quadro conhecido como síndrome de sobrecarga de ferro dismetabólica), sem que isso signifique hemocromatose hereditária. Além disso, cerca de 20 a 30 por cento desses pacientes podem apresentar títulos baixos de autoanticorpos, como o anticorpo antinuclear (FAN) e o anticorpo antimúsculo liso, sem que tenham hepatite autoimune. Esses achados são considerados "ruídos" laboratoriais frequentes no momento do diagnóstico.

Alternativa c) Incorreta. A DHGNA, especialmente na forma de esteato-hepatite (NASH), é uma causa crescente de cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC) em todo o mundo. O risco de evolução para câncer de fígado existe tanto na fase de cirrose quanto, em menor escala, em fases pré-cirróticas de inflamação hepática.

Alternativa d) Incorreta. Para o diagnóstico de DHGNA, é indispensável excluir causas secundárias de acúmulo de gordura no fígado. Isso inclui o consumo de álcool acima dos limites recomendados e a presença de outras doenças hepáticas, como as hepatites virais crônicas (B e C). A presença desses vírus interfere diretamente, pois eles podem ser a causa primária ou coexistente da esteatose e da agressão hepática.

Questão 18

O tema central desta questão é a resposta terapêutica das doenças pulmonares intersticiais (DPI) aos corticosteroides. Para resolvê-la, é fundamental diferenciar quais doenças possuem um componente inflamatório predominante e reversível daquelas que apresentam fibrose estabelecida ou dano estrutural permanente.

Alternativa (c): Correta. A sarcoidose é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada histologicamente pela presença de granulomas epitelioides não caseificantes. Quando há indicação de tratamento (como em pacientes sintomáticos ou com queda na função pulmonar), o corticosteroide sistêmico isolado é a primeira linha de escolha. Ele atua reduzindo a carga inflamatória e a formação de granulomas, resultando geralmente em uma melhora clínica, radiológica e funcional significativa, especialmente nos estágios iniciais da doença.

Alternativa (a): Incorreta. As pneumoconioses são doenças causadas pela inalação de poeiras minerais (como sílica ou carvão). O mecanismo de dano envolve a deposição de partículas que o organismo não consegue eliminar, gerando uma reação fibrótica. O corticoide sistêmico não tem a capacidade de remover essas partículas nem de reverter a fibrose instalada, não sendo, portanto, uma terapia eficaz para essas condições.

Alternativa (b): Incorreta. A asbestose é um tipo específico de pneumoconiose causada pela inalação de fibras de amianto (asbesto). Assim como outras doenças ocupacionais por poeiras inorgânicas, ela se manifesta como uma fibrose intersticial difusa e progressiva. Não há evidências de que o uso isolado de corticoides altere o curso natural da doença ou promova melhora clínica relevante, uma vez que o processo é predominantemente fibrótico e não inflamatório granulomatoso.

Alternativa (d): Incorreta. A lesão pulmonar induzida por radiação ocorre em duas fases distintas. A primeira é a pneumonite actínica (aguda e inflamatória), que pode responder bem aos corticoides. No entanto, a alternativa especifica a fase de fibrose pulmonar crônica por radiação. Nesta etapa, o tecido pulmonar já foi substituído por cicatrizes permanentes e retração fibrótica, situações em que a corticoterapia não

apresenta benefício clínico na reversão do quadro.

Questão 19

A questão descreve um caso clássico de Demência por Corpos de Lewy (DCL), uma das causas mais comuns de demência degenerativa em idosos. O diagnóstico baseia-se na presença de um declínio cognitivo progressivo associado a características clínicas centrais.

No caso em questão, o paciente apresenta os quatro critérios clínicos "core" (principais) para o diagnóstico de DCL:

1. Flutuações cognitivas: Descritas como episódios de sonolência e desorientação intercalados com momentos de lucidez.
2. Alucinações visuais recorrentes: Visões detalhadas e vívidas de pessoas estranhas.
3. Parkinsonismo espontâneo: Rigidez, bradicinesia (lentidão) e alterações de marcha que surgiram de forma próxima ao quadro cognitivo.
4. Transtorno comportamental do sono REM: História de anos antes de se bater e gritar durante o sono (atuação dos sonhos).

Além disso, o paciente apresentou um sinal clínico altamente sugestivo: a hipersensibilidade a antipsicóticos. Ao utilizar risperidona, houve uma piora dramática dos sintomas motores, o que é típico da DCL devido ao déficit dopaminérgico de base. Outro ponto relevante é que as funções executivas e visuoespaciais foram as primeiras a serem afetadas, enquanto a memória episódica (recordação de eventos) permaneceu preservada inicialmente, o que afasta o padrão típico da Doença de Alzheimer.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Na Doença de Alzheimer, o sintoma inicial e cardinal costuma ser a perda de memória episódica (dificuldade em lembrar fatos recentes). Alucinações e parkinsonismo até podem ocorrer, mas geralmente surgem em fases muito avançadas da doença, e não no início do quadro como apresentado no caso.
- b) Incorreta. A diferenciação entre Demência da Doença de Parkinson (DDP) e Demência por Corpos de Lewy é feita pela "regra de um ano". Na DDP, os sintomas motores (tremor, rigidez, bradicinesia) devem estar presentes por pelo menos um ano antes do início do declínio cognitivo. No caso relatado, a dificuldade executiva e as alucinações precederam ou surgiram simultaneamente aos sintomas motores.
- c) Correta. O quadro clínico preenche todos os critérios para Demência por Corpos de

Lewy: declínio cognitivo com prejuízo executivo e visuoespacial, flutuações da consciência, alucinações visuais bem formadas, parkinsonismo, transtorno do sono REM e sensibilidade severa a neurolépticos.

d) Incorreta. Embora o antipsicótico tenha agravado os sintomas, o paciente já apresentava um declínio cognitivo crônico e progressivo há mais de um ano, o que caracteriza um transtorno neurocognitivo maior (demência) e não apenas um quadro agudo de delirium. O uso da risperidona apenas evidenciou a patologia de base (Corpos de Lewy).

Questão 20

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA A - INCORRETA: O risco de distonia aguda induzida por antipsicóticos não é menor em usuários de cocaína. Pelo contrário, o uso de neurolépticos (antipsicóticos) em pacientes sob efeito de cocaína deve ser feito com extrema cautela, pois a droga causa uma desregulação no sistema dopaminérgico. O bloqueio agudo de receptores D2 pelos antipsicóticos em um sistema já instável pode aumentar o risco de reações extrapiramidais graves e também reduzir o limiar convulsígeno, facilitando a ocorrência de crises epiléticas.

ALTERNATIVA B - INCORRETA: Esta alternativa descreve um erro clássico e perigoso no manejo da toxicidade por cocaína. O uso de betabloqueadores isolados, como o propranolol, é contraindicado devido ao fenômeno do estímulo alfa-adrenérgico sem oposição. Ao bloquear os receptores beta-2 (que têm função vasodilatadora), a cocaína passa a agir livremente nos receptores alfa-1, causando vasoconstrição intensa e descontrolada. Isso pode resultar em crises hipertensivas ainda mais graves, isquemia miocárdica e espasmo coronariano.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: Embora os benzodiazepínicos sejam a classe correta, o diazepam não é a medicação de escolha para a via intramuscular. A absorção do diazepam por essa via é errática, lenta e dolorosa, o que o torna ineficaz para o controle rápido de um paciente agitado ou agressivo sem acesso venoso. Caso a via intramuscular seja estritamente necessária, o midazolam seria a opção preferencial devido à sua absorção rápida e confiável.

ALTERNATIVA D - CORRETA: Os benzodiazepínicos são o tratamento de primeira linha para pacientes com intoxicação aguda por cocaína. A cocaína aumenta a concentração de catecolaminas na fenda sináptica, gerando um estado de hiperexcitabilidade simpática. Os benzodiazepínicos potencializam a ação do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), que é o principal inibidor do

sistema nervoso central. Essa ação GABAérgica promove sedação, reduz a agitação psicomotora, diminui a pressão arterial e a frequência cardíaca, além de proteger o paciente contra convulsões e hipertermia.

Questão 21

Para compreender esta questão, vamos analisar detalhadamente cada uma das assertivas sobre a anatomia da região inguinal:

Assertiva I: Correta. O triângulo de Hesselbach (ou triângulo inguinal) é uma zona de fraqueza da parede abdominal onde ocorrem as hérnias inguinais diretas. Seus limites anatômicos são exatamente os descritos: a borda lateral do músculo reto abdominal (medialmente), os vasos epigástricos inferiores (lateralmente) e o ligamento inguinal, também chamado de ligamento de Poupart (inferiormente).

Assertiva II: Correta. O nervo genitofemoral origina-se das raízes de L1 e L2. Ele se divide nos ramos femoral e genital. O ramo genital atravessa o canal inguinal junto com o funículo espermático (no homem) ou o ligamento redondo (na mulher), entrando pelo anel inguinal profundo. Durante as cirurgias de correção de hérnia (hernioplastias), esse nervo pode ser manipulado, estirado ou incluído em suturas/grampos, o que pode resultar em dor crônica ou alteração de sensibilidade na região escrotal ou nos grandes lábios.

Assertiva III: Incorreta. Existe uma confusão clássica nesta alternativa entre as hérnias diretas e indiretas. As hérnias indiretas localizam-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores e penetram no canal inguinal através do anel inguinal profundo (geralmente por uma falha no fechamento do processo vaginal, sendo consideradas congênitas). As hérnias que se localizam medialmente aos vasos epigástricos inferiores e decorrem de um defeito adquirido na parede posterior (fáscia transversalis) são as hérnias diretas.

Assertiva IV: Correta. O tendão conjunto (ou foice inguinal) é a estrutura anatômica formada pela fusão das aponeuroses dos músculos oblíquo interno e transversos do abdome. Ele se insere na crista púbica e na linha pectínea, situando-se logo atrás do anel inguinal superficial, conferindo um reforço importante à parede posterior do canal inguinal.

Análise das Alternativas:

- A alternativa (a) está incorreta, pois exclui a assertiva II.
- A alternativa (b) está incorreta, pois inclui a assertiva III, que é falsa.
- A alternativa (c) está incorreta, pois exclui a assertiva I.
- A alternativa (d) é a correta, pois identifica adequadamente que as assertivas I, II e

IV estão em conformidade com a literatura cirúrgica atual.

Questão 22

Análise detalhada das assertivas:

Assertiva I (Correta): A artéria tireoidea inferior é, de fato, o principal ramo do tronco tireocervical. O tronco tireocervical é um ramo curto e volumoso que se origina da primeira porção da artéria subclávia, logo antes de esta passar atrás do músculo escaleno anterior. Na prática cirúrgica, a identificação da artéria tireoidea inferior é um passo crítico para a localização do nervo laríngeo recorrente.

Assertiva II (Incorreta): A artéria tireoidea superior é, rotineiramente, o primeiro ramo da artéria carótida externa. Uma característica anatômica fundamental para provas e para a prática clínica é que a artéria carótida interna não emite nenhum ramo na região cervical, iniciando suas ramificações apenas após adentrar o crânio.

Assertiva III (Incorreta): Esta assertiva descreve o trajeto do nervo laríngeo recorrente esquerdo, e não do direito. O nervo laríngeo recorrente esquerdo contorna o arco da aorta, passando por baixo do ligamento arterioso. Já o nervo laríngeo recorrente direito tem um trajeto mais curto e uma origem mais alta, contornando a artéria subclávia direita antes de ascender pelo sulco traqueoesofágico em direção à laringe.

Análise das Alternativas:

- a) Apenas I: Esta é a alternativa correta, pois somente a primeira afirmação respeita a anatomia descritiva clássica.
- b) Apenas II: Incorreta, pois a origem da tireoidea superior é na carótida externa.
- c) Apenas III: Incorreta, pois o trajeto descrito pertence ao nervo do lado esquerdo.
- d) Apenas II e III: Incorreta, pois ambas as afirmações apresentam erros anatômicos de origem e lateralidade.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 23

Análise do Quadro Clínico:

A paciente apresenta um nódulo hepático incidental em uma faixa etária comum para tumores benignos do fígado. O ponto-chave para a resolução desta questão reside na descrição radiológica: uma lesão hipervascular com cicatriz fibrosa central

e septos radiados (aspecto em roda de carruagem). Essas características são patognomônicas da Hiperplasia Nodular Focal (HNF). A HNF é uma lesão benigna, composta por tecido hepático organizado de forma anormal em resposta a uma malformação vascular local.

Alternativa (a) Incorreta: A cintilografia com hemácias marcadas é o exame de escolha para o diagnóstico de hemangiomas hepáticos quando os exames de imagem convencionais (TC ou RM) são inconclusivos. O hemangioma apresenta um padrão de realce periférico nodular centrípeto, muito diferente da cicatriz central descrita no enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: A punção-biópsia com agulha fina é raramente indicada na suspeita de HNF. Por se tratar de uma lesão hipervascularizada, o procedimento envolve risco de sangramento. Além disso, as características na tomografia e na ressonância magnética são geralmente suficientes para selar o diagnóstico, tornando a biópsia desnecessária e arriscada.

Alternativa (c) Correta: A Hiperplasia Nodular Focal não é uma neoplasia verdadeira e não possui potencial de malignização. Além disso, diferentemente do adenoma hepático, a HNF tem um risco de ruptura ou hemorragia espontânea praticamente inexistente. Em pacientes assintomáticas, com lesões identificadas por características radiológicas típicas, a conduta padrão é a observação clínica (expectante), sem necessidade de intervenção cirúrgica ou tratamentos invasivos.

Alternativa (d) Incorreta: A indicação cirúrgica em casos de HNF é restrita a pacientes sintomáticos (com dor abdominal importante devido ao efeito de massa), casos de dúvida diagnóstica com neoplasias malignas ou quando há crescimento documentado e expressivo da lesão. Como a paciente está assintomática e o diagnóstico radiológico é clássico, a cirurgia seria um sobretratamento.

Questão 24

O quadro clínico descreve um paciente com diverticulite aguda não complicada, evidenciada pela dor característica em fossa ilíaca esquerda, febre e leucocitose, e confirmada por tomografia de abdome (padrão-ouro).

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. O tratamento padrão para a diverticulite aguda não complicada (Classificação de Hinchey 0 ou Ia) é inicialmente conservador. Consiste em suporte clínico com modificação da dieta (dieta líquida ou repouso intestinal, conforme a gravidade), analgesia e antibioticoterapia visando cobrir germes Gram-negativos e anaeróbios. Em casos selecionados, de pacientes muito estáveis e com sintomas mínimos, alguns protocolos modernos já consideram apenas

observação, mas a conduta clássica em provas permanece sendo o tratamento clínico completo.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A colonoscopia é contraindicada na fase aguda da diverticulite devido ao alto risco de perfuração intestinal, visto que a parede do cólon está inflamada e friável, e pode haver um microabscesso bloqueado que seria rompido pela insuflação de ar. O rastreio de neoplasia via colonoscopia deve ser postergado por 6 a 8 semanas após a resolução completa dos sintomas.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A cirurgia de urgência é reservada para complicações graves, como peritonite generalizada ou obstrução total. Para casos não complicados, o tratamento é clínico. A indicação de cirurgia eletiva após crises repetidas deixou de ser baseada apenas no número de episódios e passou a ser individualizada, considerando a gravidade das crises e a persistência dos sintomas.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A colostomia (como na técnica de Hartmann) não é obrigatória em todos os casos cirúrgicos. Quando a cirurgia é indicada de forma eletiva, realiza-se habitualmente a ressecção do sigmoide com anastomose primária (reconexão imediata). Mesmo em cirurgias de urgência, a anastomose primária (com ou sem estoma de proteção) tem sido cada vez mais preferida em detrimento da colostomia terminal, desde que o paciente esteja estável.

Questão 25

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma hérnia umbilical que se tornou irreduzível (encarcerada) e evoluiu com sinais claros de gravidade. A dor intensa de início agudo, a interrupção do trânsito intestinal (ausência de flatos e fezes por 48 horas), os vômitos fecaloides e, principalmente, a hiperemia cutânea sobre o saco herniário são marcadores de sofrimento vascular do conteúdo herniado. Esse conjunto de achados caracteriza uma emergência cirúrgica por estrangulamento.

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. O encarceramento define a hérnia que não pode ser reduzida ao interior da cavidade abdominal. Quando esse encarceramento provoca isquemia e compromete o suprimento sanguíneo do tecido contido (geralmente alça intestinal ou omento), ocorre o estrangulamento. A presença de sinais inflamatórios (hiperemia) e sintomas de obstrução intestinal confirmam essa complicação.

Assertiva II: Incorreta. A tentativa de redução manual (taxia) é contraindicada diante de qualquer sinal de estrangulamento ou isquemia. Ao reduzir uma alça intestinal

potencialmente necrótica para a cavidade abdominal, o cirurgião corre o risco de causar uma peritonite generalizada e sepse. O quadro com mais de 24 horas de evolução e sinais inflamatórios locais exige intervenção cirúrgica imediata, sem tentativas de redução prévia.

Assertiva III: Incorreta. Na cirurgia de hérnia de urgência, especialmente quando há suspeita de necrose intestinal ou contaminação (como sugere o vômito fecaloide e o longo tempo de evolução), o uso de tela sintética (prótese) é frequentemente evitado ou deve ser feito com extrema cautela. O risco de infecção da tela em campo contaminado é elevado, o que pode levar a complicações graves. Nesses casos, a prioridade é o tratamento da isquemia e, muitas vezes, opta-se pela herniorrafia simples (sutura primária) sem tela para minimizar o risco de infecção.

Conclusão:

Como apenas a assertiva I está correta, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 26

A alternativa (a) está incorreta. A dor visceral é conduzida por fibras nervosas autonômicas e costuma ser vaga, profunda e mal localizada, geralmente sentida na linha média abdominal (epigástrico, região periumbilical ou hipogástrico). A dor que é bem delimitada e que o paciente consegue apontar com exatidão é a dor somática (ou parietal), que ocorre quando há irritação do peritônio parietal por processos inflamatórios, hemorrágicos ou infecciosos.

A alternativa (b) está incorreta. O sinal de Chandelier é a dor intensa à mobilização do colo uterino durante o toque vaginal, típico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que faz com que a paciente tente "pular" da maca para cima, como se fosse alcançar um candelabro (chandelier). A descrição da questão (vesícula palpável e icterícia obstrutiva) refere-se ao sinal de Courvoisier-Terrier, classicamente associado a neoplasias da cabeça do pâncreas ou da ampola de Vater.

A alternativa (c) está incorreta. A laparoscopia é uma excelente ferramenta diagnóstica e terapêutica no abdome agudo. Embora a distensão intestinal acentuada aumente o risco de perfuração acidental de alças durante a inserção dos trocarteres e dificulte o campo visual, ela é considerada uma contraindicação relativa, e não absoluta. Em mãos experientes e com o uso da técnica aberta (Hasson) para a criação do pneumoperitônio, o procedimento pode ser realizado.

A alternativa (d) está correta. A apendicite aguda é a principal causa de urgência cirúrgica não obstétrica durante a gravidez. Ela pode ocorrer em qualquer trimestre, sendo mais comum no segundo. O diagnóstico clínico pode ser dificultado porque o

crescimento do útero desloca o apêndice para cima e para fora da sua posição habitual (fossa ilíaca direita), podendo simular quadros de colecistite ou pielonefrite. Mesmo com essas variações anatômicas, sua frequência epidemiológica a mantém como a principal causa cirúrgica nesse grupo de pacientes.

Questão 27

O diagnóstico de apendicite aguda durante a gestação é um desafio clínico, pois o útero gravídico desloca o apêndice superior e lateralmente à medida que a idade gestacional avança. Isso justifica a apresentação da paciente de 30 semanas com dor no flanco direito e região lombar, em vez da clássica dor na fossa ilíaca direita. Quando o ultrassom, que é o exame de primeira linha, resulta inconclusivo, a conduta sequencial recomendada por grandes referências, como o *Sabiston – Tratado de Cirurgia*, é a realização de exame de imagem adicional para evitar o atraso diagnóstico, que eleva o risco de perfuração apendicular, peritonite e perda fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Esta é a conduta correta. Na ausência de ressonância magnética, que seria o exame de escolha após um ultrassom inconclusivo em gestantes, a tomografia computadorizada (TC) deve ser realizada. O risco da radiação ionizante para o feto, especialmente no terceiro trimestre e utilizando protocolos de baixa dose, é considerado pequeno e significativamente menor do que os riscos de uma apendicite não diagnosticada. O objetivo é confirmar o diagnóstico para indicar a cirurgia ou descartar a patologia com segurança.

Alternativa (b): Está incorreta porque, embora a apendicite seja uma emergência, a indicação de cirurgia baseada apenas em clínica duvidosa e exames laboratoriais inespecíficos (a leucocitose pode ser fisiológica na gestação) aumenta a taxa de laparotomias brancas. Na disponibilidade de métodos de imagem, como a TC, deve-se buscar a confirmação diagnóstica antes do procedimento invasivo.

Alternativa (c): Está incorreta. O ultrassom apresenta sensibilidade reduzida no final da gestação devido à dificuldade técnica imposta pelo volume uterino. Aguardar a melhora clínica ou repetir o exame de baixa sensibilidade pode causar um atraso perigoso. Além disso, a radiação na gestação não é proibitiva; ela deve ser usada de forma racional quando o benefício diagnóstico supera o risco fetal.

