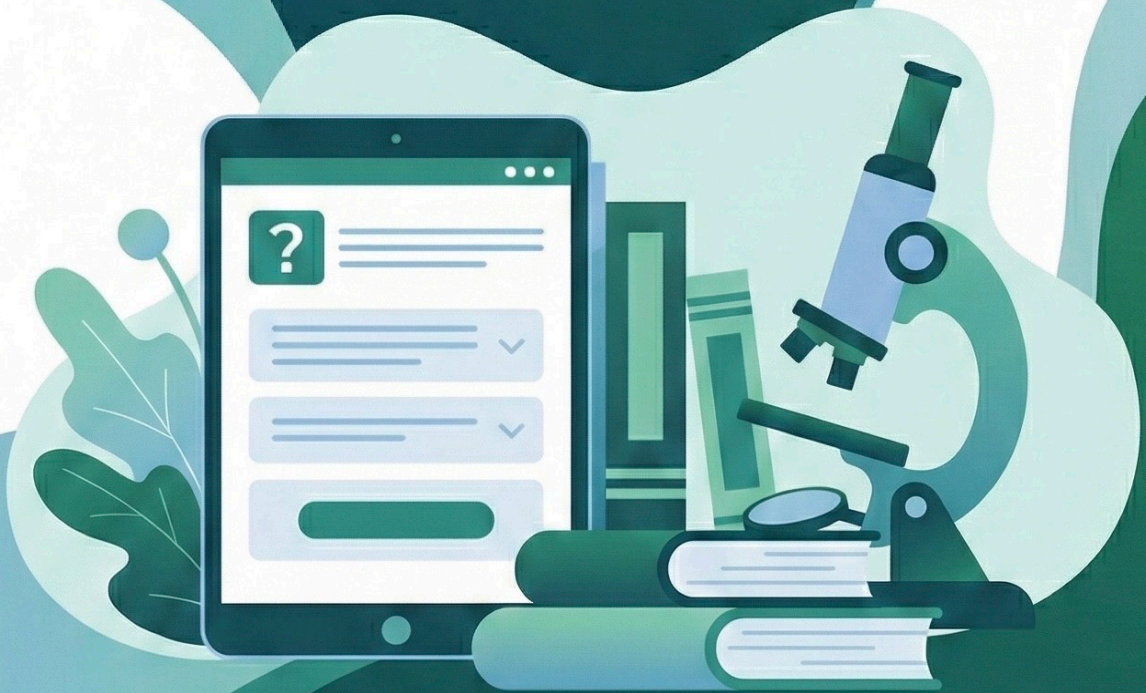




UNITAU

GABARITO | 2025 | SP | 80 Questões



Gabarito: UNITAU

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico e os achados de imagem (sinal do U invertido ou sinal do grão de café no raio X e rotação do eixo na tomografia) são patognomônicos de vôlvulo de sigmoide. O paciente encontra-se hemodinamicamente estável e não apresenta sinais de irritação peritoneal (abdome sem sinais de peritonite), o que permite uma abordagem inicial conservadora e não cirúrgica de urgência.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hidratação e a passagem de sonda nasogástrica são medidas de suporte em qualquer quadro obstrutivo, mas não resolvem o componente mecânico da torção do sigmoide. Aguardar 48 horas sem realizar a detorção aumenta o risco de isquemia e necrose da alça.

b) Incorreta. A ileostomia é uma derivação do intestino delgado. O problema em questão é uma obstrução mecânica no cólon distal (sigmoide). Realizar uma ileostomia não desfaria a torção e não resolveria a distensão do cólon afetado.

c) Incorreta. A laparotomia de urgência está indicada apenas nos casos de falha da descompressão endoscópica ou se houver sinais de sofrimento de alça (peritonite, febre, leucitose grave ou instabilidade). Além disso, a simples fixação (sigmoidopexia) apresenta altas taxas de recorrência do vôlvulo em comparação com a ressecção.

d) Correta. Em pacientes estáveis e sem sinais de peritonite, o tratamento de escolha inicial é a descompressão endoscópica (detorção não cirúrgica) por meio de retossigmoidoscopia (rígida ou flexível) ou colonoscopia. O procedimento permite a visualização direta da mucosa (para afastar necrose) e a descompressão da alça torcida. A colocação de uma sonda retal após o procedimento ajuda a manter a alça desobstruída e previne a recidiva imediata, permitindo que o paciente seja preparado para uma cirurgia definitiva (sigmoidectomia eletiva) na mesma internação.

Questão 2

O quadro clínico descreve uma paciente com obstrução intestinal mecânica (distensão, parada de eliminação de flatos e fezes, vômitos) secundária a uma hérnia inguinal esquerda. A presença de sinais flogísticos (calor, rubor, dor) sobre o abaulamento inguinal indica que a hérnia está estrangulada, ou seja, há sofrimento vascular do conteúdo herniário.

Alternativa A: Incorreta. A manobra de redução (taxia) é absolutamente contraindicada em casos de hérnias com sinais de estrangulamento ou quando o quadro de encarceramento tem longa duração (neste caso, 3 dias). Reduzir um segmento de alça intestinal possivelmente necrótico para dentro da cavidade abdominal pode causar peritonite purulenta ou fecaloide e sepse grave.

Alternativa B: Incorreta. Embora a paciente apresente um quadro obstrutivo, a causa é uma hérnia inguinal claramente identificada no exame físico e no ultrassom. A abordagem inicial deve ser local (inguinotomia). A laparotomia mediana é reservada para casos em que há dúvida diagnóstica, peritonite generalizada ou quando não é possível tratar a complicação pela via inguinal.

Alternativa C: Correta. A conduta padrão para hérnias inguinais estranguladas é a exploração cirúrgica de urgência por via inguinal (inguinotomia). Durante o procedimento, o cirurgião abre o saco herniário, avalia a viabilidade da alça intestinal e, se houver necrose segmentar delimitada, realiza a ressecção e anastomose. Frequentemente, é possível realizar essa ressecção pelo próprio acesso inguinal ou através de uma pequena ampliação da incisão (manobra de La Roque).

Alternativa D: Incorreta. A passagem de sonda nasogástrica é uma medida de suporte para decompressão gástrica e prevenção de aspiração, mas não trata a causa da obstrução. Lavagens intestinais não têm indicação em casos de obstrução mecânica por hérnia estrangulada e apenas retardam o tratamento cirúrgico definitivo, aumentando o risco de complicações.

Questão 3

Esta questão exige do candidato o conhecimento das prioridades no atendimento inicial ao paciente politraumatizado, seguindo o protocolo universal do ATLS (Advanced Trauma Life Support). A sequência sistematizada A-B-C-D-E visa identificar e tratar as ameaças à vida na ordem em que elas matam o paciente.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta sinais claros de instabilidade multissistêmica:

- Taquipneia importante (36 ipm) e hipoxemia grave (saturação de 84% mesmo em uso de máscara de O₂), o que indica falência respiratória iminente ou instalada (B).
- Choque obstrutivo ou hipovolêmico grave, sugerido pela taquicardia (140 bpm) e hipotensão (80 x 40 mmHg), configurando um choque classe IV (C).

Embora o paciente tenha sinais evidentes de sangramento interno (instabilidade pélvica e sinal do cinto de segurança no abdome), a prioridade imediata é a via aérea e a ventilação.

Por que a alternativa (a) está correta?

A alternativa (a) é a conduta prioritária porque o paciente apresenta insuficiência respiratória grave (saturação de 84% sob oxigênio suplementar). De acordo com o ATLS, antes de prosseguir para a avaliação da circulação (C), deve-se garantir que o paciente tenha uma via aérea pérvia e oxigenação adequada. A intubação orotraqueal está indicada tanto pela hipoxemia refratária quanto pela provável necessidade de ventilação mecânica em um paciente com choque grave e possível rebaixamento do nível de consciência.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

b) Tipagem sanguínea: Embora fundamental no manejo do choque hipovolêmico (etapa C), a coleta de exames e a preparação para transfusão não precedem a estabilização da via aérea e da ventilação em um paciente com hipoxemia crítica.

c) Drenagem torácica: A drenagem de tórax seria indicada caso houvesse diagnóstico clínico de pneumotórax hipertensivo ou hemotórax maciço. A questão não descreve sinais específicos (como murmúrio vesicular abolido, desvio de traqueia ou hipertimpanismo) que justifiquem a drenagem como primeira conduta, antes mesmo de assegurar a via aérea.

d) Realização de ultrassom FAST na sala de trauma: O FAST é uma ferramenta excelente para identificar líquido livre no abdome ou pericárdio na etapa C da avaliação. Contudo, realizar o exame antes de abordar a via aérea e a ventilação (A e B) em um paciente com 84% de saturação é um erro metodológico conforme o protocolo de trauma. O suporte respiratório é mais urgente no cenário descrito.

Questão 4

Análise detalhada da questão sobre Pneumotórax Aberto:

Afirmativa I: Incorreta. No atendimento pré-hospitalar, a prioridade inicial para o pneumotórax aberto é o fechamento imediato da ferida com um curativo oclusivo de três lados. A drenagem torácica com selo d'água é uma medida posterior, realizada preferencialmente em ambiente hospitalar ou após a estabilização inicial da ventilação. O erro está em colocar a drenagem como a primeira medida no cenário pré-hospitalar.

Afirmativa II: Correta. De acordo com os protocolos de trauma (ATLS), se a abertura na parede torácica for maior ou igual a aproximadamente dois terços do diâmetro da traqueia, o ar passará preferencialmente pela ferida durante a inspiração, pois ela oferece menor resistência do que a via aérea superior. Isso resulta em uma

ventilação ineficaz, levando rapidamente à hipóxia, dispneia e insuficiência respiratória.

Afirmativa III: Correta. Ao utilizar um curativo simples totalmente oclusivo (preso nos quatro lados) em uma ferida de pneumotórax aberto, o ar que escapa do pulmão lesado para o espaço pleural pode ficar aprisionado sem ter por onde sair. Esse acúmulo de ar sob pressão transforma o pneumotórax aberto em um pneumotórax hipertensivo, uma emergência médica ainda mais grave. Por essa razão, o curativo deve ser fixado em apenas três lados, funcionando como uma válvula que permite a saída do ar, mas impede sua entrada.

Afirmativa IV: Incorreta. Se houver necessidade de intubação orotraqueal no cenário de trauma, deve-se realizar a intubação convencional para ventilar ambos os pulmões. A ventilação com pressão positiva ajuda a manter o pulmão expandido após a oclusão da ferida externa. A intubação seletiva (em apenas um brônquio) não é indicada e dificultaria a oxigenação adequada do paciente no trauma.

Conclusão: Como apenas as afirmativas II e III estão corretas, a alternativa certa é a (b).

Questão 5

Análise Clínica:

O paciente apresenta um quadro clínico de choque hemorrágico grave (Classe IV), caracterizado por hipotensão severa (70 x 30 mmHg) e taquicardia extrema (180 bpm). É importante notar que ele já recebeu 2.500 ml de Ringer lactato e permanece instável, o que o classifica como um "não respondedor" ou "respondedor transitório" à expansão volêmica inicial. No trauma, a presença de instabilidade hemodinâmica associada a um FAST (ultrassom) positivo, que demonstrou líquido livre periesplênico (hemoperitônio), é uma indicação clássica e imediata de intervenção cirúrgica.

Alternativa A: Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame de escolha para avaliar lesões de órgãos sólidos em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, porém sua realização é exclusiva para pacientes hemodinamicamente ESTÁVEIS. Levar um paciente com pressão de 70 x 30 mmHg para a sala de tomografia é uma conduta perigosa, pois ele pode evoluir para parada cardiorrespiratória em um ambiente fora da sala de trauma ou centro cirúrgico.

Alternativa B: Incorreta. Embora a fratura de fêmur seja uma fonte importante de sangramento (podendo perder até 1.500 ml de sangue), ela não justifica sozinha a instabilidade tão severa após a reposição volêmica realizada. Além disso, no atendimento inicial ao trauma (ABCDE), o controle de hemorragias internas cavitárias

(abdome) detectadas tem prioridade sobre a estabilização definitiva de fraturas de membros. O RX e o alinhamento devem ser feitos após a estabilização vital.