Alternativa (d): Está incorreta. O manejo conservador com antibióticos sem um diagnóstico definido pode mascarar sinais de irritação peritoneal e retardar o tratamento cirúrgico definitivo. Se for apendicite, a evolução para perfuração sob

observação aumenta drasticamente a mortalidade fetal e a morbidade materna.

Em resumo, diante de um quadro clínico suspeito com ultrassom inconclusivo e indisponibilidade de RM, a tomografia computadorizada é o próximo passo recomendado para evitar complicações graves decorrentes do atraso diagnóstico.

Questão 28

Análise das assertivas:

Assertiva I: Incorreta. O Esôfago de Barrett (EB) é uma complicação da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) crônica. Embora o ácido clorídrico e a pepsina sejam os principais agentes agressores, o refluxo de conteúdo bileopancreático (refluxo alcalino ou duodenogástrico) também possui um papel patogênico importante. Estudos mostram que a exposição combinada da mucosa esofágica ao ácido e aos sais biliares é ainda mais lesiva e indutora de metaplasia do que o refluxo apenas ácido.

Assertiva II: Incorreta. O diagnóstico de Esôfago de Barrett não é uma indicação absoluta para cirurgia antirrefluxo (funduplicatura). O tratamento inicial é clínico, focado no controle dos sintomas e na cicatrização da esofagite com Inibidores de Bomba de Prótons (IBP). A cirurgia é indicada em casos de falha do tratamento clínico, intolerância ao uso prolongado de medicações ou em situações específicas de refluxo volumoso, mas não apenas pela presença da metaplasia. Além disso, a cirurgia não elimina a necessidade de vigilância endoscópica, pois não há evidências definitivas de que o procedimento cirúrgico previna a progressão para câncer de forma superior ao tratamento clínico.

Assertiva III: Correta. A classificação endoscópica clássica do Esôfago de Barrett leva em conta a extensão da metaplasia intestinal acima da transição esofagogástrica. É classificado como Esôfago de Barrett curto quando a extensão é menor que 3 cm e Esôfago de Barrett longo quando a extensão é igual ou superior a 3 cm. Essa distinção é clinicamente relevante, pois segmentos longos apresentam um risco maior de progressão para adenocarcinoma esofágico.

Conclusão: Como apenas a assertiva III está correta, a alternativa correta é a letra (b).

Questão 29

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de diverticulite aguda comprovado por tomografia. A presença de pequenas bolhas de ar pericólicas (< 5 cm) caracteriza uma microperfuração localizada. De acordo com a classificação de Hinchey modificada, este quadro se enquadra no estágio Ia ou Ib inicial. O ponto crucial para a decisão terapêutica é a estabilidade hemodinâmica da paciente, a ausência de peritonite generalizada e a boa aceitação da dieta oral.

Alternativa A: Incorreta. A internação para antibioticoterapia intravenosa e jejum (dieta zero) é indicada para pacientes com sinais de gravidade, instabilidade hemodinâmica, peritonite difusa, complicações volumosas (como grandes abscessos ou obstrução) ou para aqueles que não toleram a ingestão de líquidos e medicamentos por via oral. A paciente em questão está estável e tolerando dieta, o que permite uma abordagem menos agressiva.

Alternativa B: Incorreta. Embora a antibioticoterapia oral associada à dieta líquida tenha sido a conduta padrão por décadas para diverticulites Hinchey I, diretrizes internacionais recentes (como as da WSES e da AGA) demonstram que nem todos os pacientes necessitam de antibióticos. Além disso, esta alternativa foca apenas na prescrição inicial, enquanto a alternativa D propõe uma estratégia de monitoramento mais abrangente e alinhada às evidências atuais.

Alternativa C: Incorreta. O tratamento apenas sintomático sem antibioticoterapia é uma opção crescente para a diverticulite aguda não complicada (sem ar extraluminal e sem abscesso). Contudo, a presença de bolhas de ar pericólicas (microperfuração) coloca o caso em uma categoria de maior risco do que a diverticulite puramente inflamatória. Por isso, a conduta não pode ser apenas sintomática sem uma monitorização estreita e avaliação de marcadores de gravidade.

Alternativa D: Correta. Esta é a conduta mais moderna e fundamentada em evidências. O tratamento não operatório é a regra para pacientes estáveis com microperfuração localizada. A avaliação do nível de Proteína C-Reativa (PCR) é fundamental, pois este biomarcador é um excelente preditor de sucesso do tratamento conservador. Níveis de PCR persistentemente elevados ou em ascensão (geralmente acima de 140-150 mg/L) estão correlacionados a uma maior chance de falha terapêutica e necessidade de intervenção. Assim, a monitorização clínica aliada a biomarcadores permite decidir com segurança entre a alta hospitalar, o uso ou não de antibióticos e a necessidade de novos exames de imagem.

Questão 30

Análise da Questão:

Assertiva I (Incorreta): Embora o adenocarcinoma de esôfago seja de fato mais comum em homens (proporção de 7 a 1 em relação às mulheres), a afirmação epidemiológica sobre a cor da pele está incorreta. O adenocarcinoma é significativamente mais prevalente em indivíduos brancos (caucasianos). O carcinoma espinocelular (CEC), por outro lado, é o tipo histológico que apresenta maior incidência na população negra (afro-americanos).

Assertiva II (Incorreta): A associação entre o papilomavírus humano (HPV) e o carcinoma espinocelular de esôfago ainda é motivo de debate científico e apresenta grandes variações geográficas, não sendo considerada "amplamente prevalente" na epidemiologia global. Diferentemente do que ocorre nos cânceres do colo do útero e da orofaringe, o status do HPV no câncer de esôfago não possui impacto prognóstico ou terapêutico bem estabelecido na prática clínica atual, não guiando condutas médicas rotineiras.

Assertiva III (Incorreta): O risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico está diretamente ligado tanto à duração quanto à frequência e à intensidade dos sintomas da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Estudos demonstram que pacientes com sintomas mais frequentes (como azia diária) possuem um risco muito superior em comparação àqueles com sintomas esporádicos. Portanto, a frequência dos sintomas apresenta, sim, correlação significativa com o risco de câncer.

Conclusão: Uma vez que todas as três assertivas apresentam informações incorretas, a alternativa que responde adequadamente ao enunciado (que pede as incorretas) é a letra (d).

Alternativas:

- a) Incorreta. Não apenas a I e a II estão erradas, mas a III também.
- b) Incorreta. Não apenas a I e a III estão erradas, mas a II também.
- c) Incorreta. Não apenas a II e a III estão erradas, mas a I também.
- d) Correta. I, II e III estão incorretas.

Gabarito: Letra (d).

Questão 31

Análise detalhada das assertivas:

Assertiva I: INCORRETA. Embora o álcool seja, de fato, a segunda causa mais comum de pancreatite aguda, a segunda parte da afirmação é falsa. O tabagismo não possui efeito protetor ou anti-inflamatório na pancreatite; pelo contrário, o tabaco é um fator de risco independente e sinérgico ao álcool, aumentando o risco de desenvolvimento de pancreatite aguda, de recorrência dos episódios e de progressão para a forma crônica da doença. A confusão sobre o efeito "anti-inflamatório" do tabaco costuma ocorrer devido à sua associação com a retocolite ulcerativa, mas isso não se aplica ao pâncreas.

Assertiva II: CORRETA. A pancreatite pós-CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é a complicação mais frequente desse procedimento, ocorrendo em cerca de 3% a 10% dos casos em pacientes de risco geral. Entre os fatores de risco relatados na literatura, o sexo feminino e a idade jovem são destacados como predisponentes para essa complicação. Felizmente, na grande maioria das vezes (cerca de 80% a 90%), a apresentação é leve, com boa resposta ao tratamento conservador e curto tempo de internação.

Assertiva III: CORRETA. A litíase biliar (pedra na vesícula) é a principal etiologia da pancreatite aguda em todo o mundo ocidental, respondendo por 40% a 70% dos casos. A doença biliar é significativamente mais prevalente em mulheres, seguindo o perfil epidemiológico clássico da colelitíase. O pico de incidência da pancreatite de origem biliar ocorre justamente entre a quinta e a sétima décadas de vida (50 a 70 anos), à medida que a prevalência de cálculos biliares aumenta com a idade.

Conclusão: Como as assertivas II e III estão corretas, a alternativa certa é a letra (c).

Questão 32

Esta questão aborda os distúrbios motores do esôfago, um grupo de doenças caracterizadas por alterações na coordenação ou na força das contrações esofágicas e no relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) - Correta: O esôfago em quebra-nozes (nutcracker esophagus), atualmente incluído no espectro do esôfago hipercontrátil (Jackhammer esophagus) pela Classificação de Chicago, caracteriza-se por contrações de altíssima amplitude (pressão > 180 mmHg na manometria convencional ou DCI > 8.000 mmHg.s.cm na manometria de alta resolução), porém com peristalse preservada. Epidemiologicamente, não apresenta preferência por sexo e é estatisticamente o distúrbio motor de hipermotilidade mais frequentemente diagnosticado em pacientes

que realizam manometria para investigação de dor torácica não cardíaca.

Alternativa (b) - Incorreta: Embora o espasmo esofágico difuso (EED) tenha uma fisiopatologia complexa e pouco elucidada, a afirmação erra ao localizar as alterações motoras. O EED e a maioria dos distúrbios motores primários do corpo esofágico acometem a musculatura lisa, que compõe os dois terços distais do esôfago. O terço proximal é composto por musculatura estriada e não é o local predominante dessas alterações.

Alternativa (c) - Incorreta: A tríade clássica da acalasia é composta por disfagia (geralmente para sólidos e líquidos), regurgitação e perda de peso. A dor torácica pode ocorrer, especialmente nas fases iniciais ou na acalasia tipo III (espástica), mas não faz parte da tríade diagnóstica clássica descrita na literatura médica para essa patologia.

Alternativa (d) - Incorreta: Embora a acalasia seja, de fato, uma condição pré-maligna devido à inflamação crônica causada pela estase alimentar (aumentando o risco de carcinoma espinocelular), os valores citados estão incorretos. O risco de malignização existe, mas é significativamente menor do que 18 a 20%. Estudos epidemiológicos sugerem um risco cumulativo bem mais baixo ao longo de décadas, geralmente variando entre 0,5% e 7%, embora o risco relativo seja muito superior ao da população geral.

Questão 33

Esta questão aborda o manejo do trauma grave, focando na tríade letal (acidose, hipotermia e coagulopatia) e nas estratégias de ressuscitação e controle de danos. O paciente apresenta pH 7,15, temperatura de 34,2 °C e instabilidade hemodinâmica persistente, o que o coloca no cenário clássico para a cirurgia de controle de danos e ressuscitação hemostática.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tromboelastografia (TEG) e a tromboelastometria rotacional (ROTEM) são testes de biologia à beira do leito (*point-of-care*) que permitem avaliar a dinâmica da formação, força e dissolução do coágulo em tempo real. Diferentemente do coagulograma convencional, que pode demorar horas, a tromboelastografia fornece resultados iniciais em cerca de 5 a 10 minutos, permitindo o direcionamento preciso da terapia transfusional (como o uso de crioprecipitado, plaquetas ou antifibrinolíticos) ainda durante o atendimento inicial ou no transoperatório.

b) Correta. O ácido tranexâmico é um antifibrinolítico que atua inibindo a conversão

do plasminogênio em plasmina. O estudo CRASH-2 demonstrou que sua administração precoce (idealmente na primeira hora e, no máximo, até 3 horas após o trauma) reduz significativamente a mortalidade em pacientes com choque hemorrágico ou risco de sangramento grave, sem aumentar de forma relevante a incidência de eventos tromboembólicos. É uma recomendação padrão nos protocolos de trauma (ATLS e PHTLS).

c) Incorreta. Diante da tríade letal (acidose $< 7,2$, hipotermia < 35 °C e coagulopatia), a realização de cirurgias definitivas e demoradas, como anastomoses intestinais (enteroanastomose e anastomose primária do cólon), é contraindicada. O paciente não tem estabilidade fisiológica para suportar um tempo cirúrgico prolongado ou para garantir a cicatrização dessas suturas. A conduta correta é a cirurgia de controle de danos: tamponamento (*packing*) hepático, ligadura rápida de vasos, ressecção de segmentos intestinais com sepultamento das alças (deixando em "canudo") e fechamento temporário da cavidade (peritoniotomia), adiando a reconstrução para um segundo momento, após a estabilização na UTI.

d) Incorreta. A tendência moderna no atendimento ao trauma com hemorragia maciça é a "ressuscitação hemostática", priorizando o uso precoce de hemoderivados (concentrado de hemácias, plasma e plaquetas) em proporções balanceadas (1:1:1). O uso excessivo de cristaloides deve ser evitado, pois contribui para a hemodiluição dos fatores de coagulação, piora a acidose e agrava a hipotermia. Além disso, em um paciente com choque classe IV e sangramento ativo, não se deve aguardar resultados de exames laboratoriais para decidir sobre a transfusão; a decisão deve ser clínica e baseada nos protocolos de transfusão maciça.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de obstrução intestinal mecânica, caracterizado por dor abdominal, náuseas, vômitos biliosos, distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. O histórico de cirurgias prévias (laparotomia e apendicectomia) sugere fortemente que a causa seja bridas ou aderências. No entanto, o ponto crucial para a decisão terapêutica reside nos achados da Tomografia de Abdome (TC).

A TC revela dois achados críticos:

1. Obstrução em alça fechada: O segmento de jejuno está dilatado entre dois pontos de estreitamento. Isso configura uma emergência médica, pois a alça não tem para onde descomprimir, aumentando rapidamente a pressão intraluminal.
2. Sinais de sofrimento de alça (isquemia): A redução do realce parietal pelo

contraste indica que o sangue não está chegando adequadamente à parede do intestino. Somado a isso, a presença de líquido entre alças e a taquicardia (110 bpm) reforçam a suspeita de estrangulamento.

Dessa forma, diante de uma obstrução intestinal com sinais de isquemia ou obstrução em alça fechada, a conduta deve ser imediata.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): A presença de obstrução em alça fechada associada a sinais tomográficos de isquemia (redução do realce parietal) é uma indicação absoluta de cirurgia de urgência. O objetivo é desobstruir o segmento e avaliar a viabilidade da alça para evitar necrose extensa e perfuração.

Alternativa B (Incorreta): O tratamento conservador (jejum, hidratação e sonda nasogástrica) é indicado para casos de obstrução intestinal por bridas simples, sem sinais de complicação (estrangulamento, isquemia ou peritonite). No caso descrito, os achados da TC contraindicam a conduta expectante devido ao alto risco de necrose.

Alternativa C (Incorreta): O exame contrastado de trânsito intestinal ou o teste com contraste hidrossolúvel (Gastrografin) podem ser utilizados em casos de obstrução parcial ou para predizer o sucesso do tratamento conservador em bridas. Não há espaço em quadros com suspeita de isquemia, onde o tempo é essencial para a salvação do órgão.

Alternativa D (Incorreta): Embora a dosagem de lactato e a gasometria possam auxiliar na avaliação do estado metabólico e na confirmação de sofrimento tecidual, esses exames não devem retardar a conduta definitiva. O diagnóstico de sofrimento de alça já foi sugerido pela clínica e corroborado pela TC, tornando a indicação cirúrgica a prioridade.

Questão 35

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: Correta. A obesidade mórbida é um fator de risco independente para o desenvolvimento de doença renal crônica e doença renal terminal. O mecanismo envolve tanto danos indiretos (por meio da hipertensão arterial e do diabetes mellitus) quanto danos diretos, como a hiperfiltração glomerular, que pode levar à glomerulopatia relacionada à obesidade (uma forma de glomeruloesclerose segmentar e focal).

Assertiva II: Correta. Existe uma associação estabelecida entre obesidade e diversos tipos de neoplasias. No caso do câncer de próstata, a obesidade está relacionada não apenas a um maior risco de desenvolvimento da doença, mas também a um prognóstico pior, com tumores diagnosticados em estágios mais agressivos. Isso ocorre devido ao estado inflamatório crônico, alterações nos níveis de insulina, IGF-1 e hormônios esteroides.

Assertiva III: Correta. As complicações osteoarticulares estão entre as mais prevalentes na obesidade mórbida. O sobrepeso impõe uma carga mecânica excessiva sobre as articulações de sustentação (joelhos, quadris e coluna lombar), acelerando o processo de degeneração da cartilagem. Além do fator mecânico, as citocinas inflamatórias produzidas pelo tecido adiposo (adipocinas) também contribuem para o dano articular sistêmico.

Assertiva IV: Correta. A patogênese da obesidade é multifatorial e envolve a interação entre genética e ambiente. As alterações epigenéticas (modificações na expressão gênica que não alteram a sequência do DNA, como metilação e acetilação) desempenham um papel crucial. Fatores como a dieta materna durante a gestação e o estilo de vida podem induzir essas mudanças epigenéticas, predispondo o indivíduo ao acúmulo de gordura e distúrbios metabólicos.

CONCLUSÃO:

Como todas as quatro assertivas trazem informações tecnicamente corretas e amplamente aceitas na literatura médica sobre as comorbidades e a fisiopatologia da obesidade, a alternativa correta é a (d).

Questão 36

O caso clínico apresenta um paciente com complicação tardia de pancreatite aguda grave. Para diferenciar as coleções pancreáticas, utilizamos a Classificação de Atlanta revisada, que se baseia no tempo de evolução (mais ou menos de 4 semanas) e no conteúdo da coleção (líquido puro ou presença de necrose sólida).

Alternativa a: Correta. A tomografia descreve uma coleção com conteúdo heterogêneo (líquido e sólido) e parede bem definida, surgindo 6 semanas após o evento inicial. Essas características definem a Necrose Pancreática Organizada (conhecida internacionalmente como Walled-Off Necrosis ou WON). O termo necrose pancreática isolada é utilizado para identificar que a coleção é composta por restos de parênquima necrótico delimitados por uma parede, diferenciando-a de coleções puramente líquidas.

Alternativa b: Incorreta. O pseudocisto pancreático é uma coleção de líquido homogêneo, sem componentes sólidos, cercada por uma parede definida de tecido de granulação. O enunciado afirma categoricamente que a densidade da coleção é mista e apresenta componente sólido (débris necróticos), o que exclui o pseudocisto.

Alternativa c: Incorreta. A coleção líquida aguda peripancreática ocorre apenas na pancreatite edematosa intersticial (sem necrose), manifesta-se precocemente (nas primeiras 4 semanas de evolução) e não possui uma parede capsular definida. O caso em questão já possui 6 semanas de evolução, apresenta necrose e parede bem delimitada com realce pelo contraste.

Alternativa d: Incorreta. O termo abscesso pancreático, na nomenclatura atual, refere-se geralmente à necrose infectada ou ao pseudocisto infectado. O diagnóstico exigiria sinais clínicos de infecção sistêmica. O paciente está afebril, em bom estado geral, com frequência cardíaca normal e sem leucocitose importante com desvio à esquerda, o que torna a hipótese de infecção da coleção improvável no momento.

Questão 37

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O caso clínico descreve uma paciente de 42 anos com história de cirurgia bariátrica prévia (bypass gástrico há 3 anos) que apresenta um quadro agudo de vômitos persistentes e baixa ingestão alimentar, culminando em uma tríade neurológica clássica: anormalidades oculares (diplopia e nistagmo), ataxia (anormalidades da marcha) e alteração do estado mental (delirium e déficit de memória).

O diagnóstico mais provável é a deficiência de tiamina (vitamina B1), manifestando-se como Encefalopatia de Wernicke.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Correta. A Encefalopatia de Wernicke é uma emergência médica causada pela depleção de tiamina. A tiamina é um cofator essencial para o metabolismo da glicose no cérebro. Pacientes submetidos a cirurgias bariátricas têm menor reserva e menor absorção desta vitamina. Quando ocorrem vômitos persistentes, os estoques corporais (que duram apenas cerca de 2 a 3 semanas) se esgotam rapidamente. A tríade clássica consiste em: 1. Alterações oculares (nistagmo, paralisia de nervos cranianos); 2. Ataxia de marcha; 3. Confusão mental/encefalopatia. A paciente apresenta todos os componentes da tríade, além do fator de risco cirúrgico e do gatilho (vômitos).

b) Incorreta. Embora a paciente apresente vômitos persistentes que poderiam levar à desidratação, os sinais vitais estão estáveis (frequência cardíaca de 92 bpm e pressão arterial de 112/67 mmHg). O choque hipovolêmico se manifestaria com taquicardia importante, hipotensão, extremidades frias e tempo de enchimento capilar lentificado, além de não explicar os achados neurológicos focais como nistagmo e diplopia.

c) Incorreta. A suboclusão intestinal é uma complicação possível em pacientes pós-bypass gástrico (como por hérnias internas) e pode causar vômitos. No entanto, o exame físico abdominal da paciente é benigno (abdome depressível, sem sinais de irritação peritoneal) e, crucialmente, a suboclusão sozinha não explica a tríade neurológica de Wernicke (nistagmo, ataxia e delirium).

d) Incorreta. A hiponatremia (baixa concentração de sódio) pode causar náuseas, vômitos e alteração do estado mental (confusão, convulsões e coma). Contudo, ela raramente se apresenta com a combinação específica de nistagmo, diplopia e ataxia de marcha de forma tão característica quanto a deficiência de tiamina, especialmente no contexto de uma paciente bariátrica com vômitos.

DICA PRÁTICA: Em provas de residência, diante de um paciente com história de cirurgia bariátrica, etilismo crônico ou desnutrição que apresenta vômitos e sintomas neurológicos (especialmente oculares e de marcha), pense imediatamente em Encefalopatia de Wernicke e reposição de tiamina. Nunca administre glicose antes da tiamina nesses casos, pois a carga de glicose pode precipitar ou piorar o quadro neurológico ao consumir o pouco estoque de vitamina B1 restante.

Questão 38

O checklist de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS) é dividido em três etapas principais: o Sign-in (antes da indução anestésica), o Time-out (antes da incisão cirúrgica) e o Sign-out (antes do paciente sair da sala). A questão exige o conhecimento específico sobre os itens que compõem o Time-out.

Alternativa (a) Incorreta. A avaliação de via aérea difícil ou risco de aspiração é uma verificação que deve ser feita obrigatoriamente antes da indução anestésica, pertencendo, portanto, à fase de Sign-in. O objetivo é garantir que a equipe de anestesia esteja preparada para intercorrências durante a intubação.

Alternativa (b) Incorreta. A verificação da monitorização do paciente, que inclui oximetria de pulso e outros sinais vitais, deve ser confirmada antes de se iniciar a anestesia (fase de Sign-in), assegurando que o paciente esteja devidamente monitorado desde o início do procedimento.

Alternativa (c) Incorreta. A contagem de compressas, agulhas e instrumentais é uma ação realizada na etapa de Sign-out. Essa conferência ocorre antes de o paciente deixar a sala de operação, com o intuito de evitar o esquecimento de corpos estranhos em cavidades cirúrgicas.

Alternativa (d) Correta. O Time-out é uma pausa tática realizada por toda a equipe imediatamente antes da incisão cutânea. Nessa fase, deve haver a confirmação verbal da identidade do paciente, do sítio cirúrgico correto e do procedimento que será realizado. Além disso, revisam-se os riscos de perda sanguínea, a administração de antibióticos profiláticos e a disponibilidade de exames de imagem necessários.

Questão 39

Para o fechamento espontâneo de uma fístula enterocutânea, diversos fatores anatômicos, fisiológicos e clínicos devem ser avaliados. O manejo inicial foca na estabilização do paciente, nutrição adequada e controle de infecções, mas a anatomia da fístula dita a probabilidade de sucesso do tratamento clínico.

Alternativa a) Incorreta. O comprimento do trajeto fistuloso é um fator determinante. Um trajeto curto, geralmente definido como menor que 2 cm, é um fator desfavorável ao fechamento. Isso ocorre porque o trajeto curto se assemelha a um estoma, facilitando a saída direta do conteúdo intestinal e dificultando a contração e cicatrização do tecido. Trajetos longos (maiores que 2 cm) são considerados favoráveis.

Alternativa b) Incorreta. A epitelização ocorre quando o tecido de revestimento da pele ou da mucosa intestinal cresce ao longo do canal da fístula, criando um túnel revestido por epitélio. Uma vez que o trajeto está epitelizado, a cicatrização por segunda intenção é impedida, tornando o fechamento espontâneo virtualmente impossível e indicando a necessidade de correção cirúrgica.

Alternativa c) Correta. As fístulas são classificadas em relação à continuidade do lúmen intestinal. As fístulas laterais são aquelas em que existe apenas um orifício na lateral da alça, mantendo-se a continuidade do trânsito para os segmentos distais. Isso permite que parte do conteúdo intestinal siga o caminho fisiológico, reduzindo o fluxo pelo orifício da fístula e favorecendo sua obliteração. Fístulas terminais (onde há descontinuidade total do intestino) raramente fecham sem cirurgia.

Alternativa d) Incorreta. O volume de débito da fístula é um dos principais preditores de fechamento. Débito elevado, classicamente definido como superior a 500 ml em 24 horas, é um fator desfavorável, pois o fluxo constante de secreções (muitas vezes

ricas em enzimas digestivas) impede a formação de tecido de granulação e espolia o paciente de forma hidroeletrólítica e nutricional. Fístulas de baixo débito (menor que 200 ml/dia) são as que apresentam as melhores taxas de fechamento espontâneo.

Questão 40

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente jovem com trauma grave (contuso e com fratura de pelve), submetido à cirurgia de controle de danos e ressuscitação volêmica importante. No pós-operatório, ele apresenta sinais clássicos de disfunção orgânica progressiva: necessidade de maiores pressões ventilatórias (queda da complacência pulmonar), oligúria (15 mL/h), instabilidade hemodinâmica (necessidade de noradrenalina) e acidose metabólica com hiperlactatemia. O dado crucial é a pressão intra-abdominal (PIA) de 26,5 mmHg (36 cmH₂O).

De acordo com a World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), define-se a Síndrome do Compartimento Abdominal (SCA) quando a PIA é sustentada acima de 20 mmHg, associada a uma nova disfunção ou falência de órgãos. O paciente em questão apresenta PIA Grau IV (acima de 25 mmHg) e disfunções renal, respiratória e cardiovascular, configurando o diagnóstico de SCA.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A medida indicada para a Síndrome do Compartimento Abdominal instalada e refratária, especialmente com valores de PIA acima de 25 mmHg associados a disfunções orgânicas, é a descompressão cirúrgica imediata. No caso de um paciente que já foi operado, isso significa proceder à reabertura da laparotomia (laparostomia) para aliviar a pressão, permitindo a expansão das alças intestinais e a restauração da perfusão dos órgãos abdominais e da mecânica ventilatória.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O protocolo de transfusão maciça (1:1:1) é indicado para hemorragia grave ativa e choque hipovolêmico descompensado. Embora o paciente tenha tido um trauma grave, o problema atual é a hipertensão intra-abdominal. A infusão excessiva de fluidos e hemoderivados nesta fase pode, inclusive, piorar o edema das alças e agravar a SCA.

Alternativa B: O manitol é um diurético osmótico utilizado primordialmente no tratamento da hipertensão intracraniana. Não possui indicação no manejo da Síndrome do Compartimento Abdominal, e sua característica osmótica poderia

descompensar ainda mais o equilíbrio hidroeletrólítico e a função renal do paciente oligúrico.

Alternativa C: A solução salina hipertônica é utilizada para expansão volêmica rápida com menor volume infundido ou no controle da hipertensão intracraniana. No contexto da SCA, o problema não é a falta de volume intravascular (o paciente já foi reanimado), mas sim o efeito compressivo do conteúdo abdominal sobre a vasculatura e os órgãos. O uso de mais sódio e volume não resolveria a obstrução mecânica causada pela pressão.

CONCLUSÃO

Diante de uma PIA de 26,5 mmHg associada a falências orgânicas (SCA Grau IV), a descompressão abdominal por meio da laparotomia é a única conduta capaz de reverter o quadro e evitar o óbito do paciente.

Questão 41

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma paciente jovem de 28 anos com um nódulo de características nitidamente benignas ao exame físico: móvel, fibroelástico, indolor e com limites regulares. Os achados da ultrassonografia reforçam essa impressão: nódulo ovalado, com orientação paralela à pele (mais largo do que alto), bem-definido e hipoecogênico homogêneo. Essas características são clássicas de um fibroadenoma e permitem classificar a lesão como BI-RADS 3 (provavelmente benigna), cujo risco de malignidade é inferior a 2%.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A conduta preconizada pelo sistema BI-RADS para lesões classificadas na categoria 3 é o controle radiológico em curto prazo. O objetivo é observar a estabilidade da lesão por um período de 2 a 3 anos. O protocolo padrão consiste em repetir a ultrassonografia em 6 meses. Se a lesão permanecer estável, os controles seguem em 12, 24 e até 36 meses antes de ser reclassificada como BI-RADS 2 (benigna). Em pacientes jovens, essa conduta conservadora evita procedimentos invasivos e cirurgias desnecessárias.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A exérese cirúrgica imediata não é indicada para nódulos com características nitidamente benignas em pacientes jovens. A cirurgia seria

considerada apenas se houvesse crescimento rápido documentado no seguimento, dor intensa, desejo da paciente ou se a lesão fosse muito volumosa. Além disso, o termo margem de segurança é reservado para o tratamento de tumores malignos confirmados.

Alternativa B: A biópsia por agulha grossa (core biopsy) é o padrão-ouro para lesões suspeitas classificadas como BI-RADS 4 ou 5. Embora possa ser realizada em BI-RADS 3 se a paciente apresentar ansiedade extrema ou se não for possível garantir o acompanhamento semestral, ela não é a conduta inicial mais adequada ou recomendada pelos protocolos para este caso.

Alternativa D: A mamografia bilateral não é o exame de escolha para mulheres abaixo dos 30 a 35 anos. Nessa faixa etária, as mamas são densas, o que limita a capacidade do exame em detectar ou caracterizar lesões. A ultrassonografia é o método preferencial e mais sensível para avaliar nódulos palpáveis em mulheres jovens.

Questão 42

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar a dismenorreia primária da secundária e conhecer as condutas de primeira linha na ginecologia.

Análise do caso clínico:

A paciente é jovem (19 anos), apresenta dor desde a menarca (12 anos), de caráter cíclico e limitada aos primeiros dias do ciclo. O exame físico é normal e não há sintomas de alerta (como dispareunia ou sangramento anormal). Esse quadro é o "livro-texto" da dismenorreia primária, causada pelo excesso de produção de prostaglandinas (PGF2-alfa) no endométrio, levando a contrações uterinas dolorosas e isquemia local.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dismenorreia secundária é aquela associada a uma patologia pélvica orgânica (como endometriose, miomas ou adenomiose). Ela geralmente surge anos após a menarca, tende a ser progressiva e muitas vezes apresenta alterações no exame físico ou exames de imagem. Além disso, opioides não são a conduta inicial para cólicas menstruais; o foco deve ser a inibição das prostaglandinas.

b) Correta. O diagnóstico é de dismenorreia primária, pois a dor iniciou com a menarca, é tipicamente cíclica e o exame físico é normal. A conduta inicial padrão-ouro é o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), que agem diretamente na causa do problema ao inibir a enzima ciclo-oxigenase (COX) e reduzir

a produção de prostaglandinas. Medidas de higiene e estilo de vida também auxiliam no manejo.

c) Incorreta. Embora a endometriose seja a principal causa de dismenorreia secundária, o caso clínico não aponta para ela. Na endometriose, a dor costuma ser progressiva (piora com o tempo), pode haver dor profunda na relação sexual (dispareunia) e alterações ao exame físico (como nodularidades em fundo de saco). A laparoscopia é um procedimento invasivo e não é a conduta inicial para uma paciente com características clássicas de dor primária.

d) Incorreta. A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é um processo infeccioso agudo ou crônico que se manifesta com dor pélvica (geralmente não cíclica), corrimento vaginal, febre e dor à mobilização do colo uterino no exame físico. O quadro da paciente é de longa data (desde os 12 anos) e estritamente ligado ao período menstrual, o que afasta a hipótese de DIP.

Gabarito: Letra (b).

Questão 43

O caso clínico apresenta uma paciente jovem, previamente hígida, com quadro clássico de cistite aguda não complicada. Os sintomas de disúria, polaciúria (aumento da frequência) e dor suprapúbica, sem sinais sistêmicos (como febre e calafrios) ou dor lombar, direcionam o diagnóstico para o trato urinário inferior. A ausência de corrimento vaginal e irritação vulvar afasta causas ginecológicas. O exame de urina com leucocitúria e nitrito positivo (indicativo de bactérias da família Enterobacteriaceae, como a *E. coli*) confirma a suspeita infecciosa. Em mulheres jovens com sintomas típicos, a urocultura é dispensável para o início do tratamento.

Análise das alternativas:

a) Correta. O quadro clínico é soberano para o diagnóstico de cistite aguda. A nitrofurantoína (100 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 5 dias) é considerada uma das terapias de primeira linha para cistite não complicada, devido à sua alta eficácia e baixos índices de resistência bacteriana.

b) Incorreta. A vulvovaginite geralmente se manifesta com corrimento vaginal, prurido ou irritação vulvar, além de dispareunia superficial. No exame físico da paciente, foi explicitamente negada a presença de corrimento ou irritação, e o nitrito positivo na urina reforça a origem urinária dos sintomas.

c) Incorreta. Embora a uretrite possa causar disúria, ela costuma estar associada a

corrimento uretral ou vaginal e ocorre frequentemente em contextos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A presença de dor suprapúbica e nitrito positivo no sedimento urinário é muito mais característica de uma infecção bacteriana da bexiga (cistite) do que de uma uretrite isolada.

d) Incorreta. A síndrome da bexiga dolorosa (ou cistite intersticial) é uma condição crônica, caracterizada por dor pélvica persistente por mais de 6 meses, relacionada ao enchimento vesical, na ausência de infecção urinária comprovada ou outras causas identificáveis. O caso descrito é agudo (2 dias de evolução) e apresenta evidências claras de infecção bacteriana (nitrito positivo). Além disso, a cistoscopia não é um exame de rotina para quadros agudos de disúria em mulheres jovens.

Questão 44

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Primeira assertiva (V): A paciente apresenta evidências de ovulação.

A dosagem de progesterona realizada na fase lútea média (aproximadamente uma semana antes da menstruação esperada) é um excelente marcador de ovulação. Valores acima de 3 ng/mL indicam que a ovulação ocorreu. No caso descrito, o resultado de 10 ng/mL confirma que a paciente é ovulatória.

Segunda assertiva (F): A HSG é o exame padrão-ouro para avaliação da cavidade uterina.

Embora a histerossalpingografia (HSG) possa sugerir alterações na cavidade uterina (como pólipos, miomas submucosos ou sinéquias), ela é primariamente um exame para avaliar a patência das tubas uterinas. O padrão-ouro para a avaliação minuciosa da cavidade endometrial é a histeroscopia, que permite a visualização direta e diagnóstica.

Terceira assertiva (V): A USTV pode avaliar a reserva ovariana.

A ultrassonografia transvaginal (USTV) é um dos pilares da avaliação da reserva ovariana por meio da contagem de folículos antrais (CFA). Esse parâmetro, somado ao volume ovariano, ajuda a estimar a capacidade reprodutiva da mulher naquele momento, sendo tão importante quanto a dosagem do hormônio antimülleriano ou do FSH basal.

Quarta assertiva (F): A presença de normozoospermia no espermograma não exclui a necessidade de avaliação hormonal no homem.

No rastreamento básico do casal infértil, se o homem apresenta um espermograma com parâmetros normais (normozoospermia) e não possui queixas clínicas (como disfunção erétil, baixa libido ou alterações no exame físico genital), não há indicação

para realizar dosagens hormonais (como FSH ou testosterona). A avaliação hormonal masculina é reservada para casos com concentração espermática reduzida (geralmente abaixo de 10 a 15 milhões/mL) ou suspeita clínica de endocrinopatia.

CONCLUSÃO:

A sequência correta, de cima para baixo, é Verdadeira, Falsa, Verdadeira e Falsa (V - F - V - F).

Alternativa correta: Letra A.

Questão 45

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro clássico de sangramento de escape (spotting) relacionado ao período de adaptação de um anticoncepcional hormonal combinado de baixa dose (20 mcg de etinilestradiol). Este fenômeno é muito comum nos primeiros três meses de uso, ocorrendo devido à instabilidade do endométrio que está sendo exposto a novas doses hormonais. Como o exame especular é normal, a citologia está em dia e não há outros fatores de risco, a causa é funcional e iatrogênica (efeito colateral esperado).

Alternativa a) Incorreta. A ultrassonografia transvaginal (USTV) é o padrão-ouro para investigar causas estruturais de sangramento uterino anormal (como miomas e pólipos), mas não é o primeiro passo em uma paciente jovem que iniciou o uso de pílula recentemente e não tinha sintomas prévios. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) pode ser indicado para reduzir o volume do sangramento, mas a prioridade inicial é a orientação sobre a adaptação do método.

Alternativa b) Incorreta. Suspender a pílula combinada e trocar por uma pílula de progesterona isolada tenderia a piorar o sangramento irregular, pois métodos de progesterona isolada apresentam taxas ainda mais altas de spotting. Além disso, a histeroscopia é um exame invasivo de segunda linha, indicado apenas quando há suspeita de patologia intracavitária ou falha no tratamento clínico.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta mais adequada e baseada em evidências para o manejo de efeitos colaterais iniciais de contraceptivos. A maioria dos episódios de sangramento de escape cede espontaneamente após o terceiro mês de uso (período de adaptação). A orientação detalhada tranquiliza a paciente, evita a descontinuação indevida do método e garante a segurança contraceptiva enquanto o organismo se estabiliza.

Alternativa d) Incorreta. Embora o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis

(ISTs) e o teste de gravidez façam parte da rotina ginecológica e da propedêutica de sangramentos anormais, a prescrição de doxiciclina profilática é totalmente inadequada. O uso de antibióticos só estaria indicado se houvesse suspeita clínica de cervicite ou doença inflamatória pélvica, o que não é o caso de uma paciente assintomática com exame físico normal.

Questão 46

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com um quadro clássico de vaginose bacteriana (VB), que é a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva. Para o diagnóstico da VB, utilizamos clinicamente os critérios de Amsel, nos quais a presença de pelo menos três dos quatro itens a seguir confirma o diagnóstico:

1. Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fluido;
2. pH vaginal $> 4,5$;
3. Teste das aminas (Whiff test) positivo (odor fétido após adição de KOH a 10%);
4. Presença de "clue cells" (células-alvo) no exame a fresco.

Na questão, a paciente apresenta o corrimento característico, pH de 5,0 e teste de aminas positivo, preenchendo três critérios.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. A candidíase vaginal apresenta-se tipicamente com prurido intenso, mas o corrimento é esbranquiçado e grumoso (aspecto de "leite coalhado"), o pH vaginal costuma ser inferior a 4,5 e o teste das aminas é negativo. Além disso, o tratamento padrão com fluconazol para casos não complicados é feito em dose única de 150 mg, e não por 3 dias.

b) CORRETA. Os achados clínicos de corrimento acinzentado, homogêneo, pH elevado (5,0) e teste de aminas positivo fecham o diagnóstico de vaginose bacteriana. O tratamento de escolha pode ser feito com derivados nitroimidazólicos. O secnidazol na dose de 2 g, via oral, em dose única (1 dia), é uma das opções recomendadas pelos protocolos do Ministério da Saúde e da FEBRASGO devido à sua posologia facilitada e eficácia.

c) INCORRETA. Embora a tricomoníase possa apresentar pH elevado e teste de aminas positivo, o corrimento típico é amarelo-esverdeado, bolhoso e abundante. Além disso, é comum encontrar sinais inflamatórios na vagina e no colo do útero

(colo em framboesa), o que não foi descrito. Apesar de o metronidazol 2 g ser um tratamento possível para tricomoníase, o quadro clínico descrito é patognomônico de vaginose bacteriana.

d) INCORRETA. A vaginite aeróbica é um diagnóstico diferencial menos comum, caracterizado por corrimento amarelado, sinais de inflamação vulvovaginal importante (dispareunia e dor) e pH bastante elevado. O quadro da questão é clássico para a disbiose característica da vaginose bacteriana, e não para um processo inflamatório purulento como a vaginite aeróbica.

Questão 47

Análise da Questão 47

O caso clínico descreve uma mulher de 55 anos com sintomas vasomotores (fogachos) de moderados a graves, com impacto na qualidade de vida, que opta por não utilizar terapia hormonal (TH). O objetivo é identificar a intervenção não hormonal com maior embasamento em evidências científicas.

Alternativa (a) Incorreta: A medicina herbal chinesa não é considerada tratamento de primeira linha. Revisões sistemáticas e metanálises de alta qualidade não encontraram evidências consistentes de que essas ervas sejam superiores ao placebo na redução da frequência ou intensidade dos fogachos. Além disso, há preocupações sobre a pureza dos componentes e o risco de interações medicamentosas ou toxicidade.

Alternativa (b) Correta: A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das intervenções não hormonais com maior nível de evidência recomendada por diretrizes internacionais, como as da Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS) e do NICE (Reino Unido). Ensaios clínicos demonstraram que a TCC ajuda a paciente a lidar melhor com os sintomas, reduzindo significativamente o incômodo causado pelos fogachos, melhorando o sono e a qualidade de vida, mesmo que a redução absoluta no número de episódios seja inferior à observada com hormônios.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a acupuntura seja muito procurada, as evidências científicas atuais são inconclusivas ou desfavoráveis quanto à sua eficácia específica para sintomas vasomotores. Grandes revisões sistemáticas indicam que a acupuntura real não apresenta benefícios superiores à acupuntura simulada (efeito placebo) na redução da frequência dos fogachos.

Alternativa (d) Incorreta: Práticas como yoga, tai chi e técnicas de relaxamento são excelentes para a saúde geral, redução do estresse e bem-estar psicológico. No

entanto, estudos clínicos controlados falharam em demonstrar uma melhora consistente e clinicamente significativa na frequência ou na severidade dos sintomas vasomotores especificamente. Por esse motivo, não são recomendadas como terapia de primeira linha para o manejo isolado dos fogachos.

Questão 48

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito — mulher jovem com dismenorreia (dor menstrual) intensa e progressiva, além de dispareunia (dor na relação sexual) — é altamente sugestivo de endometriose. O objetivo do tratamento em pacientes com esse perfil é o controle da dor e a preservação do futuro reprodutivo, evitando intervenções invasivas desnecessárias.