Alternativa C: Incorreta. O Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) tem a mesma finalidade do FAST: detectar a presença de sangue na cavidade abdominal. Como o FAST já foi realizado e foi positivo para líquido livre, o diagnóstico de hemoperitônio já está confirmado. Realizar um LPD neste momento seria redundante, atrasaria o tratamento definitivo e não traria informações adicionais que mudassem a conduta.

Alternativa D: Correta. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a conduta para um paciente com trauma abdominal fechado, instabilidade hemodinâmica e FAST positivo é a Laparotomia Exploradora imediata. O objetivo é localizar e interromper a fonte do sangramento interno o mais rápido possível para reverter o estado de choque.

Questão 6

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): Embora os divertículos colônicos sejam tecnicamente chamados de pseudodivertículos ou "falsos divertículos", a justificativa da questão está errada. Eles recebem esse nome porque não envolvem todas as camadas da parede intestinal (diferente do divertículo de Meckel, que é um divertículo verdadeiro). Na diverticulose, ocorre a herniação da mucosa e da submucosa através da camada muscular, nos pontos onde os vasos sanguíneos (vasa recta) penetram na parede colônica. A serosa é a camada mais externa e não a que hernia.

Afirmativa II (Correta): A presença de diverticulose não aumenta o risco de desenvolvimento de neoplasia colorretal. Trata-se de uma condição estrutural muito comum com o envelhecimento. Portanto, o protocolo de rastreamento de câncer colorretal (início aos 45 anos para população de risco habitual, por exemplo) permanece exatamente o mesmo, independentemente de o paciente possuir ou não divertículos.

Afirmativa III (Incorreta): O cólon sigmoide é o local mais acometido pela doença diverticular, porém a razão é oposta à descrita. O sigmoide é o segmento do cólon com o menor lúmen (raio mais estreito). De acordo com a Lei de Laplace, quanto menor o raio de um cilindro, maior é a pressão em sua parede. Logo, o sigmoide é o segmento de maior pressão intraluminal, o que favorece a saída da mucosa através da musculatura.

Afirmativa IV (Correta): A baixa ingestão de fibras é um dos principais fatores de risco para a formação de divertículos. As fibras aumentam o volume fecal e retêm água, o

que reduz a pressão intraluminal e facilita o trânsito intestinal. Dessa forma, uma dieta rica em fibras atua como um fator protetor contra a formação da diverticulose e contra episódios de diverticulite.

Conclusão: Estão corretas apenas as afirmações II e IV, o que torna a alternativa (c) a resposta correta.

Questão 7

Análise da questão:

O quadro clínico de dor epigástrica de forte intensidade associado a uma amilase significativamente elevada (1200 U/L) confirma o diagnóstico de Pancreatite Aguda. O paciente apresenta sinais de resposta inflamatória sistêmica (taquicardia de 120 bpm e leucocitose de 24.000), o que exige manejo imediato focado em hidratação venosa e definição da estratégia nutricional.

Alternativa A (Correta):

A conduta nutricional na pancreatite aguda é um dos pilares do tratamento moderno. A recomendação atual é a reintrodução precoce da dieta. Em casos leves, a dieta oral deve ser iniciada assim que o paciente tolerar (ausência de dor e presença de fome). Em casos mais graves, a nutrição enteral é preferível ao jejum prolongado ou à nutrição parenteral. A presença de nutrientes no lúmen intestinal mantém a integridade da barreira mucosa, o que impede a translocação de bactérias do intestino para os tecidos pancreáticos. Isso reduz a incidência de necrose infectada, complicações sistêmicas e a mortalidade geral.

Alternativa B (Incorreta):

O uso de antibióticos profiláticos não é recomendado na pancreatite aguda, independentemente da gravidade ou do grau de leucocitose inicial. A leucocitose e o desvio à esquerda observados nas primeiras horas são reflexos da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e não indicam necessariamente uma infecção bacteriana. O uso de antibióticos deve ser reservado para infecções extrapancreáticas (como pneumonia ou infecção urinária) ou quando há suspeita/confirmação de necrose pancreática infectada, o que geralmente ocorre após a segunda ou terceira semana de doença.

Alternativa C (Incorreta):

A pancreatite biliar é causada pela passagem ou impactação de cálculos provenientes da vesícula biliar na via biliar comum. O exame inicial de escolha para investigar a etiologia biliar é a ultrassonografia de abdome superior, visando identificar colelitíase ou dilatação de vias biliares. A colangiorrressonância é um exame de segunda linha, indicado apenas quando os exames iniciais são

inconclusivos e persiste a suspeita de cálculos na via biliar (coledocolitíase).

Alternativa D (Incorreta):

Os níveis de amilase e lipase são fundamentais para o diagnóstico, mas não servem para monitorar a evolução da doença ou guiar a alta. Essas enzimas não possuem valor prognóstico e sua queda não se correlaciona necessariamente com a melhora clínica. A reintrodução da dieta e a programação da alta devem ser baseadas puramente em critérios clínicos, como o controle da dor, ausência de vômitos e a aceitação alimentar pelo paciente.

Questão 8

Para entender essa questão, é fundamental revisar as fases do processo de cicatrização: Inflamatória, Proliferativa e de Maturação (ou Remodelamento). Como o ferimento ocorreu há apenas 25 minutos, o paciente encontra-se no estágio inicial da fase inflamatória.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o paciente esteja realmente na fase inflamatória, os fibroblastos não são as células principais deste momento. Os fibroblastos são as células protagonistas da fase proliferativa (que começa, geralmente, após o 3º dia), sendo responsáveis pela síntese de colágeno. Na fase inflamatória inicial, as células predominantes são as plaquetas e os polimorfonucleares (neutrófilos).

Alternativa (b) Incorreta: O paciente está na fase inflamatória, mas a função das plaquetas é promover a hemostasia (formação do tampão plaquetário) e liberar mediadores químicos que atraem outras células. A função de desbridamento local (limpeza de detritos e bactérias) é realizada pelos leucócitos, inicialmente pelos neutrófilos e, posteriormente, pelos macrófagos.

Alternativa (c) Correta: O processo de cicatrização inicia-se imediatamente após a lesão. Nos primeiros minutos (como no caso de 25 minutos relatado), ocorre a fase de hemostasia, que faz parte do início da fase inflamatória. O evento vascular imediato é uma vasoconstrição reflexa para diminuir o sangramento, seguida pela agregação plaquetária e formação do coágulo de fibrina. Somente após esse período inicial de vasoconstrição ocorre a vasodilatação que permite a quimiotaxia.

Alternativa (d) Incorreta: A fase de maturação ou remodelamento é a fase final da cicatrização, começando por volta da terceira semana após o trauma e podendo durar meses ou anos. A ativação de plaquetas, neutrófilos e macrófagos é característica da fase inflamatória, que ocorre nos primeiros dias após a lesão.

Questão 9

O quadro clínico descrito — dor testicular súbita, intensa e com 24 horas de evolução, associada ao sinal de Prehn negativo (a elevação do testículo não alivia a dor, sugerindo torção em vez de epididimite) — é patognomônico de torção do cordão espermático. A imagem intraoperatória confirma o diagnóstico, revelando um testículo de coloração enegrecida e aspecto necrótico, o que indica infarto hemorrágico irreversível devido ao longo tempo de isquemia.

A análise das alternativas fundamenta-se nos princípios da urologia de urgência:

Alternativa a) Incorreta. Embora a orquiectomia do testículo necrótico seja necessária, a conduta é incompleta. A torção testicular ocorre geralmente devido a uma malformação anatômica conhecida como deformidade em "badalo de sino", que costuma ser bilateral. Portanto, tratar apenas o lado afetado deixa o paciente vulnerável a uma torção futura no testículo remanescente.

Alternativa b) Correta. Diante de um testículo francamente necrótico e sem viabilidade (como demonstrado na imagem após 24 horas de evolução), a conduta correta é a remoção do órgão (orquiectomia direita). Simultaneamente, é obrigatória a realização da orquidopexia (fixação) do testículo contralateral (esquerdo), para prevenir que ele sofra o mesmo processo no futuro, garantindo a preservação da função endócrina e reprodutiva do paciente.

Alternativa c) Incorreta. A orquidopexia bilateral seria indicada caso o testículo direito ainda apresentasse sinais de viabilidade após a destorção e manobras de reaquecimento. Na imagem, a necrose é evidente e irreversível, tornando a manutenção do órgão um risco para a formação de anticorpos antiespermatozoides e infecções.

Alternativa d) Incorreta. A orquidopexia isolada do lado afetado não resolve o problema do tecido morto (necrose) e falha em proteger o lado contralateral, que possui o mesmo risco anatômico de torção.

Questão 10

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta uma combinação clássica de sinais e sintomas que define a Tríade de Charcot: dor abdominal em hipocôndrio direito, febre e icterícia (notada tanto no exame físico quanto pelo relato de colúria). Além disso, os exames laboratoriais reforçam o diagnóstico de um processo infeccioso agudo (leucocitose de $16.150/\text{mm}^3$ e PCR elevada de 190 mg/dL) associado a um padrão de colestase

obstrutiva (elevação importante de bilirrubina direta, fosfatase alcalina e gama-GT).

A ultrassonografia revela cálculos na vesícula e, crucialmente, dilatação das vias biliares. Embora o cálculo obstrutivo não tenha sido visualizado (o que ocorre com frequência na ultrassonografia devido aos gases intestinais), a dilatação ductal na presença de icterícia e febre é altamente sugestiva de colangite aguda.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O diagnóstico é de colangite aguda. Esta é uma emergência médica causada pela infecção bacteriana da bile decorrente de uma obstrução biliar (neste caso, provavelmente por um cálculo que migrou da vesícula para o colédoco). O tratamento baseia-se em dois pilares fundamentais: suporte clínico com antibioticoterapia intravenosa para controlar a infecção e descompressão (drenagem) das vias biliares para remover o fator obstrutivo, geralmente realizada por via endoscópica (CPRE).

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Colecistite aguda, tomografia de abdome e pelve: A colecistite aguda caracteriza-se por dor e febre, mas raramente cursa com icterícia significativa (bilirrubina direta de 6,5 mg/dL) ou dilatação de vias biliares. Na ultrassonografia, a colecistite apresentaria paredes da vesícula espessadas e sinal de Murphy ultrassonográfico positivo, o que não foi descrito. Além disso, a conduta prioritária aqui é o tratamento da obstrução biliar, não apenas novos exames de imagem.

b) Colecistite aguda, colecistectomia aberta com exploração de via biliar: Conforme mencionado, o quadro clínico de icterícia obstrutiva com febre aponta para colangite, não colecistite isolada. A conduta inicial na colangite deve ser a estabilização e drenagem biliar (preferencialmente endoscópica), e não a cirurgia aberta imediata, que apresenta maior morbimortalidade em pacientes infectados.

c) Coledocolitíase, colecistostomia percutânea: A coledocolitíase é a presença do cálculo no colédoco, que é a causa provável; porém, quando há febre e leucocitose, o diagnóstico evolui para colangite aguda. A colecistostomia percutânea é um procedimento de exceção usado para drenar a vesícula biliar em pacientes com colecistite grave sem condições cirúrgicas; ela não resolve a obstrução do ducto colédoco nem a colangite.

RESUMO: Diante da Tríade de Charcot (dor, febre e icterícia), o diagnóstico é colangite aguda, e o tratamento imediato exige antibióticos e drenagem da via biliar.

Questão 11

O quadro clínico descreve uma paciente com história prévia de colelitíase sintomática que evolui com dor contínua há 16 horas e sinais de irritação peritoneal localizada (defesa involuntária). Esse tempo de evolução, associado ao exame físico, é altamente sugestivo de colecistite aguda.