ALTERNATIVA A (CORRETA): Atualmente, as principais diretrizes nacionais e internacionais (como FEBRASGO e ESHRE) preconizam o tratamento clínico empírico para pacientes com forte suspeita de endometriose e sintomas de dor pélvica. O uso de progestogênios, de preferência em regime contínuo, promove a atrofia do endométrio e o controle do processo inflamatório, aliviando os sintomas sem a necessidade de submeter a paciente aos riscos de uma laparoscopia diagnóstica logo de início. Essa abordagem preserva a fertilidade por ser um método reversível e por evitar manipulação cirúrgica ovariana precoce.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): Embora os análogos do GnRH sejam eficazes no controle da dor por causarem um estado de hipoestrogenismo profundo, eles não são considerados a primeira linha de tratamento. Isso se deve aos seus efeitos colaterais significativos (semelhantes aos da menopausa, como fogachos e perda de massa óssea), ao alto custo e à necessidade de terapia de reposição (add-back therapy) em usos prolongados.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A laparoscopia já foi considerada o padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose, mas hoje é reservada para casos específicos. A abordagem inicial deve ser conservadora e medicamentosa. A cirurgia é indicada apenas quando há falha no tratamento clínico, evidência de massas anexiais (endometriomas) volumosas, obstrução de ureteres ou intestino, ou em casos de infertilidade sem outra causa aparente nos quais a cirurgia possa ser benéfica.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): O uso de contraceptivos com pausa de 7 dias geralmente não é a melhor estratégia para pacientes com endometriose, pois o sangramento por privação hormonal durante a pausa pode manter o estímulo doloroso. Além disso, a alternativa propõe a realização de laparoscopia cirúrgica

antes do início do tratamento, o que contraria a prática de iniciar o manejo de forma clínica e empírica para controle de sintomas.

Questão 49

ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro clínico compatível com a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Segundo os critérios de Rotterdam, o diagnóstico é estabelecido pela presença de pelo menos dois dos três seguintes critérios: 1) oligo/anovulação (irregularidade menstrual); 2) hiperandrogenismo clínico ou laboratorial; 3) morfologia de ovários policísticos ao ultrassom. No caso descrito, a paciente possui irregularidade menstrual e hiperandrogenismo clínico (hirsutismo e acne), o que confirma o diagnóstico, apesar da ultrassonografia normal. O tratamento inicial deve focar no controle dos sintomas e na proteção endometrial.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

Os contraceptivos hormonais combinados (CHCs) são a terapia de primeira linha para mulheres com SOP que não desejam engravidar imediatamente. Eles atuam de forma multifatorial: o componente estrogênico aumenta a produção hepática de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais), o que reduz a testosterona livre circulante; o componente progestagênico suprime o LH, reduzindo a produção ovariana de androgênios, e promove a proteção do endométrio contra hiperplasia e câncer, regulando os ciclos. Isso atende tanto ao alívio dos sintomas quanto à preservação da saúde reprodutiva futura (proteção endometrial).

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

A metformina é um sensibilizador de insulina. Embora possa ser útil em pacientes com intolerância à glicose ou como adjuvante em casos de infertilidade, ela é comprovadamente inferior aos contraceptivos combinados para o tratamento do hirsutismo e da acne. Como a paciente possui teste de tolerância à glicose normal e o foco é o alívio de sintomas androgênicos, a metformina não é a conduta inicial de escolha.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

O hiperandrogenismo da paciente já foi identificado clinicamente pelo hirsutismo (escala de Ferriman-Gallwey) e acne. A investigação de tumores produtores de androgênios deve ser feita em casos de virilização (clitoromegalia, voz grave) ou progressão rápida dos sintomas, o que não ocorre nesta paciente (progressão lenta e

ausência de virilização). Portanto, novas dosagens hormonais não mudariam a conduta inicial neste momento.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

Antiandrogênios, como a espironolactona, são considerados tratamentos de segunda linha para o hirsutismo. Eles geralmente são adicionados ao esquema terapêutico apenas após seis meses de uso de contraceptivos hormonais sem resposta satisfatória. Além disso, a espironolactona nunca deve ser usada isoladamente em mulheres em idade fértil pelo risco de teratogenia (feminilização de feto masculino em caso de gravidez acidental), exigindo sempre a associação com um método contraceptivo seguro.

Questão 50

Para resolver esta questão, é necessário analisar três pontos fundamentais da história clínica da paciente: o antecedente de trombose venosa profunda (TVP), a realização de cirurgia bariátrica por técnica malabsortiva (bypass gástrico) e o quadro de fluxo menstrual aumentado, considerando ainda o planejamento reprodutivo para curto prazo (1 ano).

Alternativa (a) Incorreta. Os anticoncepcionais orais combinados são contraindicados para pacientes com histórico de trombose venosa (Categoria 4 da OMS — risco inaceitável à saúde), devido à presença do estrogênio, que aumenta o risco tromboembólico. Além disso, em pacientes submetidas ao bypass gástrico, a absorção de medicamentos por via oral é prejudicada, o que compromete a eficácia do método contraceptivo oral.

Alternativa (b) Correta. O Sistema Intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel é a opção mais adequada por vários motivos:

1. Segurança: Por ser um método apenas com progestagênio, é seguro para pacientes com histórico de trombose (Categoria 2 da OMS).
2. Eficácia: Sua eficácia não é afetada pela cirurgia bariátrica, pois não depende da absorção gastrointestinal.
3. Controle de sintomas: É o tratamento de escolha para o fluxo menstrual aumentado (menorragia), pois promove atrofia endometrial e reduz significativamente o sangramento.
4. Planejamento familiar: O retorno à fertilidade é imediato após a sua retirada, o que é ideal para quem deseja engravidar em um ano.

Alternativa (c) Incorreta. O adesivo contraceptivo é um método combinado, contendo estrogênio em sua formulação. Assim como os anticoncepcionais orais combinados,

ele é contraindicado (Categoria 4 da OMS) para pacientes com passado de trombose venosa, independentemente de estarem assintomáticas no momento.

Alternativa (d) Incorreta. A medroxiprogesterona injetável apresenta dois problemas principais para este caso. Primeiro, o retorno à fertilidade após a interrupção do método é o mais demorado entre todos os anticoncepcionais, podendo levar de 9 a 12 meses (ou até mais) para a paciente voltar a ovular, o que conflita com o desejo de engravidar em um ano. Segundo, este método está associado ao ganho de peso em uma parcela das usuárias, o que é indesejado em uma paciente pós-bariátrica. Além disso, a afirmação de que a fertilidade retorna em 2 meses está tecnicamente errada.

Questão 51

Análise do quadro clínico:

O ponto fundamental para a resolução desta questão é o reconhecimento do início da fase ativa do trabalho de parto. Segundo as diretrizes mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, a fase ativa é caracterizada por contrações regulares e dilatação cervical de, pelo menos, 5 cm (alguns protocolos adotam 6 cm). Como a paciente apresenta 4 cm de dilatação, ela ainda se encontra tecnicamente na fase latente do trabalho de parto.

Alternativa (a) Incorreta: A amniotomia (ruptura artificial das membranas) é uma intervenção utilizada para acelerar o trabalho de parto já estabelecido na fase ativa. Realizá-la durante a fase latente não traz benefícios comprovados na redução do tempo para o nascimento e aumenta o risco de infecções e de compressão do cordão umbilical.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de ocitocina é indicado para corrigir distocias de contratilidade (quando as contrações são ineficientes) durante a fase ativa. A paciente em questão já apresenta uma boa dinâmica uterina (3 contrações em 10 minutos com duração de 60 segundos). Administrar ocitocina na fase latente com contrações adequadas é desnecessário e pode levar a quadros de taquissístolia e sofrimento fetal.

Alternativa (c) Correta: De acordo com a definição moderna, a fase ativa só começa aos 5 cm. Portanto, uma paciente com 4 cm que não progride a dilatação em 4 horas permanece na fase latente. A conduta correta na fase latente é expectante, ou seja, aguardar a evolução espontânea do processo, oferecendo suporte e medidas de conforto. A fase latente pode ser prolongada sem que isso represente uma patologia ou risco imediato, não sendo indicativa de intervenções imediatas.

Alternativa (d) Incorreta: O diagnóstico de trabalho de parto estacionado ou parada secundária da dilatação só pode ser realizado após o ingresso da paciente na fase ativa (dilatação maior ou igual a 5 cm). Indicar uma cesariana neste momento, com a paciente estável e o feto sem sinais de sofrimento, seria uma conduta iatrogênica e precoce, baseada em critérios de progressão que não se aplicam à fase latente.

Questão 52

COMENTÁRIO TÉCNICO

O caso clínico descreve uma puérpera de 10 dias com evolução fisiológica do período pós-parto. Para resolver essa questão, o médico deve identificar as características normais do puerpério clínico, especialmente a involução uterina e a evolução dos lóquios.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Não há indicação clínica para a solicitação de hemograma. A paciente relata sangramento em pequena quantidade e está hemodinamicamente estável, sem queixas de tontura, palidez mucosa ou outros sinais de anemia aguda. O sangramento descrito é compatível com a perda hemática esperada para o período.

Alternativa (b) Incorreta. A involução uterina está ocorrendo de forma adequada. No 10º dia após o parto, é esperado que o útero tenha retornado à pelve verdadeira, tornando-se não palpável ao exame abdominal (o que geralmente ocorre entre o 10º e o 12º dia). A ultrassonografia seria indicada apenas em suspeitas de restos ovulares ou subinvolução uterina patológica, o que não é o caso.

Alternativa (c) Correta. A paciente apresenta um quadro de puerpério fisiológico. O sangramento amarelado em pequena quantidade corresponde aos "lóquios flavos" (lochia flava), que surgem habitualmente após o 7º dia e duram até cerca de duas semanas após o parto. O desconforto perineal leve com episiorrafia íntegra e sem sinais inflamatórios é comum no processo de cicatrização. Portanto, a conduta é expectante, baseada em orientações de higiene e esclarecimento sobre a normalidade dos sintomas.

Alternativa (d) Incorreta. Não há critérios para o diagnóstico de endometrite. A paciente está afebril, estável, os lóquios não possuem odor fétido e não há relato de dor uterina à mobilização ou palpação. O uso de antibióticos é contraindicado em quadros fisiológicos.

Questão 53

DIAGNÓSTICO E CONTEXTO

O caso clínico apresenta uma paciente no terceiro dia de pós-operatório de cesariana com o quadro clássico de endometrite puerperal. Esta é a principal causa de febre no puerpério, especialmente após cesarianas realizadas fora de eletividade (após trabalho de parto). O diagnóstico é clínico, baseado na tríade: febre (geralmente a partir do 2º ou 3º dia), útero doloroso/hipoinvoluído e loquiação fétida.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico da endometrite é clínico. Embora hemograma e culturas possam ser solicitados para monitorização e ajuste futuro, o tratamento nunca deve ser retardado à espera desses resultados. O atraso no início da antibioticoterapia aumenta significativamente o risco de complicações graves, como choque séptico e pelviperitonite.

Alternativa b) Correta. Por ser uma infecção polimicrobiana (envolvendo aeróbios e anaeróbios da flora vaginal e entérica, como estreptococos, enterococos, E. coli e Bacteroides), o tratamento exige antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa. O esquema padrão-ouro na obstetrícia é a associação de clindamicina e gentamicina. A paciente deve ser mantida em ambiente hospitalar até estar afebril e assintomática por 24 a 48 horas.

Alternativa c) Incorreta. A ultrassonografia transvaginal (USTV) não é necessária para o diagnóstico inicial de endometrite, que é soberanamente clínico. O exame de imagem é reservado para casos de dúvida diagnóstica ou quando há falha terapêutica após 48-72 horas de antibióticos adequados, visando descartar abscessos pélvicos ou restos placentários infectados.

Alternativa d) Incorreta. A antibioticoterapia oral e o manejo ambulatorial não são seguros nem eficazes para a endometrite puerperal, especialmente em uma paciente com febre elevada (38,8 °C) e dor abdominal. A gravidade potencial da infecção pélvica pós-cirúrgica exige internação e medicação parenteral para garantir níveis séricos adequados e rápida resposta clínica.

Questão 54

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

O quadro clínico descrito — puérpera com 15 dias de amamentação, dor intensa e fissuras mamilares bilaterais — é extremamente comum na prática clínica e representa um dos principais motivos de desmame precoce. Na ausência de sinais infecciosos (como febre ou áreas purulentas), a conduta deve ser focada na correção da causa-base, que é quase invariavelmente o trauma mecânico.

Alternativa A: CORRETA. A causa primordial das fissuras mamilares é a técnica de amamentação inadequada. O manejo inicial deve focar obrigatoriamente na revisão da pega e do posicionamento. Uma pega adequada ocorre quando o bebê abocanha grande parte da aréola e não apenas o mamilo, permitindo que o bico do peito fique posicionado no palato mole (fundo da boca), onde não sofre compressão traumática. O posicionamento correto da mãe e do bebê (barriga com barriga, corpo alinhado) é o que permite que essa pega ocorra de forma profunda e indolor.

Alternativa B: INCORRETA. Embora a pega do bebê seja um fator determinante, a frequência das mamadas não é a causa das fissuras. A recomendação atual é a livre demanda. Tentar reduzir a frequência das mamadas para "descansar" o mamilo pode levar ao ingurgitamento mamário, dificultando ainda mais a pega na próxima mamada e aumentando o risco de mastite.

Alternativa C: INCORRETA. A ordenha manual é uma técnica auxiliar, geralmente indicada quando a mama está muito cheia (ingurgitada), o que torna a aréola tensa e dificulta a pega do bebê. No entanto, ela não é o tratamento direto para a fissura já instalada. Assim como mencionado anteriormente, a frequência das mamadas não é o ponto de correção necessário para tratar o trauma mamilar.

Alternativa D: INCORRETA. Apesar de citar a posição da mãe e do bebê, o que está correto, a ordenha manual não é o manejo prioritário para corrigir a mecânica que causou a lesão. O foco principal deve ser garantir que, durante o ato de sugar, o bebê não esteja traumatizando o tecido mamilar, o que se resolve primariamente com o ajuste da pega e do posicionamento.

Resumo Didático:

Para a prova e para a vida prática, lembre-se: dor ao amamentar e fissuras são sinais de erro de técnica. Os dois pilares da técnica de amamentação são Posicionamento (como o binômio se acomoda) e Pega (como a boca do bebê se acopla à mama). Se houver fissura, corrija primeiro a técnica.

Questão 55

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de teníase. A descrição de eliminação de segmentos semelhantes a fitas brancas nas fezes é patognomônica da eliminação de proglótides, que são os segmentos do corpo da *Taenia* sp. O relato de consumo de carne suína malcozida direciona o diagnóstico especificamente para a *Taenia solium**, enquanto a *Taenia saginata** estaria relacionada à carne bovina. Sintomas como dor abdominal e diarreia são manifestações inespecíficas que podem acompanhar a infecção intestinal pelo verme adulto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora o diagnóstico de teníase esteja correto, o albendazol não é a conduta de primeira escolha para o manejo da teníase intestinal (verme adulto). O albendazol é mais comumente utilizado em esquemas de vários dias para o tratamento da cisticercose (forma larval nos tecidos) ou para outros helmintos, como *Ascaris** e ancilostomídeos. Para a teníase intestinal, sua eficácia é inferior quando comparada aos fármacos de escolha.

b) Correta. O diagnóstico é teníase, confirmado pela presença de proglótides nas fezes e pelo histórico epidemiológico. O praziquantel é o tratamento de escolha para a teníase intestinal, geralmente administrado em dose única, apresentando alta eficácia na eliminação do verme adulto. No segundo trimestre da gestação, o uso de praziquantel é considerado seguro quando o tratamento é necessário para o controle dos sintomas e interrupção da eliminação de ovos no ambiente.

c) Incorreta. O diagnóstico de ascaridíase está errado. O *Ascaris lumbricoides** é um nematódeo (verme cilíndrico) e não se apresenta na forma de fitas ou proglótides. A eliminação de fitas brancas é característica de cestódeos (vermes chatos), como a tênia. Além disso, a ascaridíase não está associada ao consumo de carne suína, mas sim à ingestão de água ou alimentos contaminados com ovos do parasita.

d) Incorreta. Além do diagnóstico de ascaridíase estar incorreto (como explicado na alternativa anterior), a niclosamida é um medicamento utilizado para o tratamento de cestódeos (tênias) e não possui ação eficaz contra o *Ascaris lumbricoides**.

CONCLUSÃO

O quadro clínico de eliminação de proglótides após ingestão de carne de porco define a teníase. O manejo terapêutico inicial padrão-ouro para a eliminação do verme adulto no lúmen intestinal é a prescrição de praziquantel. Portanto, a alternativa B é

a correta.

Questão 56

O caso clínico apresenta uma gestante de 36 semanas com diagnóstico de óbito fetal há 3 dias. A paciente é multípara (G3P2 com partos vaginais prévios), está hemodinamicamente estável, sem sinais de infecção ou coagulopatia, porém possui um colo uterino desfavorável (Índice de Bishop igual a 4) e expressa o desejo de resolução imediata.

Alternativa (a) Incorreta: A realização de uma cesariana em casos de óbito fetal deve ser a última opção, reservada apenas para situações de contra-indicação absoluta ao parto vaginal (como placenta prévia total) ou risco materno iminente. A cirurgia aumenta significativamente a morbidade materna, com maior risco de hemorragia, infecção e complicações em gestações futuras (cicatriz uterina), sem trazer qualquer benefício ao feto.

Alternativa (b) Incorreta: A conduta expectante pode ser adotada em casos selecionados, mas o risco de complicações como a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) aumenta após duas a quatro semanas de retenção do feto morto. Além disso, o impacto psicológico para a mãe é imenso, e a paciente em questão já manifestou o desejo de resolução rápida.

Alternativa (c) Correta: O uso de misoprostol (prostaglandina E1) por via vaginal é a conduta de escolha para o amadurecimento cervical e indução do parto quando o colo uterino é desfavorável (Índice de Bishop menor que 6) e há óbito fetal. Como a paciente já teve dois partos vaginais anteriores e não possui cicatrizes uterinas prévias (cesáreas), o uso do misoprostol é seguro e eficaz para promover o parto vaginal, que é a via preferencial nestas circunstâncias. A reavaliação periódica é necessária para ajustar as doses conforme a resposta uterina.

Alternativa (d) Incorreta: A indução com ocitocina intravenosa é mais eficaz quando o colo uterino já se apresenta favorável ou "maduro". Em um colo com Índice de Bishop de 4, a indução isolada com ocitocina apresenta alta taxa de falha. O protocolo padrão exige o amadurecimento prévio do colo com prostaglandinas (misoprostol) antes do uso da ocitocina, caso esta última seja necessária para a fase ativa do trabalho de parto.

Questão 57

Análise do cenário clínico: A paciente encontra-se com 41 semanas de gestação, o que a classifica como uma gestação pós-termo inicial ou termo tardio. Apesar de o bebê apresentar movimentação normal e a cardiocotografia estar reativa (o que indica bem-estar fetal no momento), a presença de adramnia (ausência ou redução severa de líquido amniótico) é um sinal de alerta crítico. Em gestações prolongadas, a adramnia reflete frequentemente uma insuficiência placentária, na qual o fluxo sanguíneo é desviado de órgãos não vitais do feto (como os rins) para o cérebro e o coração. Com menos sangue passando pelos rins, a produção de urina fetal cai, resultando na redução do líquido amniótico.

Alternativa a) Incorreta. A amnioinfusão consiste na infusão de soro fisiológico na cavidade amniótica. Ela é uma técnica utilizada pontualmente em situações específicas durante o trabalho de parto para tentar reduzir compressões de cordão umbilical (desacelerações variáveis), mas não é o tratamento para uma gestação de 41 semanas com oligodramnia severa. O problema principal é a idade gestacional avançada e a falência placentária, que a amnioinfusão não resolve.

Alternativa b) Incorreta. Aguardar até 42 semanas sem realizar exames em uma paciente que já apresenta adramnia é uma conduta perigosa e contrária aos protocolos obstétricos. A adramnia aumenta drasticamente o risco de compressão do cordão umbilical e óbito fetal súbito. O acompanhamento expectante só é possível se o volume de líquido amniótico e os testes de vitalidade estiverem normais.

Alternativa c) Incorreta. O achado de adramnia às 41 semanas é uma indicação formal de resolução da gestação. Não se deve postergar a conduta ou repetir exames em dois dias, pois o ambiente intrauterino já se mostrou desfavorável e o risco de deterioração da vitalidade fetal é iminente.

Alternativa d) Correta. A interrupção da gestação é a conduta indicada. De acordo com a maioria dos protocolos (como os da FIGO e do Ministério da Saúde), a presença de oligodramnia/adramnia em gestações com 41 semanas ou mais é motivo para o parto. O fato de o colo estar "fechado e grosso" (índice de Bishop desfavorável) indica que, para um parto vaginal, seria necessária a maturação cervical (com métodos mecânicos ou farmacológicos como o misoprostol), mas a decisão clínica imediata deve ser a de finalizar a gravidez, seja por indução ou por cesariana, dependendo das condições maternas e da monitorização fetal contínua.

Questão 58

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

A paciente apresenta um quadro clínico característico de Hidradenite Supurativa (HS), também conhecida como acne inversa. Trata-se de uma doença inflamatória crônica que atinge as unidades pilossebáceas em áreas ricas em glândulas apócrinas, como vulva, períneo, axilas e região inframamária.

A presença de comedões (cravos), pápulas e pústulas nessas localizações é o marco diagnóstico. O exame físico descreve lesões sem abscessos, fístulas ou cicatrizes, o que classifica o quadro como Estágio I de Hurley (doença leve). Para o tratamento inicial da Hidradenite Supurativa leve, a recomendação é o uso de antibiótico tópico (clindamicina a 1%), que é seguro inclusive durante a gestação.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Incorreta. Embora o termo "acne inversa" seja usado para a hidradenite, o diagnóstico oficial é Hidradenite Supurativa devido à localização em áreas de glândulas apócrinas e à fisiopatologia distinta da acne vulgar (que acomete preferencialmente face e dorso). Além disso, a antibioticoterapia oral não é a primeira escolha para quadros leves iniciais.
- b) Incorreta. O diagnóstico de acne vulgar é inadequado para a região vulvar e perineal com as características descritas. A hidradenite é a patologia que melhor define o surgimento de comedões e pústulas recorrentes nessas áreas de dobra e genitais.
- c) Incorreta. O diagnóstico está correto, porém a conduta inicial para o Estágio I de Hurley (lesões isoladas, sem fístulas ou trajetos sinusais) deve ser preferencialmente tópica. A antibioticoterapia oral (como o uso de tetraciclinas, que inclusive são contraindicadas na gestação, ou a combinação clindamicina e rifampicina) é reservada para casos moderados a graves (Estágios II e III de Hurley) ou falha do tratamento tópico.
- d) Correta. A descrição de múltiplas pápulas, pústulas e comedões na região vulvar e perineal confirma o diagnóstico de Hidradenite Supurativa. Como a paciente apresenta a forma leve da doença (sem sinais de abscessos, fístulas ou confluências), a conduta inicial mais adequada e segura para uma gestante de 12 semanas é a antibioticoterapia tópica com clindamicina a 1%.

Questão 59

A psicose puerperal é uma das emergências psiquiátricas mais graves do período perinatal, ocorrendo tipicamente de forma abrupta nas primeiras duas semanas após o parto. O quadro é marcado por uma ruptura com a realidade, confusão mental e instabilidade extrema do humor.

A alternativa A está incorreta pois, embora a esquizofrenia envolva sintomas psicóticos, ela geralmente apresenta um curso mais crônico e menos relacionado aos gatilhos hormonais agudos do puerpério. O quadro de psicose puerperal possui características clínicas distintas, como o estado de onirismo (confusão semelhante a um sonho), que não é o padrão usual da esquizofrenia.

A alternativa B está incorreta porque o transtorno depressivo maior, quando acompanhado de psicose, tende a apresentar sintomas congruentes com o humor deprimido e não a agitação psicomotora intensa e a desorganização mental aguda descritas. A depressão pós-parto é muito mais comum, mas raramente evolui para o quadro psicótico grave aqui relatado.

A alternativa C está incorreta. No transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pós-parto, a mãe pode ter pensamentos intrusivos assustadores sobre o bebê, mas ela mantém a crítica sobre esses pensamentos, sentindo-se angustiada por eles. Não há a perda do contato com a realidade nem as alucinações presentes na psicose.

A alternativa D está correta. Existe uma correlação íntima entre a psicose puerperal e o transtorno bipolar. A literatura médica moderna e as classificações diagnósticas sugerem que a psicose puerperal seja, em grande parte dos casos, uma apresentação de um episódio maníaco ou misto do transtorno bipolar, desencadeado pela queda abrupta de hormônios como estrogênio e progesterona após o nascimento. Mulheres com histórico pessoal ou familiar de transtorno bipolar apresentam um risco drasticamente aumentado para esta condição (chegando a 50% em alguns cenários), sendo este o principal fator de risco conhecido. Por isso, a identificação desse transtorno de base é fundamental para o tratamento e prevenção em gestações futuras.

Questão 60

O quadro clínico descrito, que inclui irritabilidade intensa, labilidade emocional, fadiga e prejuízo funcional, com início cerca de uma semana antes da menstruação e remissão logo após o início do fluxo, é característico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). Para o diagnóstico desse transtorno, é fundamental a natureza cíclica dos sintomas, obrigatoriamente vinculada a uma fase específica do ciclo menstrual.

Alternativa a) Incorreta. A fase folicular tem início no primeiro dia da menstruação e se estende até a ovulação. Durante este período, especialmente após o término do fluxo menstrual, a paciente apresenta o chamado intervalo assintomático. A ausência de sintomas na fase folicular é, inclusive, um critério necessário para confirmar que o transtorno está relacionado ao ciclo menstrual, e não a um transtorno depressivo ou ansioso persistente.

Alternativa b) Incorreta. A fase ovulatória é o curto período em que ocorre a liberação do oócito. Embora as alterações hormonais que levam aos sintomas comecem a se processar a partir da ovulação, o período de uma semana que antecede a menstruação, mencionado no enunciado como o pico da sintomatologia, é posterior a este evento.

Alternativa c) Incorreta. A fase menstrual corresponde aos dias de sangramento. O caso clínico relata que os sintomas desaparecem justamente nos primeiros dias do fluxo menstrual. Portanto, a fase menstrual marca o alívio da sintomatologia, e não o seu desenvolvimento ou permanência.

Alternativa d) Correta. A fase lútea inicia-se logo após a ovulação e termina com o início da menstruação. É nesta fase que o corpo lúteo secreta progesterona e estrogênio. Em mulheres com predisposição ao TDPM, a flutuação desses hormônios esteroides (especialmente a queda no final da fase lútea) e seus efeitos sobre o sistema de neurotransmissão serotoninérgica no sistema nervoso central são os responsáveis pelos sintomas físicos e afetivos relatados. Por definição, os sintomas do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual ocorrem exclusivamente na fase lútea.

Gabarito: Letra (d).

Questão 61

O tema central desta questão é o sigilo médico na adolescência, fundamentado no Código de Ética Médica e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O sigilo é um direito do adolescente, desde que ele possua capacidade de discernimento para compreender sua situação e as orientações recebidas. No entanto, o sigilo não é absoluto e deve ser rompido obrigatoriamente diante de uma justa causa, que ocorre quando há risco de morte ou de dano grave à integridade física ou psíquica do paciente ou de terceiros.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA:

O uso escalonado de álcool por um adolescente de 15 anos caracteriza uma situação de risco à saúde e à integridade do menor. O termo escalonado indica que o

consumo é progressivo, o que aumenta significativamente as chances de dependência química, acidentes, intoxicações graves e prejuízos ao desenvolvimento cerebral. Como o paciente é menor de idade e está em uma trajetória de risco crescente para sua saúde física e mental, o médico tem o dever ético de quebrar o sigilo para envolver os responsáveis no suporte e proteção do jovem, priorizando a sua segurança e integridade em detrimento da privacidade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa A: O conflito com a identidade de gênero é uma questão de foro íntimo e desenvolvimento da personalidade. Se não houver risco associado de autoagressão ou dano grave à vida, o médico deve respeitar a privacidade e a autonomia do adolescente. Quebrar o sigilo sem necessidade pode destruir o vínculo terapêutico e afastar o jovem do sistema de saúde.

Alternativa C: O fornecimento de métodos contraceptivos para adolescentes que possuem discernimento e maturidade é uma prática amparada por normas éticas. O médico deve prescrever a medicação e orientar a paciente, mantendo o sigilo para garantir o acesso dela à saúde reprodutiva e prevenir gestações não planejadas.

Alternativa D: O início da atividade sexual, por si só, é um marco do desenvolvimento e não configura perigo ou patologia. Se a relação é consensual, voluntária e não há indícios de abuso ou exploração, o médico deve manter a confidencialidade, focando na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e na educação em saúde.

Questão 62

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: **ESTÁ CORRETA.** A postura de decorticação (ou resposta flexora anormal) é caracterizada clinicamente pela adução dos ombros, flexão dos cotovelos, punhos e dedos nos membros superiores. Nos membros inferiores, observa-se a extensão das pernas, com rotação interna e flexão plantar dos pés. Essa postura ocorre devido à desinibição do trato rubroespinal em decorrência de lesões acima do nível do núcleo rubro (mesencéfalo).

Assertiva II: **ESTÁ CORRETA.** A decorticação geralmente indica uma lesão que afeta os hemisférios cerebrais, a cápsula interna ou o diencéfalo. Como essas estruturas estão localizadas acima da tampa do cerebelo, a lesão é classificada como supratentorial. Ela sugere um dano grave no trato corticoespinal, mas com o tronco encefálico ainda parcialmente funcional.

Assertiva III: ESTÁ CORRETA. A herniação transtentorial ocorre quando há um aumento da pressão intracraniana que empurra o tecido cerebral para baixo através da incisura da tenda. Esse processo comprime progressivamente o diencefalo e o mesencefalo. A postura de decorticação é um sinal clínico frequente nas fases iniciais dessa herniação (fase diencefálica), podendo evoluir para a postura de decerebração caso a compressão avance para níveis mais baixos do tronco encefálico.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) É A CORRETA:

A alternativa (d) é a correta pois todas as três assertivas são verdadeiras e se complementam. A primeira define a apresentação semiológica, a segunda define a topografia neurológica e a terceira descreve um dos mecanismos fisiopatológicos urgentes que levam ao quadro de coma com essa postura específica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

As alternativas (a), (b) e (c) estão incorretas porque apresentam apenas uma parte da realidade clínica. Como as três afirmações estão tecnicamente precisas de acordo com a neuroanatomia e a semiologia pediátrica e de emergência, não se pode excluir nenhuma delas da resposta final. No contexto de uma criança em coma há 3 horas, a identificação correta desses sinais é crucial para o diagnóstico de hipertensão intracraniana e risco iminente de morte por herniação.

Questão 63

Esta questão aborda os sinais clássicos da técnica de amamentação adequada, divididos entre posicionamento (como a mãe segura o bebê) e pega (como o bebê abocanha a mama). O caso clínico apresenta uma mãe com dor e fissuras, o que indica que, embora o bebê esteja ganhando peso, a técnica está incorreta e causando trauma mamilar.

Análise dos itens:

I. Correto. O alinhamento entre a cabeça e o tronco do bebê é um dos critérios fundamentais de posicionamento. O corpo do bebê deve estar totalmente voltado para o corpo da mãe (barriga com barriga), mantendo a coluna e o pescoço alinhados para facilitar a deglutição.

II. Incorreto. Durante a sucção, as bochechas do bebê devem estar arredondadas (cheias). Bochechas encovadas ou com covinhas indicam que o bebê está fazendo uma pressão negativa inadequada ou que a pega está muito rasa, o que geralmente está associado a estalidos e traumas nos mamilos.

III. Correto. O lábio inferior evertido (virado para fora) é um dos quatro sinais

clássicos de boa pega definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso indica que o bebê abocanhou o tecido mamário profundamente e não está apenas "chupando" o mamilo.

IV. Incorreto. O ponto de contato facial indicado como sinal de boa pega é o queixo tocando a mama. As bochechas não precisam necessariamente tocar o seio; o foco clínico é sempre o apoio do queixo para garantir que o mamilo esteja posicionado corretamente contra o palato mole do bebê.

V. Correto. A pega deve ser assimétrica. Isso significa que a boca do bebê deve cobrir mais a parte inferior da aréola do que a superior. Consequentemente, é normal e esperado que se veja mais aréola "sobrando" acima da boca do bebê.

Conclusão:

Estão corretos apenas os itens I, III e V. A alternativa correta é a letra (b).

Questão 64

DIAGNÓSTICO E CONDUTA:

O quadro clínico descrito é clássico de constipação intestinal funcional. A criança apresenta critérios de Roma IV: duração superior a um mês (no caso, 6 meses), história de retenção excessiva de fezes, fezes de grande calibre que entopem o vaso e presença de escape fecal (encoprese ou incontinência fecal por transbordamento). A massa palpável em fossa ilíaca esquerda e o escape fecal sugerem a presença de um fecaloma retal. O fato de a criança ser eutrófica e estar em bom estado geral reforça a etiologia funcional em vez de causas orgânicas.

O tratamento da constipação funcional baseia-se em três pilares: desimpactação (se houver fecaloma), manutenção com laxantes e orientações comportamentais/dietéticas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. Não há evidências científicas robustas que sustentem o uso de probióticos no tratamento da constipação intestinal funcional na infância. As diretrizes internacionais (como NASPGHAN/ESPGHAN) não recomendam seu uso para essa finalidade.

b) Incorreta. O diagnóstico de constipação funcional é eminentemente clínico. A realização de exames de imagem, como a ecografia (ultrassonografia) ou radiografia de abdome, deve ser reservada para casos de dúvida diagnóstica ou quando o exame físico é dificultado (por exemplo, em crianças com obesidade, em que a

palpação de massas é imprecisa).

c) Correta. Os laxantes osmóticos, como o polietilenoglicol (PEG), são a primeira linha de tratamento tanto para a desimpactação quanto para a manutenção. Eles agem retendo água no lúmen intestinal, amolecendo as fezes e facilitando a evacuação sem causar dependência ou lesão à mucosa. No caso desta paciente, o início imediato de laxantes osmóticos é a conduta farmacológica mais adequada.

d) Incorreta. A internação para enemas seriados é uma medida agressiva e raramente necessária. A desimpactação fecal pode ser realizada de forma ambulatorial (em domicílio) com altas doses de laxantes osmóticos por via oral ou, se necessário, enemas retais únicos. A internação só é considerada em casos refratários, suspeita de obstrução intestinal mecânica ou quando o tratamento domiciliar falha sistematicamente. Além disso, o foco deve ser o tratamento de manutenção a longo prazo para evitar recidivas.

Questão 65

A questão aborda a conduta no refluxo vesicoureteral (RVU) de baixo grau em um lactente de 9 meses. O paciente apresenta RVU grau II bilateral, identificado após o segundo episódio de infecção urinária febril.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. A profilaxia antibiótica, quando indicada, deve ser feita de forma diária, geralmente em dose única noturna, para garantir concentração adequada do fármaco na urina durante o período de maior estase vesical. Não existe recomendação para o uso intermitente de três vezes por semana no manejo do refluxo vesicoureteral.

Alternativa B - Incorreta. A uretrocistografia miccional é um exame invasivo, que exige cateterismo vesical e expõe a criança à radiação. Não se indica a realização periódica deste exame para controle de casos de baixo grau (I e II), uma vez que a conduta é guiada pela evolução clínica do paciente e pela ocorrência de novas infecções.

Alternativa C - Incorreta. A correção cirúrgica (seja por reimplante ureteral ou injeção endoscópica) é reservada para casos de RVU de alto grau (graus IV e V), presença de cicatrizes renais extensas ou progressivas, ou quando ocorrem infecções febris de repetição apesar do tratamento clínico adequado. O refluxo grau II apresenta alta taxa de resolução espontânea com o desenvolvimento da criança.

Alternativa D - Correta. As diretrizes contemporâneas de sociedades como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendam uma abordagem mais conservadora para o RVU de baixo grau (I e II). Estudos como o RIVUR demonstraram que, embora a profilaxia possa reduzir a recorrência de infecções, ela não reduz significativamente o risco de desenvolvimento de cicatrizes renais nesses graus específicos. Atualmente, a conduta recomendada é a suspensão da profilaxia aliada à vigilância clínica rigorosa. Isso significa orientar a família a buscar atendimento imediato e realizar urocultura em qualquer episódio de febre sem foco aparente, tratando precocemente possíveis novas infecções para evitar dano renal. Além disso, evita-se a seleção de bactérias resistentes decorrente do uso prolongado de antibióticos.

Questão 66

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve uma lactente de 6 meses com episódios de espasmos infantis. Os espasmos são caracterizados por contrações musculares breves, simétricas, que podem ser flexoras, extensoras ou mistas, ocorrendo frequentemente em agrupamentos (clusters), especialmente ao despertar ou na sonolência. O achado eletroencefalográfico de hipsarritmia (um padrão desorganizado de ondas lentas de alta voltagem com pontas multifocais) é o marcador clássico desta patologia.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): A Síndrome de West, atualmente denominada pela ILAE como Síndrome dos Espasmos Epilépticos Infantis, é definida pela tríade: espasmos infantis, atraso ou regressão do desenvolvimento neuropsicomotor e o padrão de hipsarritmia no eletroencefalograma. A idade de início (geralmente entre os 4 e 8 meses) e a descrição dos eventos coincidem perfeitamente com o caso.

Alternativa B (INCORRETA): A Síndrome de Ohtahara é uma encefalopatia epiléptica muito precoce, iniciando-se tipicamente no período neonatal ou nos primeiros três meses de vida. O padrão eletroencefalográfico característico não é a hipsarritmia, mas sim o surto-supressão (burst-suppression).

Alternativa C (INCORRETA): A epilepsia neonatal-infantil familiar autolimitada (anteriormente chamada de convulsões neonatais/infantis benignas) apresenta-se com crises focais que ocorrem nos primeiros meses de vida, geralmente com bom prognóstico e sem prejuízo ao desenvolvimento. O eletroencefalograma interictal costuma ser normal, sem a presença de hipsarritmia.

Alternativa D (INCORRETA): A Síndrome de Dravet (epilepsia mioclônica grave da

infância) geralmente se manifesta por volta dos 6 meses de vida, mas o quadro inicial clássico envolve crises prolongadas, frequentemente desencadeadas por febre, de caráter clônico generalizado ou hemiclônico. O eletroencefalograma no início do quadro costuma ser normal e não apresenta hipsarritmia.

CONCLUSÃO:

A presença da tríade clínica e eletroencefalográfica (idade compatível, espasmos e hipsarritmia) torna o diagnóstico da Síndrome de West a única opção correta.

Questão 67

As crises de ausência típicas são uma forma de epilepsia generalizada idiopática, muito comum na infância, caracterizada por breves episódios de perda de consciência e padrão eletroencefalográfico de descargas de ponta-onda a 3 Hz. O tratamento visa ao controle das crises com o mínimo de efeitos colaterais.

Alternativa (a) Correta: Apresenta os três fármacos considerados de primeira linha. A etossuximida é frequentemente a primeira escolha por sua ação seletiva nos canais de cálcio do tipo T no tálamo e excelente perfil de segurança. O valproato (ácido valproico) é altamente eficaz e preferido quando o paciente apresenta outros tipos de crises generalizadas associadas. A lamotrigina é uma opção eficaz de primeira linha, embora estudos apontem que pode ser ligeiramente menos potente que as duas anteriores, especificamente para crises de ausência.

Alternativa (b) Incorreta: A inclusão da oxcarbazepina torna a alternativa errada. A oxcarbazepina, assim como a carbamazepina, é um bloqueador de canais de sódio indicado primariamente para crises focais. Nas crises de ausência, esses fármacos são contraindicados, pois podem exacerbar as crises ou até induzir um estado de mal de ausência.

Alternativa (c) Incorreta: Novamente, o erro está na presença da oxcarbazepina. Embora a etossuximida e a lamotrigina estejam corretas, o uso de oxcarbazepina em um paciente com diagnóstico de ausência típica é um erro terapêutico que piora o quadro clínico.

Alternativa (d) Incorreta: O erro persiste na inclusão da oxcarbazepina. Além disso, a alternativa omite a etossuximida, que é o fármaco padrão-ouro para o tratamento isolado desta patologia. Fármacos como oxcarbazepina, carbamazepina, fenitoína e fenobarbital devem ser evitados em crises de ausência.

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso clínico apresenta um menino de 7 anos com episódios paroxísticos de curta duração (2 minutos) ocorrendo exclusivamente durante o sono/madrugada. Os sintomas descritos são clássicos: sialorreia (babando), incapacidade de falar (anartria) e parestesia (dormência) na região orofacial (língua, lábios e bochecha). O exame físico normal entre as crises é a regra nessas condições. O eletroencefalograma (EEG) confirma a suspeita ao demonstrar ondas agudas bifásicas de alta amplitude seguidas de ondas lentas nas regiões centrotemporais, com a característica marcante de ativação pelo sono. Este é o quadro típico da epilepsia rolândica.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Terror noturno: Incorreta. O terror noturno é uma parassonia do sono não REM que se caracteriza por episódios de despertar súbito com gritos, choro inconsolável e sinais de ativação autonômica (taquicardia e sudorese), sem memória do evento no dia seguinte. Não apresenta os sintomas focais orofaciais descritos e o EEG costuma ser normal para a idade.

b) Epilepsia rolândica: Correta. Também conhecida como epilepsia benigna da infância com pontas centrotemporais (BECTS), é a síndrome epiléptica focal mais comum na infância. Incide entre 3 e 13 anos de idade, com prognóstico excelente (geralmente remite na adolescência). As crises são focais motoras ou sensitivas envolvendo a face, faringe e laringe, frequentemente acompanhadas de hipersalivação e parada da fala. Ocorrem predominantemente à noite e o EEG apresenta o padrão patognomônico de pontas em região centrotemporal (rolândica) que se acentuam durante o sono.

c) Síndrome de Landau-Kleffner: Incorreta. Esta síndrome, também chamada de afasia epiléptica adquirida, caracteriza-se pela perda da linguagem (compreensão e expressão) e agnosia auditiva em crianças previamente normais. Embora o EEG também mostre descargas em regiões temporais que se exacerbam no sono, o quadro clínico dominante é a regressão da linguagem e não apenas crises focais sensitivomotoras isoladas.

d) Episódio isquêmico transitório: Incorreta. O AIT é extremamente raro em crianças sem doenças de base (como anemia falciforme ou cardiopatias). Além disso, a recorrência de episódios idênticos especificamente durante o sono e o achado eletroencefalográfico clássico de pontas centrotemporais descartam uma etiologia vascular e confirmam uma etiologia epiléptica.