A imagem de ultrassonografia apresentada mostra a vesícula biliar com paredes espessadas e presença de múltiplos cálculos hiperecogênicos com sombra acústica posterior. A foto da peça cirúrgica confirma uma vesícula biliar com sinais inflamatórios (congestão e espessamento de parede) e repleta de cálculos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tomografia computadorizada não é o exame de escolha para avaliar a necessidade de exploração do colédoco. Como a paciente apresenta bilirrubinas e aminotransferases normais, o risco de coledocolitíase é baixo. Caso houvesse suspeita, os exames de escolha seriam a colangiorressonância ou a ultrassonografia endoscópica, ou ainda a colangiografia intraoperatória.

b) Correta. De acordo com os Critérios de Tóquio (TG18), a paciente apresenta uma colecistite aguda grau I (branda), pois não há disfunção orgânica (grau III) nem marcadores de gravidade local como massa palpável, leucocitose acentuada ou duração superior a 72 horas (grau II). O tratamento padrão-ouro para colecistite aguda precoce (menos de 72h a 7 dias de início dos sintomas) é a colecistectomia videolaparoscópica de urgência.

c) Incorreta. A cólica biliar simples costuma durar menos de 6 horas e não apresenta sinais de defesa abdominal ou alterações inflamatórias na imagem. A persistência da dor por 16 horas, associada à defesa à palpação, indica a progressão para um processo inflamatório/infeccioso (colecistite), tornando o tratamento conservador com dieta e antiespasmódicos insuficiente e perigoso.

d) Incorreta. A via laparoscópica é a preferencial para o tratamento da colecistite aguda, apresentando melhores resultados estéticos, menor dor pós-operatória e retorno mais rápido às atividades em comparação à laparotomia. A exploração da via biliar e o uso de dreno de Kehr só seriam indicados se houvesse evidência de coledocolitíase associada, o que não é o caso, dado que os exames laboratoriais hepáticos estavam normais.

Questão 12

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de icterícia obstrutiva (síndrome colestática) com níveis elevados de bilirrubina direta, associado a uma massa na cabeça do pâncreas de 6,5 cm. Os achados tomográficos são cruciais: invasão circunferencial da artéria mesentérica superior (AMS) e presença de nódulos hepáticos suspeitos de metástases.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta):

O tumor é classificado como irressecável por dois motivos principais. Primeiro, a invasão circunferencial (360 graus) da artéria mesentérica superior caracteriza um tumor localmente avançado e tecnicamente impossível de retirar com margens livres. Segundo, a presença de nódulos hepáticos sugere doença metastática (estádio IV). Em casos de doença avançada/metastática, o objetivo é o tratamento paliativo e sistêmico. Para iniciar a quimioterapia (tratamento sistêmico), é indispensável a confirmação histológica por biópsia (da lesão primária ou da metástase). Além disso, a drenagem da via biliar é necessária para reduzir a icterícia e permitir que o fígado metabolize os quimioterápicos. A prótese metálica é preferível à de plástico em pacientes com expectativa de vida superior a 3-6 meses, pois possui maior patência e menor taxa de oclusão.

Alternativa B (Incorreta):

A colangiorressonância é um excelente exame para avaliar a anatomia das vias biliares e pancreáticas, mas, neste caso, a tomografia computadorizada de abdome e pelve já forneceu informações suficientes para determinar a extensão da doença e sua irressecabilidade. O próximo passo deve focar no diagnóstico histológico e no alívio dos sintomas para início do tratamento, e não em novos exames de imagem morfológica.

Alternativa C (Incorreta):

Esta alternativa está tecnicamente errada. Um tumor que envolve a artéria mesentérica superior de forma circunferencial é considerado irressecável pelos critérios da NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Além disso, a suspeita de metástases hepáticas contraindica formalmente a duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple), pois o procedimento não traria benefício de sobrevida em um cenário de doença sistêmica, expondo o paciente a uma cirurgia de grande porte desnecessária.

Alternativa D (Incorreta):

Há informações suficientes. Na avaliação de câncer de pâncreas, o envolvimento

arterial maior que 180 graus da artéria mesentérica superior ou do tronco celíaco é um critério clássico de irressecabilidade. Somado a isso, os nódulos hepáticos em um contexto de neoplasia pancreática de 6,5 cm são altamente sugestivos de M1 (metástase à distância), o que define o caso como avançado.

Resumo do Manejo:

Diante de um câncer de pâncreas irressecável/metastático com icterícia, a conduta padrão-ouro é o tripé: Diagnóstico Histológico (Biópsia) + Palição da Obstrução Biliar (Stent/Prótese) + Tratamento Sistêmico (Quimioterapia).

Questão 13

O caso clínico apresenta um paciente idoso com um quadro de dor abdominal aguda que evoluiu com sinais de peritonite generalizada (descompressão brusca positiva em todo o abdome) e instabilidade hemodinâmica (taquicardia e hipotensão), o que sugere um quadro de sepse de foco abdominal. A tomografia confirma a presença de doença diverticular no sigmoide com processo inflamatório e grande quantidade de líquido livre, o que indica perfuração com extravasamento de conteúdo para a cavidade peritoneal.

Alternativa (a) Incorreta: A classificação de Hinchey II é utilizada para descrever a presença de um abscesso pélvico, retroperitoneal ou a distância, porém localizado. O quadro do paciente é compatível com Hinchey III (peritonite purulenta) ou Hinchey IV (peritonite fecal), devido à dor difusa e ao líquido livre abundante. A drenagem percutânea guiada por imagem é a conduta para abscessos localizados (geralmente > 3-4 cm) em pacientes estáveis, não para peritonite difusa com choque.

Alternativa (b) Correta: O quadro clínico de dor abdominal súbita que se torna difusa, associado a sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca) e instabilidade hemodinâmica, é típico de peritonite generalizada. Na diverticulite aguda, isso ocorre por perfuração livre para a cavidade. Nessas situações, o tratamento requer intervenção cirúrgica de emergência (como a cirurgia de Hartmann ou, em casos selecionados, a lavagem laparoscópica ou colectomia com anastomose primária) para controle da fonte de infecção.

Alternativa (c) Incorreta: Epidemiologicamente, na população ocidental, a doença diverticular do cólon ocorre predominantemente no cólon esquerdo, sendo o sigmoide o segmento mais afetado em mais de 90% dos casos. O acometimento isolado ou predominante do cólon direito é raro no Brasil, sendo mais comum em países asiáticos.

Alternativa (d) Incorreta: A antibioticoterapia deve ser iniciada imediatamente, mas

não é a conduta definitiva isolada para um paciente com peritonite generalizada e choque. O erro principal da alternativa é a solicitação de colonoscopia. A colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite pelo risco iminente de perfuração ou piora de uma perfuração já existente devido à insuflação de ar. O exame de imagem de escolha na fase aguda é a tomografia computadorizada, e a colonoscopia deve ser postergada para 6 a 8 semanas após a resolução do processo inflamatório.

Questão 14

O caso clínico descreve uma paciente com adenocarcinoma de reto localizado a 6 cm da borda anal (reto médio/baixo), estadiado como localmente avançado (T3N1M0), ou seja, o tumor ultrapassou a camada muscular e há presença de linfonodos comprometidos, sem metástases a distância.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A amputação abdominoperineal de reto (cirurgia de Miles) é indicada apenas para tumores extremamente baixos que invadem o aparelho esfinteriano, onde não é possível obter margem de segurança preservando a função anal. Uma lesão a 6 cm da borda anal geralmente permite a preservação do esfíncter. Além disso, o tratamento de escolha para o estágio T3N1 não é a cirurgia imediata, mas sim a neoadjuvância.

Alternativa b) Incorreta. Embora o CEA e as tomografias de tórax e abdome sejam essenciais para o estadiamento sistêmico, o estadiamento local do câncer de reto exige, preferencialmente, a ressonância magnética (RM) de pelve ou o ultrassom endorretal. O erro principal da alternativa é indicar a cirurgia (retossigmoidectomia) como conduta imediata, ignorando a necessidade de tratamento neoadjuvante para casos T3 ou N positivo.

Alternativa c) Incorreta. A afirmação de que a cirurgia deve ser "sempre realizada" é contestada pelo protocolo de "Watch and Wait" (Vigiar e Esperar), proposto pela escola brasileira (Angelita Habr-Gama), que admite o acompanhamento clínico estrito em pacientes com resposta clínica completa após neoadjuvância. Além disso, se a cirurgia for realizada, a linfadenectomia (através da excisão total do mesorreto) é parte fundamental e obrigatória do procedimento oncológico.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve o protocolo padrão para o câncer de reto localmente avançado (estádios II e III). O tratamento inicia-se com quimiorradioterapia neoadjuvante para reduzir o tamanho do tumor (downsizing) e o estágio (downstaging), aumentando as chances de preservação esfinteriana e

diminuindo a recidiva local. Após o período de resposta (geralmente 8 a 12 semanas), o paciente é reestadiado e submetido à cirurgia com excisão total do mesorreto (ETM), que é o padrão-ouro técnico para garantir a retirada dos linfonodos regionais.

Gabarito: Letra (d).

Questão 15

Análise do caso clínico:

O quadro descreve uma paciente jovem com histórico psiquiátrico que apresenta sinais de obstrução intestinal mecânica (dor em cólica, distensão abdominal, vômitos fecaloides e parada de eliminação de fezes). O ponto-chave para a resolução da questão é o relato de diminuição do volume capilar. Em provas de residência, a associação de transtorno psiquiátrico, alopecia (perda de cabelo) e obstrução intestinal é o quadro clássico de tricotilomania (ato de arrancar os cabelos) seguida de tricotifagia (ato de comer os cabelos). Como o cabelo humano não é digerido pelo trato gastrointestinal, ele se acumula e forma uma massa denominada bezoar.

Alternativa a: Incorreta. O uso de neurolépticos e outros fármacos psiquiátricos com efeito anticolinérgico pode causar constipação e, em casos graves, íleo paralítico. No entanto, essa condição não explica a perda de volume capilar nem costuma evoluir de forma tão aguda com vômitos fecaloides em uma paciente jovem, a menos que houvesse outros sinais de toxicidade grave.

Alternativa b: Correta. O bezoar, especificamente o tricobezoar (formado por fibras de cabelo), é o diagnóstico mais provável. O cabelo ingerido vai se enovelando no estômago e pode se estender até o intestino delgado (conhecido como Síndrome de Rapunzel), causando uma obstrução mecânica completa ou parcial. A alopecia relatada pelos familiares é a prova semiológica da tricotifagia.

Alternativa c: Incorreta. Distúrbios hidroeletrólíticos, como a hipocalcemia ou a hipercalcemia, podem levar a uma diminuição da motilidade intestinal (íleo adinâmico). Contudo, eles geralmente aparecem como consequência de um quadro obstrutivo (devido aos vômitos e desidratação) e não explicariam a alopecia descrita no enunciado.

Alternativa d: Incorreta. A Síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução colônica aguda, caracteriza-se por uma dilatação maciça do cólon sem a presença de um fator mecânico obstrutivo. Ela ocorre tipicamente em pacientes idosos, gravemente enfermos, hospitalizados ou no pós-operatório de cirurgias ortopédicas ou cardíacas, não condizendo com o perfil desta paciente.

Conclusão: A presença de sintomas de obstrução intestinal mecânica em uma paciente com sinais de alopecia e transtorno psiquiátrico direciona o diagnóstico para bezoar por ingestão de cabelos.

Questão 16

Para realizar o estadiamento clínico TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase) deste caso de adenocarcinoma de reto, devemos analisar individualmente cada dado fornecido pelos exames:

Componente T (Tumor Primário):

O ultrassom intrarretal é um exame fundamental para avaliar a profundidade da invasão na parede retal. De acordo com a questão, a lesão infiltra até a gordura perirretal. Na classificação TNM, tumores que invadem através da camada muscular própria até a gordura perirretal (mesorreto), mas sem atingir órgãos adjacentes ou o peritônio visceral, são classificados como T3. A alternativa T4 estaria incorreta, pois a tomografia confirmou que não há invasão de órgãos adjacentes.

Componente N (Linfonodos Regionais):

O ultrassom intrarretal identificou dois linfonodos suspeitos de invasão tumoral. Segundo os critérios do TNM, o comprometimento de 1 a 3 linfonodos regionais define o estágio N1. Para ser classificado como N2, seria necessária a presença de 4 ou mais linfonodos acometidos.

Componente M (Metástases à Distância):

O raio X de tórax e a tomografia de abdome total foram descritos como normais para metástases. Embora a dosagem de CEA esteja elevada (28 ng/dL), o que pode sugerir doença avançada, o estadiamento por imagem define o caso como M0 (ausência de metástases à distância detectáveis).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O tumor é classificado como T3, pois infiltra a gordura perirretal, e não T4, já que não há invasão de órgãos vizinhos ou do peritônio.
- b) Correta. O estadiamento T3 baseia-se na infiltração da gordura perirretal; o N1 baseia-se na presença de dois linfonodos suspeitos (intervalo entre 1 e 3); e o M0 baseia-se nos exames de imagem negativos para disseminação sistêmica.
- c) Incorreta. O componente N2 está errado, pois foram encontrados apenas 2 linfonodos (N2 exige 4 ou mais). O componente M1 também está incorreto, pois os

exames de imagem (raio X e tomografia) não mostraram metástases.

d) Incorreta. Apresenta erro no componente T (não há invasão de órgãos vizinhos para ser T4) e no componente N (não há linfonodos suficientes para ser N2).