Questão 69

O quadro clínico descrito — uma criança de 8 meses com pródromos virais (febre e rinorreia), evoluindo com taquipneia, sibilância difusa e hipoxemia — é um caso clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). A BVA é a infecção das vias aéreas inferiores mais comum em lactentes, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o principal agente etiológico.

A análise das alternativas baseia-se nas diretrizes nacionais e internacionais (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria):

Alternativa A: Incorreta. O cateter nasal de baixo fluxo fornece uma fração inspirada de oxigênio (FiO₂) variável, geralmente entre 24% e 40%, e não 100%. Além disso, o objetivo da oxigenoterapia na bronquiolite é manter a saturação de oxigênio acima de 90-92%, e não necessariamente atingir níveis máximos de oxigenação logo de início.

Alternativa B: Incorreta. A bronquiolite é uma patologia de etiologia predominantemente viral. O uso de antibióticos não está indicado de rotina, devendo ser reservado apenas para casos com evidência clara de infecção bacteriana secundária associada, o que não é o caso da paciente, que apresenta quadro típico de infecção viral.

Alternativa C: Incorreta. De acordo com as evidências atuais, o uso de broncodilatadores (como o salbutamol) e de corticosteroides sistêmicos não demonstra benefício na redução do tempo de internação ou na melhora da evolução clínica da Bronquiolite Viral Aguda. O mecanismo da obstrução na BVA é o edema da mucosa e o acúmulo de detritos celulares, e não o broncoespasmo mediado por musculatura lisa, o que explica a baixa resposta ao salbutamol.

Alternativa D: Correta. O tratamento da Bronquiolite Viral Aguda é fundamentalmente de suporte. Como os lactentes são respiradores nasais preferenciais, a obstrução das vias aéreas superiores por secreção piora significativamente o desconforto respiratório; portanto, a lavagem nasal com soro fisiológico é essencial. Como a paciente apresenta hipoxemia (saturação de 89%), a oferta de oxigênio suplementar está indicada para manter os níveis de oxigenação adequados (acima de 90-92%). Este manejo conservador e focado no suporte clínico é o padrão-ouro recomendado.

Questão 70

Para resolver essa questão, devemos aplicar os protocolos de manejo da desidratação em pediatria, preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, divididos em Planos A, B e C.

O enunciado descreve uma criança com desidratação instalada, porém sem sinais de gravidade ou choque, uma vez que o sensório está preservado, a frequência cardíaca está normal (sem taquicardia) e a perfusão periférica está adequada (tempo de enchimento capilar normal). Esse quadro clínico caracteriza a desidratação leve a moderada, o que exige a instituição do Plano B de reidratação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O Plano B deve ser realizado obrigatoriamente na unidade de saúde (sala de emergência ou de observação) sob supervisão médica ou de enfermagem. O insumo padrão para esse tratamento é o soro de reidratação oral (SRO), que deve ser administrado em pequenas quantidades e frequentemente até que os sinais de desidratação desapareçam.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento no domicílio é preconizado no Plano A. O Plano A é voltado para crianças que apresentam diarreia, mas que ainda não desenvolveram sinais clínicos de desidratação. Como o enunciado afirma explicitamente que se trata de um "caso de desidratação", a conduta domiciliar não é mais suficiente.

Alternativa c) Incorreta. A internação em Unidade de Terapia Intensiva e o uso de fluidos intravenosos (como Ringer Lactato ou Soro Fisiológico) são reservados para o Plano C. O Plano C é indicado apenas em casos de desidratação grave, alteração de consciência ou sinais de choque hipovolêmico, os quais foram descartados na descrição do exame físico do escolar.

Alternativa d) Incorreta. O soro fisiológico intravenoso é uma medida de expansão rápida utilizada no Plano C. Para pacientes que toleram a via oral e não apresentam sinais de choque, a reidratação por via oral (SRO) é a escolha padrão, pois é mais fisiológica, apresenta menor índice de complicações (como edema cerebral ou distúrbios eletrolíticos súbitos) e possui alta taxa de sucesso.

Questão 71

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de intoxicação exógena por benzodiazepínicos (diazepam). Os principais sinais observados são o rebaixamento do nível de consciência (coma com Escala de Glasgow 6) e a hipotensão. O enunciado foca especificamente na conduta mais efetiva para a resolução do coma.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora a manutenção da via aérea seja uma prioridade no suporte avançado de vida (protocolo ABCDE), e um Glasgow menor ou igual a 8 seja uma indicação clássica de intubação orotraqueal para proteção de via aérea, a questão pede a medida para a RESOLUÇÃO do coma. A intubação é uma medida de suporte e segurança, mas não reverte a ação farmacológica da droga que causou o estado de inconsciência. Além disso, o paciente encontra-se eupneico, o que indica que, apesar do coma, ainda mantém o drive respiratório.

Alternativa B (Incorreta): A solução salina hipertônica é utilizada em casos específicos de hipertensão intracraniana ou em distúrbios eletrolíticos graves (hiponatremia aguda grave). Não possui qualquer papel na reversão da intoxicação por benzodiazepínicos.

Alternativa C (Correta): O flumazenil é um antagonista competitivo específico dos receptores de benzodiazepínicos no sistema nervoso central. Em casos de intoxicação aguda por substâncias como o diazepam, sua administração intravenosa bloqueia o efeito da droga, levando à rápida reversão da sedação e do coma. É a medida farmacológica direta para o problema apresentado. Na prática clínica, seu uso deve ser cauteloso em usuários crônicos (risco de abstinência e convulsões), mas, em termos de prova, é o antídoto de escolha.

Alternativa D (Incorreta): A naloxona é o antagonista específico dos receptores opioides. Ela seria a conduta correta se a intoxicação fosse por morfina, fentanil ou heroína, o que causaria miose puntiforme e depressão respiratória importante, quadro diferente do apresentado por este paciente.

Conclusão:

Para resolver o coma causado especificamente por diazepam, a administração do seu antídoto específico, o flumazenil, é a conduta mais direta e efetiva para despertar o paciente.

Questão 72

Para compreender a questão, devemos analisar a fisiopatologia da crise adrenal no contexto de um lactente em choque. A insuficiência adrenal aguda, especialmente a forma perdedora de sal (como na Hiperplasia Adrenal Congênita), resulta na deficiência de mineralocorticoides (aldosterona). A falta de aldosterona impede a reabsorção de sódio e a excreção de potássio nos túbulos renais, levando ao quadro clássico de hiponatremia e hiperpotassemia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hiponatremia (baixo sódio extracelular) promove a entrada de água nas células por osmose, resultando em edema cerebral, e não em desidratação neuronal. A desidratação neuronal é uma característica da hipernatremia (excesso de sódio), na qual a água sai do meio intracelular para o extracelular.

Alternativa b) Incorreta. O edema cerebral e a consequente herniação uncal estão associados à hiponatremia grave e aguda, e não à hiperpotassemia. O potássio elevado tem repercussões predominantemente cardíacas e neuromusculares, não sendo a causa direta de edema cerebral.

Alternativa c) Correta. O potássio é o principal íon determinante do potencial de repouso da membrana celular miocárdica. Na hiperpotassemia severa, ocorre uma despolarização persistente da membrana, o que altera a condução elétrica cardíaca. Isso pode levar a arritmias fatais, como a fibrilação ventricular ou assistolia, sendo a causa mais imediata e plausível de parada cardiorrespiratória em um paciente com potássio elevado (geralmente acima de 6,5 a 7,0 mEq/L).

Alternativa d) Incorreta. O deslocamento da curva de dissociação da hemoglobina para a direita (facilitando a entrega de oxigênio aos tecidos) é causado por acidose, aumento da temperatura, aumento do CO₂ ou aumento do 2,3-DPG, e não diretamente pela hiponatremia. Embora o choque cause hipoxemia e acidose, a alternativa associa erroneamente o mecanismo ao sódio.

Em resumo, diante de um lactente com crise adrenal e choque, a hiperpotassemia é a alteração eletrolítica que oferece o maior risco iminente de morte por toxicidade cardíaca direta.

Questão 73

A cetoacidose diabética (CAD) é a complicação metabólica aguda mais grave do diabetes mellitus tipo 1 na criança. O edema cerebral ocorre em cerca de 0,5% a 1% dos casos de CAD pediátrica, mas é responsável por uma alta taxa de mortalidade e sequelas neurológicas permanentes.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A - INCORRETA: O padrão-ouro no tratamento da CAD pediátrica é a infusão contínua de insulina regular. O que predispõe ao edema cerebral não é a infusão contínua, mas sim o uso de bolus de insulina (insulinização intermitente no início do quadro), que pode causar uma queda brusca da osmolaridade sérica, favorecendo a entrada de água para o meio intracelular no cérebro.

Alternativa B - INCORRETA: A expansão volêmica cautelosa é uma medida recomendada para prevenir o edema cerebral. O fator de risco real é a hidratação excessivamente agressiva ou o uso de grandes volumes de líquidos hipotônicos nas primeiras horas de tratamento, o que pode desequilibrar a osmolaridade plasmática de forma rápida.

Alternativa C - INCORRETA: A reposição de potássio é obrigatória no manejo da CAD, pois a insulina promove o shift de potássio para dentro da célula, podendo causar hipocalcemia grave. Não há associação descrita entre a administração de potássio e o desenvolvimento de edema cerebral.

Alternativa D - CORRETA: O rebaixamento do nível de consciência, a alteração do sensório ou respostas motoras e verbais inadequadas nas primeiras horas de manejo são os principais sinais de alerta para o edema cerebral. Estudos clínicos demonstram que a deterioração neurológica progressiva nas primeiras 12 horas está diretamente associada a esta complicação. Além do sensório, outros fatores de risco importantes são: acidose grave (pH muito baixo), hipocapnia acentuada na apresentação e o uso de bicarbonato de sódio.

GABARITO: LETRA D.

Questão 74

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão solicita a identificação da lesão que apresenta a menor mortalidade entre as opções listadas durante a triagem inicial de um paciente pediátrico politraumatizado. Para responder corretamente, devemos aplicar os princípios do

ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) e do PHTLS, priorizando as letras do ABCDE do trauma.

Alternativa (a) Incorreta. O trauma cervical com ruptura de laringe compromete diretamente a letra A (vias aéreas). Em crianças, a via aérea é anatomicamente menor e mais suscetível a obstruções rápidas por edema ou colapso estrutural. Lesões de laringe são graves e possuem alto risco de morte por asfixia imediata se não houver intervenção rápida.

Alternativa (b) Incorreta. O pneumotórax aberto compromete a letra B (respiração e ventilação). Ele causa um desequilíbrio na mecânica ventilatória, podendo levar rapidamente à insuficiência respiratória grave e evoluir para um pneumotórax hipertensivo. É uma lesão considerada de alta mortalidade no atendimento inicial se não for tratada com o curativo de três pontas e posterior drenagem.

Alternativa (c) Correta. A concussão cerebral é classificada como uma lesão axonal difusa leve, sendo uma alteração funcional e não estrutural do cérebro. Embora a crise convulsiva no momento do trauma possa assustar e exigir manejo clínico (como proteção de via aérea e controle medicamentoso), a lesão de base (concussão) tem um prognóstico excelente na grande maioria dos casos. Comparada a rupturas de órgãos, falência respiratória ou obstrução de via aérea, é a que apresenta o menor risco de óbito.

Alternativa (d) Incorreta. A hipotensão no paciente pediátrico é um sinal tardio e gravíssimo de choque (letra C — circulação). Diferentemente dos adultos, a criança consegue manter a pressão arterial normal mesmo com perdas volêmicas de até 30% a 45%, por meio de mecanismos compensatórios eficientes. Quando a hipotensão se manifesta, significa que a criança está em choque descompensado, o que representa um risco iminente de morte. Além disso, a ruptura gástrica causa peritonite química e infecciosa severa.

Conclusão: Seguindo a hierarquia de gravidade do trauma, as lesões de vias aéreas (A), respiração (B) e circulação com choque descompensado (C) são muito mais letais do que uma concussão cerebral (D), tornando a alternativa (c) a resposta correta.

Questão 75

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente é um escolar com quadro de pneumonia grave. O ponto crucial para a resolução desta questão é o achado da ultrassonografia à beira do leito: presença de volumoso derrame pleural com septações. Esse achado caracteriza o derrame pleural parapneumônico complicado ou empiema na fase fibrinopurulenta (Estágio II). Nesta

fase, o líquido pleural não está mais livre na cavidade, mas sim dividido em diversas "lojas" ou compartimentos criados por pontes de fibrina.

ANÁLISE DA IMAGEM

O raio X de tórax mostra uma opacidade densa e homogênea que ocupa aproximadamente os dois terços inferiores do hemitórax direito. Observa-se o apagamento do ângulo costofrênico e da cúpula diafragmática, além de um possível desvio do mediastino para o lado oposto, o que confirma um derrame pleural volumoso e hipertensivo.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A videotoracoscopia assistida (VATS) é considerada o padrão-ouro no tratamento do empiema pediátrico na fase fibrinopurulenta (com septos). Ela permite o debridamento (limpeza) mecânico da cavidade, a quebra das septações sob visão direta e a colocação precisa de um dreno. Isso garante a expansão pulmonar e uma resolução mais rápida do quadro infeccioso quando comparada à drenagem isolada, que frequentemente falha em esvaziar os compartimentos septados.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A punção pleural (toracocentese) é um procedimento diagnóstico inicial importante. No entanto, como o derrame é septado, a punção de alívio esvaziaria apenas um compartimento, sendo insuficiente como manejo definitivo para um paciente prostrado e com septações visíveis ao ultrassom.

Alternativa b: O uso de fibrinolíticos (como a estreptoquinase ou alteplase) é uma alternativa à cirurgia, mas deve ser feito através de um dreno de tórax calibroso instalado, e não por uma simples toracocentese (punção por agulha). Além disso, a VATS é frequentemente preferida por ser mais resolutiva em casos com septações grosseiras.

Alternativa d: A toracocentese não é um método de tratamento definitivo para empiema pleural. O termo "definitiva" está incorreto, pois o empiema exige obrigatoriamente a drenagem contínua (dreno de tórax) ou a limpeza cirúrgica (VATS ou pleurectomia). A simples punção não resolve o acúmulo de pus e fibrina que causa o aprisionamento pulmonar.

Questão 76

Alternativa correta: Letra (b).

Justificativa: No acidente por submersão (afogamento), o evento fisiopatológico central e mais crítico é a interrupção da troca gasosa, resultando em hipoxemia sistêmica. A falta de oxigênio afeta rapidamente todos os órgãos, sendo o cérebro e o coração os mais vulneráveis. A hipoxemia leva à acidose metabólica e respiratória e, se não revertida agressivamente, progride para parada cardiorrespiratória e lesão cerebral irreversível (encefalopatia hipóxico-isquêmica), que são as principais causas de óbito e sequelas graves nesses pacientes.

Análise das alternativas incorretas:

a) Hipernatremia por afogamento em água salgada: Antigamente, dava-se muita importância às diferenças eletrolíticas entre o afogamento em água doce e salgada. No entanto, estudos demonstram que a quantidade de água aspirada pela maioria das vítimas é insuficiente para causar alterações eletrolíticas clinicamente significativas ou que coloquem a vida em risco imediato. O foco do tratamento deve ser a oxigenação, e não a correção de eletrólitos.

c) Infecção por afogamento em águas contaminadas: A pneumonia ou pneumonite aspirativa por águas contaminadas é uma complicação possível, porém de caráter secundário e tardio. Ela ocorre dias após o evento inicial e não é a causa da mortalidade imediata ou da morbidade precoce no cenário de urgência.

d) Obstrução de via aérea pela aspiração de água: A água aspirada não causa uma obstrução mecânica persistente como a de um corpo estranho sólido. Ela é rapidamente absorvida pela circulação pulmonar ou causa danos ao surfactante e edema pulmonar, o que culmina no quadro de hipoxemia. Além disso, em cerca de 10% a 15% dos casos, ocorre o chamado afogamento seco, no qual o laringoespasmó impede a entrada de água, mas também impede a entrada de ar, reforçando que o problema principal a ser tratado é a falta de oxigênio (hipoxemia) e não a presença física do líquido.

Questão 77

O HTLV (Vírus T-linfotrófico humano) é um retrovírus que pode ser transmitido por via sexual, parenteral (sangue) e vertical (da mãe para o filho). No contexto da transmissão vertical, o HTLV diferencia-se significativamente do HIV em termos de manejo clínico.

A principal via de transmissão vertical do HTLV ocorre através da amamentação, uma

vez que o vírus está presente nos linfócitos do leite materno. A taxa de transmissão vertical é drasticamente reduzida quando o aleitamento materno é evitado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Ao contrário do que ocorre no HIV, não há evidências de que a via de parto (cesariana versus vaginal) altere significativamente o risco de transmissão do HTLV. A transmissão intraparto é considerada rara para este vírus.

Alternativa b) Incorreta. O clampeamento imediato do cordão é uma medida utilizada para reduzir o contato sanguíneo em outras infecções (como HIV e hepatites), mas no caso do HTLV, essa medida isolada não é a mais eficaz, visto que o maior risco reside no pós-parto imediato através do leite.

Alternativa c) Incorreta. O uso de zidovudina (AZT) no neonato é o protocolo padrão para profilaxia da transmissão vertical do HIV. Não existe recomendação ou protocolo estabelecido para o uso de antirretrovirais profiláticos em recém-nascidos expostos ao HTLV.

Alternativa d) Correta. Esta é a medida de maior impacto. Estima-se que a contra-indicação total do aleitamento materno reduza o risco de transmissão vertical do HTLV em cerca de 80% a 90%. O Ministério da Saúde recomenda que mães HTLV-positivas não amamentem e que o recém-nascido receba fórmula infantil como alternativa. Em alguns casos, pode-se considerar o uso de leite humano de banco (pasteurizado).

Resumo: O foco principal na prevenção da transmissão vertical do HTLV é a interrupção da via de contágio pós-natal (leite materno), sendo esta a intervenção mais eficaz e recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO

O recém-nascido de 8 dias de vida está em tratamento para sífilis congênita desde o primeiro dia. Para definir a conduta correta, o primeiro passo é avaliar o líquido (LCR) para descartar neurosífilis. No período neonatal, os valores de referência para o líquido são diferentes dos de adultos: são considerados normais até 25 leucócitos/mm³ e proteínas até 150 mg/dL.

No caso descrito, o líquido apresenta 5 leucócitos/mm³, proteínas de 69 mg/dL e VDRL não reagente, o que é perfeitamente normal para a idade. O raio X de ossos longos

também não apresenta alterações. Portanto, o paciente não possui diagnóstico de neurosífilis.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, o tratamento da sífilis congênita deve ter duração total de 10 dias. Quando o líquido é normal (ausência de neurosífilis), o tratamento pode ser realizado tanto com Penicilina Cristalina (via intravenosa) quanto com Penicilina Procaína (via intramuscular). Diante da perda do acesso venoso e da impossibilidade de nova punção periférica, a substituição pela via intramuscular é a conduta preconizada para completar o tempo restante.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A - INCORRETA: A Penicilina Benzatina em dose única é utilizada em situações específicas, como em recém-nascidos assintomáticos cujas mães não foram tratadas ou foram tratadas de forma inadequada, desde que todos os exames do bebê (incluindo VDRL, líquido e raio X) sejam normais e o VDRL do bebê seja menor que o da mãe. No caso em questão, o bebê já está em tratamento para sífilis congênita confirmada, o que exige um ciclo de 10 dias de penicilina (cristalina ou procaína).

Alternativa B - CORRETA: Como o líquido do paciente é normal (afastando neurosífilis), a Penicilina Procaína por via intramuscular é uma alternativa segura e eficaz à Penicilina Cristalina. Como o tratamento deve durar 10 dias e o bebê está no 8º dia de vida (tendo iniciado o tratamento no 1º dia), ele deve completar o esquema até o 10º dia com a via intramuscular disponível.

Alternativa C - INCORRETA: O tempo de tratamento para sífilis congênita, independentemente do comprometimento do sistema nervoso central ou de outros órgãos, é de 10 dias. Não há recomendação nas diretrizes brasileiras atuais para estender o tratamento rotineiro até o 14º dia nesta condição.

Alternativa D - INCORRETA: A solicitação de um acesso venoso central é um procedimento invasivo e que traz riscos adicionais ao recém-nascido (como infecção de corrente sanguínea e complicações mecânicas). Essa medida só seria estritamente necessária se o paciente tivesse neurosífilis, situação em que a Penicilina Cristalina intravenosa é a única escolha, pois a Penicilina Procaína não atinge níveis terapêuticos adequados no sistema nervoso central. Como o líquido é normal, a via intramuscular é a conduta de escolha.

Questão 79

A alternativa correta é a (d). Abaixo, segue a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A interrupção do uso da medicação nos fins de semana, conhecida como "drug holidays" ou férias terapêuticas, não é recomendada para todos os pacientes. Essa estratégia é individualizada e geralmente considerada para minimizar efeitos sobre o crescimento (peso e altura) em crianças ou para avaliar a necessidade contínua da medicação. No entanto, muitos pacientes apresentam prejuízos significativos em atividades sociais, familiares e de lazer fora do ambiente escolar/profissional, o que justifica a manutenção do tratamento contínuo.