Portanto, o estadiamento pré-operatório mais provável é T3N1M0.

Questão 17

Análise do Quadro Clínico: O paciente apresenta Diabetes Mellitus com 29 anos de evolução, edema de membros inferiores, urina espumosa e hipertensão arterial (160x70 mmHg). O exame de urina revela proteinúria maciça (4+), o que confirma o quadro de Doença Renal do Diabetes (antigamente chamada de Nefropatia Diabética).

Estadiamento da Doença Renal Crônica (DRC): Para definir o estágio, calculamos a Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Um homem de 39 anos com creatinina de 0,8 mg/dL possui uma TFG estimada acima de 90 mL/min/1,73 m². De acordo com a classificação KDIGO, a presença de marcadores de lesão renal (como a proteinúria) com uma TFG preservada (maior ou igual a 90) classifica o paciente no Estágio I da DRC.

Tratamento: O objetivo principal é a nefroproteção e o controle da pressão arterial. As diretrizes recomendam o uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II (BRA), como a losartana, ou Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), para reduzir a pressão intraglomerular e a proteinúria. Recentemente, os inibidores do SGLT2, como a dapagliflozina, consolidaram-se como pilares no tratamento da Doença Renal Crônica por reduzirem significativamente o risco de progressão para falência renal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O paciente está no Estágio I, não no II, pois sua função renal (TFG) está preservada. Além disso, o anlodipino, embora seja um bom anti-hipertensivo, não possui o efeito de redução de proteinúria como droga de primeira linha na nefropatia diabética quando comparado aos bloqueadores do sistema renina-angiotensina.

b) Correta. O estadiamento (Estágio I) está correto devido à creatinina normal com presença de proteinúria. O tratamento com losartana trata a hipertensão e reduz a proteinúria, enquanto a dapagliflozina oferece a proteção renal adicional necessária conforme as evidências clínicas atuais.

c) Incorreta. A causa da doença renal é claramente o diabetes de longa data, e não a hipertensão (que costuma ser secundária à lesão renal no diabetes). O estadiamento II também está incorreto.

d) Incorreta. O uso de metformina é indicado para Diabetes Mellitus Tipo 2. O paciente em questão tem diabetes desde os 10 anos de idade, o que caracteriza Diabetes Tipo 1, no qual a base do tratamento é exclusivamente a insulino terapia. A troca da insulina NPH pela Lantus é uma conduta de ajuste glicêmico, mas não é a prioridade terapêutica para o tratamento da nefropatia apresentada na questão.

Questão 18

O quadro clínico descrito é clássico de Insuficiência Cardíaca Aguda Descompensada, especificamente o Edema Agudo de Pulmão (EAP). A paciente apresenta sinais claros de congestão sistêmica (edema de membros inferiores) e, principalmente, congestão pulmonar grave, evidenciada pela dispneia em repouso, ortopneia, taquipneia (32 irpm), baixa saturação de oxigênio (78%) e estertores crepitantes bilaterais. O fato de a pressão arterial estar elevada (160 x 90 mmHg) caracteriza o perfil hemodinâmico como "quente e úmido", sugerindo que a hipertensão pode ser tanto a causa quanto o agravante do quadro.

Alternativa (c): Correta. O tratamento imediato do Edema Agudo de Pulmão hipertensivo foca na melhora da oxigenação e na redução rápida das pressões de enchimento ventricular. A Ventilação Não Invasiva (VNI), com pressão positiva (CPAP ou BiPAP), é o padrão-ouro inicial, pois recruta alvéolos, melhora a troca gasosa e reduz o retorno venoso e a pós-carga, diminuindo a necessidade de intubação. A nitroglicerina é o vasodilatador de escolha por reduzir a pré e a pós-carga rapidamente. A furosemida é essencial para a remoção do excesso de fluido. A morfina, embora tenha perdido espaço em diretrizes recentes devido a potenciais efeitos adversos, ainda é classicamente citada em provas por sua ação ansiolítica e venodilatadora leve.

Alternativa (a): Incorreta. Embora a miocardiopatia isquêmica seja a base da insuficiência cardíaca desta paciente, o diagnóstico principal do momento é o EAP. O erro mais grave desta alternativa é a administração de metoprolol (betabloqueador). Os betabloqueadores são contraindicados na fase de descompensação aguda com sinais de congestão (paciente "úmido"), pois possuem efeito inotrópico negativo e podem levar ao choque cardiogênico ou piora súbita do edema.

Alternativa (b): Incorreta. A falha aqui reside na indicação imediata de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. A paciente está consciente e orientada, o que permite e favorece a tentativa inicial de VNI. A intubação é reservada para casos

em que há contraindicação ou falha da VNI, ou se a paciente apresentasse rebaixamento do nível de consciência e incapacidade de proteção de via aérea.

Alternativa (d): Incorreta. O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é um diagnóstico diferencial importante em quadros de dispneia súbita e hipoxemia, porém, no TEP, o exame físico pulmonar costuma ser limpo (sem ruídos adventícios). A presença de estertores crepitantes em 2/3 das bases pulmonares, somada ao histórico de insuficiência cardíaca, ortopneia e edema prévio, aponta diretamente para o Edema Agudo de Pulmão por falha ventricular esquerda, e não por obstrução embólica da artéria pulmonar. Além disso, a VNI não é o tratamento padrão para TEP.

Questão 19

A paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) de etiologia isquêmica, manifestando-se com sinais de congestão sistêmica e pulmonar (perfil B ou "quente e úmido"). O tratamento atual da ICFER, visando à redução da mortalidade, à redução de hospitalizações e à melhora da qualidade de vida, baseia-se nos quatro pilares da terapia medicamentosa otimizada.

Alternativa a: Incorreta. O anlodipino é um bloqueador de canais de cálcio di-hidropiridínico que não possui benefício comprovado na redução da mortalidade para pacientes com ICFER. Ele é utilizado apenas para o controle de hipertensão refratária após a otimização das outras classes. Além disso, esta opção omite o inibidor do sistema renina-angiotensina (como IECA ou BRA) e o inibidor do SGLT2.

Alternativa b: Incorreta. A combinação de hidralazina e nitrato (Monocordil) é indicada principalmente para pacientes que se autodeclaram negros e que permanecem sintomáticos apesar da terapia tripla, ou para pacientes com contraindicação ao uso de IECA/BRA (como em casos de insuficiência renal avançada). Não é a conduta de primeira linha para esta paciente. Faltam também a espironolactona e a dapagliflozina.

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa traz a terapia tripla clássica (betabloqueador, bloqueador do receptor de angiotensina e antagonista de mineralocorticoide). Embora correta em diretrizes mais antigas, ela está incompleta perante as evidências e diretrizes atuais, que estabeleceram a necessidade da quarta classe de fármacos (gliflozinas) para todos os pacientes com ICFER, independentemente de serem diabéticos ou não.

Alternativa d: Correta. Esta opção contempla o tratamento farmacológico completo e atualizado para ICFER, frequentemente chamado de terapia quádrupla. Ela inclui: 1) Betabloqueador (metoprolol), que atua na redução do tônus simpático; 2) Bloqueador

do receptor de angiotensina (losartana), que inibe o sistema renina-angiotensina; 3) Antagonista de mineralocorticoide (espironolactona), que reduz a fibrose miocárdica; e 4) Inibidor do SGLT2 (dapagliflozina), que reduz o risco de morte cardiovascular e hospitalizações. A furosemida é incluída de forma adequada para o controle de sintomas congestivos, já que a paciente teve um episódio recente de descompensação. Esta é a prescrição que oferece o maior impacto prognóstico para a paciente no momento da alta.

Questão 20

Diagnóstico e Raciocínio Clínico:

A paciente apresenta um quadro de lúpus eritematoso sistêmico (LES) e manifesta um evento isquêmico cerebral agudo (AVC isquêmico). A presença de tripla positividade para os anticorpos antifosfolídeos (anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-beta-2-glicoproteína I) em uma paciente com evento trombótico confirma o diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolídeo (SAAF) secundária ao lúpus. Para pacientes que já apresentaram um evento trombótico (prevenção secundária), o tratamento envolve obrigatoriamente a anticoagulação plena.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A paciente de fato tem lúpus, mas o evento agudo descrito é uma complicação trombótica (SAAF). O ajuste da imunossupressão com aumento de prednisona e troca da azatioprina pelo micofenolato seria indicado para tratar uma atividade inflamatória grave da doença (como nefrite lúpica), mas não trata a causa da trombose nem previne novos eventos isquêmicos.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico de SAAF está correto. No entanto, o tratamento proposto (AAS e atorvastatina) é insuficiente para prevenção secundária em pacientes com SAAF e evento trombótico prévio. O AAS é um antiagregante plaquetário, e a SAAF exige anticoagulação oral plena para reduzir o risco de novos episódios.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico está correto, mas os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como a apixabana, rivaroxabana e edoxabana, não são recomendados para pacientes com SAAF de alto risco, especialmente aqueles com tripla positividade de anticorpos. Estudos clínicos (como o TRAPS) demonstraram que os DOACs apresentam uma taxa de falha terapêutica e recorrência de eventos trombóticos significativamente maior do que a da varfarina nesses pacientes.

Alternativa d) Correta. O diagnóstico é Síndrome do Anticorpo Antifosfolídeo (SAAF).

O tratamento de escolha para prevenção secundária de eventos trombóticos arteriais na SAAF, particularmente na presença de tripla positividade de anticorpos, é a anticoagulação com antagonistas da vitamina K, sendo a varfarina o medicamento padrão-ouro. O objetivo é manter o RNI (Razão Normalizada Internacional) na faixa terapêutica, geralmente entre 2,0 e 3,0.

Questão 21

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um perfil clássico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): idosa, tabagista pesada (40 anos-maço) e com sintomas respiratórios crônicos (tosse e dispneia aos esforços). O quadro atual de 4 dias, caracterizado por aumento da dispneia (agora em repouso), presença de secreção amarelada (purulenta) e sibilância, define uma Exacerbação Aguda da DPOC. De acordo com os Critérios de Anthonisen, a presença de aumento da purulência do escarro associada ao aumento da dispneia e/ou volume de secreção indica a necessidade de antibioticoterapia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O quadro clínico e o exame físico (redução difusa do murmúrio vesicular e sibilos bilaterais) são mais sugestivos de uma exacerbação de doença crônica de base do que de uma consolidação pneumônica localizada. Além disso, a azitromicina como monoterapia não é a melhor escolha para uma paciente que utilizou antibiótico recentemente (há 30 dias), devido ao risco de resistência bacteriana.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico é de DPOC exacerbada. A conduta ambulatorial é adequada, pois a paciente está consciente, orientada e com saturação de oxigênio aceitável (93%). O uso de levofloxacino (uma quinolona respiratória) justifica-se pelo fato de a paciente ter feito uso de outro antibiótico há menos de 30 dias, o que aumenta o risco de falha terapêutica com esquemas de primeira linha (como macrolídeos ou amoxicilina isolada). O tempo de tratamento de 5 dias para corticoide e antibiótico está alinhado com as diretrizes atuais (GOLD) para reduzir o tempo de recuperação e o risco de recidiva.

Alternativa c) Incorreta. Embora o diagnóstico esteja correto, a paciente não apresenta critérios de gravidade que obriguem a hospitalização ou o uso de antibióticos de amplo espectro por via endovenosa, como o Cefepime (indicado em casos de suspeita de *Pseudomonas aeruginosa* em pacientes com gravidade extrema ou múltiplas internações prévias). O tratamento pode ser realizado de forma segura no domicílio.

Alternativa d) Incorreta. Apesar de o diagnóstico e a conduta domiciliar estarem corretos, a escolha da amoxicilina em dose de 1,5 g/dia pode ser insuficiente para uma paciente que utilizou antibiótico recentemente. Nessas situações, as diretrizes sugerem o uso de amoxicilina com clavulanato ou quinolonas respiratórias para cobrir possíveis germes resistentes ou produtores de beta-lactamase. O tempo de 7 dias de corticoide também foi superado pela evidência de que 5 dias são igualmente eficazes com menos efeitos colaterais.