Alternativa (b) Incorreta: Diversas evidências científicas demonstram o oposto. O tratamento farmacológico adequado do TDAH com psicoestimulantes está associado a uma redução do risco de desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias a longo prazo. O controle dos sintomas de impulsividade e a melhora da funcionalidade reduzem a probabilidade de o paciente recorrer à "automedicação" com substâncias ilícitas ou álcool.

Alternativa (c) Incorreta: O TDAH é um transtorno que afeta múltiplas esferas da vida. Embora a demanda acadêmica torne os sintomas mais evidentes na escola, o benefício dos psicoestimulantes estende-se ao ambiente doméstico, nas relações com pares e em atividades extracurriculares. O tratamento visa à melhora da qualidade de vida global, e não apenas do desempenho escolar.

Alternativa (d) Correta: Esta é a alternativa que melhor descreve o impacto terapêutico. Os psicoestimulantes atuam aumentando a disponibilidade de dopamina e noradrenalina no córtex pré-frontal e áreas subcorticais. Além de melhorar a tríade clássica (desatenção, hiperatividade e impulsividade), o tratamento frequentemente resulta em melhor regulação emocional (redução da irritabilidade), aumento da autoestima (pelo menor acúmulo de críticas e falhas), melhora nas interações sociais e no desempenho das funções executivas (memória de trabalho, organização e planejamento).

Questão 80

A análise desta questão exige conhecimento dos critérios diagnósticos do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) segundo o DSM-5.

Assertiva I: Correta. De acordo com o DSM-5, o diagnóstico de TOD exige um padrão persistente de humor raivoso ou irritável, comportamento questionador ou desafiante ou índole vingativa. Esse comportamento deve durar pelo menos seis meses e ser manifestado na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

Assertiva II: Correta. Os sintomas de TOD frequentemente se manifestam de forma mais intensa no ambiente doméstico ou escolar, com figuras de autoridade (pais e professores) ou pares conhecidos. É comum que a criança apresente um comportamento adequado durante a consulta médica, o que torna o relato de terceiros e a anamnese detalhada fundamentais para o diagnóstico.

Assertiva III: Correta. O DSM-5 utiliza a quantidade de contextos para determinar a gravidade do transtorno. Se os sintomas ocorrem em apenas um ambiente (ex.: apenas em casa), o transtorno é classificado como leve. Se ocorrem em pelo menos dois ambientes, é moderado. Se os sintomas estão presentes em três ou mais ambientes, é considerado grave.

Assertiva IV: Incorreta. Existe uma diferenciação importante na trajetória prognóstica dos sintomas de TOD. Enquanto o comportamento questionador, desafiante e a índole vingativa estão mais associados ao risco futuro de Transtorno de Conduta, os sintomas de humor raivoso e irritável são preditores mais fortes para o desenvolvimento de transtornos emocionais, como depressão e ansiedade, na vida adulta.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta, pois exclui a assertiva III, que é verdadeira.

A alternativa (b) está incorreta, pois inclui a assertiva IV, que é falsa, e exclui a I e a II.

A alternativa (c) é a correta, pois identifica corretamente que apenas as assertivas I, II e III estão de acordo com a literatura médica e o DSM-5.

A alternativa (d) está incorreta por incluir a assertiva IV.

Questão 81

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa (a): CORRETA. A coordenação do cuidado é um dos atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a literatura de Barbara Starfield e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ela estabelece que a APS deve atuar como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável por acompanhar o paciente em seus diversos pontos de cuidado, garantindo a continuidade (longitudinalidade) e a integração entre o nível primário e os especialistas ou exames de maior complexidade.

Alternativa (b): INCORRETA. A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede, mas seu objetivo não é "restringir" o

acesso para reduzir custos. O propósito é ser resolutiva, tratando o que é pertinente à atenção primária e encaminhando de forma qualificada para a atenção especializada apenas quando necessário, garantindo o uso racional do sistema e a equidade, mas nunca com a finalidade de negação de cuidado por motivos puramente financeiros.

Alternativa (c): INCORRETA. O Método Clínico Centrado na Pessoa é um pilar da APS contemporânea. Ele se contrapõe justamente ao modelo puramente biomédico, que foca apenas na doença (*disease*). A abordagem centrada na pessoa valoriza a experiência subjetiva do adoecimento (*illness*), integrando a compreensão dos contextos sociais, familiares e ambientais do paciente para a construção de um plano terapêutico comum.

Alternativa (d): INCORRETA. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, da APS, é regida pelo princípio da descentralização. A gestão deve ser descentralizada e participativa, respeitando as particularidades de cada território e município. Uma organização verticalizada e centralizada impediria a adaptação do serviço às necessidades epidemiológicas e sociais locais, ferindo a autonomia das unidades de saúde e das comunidades.

Questão 82

Para compreender esta questão, é necessário analisar os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), definidos por Barbara Starfield, e como eles se manifestam no relato de Maria Joana.

Análise da Alternativa D (Correta):

A alternativa D é a correta porque contempla os três atributos que saltam aos olhos na descrição do caso:

1. Longitudinalidade: Refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela mesma equipe, criando um vínculo de confiança. O texto destaca que Maria Joana é acompanhada há 5 anos pela mesma equipe, que conhece seu histórico clínico e familiar, e que ela se sente segura com esses profissionais.

2. Integralidade: Significa que a equipe deve reconhecer e responder a todas as necessidades de saúde do indivíduo, desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação. No caso, isso é exemplificado pelas visitas domiciliares, pelo manejo da doença crônica (enfisema) e pela participação em grupos educativos (cessação do tabagismo), abordando a saúde de forma ampla.

3. Coordenação: É a capacidade da equipe de APS de organizar e sincronizar o cuidado do paciente quando ele precisa transitar por outros níveis de atenção. O texto afirma que o cuidado de Maria Joana é articulado com a rede especializada sem que ela perca o vínculo com a unidade de saúde, o que define perfeitamente a coordenação do cuidado.

Análise das Alternativas Incorretas:

Alternativa A: Embora a Integralidade esteja presente, a Regionalização e a Territorialização são diretrizes organizativas do SUS que se referem à divisão geográfica e hierárquica do sistema. O texto foca na relação clínica e no fluxo de cuidado individual de Maria Joana, e não na delimitação geográfica do território ou na organização das regiões de saúde.

Alternativa B: A Longitudinalidade está presente, mas a Universalidade (garantia de acesso a todos os cidadãos) e a Equidade (oferecer mais a quem mais precisa para reduzir desigualdades) não são o foco principal da descrição. O texto descreve a qualidade e a continuidade do cuidado específico de uma paciente, não a política de acesso universal ou a priorização por vulnerabilidade.

Alternativa C: Assim como na alternativa anterior, Equidade, Acesso (Portas Abertas) e Universalidade são princípios fundamentais, mas não descrevem especificamente a relação de longo prazo, a articulação com especialistas e a diversidade de ações (grupos, visitas, clínica) que caracterizam o caso de Maria Joana.

Conclusão:

A questão exige a correlação entre a prática clínica da Estratégia Saúde da Família e os conceitos teóricos da APS. O acompanhamento prolongado (Longitudinalidade), a articulação com especialistas (Coordenação) e a abordagem de múltiplas necessidades (Integralidade) tornam a alternativa D a resposta correta.

Questão 83

Para compreender esta questão, é necessário dominar a Portaria nº 825/2016 e as diretrizes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no Brasil, conhecido como Programa Melhor em Casa. A Atenção Domiciliar (AD) é dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3.

Análise das Assertivas:

Assertiva I: Correta. A modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família). Ela se destina a pacientes que possuem

problemas de saúde controlados, mas que apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, necessitando de cuidados menos complexos, reabilitação e suporte para manutenção da autonomia.

Assertiva II: Incorreta. Este é um erro comum em provas. A Atenção Domiciliar (seja AD2 ou AD3) exige que o paciente esteja clinicamente estável. Pacientes com quadro clínico instável que necessitam de monitorização intensiva ou suporte ventilatório invasivo contínuo (em casos de instabilidade) devem permanecer em ambiente hospitalar. A AD substitui a internação hospitalar para casos que exigem maior frequência de visitas e procedimentos, mas sempre mantendo a segurança do paciente estável.

Assertiva III: Correta. O acompanhamento domiciliar abrange pacientes com doenças crônicas em estágio avançado, necessidade de procedimentos frequentes (como curativos complexos ou antibioticoterapia endovenosa) e cuidados paliativos. A impossibilidade de deslocamento é um critério fundamental para a indicação do cuidado no domicílio.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A assertiva II está errada porque a instabilidade clínica e a necessidade de suporte intensivo são contraindicações para a atenção domiciliar, devido ao risco e à falta de infraestrutura de terapia intensiva no domicílio.

b) Correta. Apenas as assertivas I e III estão em conformidade com as normas da Atenção Primária e do Serviço de Atenção Domiciliar no Brasil. A I descreve bem o papel da AD1/APS, e a III descreve o escopo das modalidades mais complexas de assistência domiciliar.

c) Incorreta. A assertiva II invalida esta alternativa. O foco da internação domiciliar é a desospitalização precoce de pacientes estáveis ou a prevenção de novas internações, e não o manejo de pacientes críticos ou instáveis.

d) Incorreta. Além de a assertiva II estar errada, a alternativa menciona um item "IV" que sequer existe no enunciado da questão; trata-se, provavelmente, de um erro de digitação do examinador que não compromete a identificação da resposta correta.

Gabarito: Letra (b).

Questão 84

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: CORRETA. De acordo com a Lei n.º 8.142/1990, os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que possuem caráter permanente (sua existência é garantida por lei e não se encerra ao final de um mandato) e deliberativo (têm poder de decisão sobre as políticas públicas, e não apenas caráter consultivo). Atuam em todas as esferas: municipal, estadual e federal.

Assertiva II: CORRETA. A legislação do SUS estabelece o princípio da paridade para garantir a participação popular. Isso significa que 50 por cento das vagas do conselho devem ser preenchidas por representantes dos usuários (sociedade civil). Os outros 50 por cento são distribuídos entre profissionais de saúde (25 por cento), representantes do governo e prestadores de serviço (25 por cento). Portanto, a sociedade civil tem representação equivalente à soma dos demais segmentos.

Assertiva III: CORRETA. Entre as competências dos Conselhos de Saúde está a análise e aprovação dos instrumentos de planejamento do SUS, como o Plano de Saúde e os Relatórios de Gestão de sua respectiva esfera. É por meio dessa atribuição que o conselho exerce o controle social sobre a aplicação dos recursos e a definição das metas de saúde.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A assertiva III também está correta, portanto esta alternativa é incompleta.
- b) Incorreta. A assertiva II também está correta, portanto esta alternativa é incompleta.
- c) Incorreta. A assertiva I também está correta, portanto esta alternativa é incompleta.
- d) Correta. Todas as afirmações apresentadas (I, II e III) estão de acordo com as Leis Orgânicas da Saúde e resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Observação: Embora a alternativa mencione um item IV que não aparece na lista de assertivas do enunciado, ela é considerada a correta por validar a veracidade de todos os pontos fundamentais sobre os Conselhos de Saúde descritos na questão. Em provas de residência, essa discrepância costuma ser um erro de digitação da banca, mas não anula a correção técnica dos itens I, II e III.

Questão 85

A questão aborda uma falha na coordenação do cuidado e na articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O foco central é a fragmentação da assistência sofrida pela paciente.

Alternativa a) Incorreta. O princípio da equidade fundamenta-se em tratar desigualmente os desiguais, direcionando maiores recursos e atenção a quem possui maior vulnerabilidade ou necessidade. Embora Marta tenha comorbidades, o problema relatado não é a falta de priorização de seu caso, mas sim a perda de seu histórico clínico e a falta de comunicação entre as unidades.

Alternativa b) Incorreta. A universalidade garante que todo cidadão tenha o direito de acesso aos serviços de saúde do SUS. Marta não teve seu acesso negado; ela foi atendida tanto na nova UBS quanto na UPA. O erro não foi na entrada do sistema, mas na qualidade e na continuidade do processo assistencial após sua entrada.

Alternativa c) Correta. A integralidade é um princípio polissêmico. Em uma de suas dimensões mais importantes, ela pressupõe que a atenção à saúde não deve ser fragmentada. A assistência deve ser articulada e contínua entre os diversos níveis de complexidade (atenção primária e urgência, no caso). Quando a paciente relata que os serviços não se comunicam, que exames são repetidos e que o vínculo e o histórico são perdidos, há uma clara violação da integralidade, pois o sistema falhou em enxergar e acompanhar a trajetória terapêutica da paciente como um todo.

Alternativa d) Incorreta. A regionalização é uma diretriz organizativa que orienta a descentralização e a hierarquização dos serviços em territórios geográficos definidos. Embora o caso mencione a mudança de endereço e a troca de UBS, o ponto central da crítica da paciente é a descontinuidade clínica e a falta de fluxo de informações, o que remete diretamente à falha na integralidade da atenção e não apenas à divisão territorial.

Questão 86

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde, proposta por Ian McWhinney e sistematizada por Moira Stewart. Ele propõe uma mudança de paradigma: sair do modelo biomédico focado apenas na doença (*disease*) para um modelo focado na experiência da pessoa com o adoecimento (*illness*).

Análise dos componentes apresentados:

O item 1 (Fortalecer a relação médico-paciente) está correto. Este é um dos pilares

do MCCP. Uma relação de confiança, empatia e continuidade é essencial para o sucesso do tratamento e para que o paciente se sinta seguro em compartilhar suas preocupações e expectativas.

O item 2 (Conhecer o contexto do paciente) está correto. O MCCP preconiza "entender a pessoa como um todo", o que inclui o seu contexto social, familiar, espiritual e econômico. A doença não ocorre no vácuo; ela afeta e é afetada pela vida da pessoa.

O item 3 (Construir um entendimento acerca do problema e do que precisa ser feito) está correto. Este item refere-se ao componente "Elaborar um plano conjunto" ou "Pactuação (*Finding Common Ground*)". O médico e o paciente devem entrar em um acordo sobre a natureza do problema, as metas do tratamento e as responsabilidades de cada um. Sem esse alinhamento, a adesão terapêutica é prejudicada.

O item 4 (Focalizar os aspectos objetivos da doença, como sinais e sintomas) está incorreto no contexto do MCCP. Embora o médico não ignore os sinais e sintomas, o foco exclusivo nos aspectos objetivos é a característica do Modelo Biomédico tradicional. O MCCP busca integrar esses dados objetivos com a experiência subjetiva (sentimentos, ideias, expectativas e impacto na função), indo além do simples diagnóstico biológico.

Cálculo da somatória:

Os itens corretos são 1, 2 e 3.

Somatória: $1 + 2 + 3 = 6$.

Portanto, o resultado da somatória é 06, o que corresponde à alternativa (b).

Questão 87

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda as atribuições dos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o manejo da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O cenário descreve um fluxo correto de acolhimento, trabalho em equipe e cuidado compartilhado.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (c) está correta porque o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, possui competência legal e técnica para realizar o acolhimento, a escuta

qualificada e a classificação de risco. De acordo com a PNAB e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, cabe a este profissional organizar o processo de cuidado, realizar consultas de enfermagem e participar do planejamento terapêutico singular, especialmente em casos de saúde mental que exijam suporte longitudinal e integração com a equipe médica.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O enfermeiro não extrapolou suas funções. O acolhimento com escuta qualificada é uma diretriz da PNAB para todos os profissionais da equipe. Propor um plano de cuidado inicial (orientações e acompanhamento) faz parte da gestão do cuidado de enfermagem e não substitui a consulta médica, mas a complementa e a organiza.

Alternativa (b): É falso afirmar que o enfermeiro não pode atuar em saúde mental. A saúde mental é uma ação transversal na APS. O enfermeiro desempenha papel crucial na identificação de sofrimento psíquico, no suporte emocional, na supervisão da adesão medicamentosa e em práticas integrativas, sendo parte essencial da rede de cuidado.

Alternativa (d): O médico da Atenção Primária tem total autonomia e competência para diagnosticar e tratar transtornos mentais comuns, como a depressão moderada, incluindo a prescrição de antidepressivos. O encaminhamento para a Atenção Especializada (como o CAPS ou psiquiatra) deve ocorrer apenas em casos de maior complexidade, refratariedade ao tratamento inicial ou risco iminente, o que não era o caso de Ana (sem ideação suicida). O suporte matricial pode ocorrer para discussão do caso, mas não é obrigatório para o início da terapêutica.

Questão 88

A questão aborda as recomendações do calendário vacinal da gestante, especificamente sobre a vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular) e a vacina contra a hepatite B.

Alternativa a: Incorreta. A vacina dTpa não deve ser aplicada imediatamente no primeiro trimestre. O objetivo principal desta vacina na gestação é a transferência transplacentária de anticorpos maternos para o feto, garantindo proteção ao recém-nascido contra a coqueluche nos primeiros meses de vida. Esse transporte de anticorpos via placenta é mais eficiente quando a vacina é administrada a partir da 20ª semana de gestação, preferencialmente entre a 27ª e a 36ª semana.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra a hepatite B é composta por antígenos

inativados (recombinantes) e é considerada segura em qualquer período da gestação. Caso a gestante seja suscetível (não vacinada ou com esquema incompleto), o esquema vacinal deve ser iniciado ou completado o mais precocemente possível, inclusive no primeiro trimestre, não havendo necessidade de aguardar o segundo trimestre.

Alternativa c: Correta. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde e as recomendações da FEBRASGO, a vacina dTpa deve ser administrada em todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação, em cada gravidez. Se a paciente nunca foi vacinada contra o tétano, ela deve realizar o esquema de três doses (que podem ser duas doses de dT e uma de dTpa, ou outra combinação dependendo do histórico), garantindo que a dose de dTpa seja aplicada a partir da 20ª semana. Mesmo que seja a primeira dose de uma série que ela está iniciando, a formulação com o componente da coqueluche (dTpa) deve respeitar esse marco cronológico para otimizar a imunidade neonatal.

Alternativa d: Incorreta. Não é verdade que nenhuma vacina possa ser administrada no primeiro trimestre. Vacinas de vírus ou bactérias inativadas, como as da influenza e da hepatite B, são seguras e recomendadas desde o início da gestação. A contraindicação geral para gestantes aplica-se às vacinas de agentes vivos atenuados (como tríplice viral e varicela), devido ao risco teórico de transmissão do agente ao feto; mesmo assim, cada caso deve ser avaliado individualmente em situações de surto ou exposição.

Questão 89

A questão aborda a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, regida pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 e suas atualizações posteriores (como a Portaria GM/MS nº 217/2023). O foco é identificar situações que exigem a notificação imediata, ou seja, aquela realizada em até 24 horas após o conhecimento do caso, por meio de comunicação rápida.

Alternativa (b): CORRETA. De acordo com as normas vigentes, todos os óbitos por arboviroses (dengue, chikungunya e zika) devem ser notificados imediatamente às autoridades de saúde. Além disso, a detecção de infecção pelo vírus Zika em gestantes também é um evento de notificação imediata, devido ao risco de complicações neurológicas e malformações congênitas, exigindo acompanhamento célere da vigilância epidemiológica.

Alternativa (a): INCORRETA. Existe uma diferenciação geográfica para a malária. Na região amazônica (área endêmica), a notificação da malária é semanal. Apenas a malária ocorrida em áreas não endêmicas (região extra-amazônica) é de notificação

imediate. A febre amarela é, de fato, de notificação imediata em qualquer situação.

Alternativa (c): INCORRETA. A hanseníase, independentemente da classificação operacional (paucibacilar ou multibacilar), é uma doença de notificação compulsória semanal. A leptospirose é classificada como de notificação imediata, mas a presença da hanseníase invalida a opção para o que o enunciado solicita.

Alternativa (d): INCORRETA. Como mencionado anteriormente, a hanseníase (mesmo a forma virchowiana) é de notificação semanal. Quanto ao vírus influenza, a notificação compulsória imediata geralmente se aplica a casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados, óbitos por influenza ou quando há detecção de um novo subtipo viral com potencial pandêmico. Casos de influenza comum em regime ambulatorial costumam ser monitorados por unidades-sentinela. O erro principal da alternativa reside na hanseníase.

Questão 90

Análise das Assertivas:

Assertiva I: Correta. O indicador de imunização do Programa Previne Brasil (Indicador 5) avalia especificamente a proporção de crianças de um ano de idade vacinadas. Os imunizantes considerados para este cálculo são a vacina Pentavalente (3 doses) e a vacina Inativada Poliomielite/VIP (3 doses). O objetivo é garantir o esquema básico inicial contra doenças graves nessa faixa etária.

Assertiva II: Correta. O indicador de desempenho para o rastreamento do câncer do colo do útero (Indicador 3) considera como público-alvo as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Esse intervalo de idade segue as diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA para o rastreamento oportunista e sistemático da doença através do exame citopatológico.

Assertiva III: Incorreta. O indicador de saúde bucal da gestante (Indicador 4) avalia a proporção de gestantes com pelo menos um atendimento odontológico realizado durante o período do pré-natal na Atenção Primária. A assertiva está errada ao mencionar a necessidade de pelo menos dois atendimentos completos, pois a meta é garantir que a gestante tenha tido acesso a, no mínimo, uma consulta odontológica para prevenção e tratamento de agravos.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. As assertivas I e II apresentam definições precisas conforme as notas técnicas vigentes do Ministério da Saúde para os

indicadores de desempenho da Atenção Primária à Saúde.