Questão 22

O quadro clínico apresentado é clássico de rabdomiólise induzida por esforço físico vigoroso (CrossFit e musculação excessiva). A tríade de mialgia, fraqueza e urina escura, somada à elevação importante de CPK (8.750 U/L) e injúria renal aguda (Cr 4,2 mg/dL), confirma o diagnóstico. Um achado fundamental no exame de urina é a presença de hemoglobina ++++ com poucas hemácias no sedimento (apenas 10.000), o que indica que a reação positiva no "dipstick" se deve à mioglobina, e não ao sangue íntegro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o uso abusivo de suplementos deva ser monitorado, a causa primária da injúria renal aguda neste paciente não é a toxicidade direta da creatina ou do whey protein, mas sim a toxicidade tubular da mioglobina liberada pela destruição muscular (rabdomiólise). O foco terapêutico principal deve ser a reversão da agressão renal e o controle eletrolítico.

b) Incorreta. O diagnóstico de rabdomiólise está correto, porém a hemodiálise de urgência não é a conduta inicial imediata. A diálise é reservada para casos refratários ao tratamento clínico, como hipercalemia resistente, sobrecarga volêmica grave ou acidose metabólica severa. O potássio de 6,2 mEq/L exige tratamento farmacológico imediato, mas permite uma tentativa inicial de manejo clínico com hidratação e medidas de glicoinsulina/estabilização de membrana.

c) Correta. Esta alternativa identifica corretamente a etiologia (rabdomiólise) e propõe os pilares do tratamento: internação para monitorização, hidratação venosa vigorosa (essencial para manter o fluxo tubular e evitar a precipitação de mioglobina com a proteína de Tamm-Horsfall) e o manejo da hipercalemia (6,2 mEq/L), que é uma complicação potencialmente fatal da lise muscular. O soro fisiológico 0,9% é a solução classicamente utilizada para expansão volêmica nesses casos.

d) Incorreta. Embora a hidratação seja necessária, o uso de manitol é controverso e

não é mais considerado conduta de primeira linha ou superior à hidratação isolada na rabdomiólise. Além disso, o uso de Ringer lactato em pacientes com hipercalemia importante (6,2 mEq/L) deve ser feito com cautela, embora o potássio contido na solução seja baixo. A alternativa C é mais precisa ao focar na hidratação vigorosa e nas medidas para o potássio como prioridades absolutas.

Questão 23

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma dor precordial típica (em aperto, forte intensidade, associada a sintomas autonômicos e dispneia) com início há 1 hora, o que configura uma síndrome coronariana aguda (SCA) em curso. Ele possui múltiplos fatores de risco cardiovascular (idade, sexo masculino, hipertensão, diabetes e obesidade).

O ponto fundamental da questão está no eletrocardiograma (ECG): a presença de um Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE). O enunciado informa que o paciente tinha um ECG normal há dois meses, o que permite concluir que o BRE é novo (agudo). Pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e internacionais (AHA/ESC), um BRE novo ou presumivelmente novo, em um contexto clínico de dor isquêmica, deve ser manejado como um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAM com supra ST).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico não é de angina instável. A presença do BRE novo no contexto de dor típica eleva a classificação da patologia para a categoria de IAM com supra ST (equivalente), exigindo terapia de reperfusão imediata. Além disso, a conduta proposta foca apenas no tratamento medicamentoso básico, ignorando a necessidade de reperfusão.

b) Incorreta. Como o BRE é novo e o paciente está sintomático, a classificação correta é de IAM com supra ST, e não IAM sem supra ST. O tratamento para IAM sem supra não prevê a reperfusão emergencial (angioplastia primária ou fibrinolítico) nas primeiras horas da mesma forma que o IAM com supra.

c) Incorreta. Há um erro conceitual grave nesta alternativa. O Alteplase é um fibrinolítico indicado para o IAM com supra ST (ou BRE novo) quando a angioplastia não pode ser realizada em tempo hábil. Ele nunca deve ser utilizado no IAM sem supra ST, pois aumenta o risco de sangramento sem benefício de reperfusão nesse cenário específico.

d) Correta. Esta é a alternativa que segue as diretrizes atuais. O quadro clínico

associado ao BRE novo é considerado um "equivalente de supra de ST". A conduta envolve o tratamento medicamentoso inicial (antiagregantes plaquetários como AAS e Clopidogrel, estatina, controle da dor e da pressão) e, crucialmente, o acionamento imediato da hemodinâmica para realizar a angioplastia primária, que é o padrão-ouro para reabrir a artéria culpada no menor tempo possível (tempo porta-balão).

Resumo:

Diante de um paciente com dor torácica aguda e ECG com Bloqueio de Ramo Esquerdo novo, o médico deve interpretar o caso como uma emergência isquêmica de parede anterior (território geralmente afetado no BRE) e buscar a reperfusão imediata do miocárdio.

Questão 24

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta hipertensão arterial de início precoce (20 anos) e critérios para hipertensão resistente (não controlado com 4 classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas). Esse perfil exige a investigação de causas secundárias. O achado de assimetria renal na ultrassonografia é um sinal clássico de hipertensão renovascular, sugerindo que um dos rins está recebendo menos fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, sofrendo atrofia isquêmica.

Alternativa a) Incorreta. A doença renal parenquimatosa é uma causa de hipertensão secundária, mas geralmente cursa com alteração da função renal (elevação de ureia e creatinina) e alterações no sedimento urinário. A assimetria renal marcante é mais característica de doença vascular (estenose) do que de doença do parênquima, que costuma ser bilateral e difusa no caso de doenças crônicas.

Alternativa b) Correta. A displasia fibromuscular é a causa mais comum de hipertensão renovascular em jovens e adultos jovens. Ela provoca estenoses nas artérias renais, levando à isquemia renal e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, o que explica a hipertensão grave e resistente. A isquemia crônica resulta na diminuição do tamanho do rim afetado, gerando a assimetria vista no ultrassom. O ultrassom com Doppler das artérias renais é um excelente exame inicial e confirmatório, pois permite visualizar a anatomia vascular e medir a velocidade do fluxo sanguíneo para identificar a estenose.

Alternativa c) Incorreta. Embora a aterosclerose seja a principal causa de estenose de artéria renal na população geral, ela acomete tipicamente pacientes idosos ou com múltiplos fatores de risco cardiovascular (diabetes, tabagismo, dislipidemia). Para um paciente que iniciou o quadro aos 20 anos e sem outras comorbidades, a displasia fibromuscular é a hipótese obrigatória.

Alternativa d) Incorreta. O hiperaldosteronismo primário é uma causa importante de hipertensão resistente, porém sua origem é na glândula adrenal (produção excessiva de aldosterona). Essa condição não provoca assimetria renal na ultrassonografia. A investigação com a relação aldosterona/renina seria indicada se houvesse suspeita de origem adrenal, o que não condiz com o achado de alteração no tamanho dos rins.

Questão 25

O quadro clínico descrito apresenta um homem jovem com aumento glandular bilateral (semelhante à parotidite), associado à síndrome sicca (xerostomia e xeroftalmia) e sintomas constitucionais (perda de peso e adinamia) há duas semanas. O paciente possui fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis e histórico vacinal completo.

Análise das afirmações:

I. INCORRETA. A hipótese de parotidite epidêmica (caxumba) é improvável devido ao tempo de evolução (2 semanas), à presença de síndrome sicca, à perda de peso e ao fato de o paciente ter o cartão vacinal completo. A caxumba é uma doença viral aguda e autolimitada, que raramente cursa com o quadro de secura ocular e bucal ou perda ponderal importante.

II. CORRETA. A infecção pelo HIV pode se manifestar através da Síndrome de Linfocitose Infiltrativa Difusa (DILS). Essa síndrome é caracterizada pelo aumento indolor das glândulas salivares (especialmente parótidas e submandibulares) e sintomas de secura, mimetizando a síndrome de Sjögren. Dado o histórico de exposição sexual desprotegida, sintomas constitucionais e linfonodopatia cervical, o rastreio para HIV é obrigatório.

III. INCORRETA. Embora o linfoma seja uma complicação possível em pacientes com estimulação linfocitária crônica das glândulas salivares (como na síndrome de Sjögren ou no HIV), a ultrassonografia de parótidas não é a conduta inicial prioritária frente ao quadro sistêmico apresentado. O foco inicial deve ser a investigação etiológica da síndrome sicca e do aumento glandular através de exames sorológicos e laboratoriais.

IV. CORRETA. Os anticorpos anti-Ro (SSA) e anti-La (SSB) são marcadores fundamentais na investigação da síndrome de Sjögren primária, que é o principal diagnóstico diferencial autoimune para pacientes que apresentam xerostomia, xeroftalmia e aumento de glândulas salivares. Mesmo com a suspeita de HIV, a investigação de causas autoimunes é parte do raciocínio clínico correto para esse

paciente.

Conclusão: As afirmações II e IV estão corretas, pois abordam os principais diagnósticos diferenciais para a síndrome sicca associada ao aumento glandular no contexto de um paciente com fatores de risco epidemiológicos.

Alternativa correta: Letra (d).

Questão 26

Análise da Questão:

A questão aborda o rastreio e manejo da Tuberculose Latente (ILTB) em pacientes com condições clínicas de risco, especificamente o Diabetes Mellitus (DM).

Asserção I: Trata-se de uma conduta assertiva de investigação de tuberculose latente.

Esta proposição é verdadeira. Pacientes com Diabetes Mellitus, especialmente os insulínodos dependentes ou com controle glicêmico inadequado, possuem um estado de imunossupressão relativa que aumenta o risco de progressão de uma infecção latente para a forma ativa da tuberculose. Por isso, as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e organizações internacionais recomendam a triagem para ILTB em grupos de risco específicos, incluindo diabéticos.

Asserção II: O DM aumenta o risco de reativação da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e se PPD > 10 mm, deve-se excluir a doença em atividade e tratar tuberculose latente.

Esta proposição também é verdadeira. O Diabetes Mellitus compromete a imunidade celular, facilitando a multiplicação do bacilo. Quanto ao ponto de corte do PPD (Teste Tuberculínico), o valor de 10 mm é tradicionalmente utilizado para pacientes com condições de saúde que aumentam o risco de adoecimento, como o DM (embora diretrizes mais recentes possam considerar 5 mm em alguns contextos de imunossupressão grave, o valor de 10 mm permanece correto para o grupo citado em diversas referências e protocolos de prova). Antes de iniciar o tratamento da latência, é mandatório excluir a doença ativa através da avaliação clínica (ausência de sintomas) e, geralmente, exames de imagem, para evitar o tratamento monoterápico inadequado de uma tuberculose ativa.

Relação entre as asserções:

A asserção II justifica a asserção I. Realizamos a investigação (conduta assertiva) justamente porque o risco de reativação é maior nesse público e existe um protocolo claro de conduta caso o teste seja positivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Ambas as frases estão tecnicamente corretas e a segunda explica a razão pela qual o médico deve realizar a triagem na paciente diabética.

Alternativa b) Incorreta. A segunda asserção fornece exatamente a justificativa epidemiológica e clínica para a realização da conduta descrita na primeira.

Alternativa c) Incorreta. A asserção II não é falsa; o Diabetes é um fator de risco estabelecido e o manejo da ILTB segue o fluxograma de positividade do teste tuberculínico seguido da exclusão de doença ativa.

Alternativa d) Incorreta. Ambas as proposições são fundamentadas nas diretrizes de controle da tuberculose. O rastreio em grupos de risco é uma ferramenta essencial de saúde pública para reduzir a incidência da doença.

Questão 27

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro de dor crônica difusa associado a sintomas depressivos significativos (tristeza intensa, humor deprimido, irritabilidade e falta de disposição) iniciados após um evento estressor há um ano. Embora o exame físico e a descrição da dor (tender points e rigidez não inflamatória) sugiram fibromialgia, a gravidade e a persistência dos sintomas psiquiátricos indicam a presença de um Transtorno Depressivo Maior (TDM) concomitante. Em provas de residência, quando há uma sobreposição clara entre sintomas somáticos (dor) e um transtorno de humor grave, o tratamento da esfera psiquiátrica é prioritário para a melhora funcional da paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A amitriptilina é, de fato, uma medicação de primeira linha para o tratamento da fibromialgia, agindo tanto na dor quanto no sono. No entanto, a dose de 12,5 mg é considerada subterapêutica para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior que a paciente apresenta. Além disso, a alternativa foca exclusivamente no diagnóstico de fibromialgia, negligenciando a gravidade do quadro depressivo.

Alternativa b) Incorreta. O Transtorno de Ajustamento (ou de Adaptação) ocorre em resposta a um estressor identificável, mas os sintomas geralmente surgem em até 3

meses após o evento e não costumam persistir por tanto tempo (1 ano) com essa intensidade de sintomas depressivos e físicos. O quadro atual preenche critérios para depressão maior, e aguardar mais seis meses para reavaliar retardaria o tratamento necessário.

Alternativa c) Correta. A paciente preenche critérios clínicos para Transtorno Depressivo Maior. Existe uma íntima relação entre depressão e dor crônica; muitas vezes, a dor é uma manifestação somática da depressão ou é por ela exacerbada. A conduta de iniciar o tratamento para o transtorno de humor (farmacoterapia adequada e psicoterapia) é fundamental. Após a estabilização do humor, a dor crônica deve ser reavaliada, pois pode haver remissão total ou parcial com o tratamento antidepressivo em doses adequadas.

Alternativa d) Incorreta. O clonazepam é um benzodiazepínico. Embora possa auxiliar no início do sono, ele não trata a causa da insônia (que neste caso é secundária à depressão e à dor) e pode prejudicar a arquitetura do sono (sono não reparador). Além disso, o uso isolado de benzodiazepínicos não é indicado para transtornos depressivos e pode aumentar o risco de quedas e declínio cognitivo em pacientes idosos (62 anos).

Questão 28

Análise do caso clínico:

O paciente de 42 anos apresenta um quadro de asma que pode ser classificado como bem controlado. Os critérios que sustentam essa conclusão são: a ausência de sintomas noturnos, a capacidade de realizar atividades físicas sem limitações, a prova de função pulmonar (espirometria) normal e a ausência de internações ou exacerbações no último ano.

Sobre o uso do salbutamol (SABA): o paciente utilizou um frasco com 200 doses em um ano. Isso equivale a uma média de menos de 4 doses por semana, sendo que o uso é concentrado de forma profilática antes de exercícios no inverno. Segundo as diretrizes internacionais (GINA), o risco de exacerbações graves aumenta significativamente quando o paciente consome 3 ou mais frascos de SABA por ano. Como este paciente consome apenas 1 frasco anualmente e está assintomático, ele é considerado de baixo risco.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Os antileucotrienos são medicamentos de manutenção ou adjuvantes, geralmente indicados para pacientes que não atingem o controle com

corticoides ou que possuem asma induzida por exercício e rinite alérgica. Não há indicação para iniciar essa droga em um paciente já controlado.

Alternativa b) Incorreta. O uso de corticoide inalatório associado a um beta-agonista de ação prolongada (LABA) é indicado para o Step 3 (etapa 3) do tratamento da asma. O paciente do caso está em um estágio de sintomas muito leves e intermitentes, tornando essa terapia excessiva e desnecessária no momento.

Alternativa c) Correta. A manutenção do tratamento é a conduta mais adequada para um paciente que atinge todos os critérios de controle clínico e funcional. O fato de a função pulmonar ser normal e não haver impacto na qualidade de vida ou sono reforça que a estratégia de uso de SABA apenas quando necessário (principalmente antes do exercício) está sendo eficaz para este indivíduo específico.

Alternativa d) Incorreta. Embora as diretrizes mais recentes (como o GINA a partir de 2019) preconizem o uso de corticoide inalatório mesmo em casos leves para reduzir o risco de exacerbações, o enunciado descreve um paciente com controle absoluto e uso muito reduzido de medicação de alívio (apenas 1 frasco por ano). Em questões de prova, quando o paciente preenche todos os critérios de controle e estabilidade, a manutenção da conduta bem-sucedida é frequentemente considerada a resposta correta.

Questão 29

O quadro clínico e laboratorial apresentado é um caso clássico de tireotoxicose por doença de Graves. A paciente apresenta sintomas adrenérgicos (palpitações, ansiedade, piora do tremor e aumento da frequência evacuatória) associados a exames que confirmam o hipertireoidismo primário (TSH suprimido com T4 livre e T3 total elevados).

As imagens são fundamentais para o diagnóstico etiológico:

- A imagem 1A demonstra um bócio difuso (aumento volumétrico da tireoide).
- As imagens 1B e 1C mostram o mixedema pré-tibial (dermopatia de Graves).
- A imagem 2 evidencia a oftalmopatia de Graves (exoftalmia/proptose e congestão ocular).

Esta tríade (bócio difuso, oftalmopatia e dermopatia) é patognomônica da doença de Graves, dispensando exames complementares adicionais para confirmação diagnóstica imediata.

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico é doença de Graves. A conduta assertiva envolve o controle dos sintomas adrenérgicos com betabloqueador (como o propranolol, que também ajuda a reduzir a conversão periférica de T4 em T3) e o bloqueio da síntese de hormônios tireoidianos com uma tionamida, sendo o metimazol a droga de escolha na maioria dos pacientes adultos.

b) Incorreta. O bócio multinodular tóxico (doença de Plummer) também causa hipertireoidismo, porém não se apresenta com oftalmopatia ou mixedema pré-tibial. Além disso, o bócio seria nodular à palpação e não difuso como o observado.

c) Incorreta. A tireoidite de Hashimoto é a principal causa de hipotireoidismo (que teria TSH elevado e T4 baixo). Embora exista a fase transitória de "hashitoxicose", os achados extratireoidianos das imagens (olhos e pernas) são exclusivos da doença de Graves (autoimunidade mediada pelo anticorpo anti-TRAb).

d) Incorreta. Embora o anticorpo anti-TRAb seja o marcador da doença de Graves, o diagnóstico nesta paciente já é evidente clinicamente devido aos sinais patognomônicos. No cenário de tireotoxicose franca e sintomática (FC 105 bpm), a conduta prioritária é iniciar o tratamento medicamentoso, e não apenas solicitar novos exames. Além disso, o anti-TPO e o anti-Tg são mais associados ao Hashimoto.

Questão 30

Esta questão aborda o diagnóstico e o manejo da sífilis ocular, que clinicamente deve ser conduzida da mesma forma que a neurosífilis.

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta manifestações oculares (uveíte e coriorretinite) e sintomas neurológicos (cefaleia e amaurose bilateral), com sorologia (VDRL) fortemente positiva (1/1024). Na avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR), observa-se pleocitose (10 células) e uma proteinorraquia acentuadamente elevada (554 mg/dL). Embora o VDRL no LCR seja negativo, ele possui baixa sensibilidade (cerca de 30-70%); portanto, um resultado negativo não exclui a neurosífilis, especialmente diante de alterações inflamatórias no líquido e sintomas oculares. Segundo os protocolos do Ministério da Saúde e consensos internacionais, a sífilis ocular exige o mesmo tratamento da neurosífilis.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a internação e o tempo de tratamento (14 dias) estejam corretos, a repetição do VDRL imediatamente ao fim do tratamento não é a conduta padrão para avaliar a cura, pois a queda dos títulos séricos é lenta. Além

disso, há um erro técnico na nomenclatura do fármaco (a Penicilina Benzatina não deve ser administrada por via endovenosa; o termo correto para uso EV é Penicilina G Cristalina).

Alternativa b) Correta. O tratamento da sífilis ocular/neurossífilis exige internação hospitalar para administração de Penicilina G Cristalina por via endovenosa (EV) durante 10 a 14 dias. A reavaliação clínica contínua durante o tratamento é fundamental para observar a regressão dos sintomas visuais e possíveis reações adversas (como a reação de Jarisch-Herxheimer). Observação: Apesar de a alternativa mencionar "benzatina EV", entende-se que o examinador se referia à Penicilina Cristalina, sendo a alternativa considerada correta pelo foco na via de administração endovenosa e na internação.

Alternativa c) Incorreta. A Penicilina Benzatina por via intramuscular (IM) é o tratamento de escolha para sífilis primária, secundária ou latente sem acometimento do sistema nervoso central ou ocular. No caso de neurossífilis ou sífilis ocular, a via IM não atinge concentrações terapêuticas adequadas no LCR ou no humor vítreo.

Alternativa d) Incorreta. A Ceftriaxona pode ser utilizada como alternativa em casos de alergia à penicilina, mas a via de escolha para neurossífilis seria a endovenosa, e não a intramuscular. Além disso, a Penicilina G Cristalina EV continua sendo o tratamento padrão-ouro e de primeira escolha.

Em resumo: Diante de sífilis com acometimento ocular ou neurológico, o paciente deve ser internado para realizar antibioticoterapia endovenosa por 10 a 14 dias, com acompanhamento clínico rigoroso.

Questão 31

O quadro clínico descreve um paciente jovem com febre, alteração do nível de consciência (Glasgow 12), taquicardia, taquipneia, hipotensão e lesões cutâneas hemorrágicas (petéquias e sufusões). Esta apresentação é altamente sugestiva de meningococemia, que é a manifestação sistêmica da infecção pela *Neisseria meningitidis*.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A nomenclatura sepse grave foi oficialmente eliminada após o Consenso Sepsis-3 de 2016. Atualmente, a classificação é dividida apenas em sepse e choque séptico. Além disso, a alternativa falha ao não mencionar a necessidade de isolamento e o tratamento antibiótico imediato, fundamentais neste cenário.

Alternativa b) Correta. O paciente apresenta critérios de qSOFA positivos (Glasgow 12, frequência respiratória de 24 e pressão sistólica de 90 mmHg), o que define o quadro de sepse. Diante da suspeita de meningococemia devido ao exantema purpúrico, o isolamento respiratório para gotículas é obrigatório nas primeiras 24 horas de tratamento para evitar a transmissão. A conduta padrão na sepse inclui a coleta de lactato e hemoculturas, seguida imediatamente por expansão volêmica e antibioticoterapia de amplo espectro (como a ceftriaxona), preferencialmente na primeira hora.

Alternativa c) Incorreta. Embora a hipótese diagnóstica esteja correta, a punção líquórica não é a prioridade em um paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica e possível distúrbio de coagulação (sugerido pelas sufusões hemorrágicas). O início do antibiótico não deve ser atrasado para a realização de procedimentos diagnósticos invasivos. Além disso, a ausência de sinais meníngeos no exame físico torna a punção menos urgente que a estabilização clínica.

Alternativa d) Incorreta. De acordo com os critérios atuais, o choque séptico é definido pela necessidade de vasopressores para manter uma pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e um lactato maior que 2 mmol/L, após a ressuscitação volêmica adequada. O primeiro passo terapêutico para a pressão arterial de 90 x 45 mmHg descrita é a expansão com cristaloides, e não o início imediato de norepinefrina antes da prova de volume.

Questão 32

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro de imunossupressão grave (HIV com contagem de CD4 de 82 células/mm³) e queixa de odinofagia intensa (dor ao engolir). Em pacientes vivendo com HIV e baixa contagem de linfócitos CD4, a causa mais comum de esofagite é a infecção pela *Candida albicans*. Um ponto fundamental nesta questão é que a ausência de placas esbranquiçadas na oroscopia (candidíase oral) não exclui o diagnóstico de esofagite candidiásica. Diante de um paciente com HIV, CD4 baixo e odinofagia, a conduta inicial é o tratamento empírico para candidíase esofágica antes de realizar exames invasivos como a endoscopia.

Alternativa a) Fluconazol: Correta. É o tratamento de escolha para a esofagite por *Candida*. Devido à alta prevalência dessa infecção em pacientes com CD4 abaixo de 100 e à boa resposta terapêutica, a recomendação é iniciar o tratamento empírico com fluconazol por 14 a 21 dias. Caso o paciente não apresente melhora clínica em 3 a 5 dias, deve-se proceder à investigação com Endoscopia Digestiva Alta (EDA).

Alternativa b) Aciclovir: Incorreta. O aciclovir é indicado para o tratamento da

esofagite causada pelo vírus Herpes Simplex (HSV). Embora o HSV seja uma causa de esofagite em imunossuprimidos, ele é menos comum que a Candida. O tratamento antiviral é geralmente considerado após a falha do fluconazol ou se houver lesões herpéticas visíveis na cavidade oral.