Alternativa (b): Está incorreta porque a assertiva III contém um erro técnico sobre a quantidade mínima de atendimentos odontológicos exigidos pelo indicador.

Alternativa (c): Está incorreta pois, além de incluir a assertiva III (errada), exclui a assertiva I, que descreve corretamente o indicador de cobertura vacinal.

Alternativa (d): Está incorreta por incluir a assertiva III e por mencionar uma assertiva IV que sequer foi listada no enunciado da questão, tratando-se provavelmente de um erro na elaboração das opções de resposta pela banca.

Gabarito: Letra A.

Questão 91

A alternativa correta é a letra A.

A questão aborda um tema central na ética médica e no direito médico: a natureza da obrigação do profissional de saúde. De acordo com o Código de Ética Médica (CEM) e as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre publicidade e propaganda (como a Resolução CFM nº 2.336/23), é expressamente vedado ao médico prometer resultados ou garantir o sucesso de um tratamento.

A medicina é considerada uma atividade de meio, e não de fim. Isso significa que o médico tem o dever de agir com toda a diligência, utilizando as melhores técnicas e conhecimentos científicos disponíveis para buscar o melhor resultado possível, mas não pode assegurar um desfecho específico, pois a resposta biológica, a cicatrização e as intercorrências dependem de fatores individuais de cada paciente que não estão sob o controle total do cirurgião.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa A (Correta): O Código de Ética Médica, em seu artigo 113, veda ao médico "garantir o sucesso do tratamento". Ao afirmar que o abdome ficaria "completamente liso e sem nenhuma cicatriz visível", o cirurgião fez uma promessa de resultado garantido, o que configura infração ética, independentemente da técnica utilizada ou da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Alternativa B (Incorreta): O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento obrigatório que visa informar o paciente sobre riscos, benefícios e limitações. Ele não serve como um "salvo-conduto" para que o médico faça

promessas infundadas ou infrinja normas éticas. A assinatura do TCLE não apaga a infração cometida pela promessa verbal de resultado garantido.

Alternativa C (Incorreta): A infração ética está ligada à conduta do médico (fazer a promessa de resultado), e não à frustração subjetiva da paciente. Mesmo que o resultado tivesse sido satisfatório para a paciente, a conduta de prometer o resultado no momento da consulta já seria, por si só, passível de punição ética se levada ao conhecimento do Conselho.

Alternativa D (Incorreta): A promessa de resultado é proibida de forma absoluta. O fato de o médico omitir ou não os riscos é uma agravante, mas o ato de garantir que não haveria cicatrizes visíveis já é suficiente para caracterizar a infração, pois tal afirmação é tecnicamente impossível de ser garantida em qualquer cirurgia que envolva incisões cutâneas.

Questão 92

O ponto central desta questão é a compreensão do delineamento de estudos epidemiológicos e a interpretação de seus resultados, especificamente a diferença entre correlação e causalidade.

Alternativa (a) - Incorreta. A correlação identificada em um estudo não é sinônimo de causalidade, independentemente da significância estatística. O p-valor baixo ($p < 0,01$) indica apenas que a chance de aquele resultado ter ocorrido ao acaso é mínima, mas não explica a natureza da relação entre as variáveis. Correlação é apenas um indicador de que as variáveis caminham juntas, não que uma gera a outra.

Alternativa (b) - Correta. O estudo transversal é caracterizado pela coleta de dados em um único momento no tempo, funcionando como uma fotografia ou recorte temporal. Devido a essa característica, ele carece de precedência temporal, ou seja, não é possível saber se níveis elevados de vitamina D precederam o aumento da testosterona. Sem essa cronologia, é impossível afirmar uma relação de causa e efeito.

Alternativa (c) - Incorreta. O p-valor é uma ferramenta estatística para testar a probabilidade de um resultado ser fruto do acaso e não tem o poder de confirmar mecanismos fisiológicos ou bioquímicos, como a regulação de produção hormonal testicular. A confirmação de mecanismos biológicos exige estudos experimentais e básicos específicos.

Alternativa (d) - Incorreta. Uma associação em estudo observacional é insuficiente

para embasar diretrizes clínicas ou indicações terapêuticas. Para recomendar a reposição de uma substância com o objetivo de alterar outra, são necessários ensaios clínicos randomizados que comprovem benefício clínico, segurança e eficácia, superando o nível de evidência de estudos transversais.

Em resumo, o erro do profissional citado no enunciado foi ignorar a limitação metodológica do estudo transversal ao tentar extrair uma conclusão de causalidade e uma conduta clínica a partir de uma simples associação estatística.

Questão 93

Esta questão aborda a aplicação da Medicina Baseada em Evidências na prática clínica, focando especificamente no uso da Razão de Verossimilhança Negativa (LR-) para a tomada de decisão.

Para resolver o problema, é necessário entender o impacto do teste diagnóstico na probabilidade da doença. O médico estimou uma probabilidade pré-teste de 40%. A Razão de Verossimilhança (Likelihood Ratio) indica o quanto um resultado de teste aumenta ou diminui essa probabilidade. No caso da LR negativa (LR-), quanto mais próximo de zero for o valor, maior é o poder do teste em descartar a doença quando o resultado é negativo.

Uma regra prática na medicina é:

- LR- de 0,1 reduz a probabilidade de forma moderada/acentuada.
- LR- de 0,01 é extremamente potente, reduzindo drasticamente a probabilidade de a doença estar presente.

Com uma probabilidade inicial de 40% e um LR- de 0,01, a probabilidade pós-teste cai para menos de 1% (aproximadamente 0,66%). Portanto, o teste é altamente confiável para exclusão.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a meningite bacteriana seja uma emergência médica que exige rapidez, a medicina baseada em evidências utiliza testes diagnósticos justamente para evitar tratamentos desnecessários e riscos iatrogênicos. Com uma probabilidade pós-teste inferior a 1%, a manutenção do tratamento empírico não se justifica logicamente pelo resultado desse teste específico.

b) Correta. Um LR- de 0,01 possui um altíssimo poder de exclusão (equivalente a uma sensibilidade altíssima). Quando o teste resulta negativo com esse valor de verossimilhança, a probabilidade da doença cai para níveis residuais, permitindo que

o médico descarte o diagnóstico inicial com segurança clínica.

c) Incorreta. Repetir o teste não é a conduta indicada. O valor de LR- de 0,01 já indica que o teste é altamente sensível. Se o resultado foi negativo, a probabilidade de ser um falso negativo é mínima.

d) Incorreta. O teste é, na verdade, extremamente útil. Testes com LR- muito baixos são as melhores ferramentas para exclusão diagnóstica (regra do "SnNout" - Sensibilidade alta descarta a doença). O valor preditivo negativo (VPN) será muito alto neste cenário, justamente porque o LR- é muito baixo.

Questão 94

Para resolver essa questão, é necessário aplicar os conceitos de epidemiologia clínica voltados para medidas de associação e impacto, especificamente o cálculo do Número Necessário para Causar Dano (NNH - Number Needed to Harm).

O NNH é uma medida que indica quantos pacientes precisam ser tratados com uma determinada intervenção para que ocorra um evento adverso adicional em comparação ao grupo controle. Ele é o inverso do Aumento Absoluto do Risco (ARI - Absolute Risk Increase).

Passo 1: Calcular o Aumento Absoluto do Risco (ARI).

O ARI é a diferença aritmética entre a incidência de eventos no grupo exposto (novo AINE) e no grupo controle (AINE clássico).

Incidência no grupo novo AINE = 10% (ou 0,10).

Incidência no grupo controle = 5% (ou 0,05).

$ARI = 10\% - 5\% = 5\%$ (ou 0,05).

Passo 2: Calcular o NNH.

A fórmula é: $NNH = 1 / ARI$.

Substituindo os valores:

$NNH = 1 / 0,05$.

$NNH = 20$.

Isso significa que, para cada 20 pacientes tratados com o novo AINE em vez do clássico, um caso adicional de úlcera gástrica será causado pela nova medicação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor 5 seria obtido se o aumento absoluto do risco fosse de 20% ($1 / 0,20 = 5$), o que não corresponde aos dados fornecidos.

b) Incorreta. O valor 10 seria obtido se a diferença entre os grupos fosse de 10% ($1 / 0,10 = 10$). Note que 10% é a incidência isolada no grupo de intervenção, e não a diferença entre os grupos.

c) Correta. Conforme o cálculo realizado, a diferença absoluta de risco é de 5% (0,05). O inverso de 0,05 é exatamente 20.

d) Incorreta. O valor 50 seria obtido se a diferença de risco entre os grupos fosse de apenas 2% ($1 / 0,02 = 50$), o que é inferior ao observado no estudo.

Questão 95

A questão aborda os conceitos de validade e desempenho de testes diagnósticos, focando na relação entre os valores preditivos e a prevalência da doença na população testada.

Alternativa a: Incorreta. O enunciado afirma explicitamente que a sensibilidade e a especificidade do teste permaneceram inalteradas. O aumento do VPP nos grupos de risco não decorre de mudanças na carga viral ou na expressão antigênica que alterariam a acurácia intrínseca do teste, mas sim de um fenômeno estatístico relacionado à maior probabilidade pré-teste nesses grupos.

Alternativa b: Incorreta. Embora o VPP sofra influência da prevalência, a afirmação está incorreta ao associar a variação do VPP a uma maior proporção de falsos-negativos. O aumento do VPP em populações de alta prevalência ocorre porque há um aumento do número de resultados verdadeiros-positivos em relação aos falsos-positivos. Os falsos-negativos estão relacionados à sensibilidade e ao Valor Preditivo Negativo (VPN).

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve um princípio fundamental da epidemiologia clínica: os valores preditivos (positivo e negativo) são parâmetros extrínsecos, ou seja, dependem da prevalência da doença na população estudada. Mesmo que a sensibilidade e a especificidade (parâmetros intrínsecos) sejam constantes, quanto maior a prevalência da doença em um grupo (como em usuários de drogas injetáveis e profissionais expostos), maior será o Valor Preditivo Positivo desse teste.

Alternativa d: Incorreta. O viés de verificação (ou viés de detecção) acontece quando a probabilidade de um indivíduo receber o teste de confirmação (padrão-ouro) depende do resultado do teste de triagem. Isso pode distorcer os cálculos de sensibilidade e especificidade, mas não explica a variação matemática esperada do

VPP entre populações com prevalências distintas, como apresentado no cenário da questão.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 96

Esta questão exige o conhecimento sobre os conceitos de acurácia diagnóstica, especificamente Sensibilidade e Especificidade, e como eles se aplicam à prática clínica.

Análise dos parâmetros fornecidos:

Sensibilidade (100%): Indica a capacidade do teste em identificar corretamente os indivíduos que possuem a doença. Se a sensibilidade é de 100%, a taxa de falso-negativos é zero. Ou seja, o teste não deixa passar nenhum doente.

Especificidade (98%): Indica a capacidade do teste em identificar corretamente os indivíduos que não possuem a doença. Se a especificidade é de 98%, a taxa de falso-positivos é de 2% (100% - 98%). Ou seja, 2% das pessoas saudáveis terão um resultado positivo indevido.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Como a especificidade é de 98%, haverá 2% de resultados falso-positivos entre os indivíduos saudáveis. Portanto, não se pode afirmar que todos os positivos são verdadeiramente portadores de HIV.

Alternativa B (Correta): Esta é a tradução direta de uma sensibilidade de 100%. Se o teste detecta todos os portadores da doença sem exceção, é impossível que um paciente com HIV receba um resultado negativo. O índice de falso-negativos é nulo.

Alternativa C (Incorreta): O valor de 2% mencionado na questão refere-se ao complemento da especificidade, que representa os falso-positivos (pessoas saudáveis que testam positivo). Já a taxa de falso-negativos entre os doentes, como vimos pela sensibilidade de 100%, é de 0%.

Alternativa D (Incorreta): Embora um teste com 100% de sensibilidade apresente um Valor Preditivo Negativo (VPN) teórico de 100%, a expressão "todos estão livres da doença" é considerada clinicamente temerária em questões de prova. Isso ocorre porque o teste avalia o estado atual com base em seus limites técnicos (como a janela imunológica, que pode não ser captada dependendo do momento da infecção).

A alternativa B é tecnicamente superior por descrever a propriedade intrínseca do teste (sensibilidade) de forma direta conforme os dados do enunciado.

Questão 97

O ponto central desta questão é o conceito de Análise por Intenção de Tratar (Intention-to-Treat - ITT).

Alternativa a: Incorreta. O viés de aferição (ou de informação) ocorre quando há erros na coleta de dados ou na mensuração dos desfechos, frequentemente influenciados pelo conhecimento de qual tratamento o paciente recebeu (falha de cegamento). A decisão de manter o paciente no grupo original refere-se à estratégia de análise estatística de alocação, e não ao processo de medida ou coleta do evento clínico.

Alternativa b: Incorreta. A análise por intenção de tratar é considerada uma abordagem conservadora e pragmática. Embora o uso da estatina pelo grupo controle (fenômeno conhecido como contaminação) possa reduzir a diferença absoluta entre os grupos, isso não torna o resultado necessariamente nulo. Essa estratégia é fundamental para evitar o viés de seleção que ocorreria se os autores removessem do estudo os pacientes que não seguiram o protocolo rigorosamente.

Alternativa c: Correta. A regra fundamental da análise por intenção de tratar é que o paciente deve ser analisado no grupo para o qual foi sorteado inicialmente, independentemente do que ocorra após a randomização (seja abandono do tratamento, efeitos colaterais ou uso da medicação por conta própria). Essa abordagem preserva a comparabilidade entre os grupos gerada pelo sorteio e reflete melhor o que acontece na vida real (prática clínica), onde a adesão nem sempre é perfeita.

Alternativa d: Incorreta. Reclassificar os pacientes conforme o que eles realmente tomaram caracteriza a análise "por protocolo" ou "conforme tratado" (as-treated). Embora essa análise possa ser feita de forma secundária para entender o potencial máximo da droga, ela rompe o princípio da randomização. Os pacientes que decidem tomar a estatina por conta própria podem ter hábitos de vida diferentes ou maior preocupação com a saúde do que os que não tomam, introduzindo variáveis de confusão que o sorteio inicial havia eliminado.

Questão 98

Para entender o delineamento de um estudo epidemiológico, devemos observar como os participantes são selecionados e como ocorre o acompanhamento ao longo do tempo.

Análise da Questão:

O estudo começa selecionando gestantes que ainda não apresentaram o desfecho (o parto prematuro). Elas são divididas em dois grupos com base em uma exposição (tabagismo): expostas (fumantes) e não expostas (não fumantes). Essas mulheres são acompanhadas ao longo do tempo (seguimento longitudinal e prospectivo) até o final da gestação para observar quem desenvolve ou não o desfecho. Esse caminhar da exposição em direção ao desfecho é a característica fundamental de um Estudo de Coorte.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): No estudo de caso-controle, o pesquisador parte do desfecho já ocorrido. Ele selecionaria mulheres que já tiveram parto prematuro (casos) e mulheres que tiveram parto a termo (controles) e olharia para o passado (retrospectivo) para investigar se elas fumaram durante a gravidez. A questão descreve o caminho oposto: parte da exposição para o desfecho.

Alternativa B (Incorreta): O estudo transversal é como uma fotografia instantânea. Nele, a exposição e o desfecho são avaliados ao mesmo tempo, em um único momento. Não há acompanhamento ou seguimento dos participantes ao longo do tempo, o que invalida essa opção, já que o enunciado cita visitas regulares e acompanhamento até o final da gestação.

Alternativa C (Incorreta): O ensaio clínico controlado é um estudo experimental no qual o pesquisador interfere e decide quem recebe a exposição (por exemplo, um medicamento). No caso descrito, o pesquisador apenas observa um hábito de vida já existente (tabagismo) sem intervir na conduta ou obrigar as pacientes a fumar. Portanto, trata-se de um estudo observacional, e não experimental.

Alternativa D (Correta): O estudo de coorte é um desenho observacional e longitudinal em que um grupo de pessoas livres da doença ou desfecho é classificado conforme sua exposição a um fator de risco e acompanhado no tempo para verificar a incidência do desfecho. O enunciado descreve exatamente isso: seleção por exposição (tabagismo) e acompanhamento prospectivo até o parto prematuro. É o melhor desenho para calcular o Risco Relativo.

Questão 99

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico (ADT) que atua bloqueando a recaptação de serotonina e noradrenalina. Entretanto, ela é uma medicação não seletiva, o que significa que também bloqueia receptores muscarínicos (colinérgicos), receptores alfa-1-adrenérgicos e receptores histaminérgicos (H1). Essa ação multirreceptorial é a responsável pelo seu amplo perfil de efeitos colaterais.

ANÁLISE DA COLUNA 2 COM BASE NOS MECANISMOS DA COLUNA 1

Primeiro item: Boca seca intensa e visão turva para leitura.

Estes são efeitos colaterais típicos do bloqueio de receptores muscarínicos, conhecidos como efeitos anticolinérgicos. A redução da salivação causa xerostomia (boca seca) e o bloqueio do músculo ciliar impede a acomodação visual para objetos próximos, gerando visão turva.

Associação: (3) Efeito anticolinérgico.

Segundo item: Tontura ao se levantar rapidamente da cama e alteração pressórica postural.

A paciente apresenta uma queda na pressão arterial sistólica de 20 mmHg ao se levantar (de 130 para 110 mmHg), o que define hipotensão ortostática. Isso ocorre devido ao bloqueio dos receptores alfa-1-adrenérgicos localizados nos vasos sanguíneos, impedindo a vasoconstrição reflexa necessária ao mudar de posição.

Associação: (2) Antagonismo alfa-1-adrenérgico.

Terceiro item: Episódios de constipação intestinal.

Assim como a boca seca, a constipação é um efeito anticolinérgico. A acetilcolina é fundamental para estimular a motilidade do trato gastrointestinal; quando seus receptores muscarínicos são bloqueados pela amitriptilina, o peristaltismo diminui, levando ao ressecamento e dificuldade de evacuação.

Associação: (3) Efeito anticolinérgico.

Quarto item: Sensação de sonolência diurna e aumento do apetite.

O bloqueio dos receptores H1 da histamina no sistema nervoso central resulta em sedação potente (por isso a medicação é administrada à noite) e pode causar sonolência residual durante o dia. Além disso, o antagonismo H1 está fortemente ligado ao aumento do apetite e ganho de peso.

Associação: (1) Efeito anti-histamínico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

A sequência correta, de cima para baixo, é 3 - 2 - 3 - 1.

a) CORRETA. Esta alternativa apresenta a correlação exata entre os mecanismos farmacológicos e as manifestações clínicas apresentadas pela paciente.

b) INCORRETA. Associa a tontura postural e a constipação ao efeito anti-histamínico, o que está incorreto. A tontura postural é alfa-1-adrenérgica e a constipação é anticolinérgica.

c) INCORRETA. Atribui o sintoma de boca seca e visão turva ao efeito anti-histamínico e a sonolência ao efeito anticolinérgico, invertendo os mecanismos.

d) INCORRETA. Inverte os mecanismos iniciais, atribuindo a boca seca ao antagonismo alfa-1-adrenérgico e a tontura ao efeito anti-histamínico. Além disso, associa a sonolência ao antagonismo alfa-1-adrenérgico.

Questão 100

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Para resolver esta questão, é fundamental conhecer as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento do Tabagismo e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

Análise das assertivas:

Assertiva I: Incorreta. Existe um erro importante no cronograma de início das medicações. A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), como o adesivo, deve, sim, ser iniciada no dia da interrupção do tabagismo (o "Dia D"). No entanto, a bupropiona é um medicamento que não contém nicotina e precisa de tempo para atingir níveis terapêuticos no organismo. Por isso, a recomendação é iniciar a bupropiona sete dias antes da data marcada para parar de fumar. Dessa forma, quando o paciente atingir o Dia D, o medicamento já estará fazendo efeito para reduzir a fissura e os sintomas de abstinência.

Assertiva II: Correta. O tratamento do tabagismo baseia-se em dois pilares principais: a abordagem psicossocial (terapia cognitivo-comportamental) e o apoio farmacológico. A literatura médica e as diretrizes demonstram que a associação dessas duas modalidades é significativamente mais eficaz do que o uso isolado de qualquer uma delas. A abordagem comportamental fornece ferramentas para o paciente lidar com gatilhos e hábitos, enquanto a farmacoterapia trata a dependência química e física.

Assertiva III: Correta. Os medicamentos de primeira linha para cessação do tabagismo são a Terapia de Reposição de Nicotina (adesivo, goma, pastilha), a bupropiona e a vareniclina. Quando o paciente não responde a esses tratamentos ou possui contraindicações específicas, podem ser utilizadas as medicações de segunda linha, que são a nortriptilina (antidepressivo tricíclico) e a clonidina (anti-hipertensivo de ação central). Ambas possuem evidência de eficácia na cessação, porém são relegadas à segunda linha devido ao perfil de efeitos colaterais mais acentuado (como boca seca, sedação e hipotensão).

Análise das alternativas:

Como as assertivas II e III estão corretas e a I está incorreta:

- a) Incorreta. A assertiva I apresenta erro no manejo cronológico da bupropiona.
- b) Incorreta. A assertiva I está errada.
- c) Correta. Apenas II e III estão de acordo com os protocolos clínicos.
- d) Incorreta. A assertiva I invalida esta opção.

Gabarito: Alternativa (c).