Alternativa c) Omeprazol: Incorreta. O omeprazol é um inibidor de bomba de prótons indicado para o tratamento de doença do refluxo gastroesofágico e úlceras pépticas. Embora o refluxo possa causar esofagite, em um paciente com AIDS e $CD4 < 100$, a probabilidade de uma infecção oportunista é muito superior, tornando o tratamento empírico antifúngico a prioridade.

Alternativa d) Ganciclovir: Incorreta. O ganciclovir é a droga de escolha para a esofagite por Citomegalovírus (CMV), que costuma ocorrer em pacientes com imunossupressão severa ($CD4$ geralmente abaixo de 50). Na endoscopia, o CMV costuma causar úlceras únicas, grandes e profundas. No entanto, o ganciclovir apresenta maior toxicidade e a candidíase continua sendo a causa estatisticamente mais provável, devendo ser tratada primeiro.

Questão 33

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Embora os dados epidemiológicos variem conforme a literatura, a prevalência da endometriose na população feminina em idade reprodutiva é classicamente estimada em cerca de 10%. Os valores citados para infertilidade (20 a 50%) e dor pélvica (até 60%) estão coerentes com a realidade clínica, porém a estimativa inicial de 5% para a população geral torna a alternativa menos precisa que a opção (c).

Alternativa (b) Incorreta. Atualmente, a classificação clínica e morfológica mais utilizada divide a doença em três fenótipos principais: endometriose peritoneal superficial, endometriose ovariana (endometriomas) e endometriose profunda (quando as lesões infiltram mais de 5 mm sob o peritônio). Acometimentos do corpo uterino por tecido endometrial no miométrio são chamados de adenomiose, que é tratada como uma entidade nosológica distinta na maioria dos consensos.

Alternativa (c) Correta. Esta é a afirmação mais abrangente e cientificamente aceita. A etiopatogenia da endometriose é complexa e provavelmente multifatorial. A teoria de Sampson (menstruação retrógrada) explica bem a maioria dos casos peritoneais, mas falha em explicar a doença em mulheres pré-menárquicas ou em locais distantes como o pulmão. A teoria da metaplasia celômica (Meyer) e a teoria do fator imunológico/genético complementam o entendimento, mas ainda assim não existe

uma teoria única que explique a origem de todos os tipos e localizações da endometriose.

Alternativa (d) Incorreta. O exame de ressonância magnética da pelve (assim como a ultrassonografia com preparo intestinal) possui alta acurácia, sensibilidade e especificidade para o mapeamento da endometriose profunda no pré-operatório. No entanto, o diagnóstico padrão-ouro (*gold standard*) continua sendo a visualização direta das lesões por meio da videolaparoscopia acompanhada da confirmação por exame histopatológico (biópsia).

Questão 34

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta 72 anos, idade em que a incidência de neoplasias vulvares aumenta significativamente. O quadro clínico de prurido crônico, hipocromia (perda da cor) e atrofia sugere fortemente o diagnóstico de líquen escleroso, uma dermatose crônica comum na pós-menopausa. No entanto, a presença de uma úlcera de 5 mm com secreção serossanguinolenta em uma região de distrofia é um sinal de alerta para o carcinoma espinocelular (CEC) de vulva, que muitas vezes surge sobre lesões de líquen escleroso preexistentes.

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: CORRETA. Diante de qualquer lesão vulvar suspeita, como uma úlcera que não cicatriza, nódulo ou área de espessamento em paciente idosa, a biópsia é o padrão-ouro. O procedimento é essencial para confirmar a malignidade ou identificar lesões precursoras, permitindo o planejamento terapêutico adequado. Geralmente, utiliza-se o punch de Keyes para a coleta do material.

Afirmativa II: INCORRETA. O erro desta afirmativa reside na inclusão de diagnósticos que não condizem com o quadro clínico apresentado. O condiloma plano é uma manifestação da sífilis secundária, raramente apresentando-se como uma úlcera isolada em fundo atrófico em uma paciente de 72 anos. A dermatose seborreica vulvar costuma ser eritematosa e descamativa, sem causar ulceração ou atrofia hipocrômica severa. O foco do diferencial neste caso deve ser entre lesões pré-neoplásicas e neoplásicas.

Afirmativa III: CORRETA. As chamadas distrofias vulvares, termo que engloba o líquen escleroso, possuem grande relevância clínica devido ao seu potencial de malignização. O líquen escleroso é o principal precursor do carcinoma espinocelular de vulva do "tipo diferenciado" (não relacionado ao HPV). Por isso, pacientes com

essa condição devem ser monitoradas periodicamente e qualquer modificação na lesão (como a úlcera descrita) deve ser investigada.

Afirmativa IV: CORRETA. A Doença de Paget vulvar é uma neoplasia intraepitelial que atinge predominantemente mulheres idosas. Ela se manifesta clinicamente como uma placa eritematosa, às vezes com áreas de erosão ou ulceração, e o sintoma principal é o prurido vulvar intenso e crônico. Pela similaridade clínica com outras lesões vulvares, deve sempre constar no rol de diagnósticos diferenciais de lesões suspeitas na senescência.

CONCLUSÃO

Estão corretas as afirmativas I, III e IV. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 35

O atendimento à vítima de violência sexual é uma emergência médica e deve ser pautado pela agilidade, acolhimento e garantia de direitos. A conduta médica não depende de queixa policial ou realização de Boletim de Ocorrência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta alternativa descreve o protocolo padrão preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Lei 12.845/2013. O foco inicial é a estabilização e o tratamento de lesões físicas (visto que a paciente apresenta sangramento), seguido da profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), que inclui a profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV, hepatite B e o tratamento de ISTs não virais. A contracepção de emergência deve ser oferecida imediatamente para prevenir gravidez indesejada. O acompanhamento multiprofissional (psicologia, serviço social e enfermagem) é essencial para a recuperação integral da vítima.

Alternativa b) Incorreta. O encaminhamento imediato ao Instituto Médico Legal (IML) não deve ser a prioridade absoluta, especialmente quando há necessidade de cuidados médicos imediatos, como o tratamento do sangramento e o início das profilaxias dentro da chamada "janela de oportunidade" (idealmente nas primeiras horas após o ocorrido). O atendimento de saúde deve ser a primeira parada da vítima.

Alternativa c) Incorreta. Exigir que a paciente realize um Boletim de Ocorrência (BO) antes de receber atendimento médico é ilegal. O acesso à saúde em casos de violência sexual é universal e independe de comprovação policial ou judicial. Além disso, o tratamento das lesões deve ocorrer no serviço de saúde, e não no IML, que

possui função primordialmente pericial.

Alternativa d) Incorreta. Embora o exame clínico, a contracepção e a profilaxia façam parte do protocolo, a inclusão do Boletim de Ocorrência como uma "etapa do atendimento" médico está errada. O médico deve orientar a paciente sobre a importância da denúncia, mas jamais condicionar o atendimento ou incluir a esfera policial como parte obrigatória do fluxo de assistência à saúde.

Em resumo, a prioridade é a assistência integral à saúde da mulher, garantindo-lhe acolhimento, tratamento físico e prevenção de agravos (gravidez e infecções), independentemente de providências policiais.

Questão 36

A puberdade feminina é um processo biológico marcado por uma sequência cronológica de eventos físicos decorrentes da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. O entendimento dessa ordem é fundamental para identificar variações da normalidade, como a puberdade precoce ou o atraso puberal.

A sequência fisiológica clássica na menina é:

1. Telarca: É o aparecimento do broto mamário (estágio M2 de Tanner). É o primeiro sinal visível da puberdade na maioria das meninas, ocorrendo geralmente entre 8 e 13 anos de idade.
2. Pubarca: É o surgimento de pelos pubianos, resultante da adrenarca (produção de androgênios pelas suprarrenais). Frequentemente ocorre logo após a telarca, embora em alguns casos possam ser simultâneos.
3. Estirão de crescimento: O pico da velocidade de crescimento na menina é um evento relativamente precoce. Ele ocorre geralmente entre os estágios M2 e M3 de Tanner, ou seja, após o início do desenvolvimento mamário, mas antes da primeira menstruação.
4. Menarca: A primeira menstruação é um evento tardio da puberdade, ocorrendo, em média, 2 a 2,5 anos após a telarca. Após a menarca, o crescimento estatural da menina desacelera significativamente até a fusão completa das epífises ósseas.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O estirão não é o primeiro evento da puberdade; a sequência é iniciada pela telarca. O estirão ocorre de forma marcante após o início do desenvolvimento das mamas.
- b) Incorreta. Esta alternativa inverte totalmente a lógica biológica, colocando a

menarca (evento final) como o primeiro sinal e o estirão como o último.

c) Incorreta. Embora comece corretamente com telarca e pubarca, esta opção coloca a menarca antes do estirão. Na fisiologia feminina, o pico de crescimento estatural obrigatoriamente precede a menarca.

d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a ordem cronológica esperada no desenvolvimento puberal feminino normal: o broto mamário surge primeiro (telarca), seguido por pelos (pubarca), passando pelo pico de crescimento (estirão) e culminando com a primeira menstruação (menarca).

Questão 37

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta uma úlcera genital com características clássicas de sífilis primária, também denominada cancro duro. Os elementos-chave para o diagnóstico são: lesão única, ausência de dor (indolor), bordas regulares, bem-delimitadas e base endurecida.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O herpes genital é caracterizado por múltiplas pequenas vesículas que evoluem para úlceras rasas, agrupadas e, diferentemente do caso descrito, são extremamente dolorosas. O aciclovir é o tratamento correto para o herpes, mas a clínica não corresponde.

Alternativa (b) Incorreta: O cancro mole, causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, manifesta-se com úlceras múltiplas, de bordas irregulares e fundo purulento (sujo). A principal diferença é que as lesões do cancro mole são muito dolorosas. O tratamento habitualmente utiliza azitromicina ou ceftriaxona.

Alternativa (c) Correta: O quadro de úlcera única, indolor e com bordas bem-definidas é a definição semiológica do cancro duro (sífilis primária). O agente etiológico é o *Treponema pallidum*. Embora o tratamento padrão para a fase primária seja a penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única, a alternativa identifica corretamente a patologia e o antibiótico de eleição (penicilina), sendo a única opção que correlaciona o diagnóstico clínico correto com o tratamento adequado para a doença.

Alternativa (d) Incorreta: O linfogranuloma venéreo, causado pela *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1, L2 e L3), apresenta uma lesão inicial fugaz e indolor que

cicatrizada rapidamente, sendo o quadro principal caracterizado por uma linfonodomegalia inguinal dolorosa que pode fistulizar. O tratamento de escolha é a doxiciclina.

Questão 38

O quadro clínico descrito, com fogachos, insônia, dispareunia e diminuição da libido em uma paciente de 48 anos, é clássico da transição menopausal (climatério). O diagnóstico é eminentemente clínico em mulheres acima de 45 anos, mas, quando se busca uma confirmação laboratorial da falência ovariana, o perfil hormonal é utilizado.

a) Correta. O FSH (hormônio folículo-estimulante) é o marcador laboratorial de escolha. Com o esgotamento dos folículos ovarianos, há uma queda na produção de inibina e de estradiol, o que reduz o feedback negativo sobre a hipófise. Como resposta, a glândula aumenta a produção de FSH na tentativa de estimular o ovário. Valores de FSH acima de 25 a 30 mUI/mL (a depender do laboratório) em coletas seriadas confirmam o diagnóstico.

b) Incorreta. O LH (hormônio luteinizante) também se eleva na menopausa pelo mesmo mecanismo de feedback negativo, porém essa subida é mais tardia e menos específica que a do FSH. Portanto, não é o parâmetro padrão para confirmação diagnóstica.

c) Incorreta. Embora os níveis de estradiol eventualmente fiquem baixos (geralmente abaixo de 20-30 pg/mL), durante a perimenopausa seus níveis são extremamente oscilantes. Uma mulher no climatério pode apresentar níveis normais ou até elevados de estradiol em um determinado momento, o que torna esse exame pouco confiável isoladamente para confirmar o diagnóstico.

d) Incorreta. A progesterona é produzida pelo corpo lúteo após a ovulação. Seus níveis baixos indicam apenas que a paciente não ovulou naquele ciclo ou que está na fase folicular. Como os ciclos anovulatórios são comuns no climatério, mas também em diversas outras condições, a dosagem de progesterona não serve para confirmar a menopausa.

Questão 39

Explicação da Questão: Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)

Análise das Afirmações:

Afirmção I: Correta. A fisiopatologia da SOP é multifatorial e envolve um ciclo vicioso de desequilíbrios hormonais. A anovulação crônica é a base da irregularidade menstrual. O hiperandrogenismo (excesso de hormônios masculinos) causa sintomas como hirsutismo e acne. A hiperinsulinemia, decorrente da resistência insulínica (frequente em pacientes obesas e não obesas), estimula as células da teca nos ovários a produzirem mais androgênios e reduz a produção hepática de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais), aumentando a fração livre desses hormônios. Embora a hiperprolactinemia seja um critério de exclusão para o diagnóstico definitivo de SOP, níveis levemente elevados de prolactina podem ser encontrados em cerca de 10 a 30% das pacientes com a síndrome, sendo aceita nesta proposição como parte dos achados associados.

Afirmção II: Incorreta. O infantilismo sexual caracteriza-se pela ausência ou desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários, geralmente associado ao hipogonadismo (falta de estímulo hormonal). Na SOP, ocorre o oposto: há uma exposição hormonal, especialmente androgênica, que leva ao desenvolvimento de caracteres sexuais, embora de forma desequilibrada (hirsutismo, por exemplo).

Afirmção III: Incorreta (para fins deste gabarito). Embora o citrato de clomifeno seja amplamente utilizado na prática clínica para indução da ovulação em mulheres com SOP que desejam engravidar, a questão o exclui da alternativa correta. Isso ocorre geralmente por um rigor técnico de nomenclatura: o clomifeno é classificado como um Modulador Seletivo do Receptor de Estrogênio (SERM) e não puramente como um "agente antiestrogênico". Além disso, em provas que focam na fisiopatologia e nos sinais clínicos, a terapêutica pode ser considerada fora do contexto principal da questão ou secundária à mudança de estilo de vida (perda de peso), que é o tratamento de primeira linha.

Afirmção IV: Incorreta. Os sinais e sintomas realmente costumam surgir na fase puberal, logo após a menarca. No entanto, o erro da afirmação está em dizer que a amenorreia primária (quando a mulher nunca menstruou) é o principal sintoma. Na SOP, o padrão clássico é a amenorreia secundária (a mulher para de menstruar após já ter tido ciclos anteriores) ou, mais comumente, a oligomenorreia (ciclos infrequentes e irregulares).

Conclusão:

Apenas a afirmação I descreve corretamente aspectos fisiopatológicos associados à síndrome conforme o entendimento da banca examinadora.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 40

Para compreender os fatores de risco para o câncer de mama, é fundamental separar os fatores biológicos/endócrinos, genéticos e os relacionados ao estilo de vida.

Alternativa a: Incorreta. O histórico familiar e a terapia de reposição hormonal (especialmente a combinada, com estrogênio e progestagênio) são, de fato, fatores de risco conhecidos. No entanto, o termo ciclos ovulatórios é genérico e não constitui, por si só, um fator de risco. O que aumenta o risco é o tempo de exposição a esses ciclos (exposição estrogênica), como ocorre em mulheres com vida reprodutiva muito longa.

Alternativa b: Correta. A densidade mamográfica elevada indica uma maior proporção de tecido glandular e estroma em relação ao tecido gorduroso, o que é um fator de risco independente e significativo. O consumo de álcool, mesmo em quantidades moderadas, está associado ao aumento do risco. O aumento do índice de massa corporal (IMC), caracterizando sobrepeso e obesidade, é um fator de risco crucial, especialmente no período da pós-menopausa, devido à produção periférica de estrogênio no tecido adiposo por meio da enzima aromatase.

Alternativa c: Incorreta. A idade avançada (principalmente acima dos 50 anos) e o histórico familiar são fatores de risco importantes. Contudo, a idade do primeiro parto antes dos 28 anos é considerada um fator protetor. O risco de câncer de mama aumenta em mulheres nulíparas (que nunca pariram) ou naquelas que tiveram a primeira gestação a termo após os 30 anos de idade.

Alternativa d: Incorreta. As doenças mamárias proliferativas benignas (como a hiperplasia ductal atípica) e a história de câncer primário de ovário (que pode sugerir mutações genéticas hereditárias, como nos genes BRCA1 e BRCA2) são fatores de risco. Entretanto, a alternativa está incorreta porque a menarca tardia é um fator protetor. O fator de risco é a menarca precoce (antes dos 12 anos), pois antecipa o início da exposição do tecido mamário aos hormônios ovarianos.

Questão 41

Para compreender a questão, devemos primeiro localizar a posição O.E.A. (occipito-esquerda-anterior). Nessa variedade, o ponto de referência fetal, o lambda (ou pequena fontanela), está voltado para a eminência ílio-pectínea esquerda da bacia materna.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. Na O.E.A., o lambda está na região anterior, especificamente na eminência ílio-pectínea esquerda. A sinostose sacroilíaca esquerda é um ponto de referência posterior da bacia. Quem se localiza próximo a essa região posterior na variedade O.E.A. é o bregma (grande fontanela), e não o lambda.

Alternativa B - Incorreta. Se o lambda está na eminência ílio-pectínea esquerda (anterior-esquerda), o seu ângulo oposto, o bregma, estará voltado para a sinostose sacroilíaca direita (posterior-direita). A eminência ílio-pectínea direita é um ponto de referência anterior.

Alternativa C - Incorreta. No mecanismo de parto fisiológico das variedades anteriores, o feto realiza a rotação interna para que o lambda se posicione abaixo da sínfise púbica (variedade occipitopúbica) para o desprendimento. Se o lambda estivesse relacionado com o sacro no momento do desprendimento, o feto estaria em uma variedade occipitosacra (posterior), o que não é o trajeto habitual para uma O.E.A.

Alternativa D - Correta. Para o desprendimento, a cabeça fetal deve rotar de forma que o lambda saia da posição anterior-esquerda e chegue à sínfise púbica (centro-anterior). Imaginando a bacia materna como um mostrador de relógio, onde a sínfise púbica está no topo (12 horas) e o lado esquerdo da mãe está entre 12 e 3 horas para o observador, o lambda em O.E.A. estaria posicionado aproximadamente à 1 ou 2 horas. Para migrar dessa posição em direção ao ponto central superior (12 horas), a cabeça fetal realiza um movimento de rotação no sentido anti-horário.

Questão 42

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente é uma primigesta no termo (37 semanas) que apresenta um quadro clássico de síndrome hipertensiva da gestação. Os pontos-chave para o raciocínio clínico são:

1. Hipertensão arterial: PA de 150 x 100 mmHg (definida por valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg).
2. Sinais de edema patológico: Ganho de peso súbito (1,4 kg em uma semana), edema de mãos e face, além da dispneia leve que pode sugerir congestão.
3. Sintomas de alerta: Cefaleia persistente que não cede a analgésicos comuns, o que indica possível comprometimento do sistema nervoso central.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Eclâmpsia, PCR: Incorreta. A eclâmpsia é definida pela ocorrência de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas em gestantes com pré-eclâmpsia, o que não foi relatado no caso. Além disso, a proteína C-reativa (PCR) é um marcador inflamatório inespecífico e não faz parte dos critérios diagnósticos ou de avaliação de gravidade da pré-eclâmpsia.

b) Iminência de Eclâmpsia, Cultura de urina: Incorreta. Embora a paciente apresente sinais sugestivos de gravidade (cefaleia persistente), o diagnóstico de iminência de eclâmpsia geralmente exige a presença da tríade: cefaleia intensa, distúrbios visuais (escotomas) e dor epigástrica. O erro principal da alternativa reside no exame complementar; a cultura de urina serve para diagnosticar infecção do trato urinário e não auxilia na avaliação da síndrome hipertensiva.

c) Pré-eclâmpsia, pesquisa de proteinúria: Correta. O diagnóstico de pré-eclâmpsia é firmado pela presença de hipertensão (PA \geq 140/90 mmHg) após a 20ª semana de gestação associada à proteinúria. Na ausência de proteinúria, o diagnóstico também pode ser feito se houver sinais de disfunção orgânica ou sofrimento fetal. A pesquisa de proteinúria (seja por fita reagente, urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina urinária) é o exame complementar padrão para confirmar a hipótese.

d) Síndrome HELLP, VHS: Incorreta. A Síndrome HELLP é uma forma grave de pré-eclâmpsia caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (baixo número de plaquetas). O diagnóstico é puramente laboratorial e os sintomas cardinais costumam ser dor no quadrante superior direito do abdome e mal-estar. O VHS (velocidade de hemossedimentação) é um exame inespecífico e frequentemente se encontra elevado na gestação normal, não possuindo valor diagnóstico para esta síndrome.

GABARITO: Alternativa (c) - Pré-eclâmpsia, pesquisa de proteinúria.

Questão 43

A distocia de ombro é uma das emergências mais temidas na obstetrícia, caracterizada pela impactação do ombro anterior fetal na sínfise púbica materna após a saída da cabeça. O manejo deve ser rápido, pois o tempo é crítico para evitar a asfixia neonatal e lesões do plexo braquial.

Alternativa (a) Incorreta: Embora manter a calma seja uma recomendação geral para qualquer emergência, a afirmação de que não se deve criar alarde é clinicamente inadequada. O primeiro passo no protocolo de distocia de ombro (como no mnemônico ALARMER ou HELPERR) é justamente pedir ajuda (Ask for help). É essencial que toda a equipe (obstetras adicionais, anestesia e pediatria) seja alertada imediatamente sobre a gravidade da situação.

Alternativa (b) Incorreta: Pelo contrário, a manobra de McRoberts (hiperflexão e abdução das coxas maternas) e a pressão suprapúbica (manobra de Rubin I) são as intervenções de primeira linha. Elas resolvem a grande maioria dos casos de distocia de ombro, pois alteram a angulação da pelve e deslocam o ombro fetal da sínfise púbica, respectivamente. Jamais devem ser evitadas.

Alternativa (c) Incorreta: A manobra de desprendimento do braço refere-se especificamente ao braço POSTERIOR, e não ao anterior. O ombro anterior está preso atrás do osso púbico; tentar retirá-lo diretamente é ineficaz e perigoso. Ao retirar o braço posterior, reduz-se o diâmetro biacromial, facilitando o desprendimento. Além disso, as manobras rotacionais (como Woods e Rubin II) visam à rotação interna, e não externa, dos ombros para diâmetros oblíquos da pelve.

Alternativa (d) Correta: Esta é a alternativa que melhor reflete as diretrizes modernas de segurança do paciente. Como a distocia de ombro é um evento súbito, imprevisível e de alta carga emocional, o treinamento da equipe por meio de simulação realística é a estratégia mais eficaz para garantir que as manobras sejam executadas na sequência correta e de forma coordenada, reduzindo o tempo de resolução e o risco de traumas neonatais e maternos.

Questão 44

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro clínico compatível com Amniorrexe Prematura, definida como a ruptura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto. O diagnóstico é sustentado pelo relato de perda de líquido, pela confirmação visual no exame especular (acúmulo de líquido no fundo de saco posterior) e pelo teste de nitrazina positivo (o pH vaginal, normalmente ácido, torna-se básico na

presença de líquido amniótico). Como a paciente está com 30 semanas de gestação, trata-se de uma Amniorrexe Prematura Pré-termo.

Alternativa a) Incorreta. O termo amniorrexe precoce é reservado para os casos em que a ruptura das membranas ocorre após o início do trabalho de parto, geralmente durante a fase latente de dilatação. No caso descrito, a paciente não apresenta dinâmica uterina e o colo permanece impérvio, o que caracteriza a amniorrexe como prematura.

Alternativa b) Incorreta. A conduta em casos de ruptura prematura de membranas em gestações pré-termo deve ser sempre hospitalar. A liberação da paciente para domicílio é contraindicada devido aos riscos de corioamnionite (infecção intramniótica), compressão de cordão umbilical e descolamento prematuro de placenta.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa define corretamente o diagnóstico e a conduta preconizada. Em gestações entre 24 e 34 semanas, na ausência de complicações como infecção materna ou sofrimento fetal, opta-se pela conduta expectante sob internação. O objetivo é ganhar tempo para a administração de corticoides (para maturação pulmonar fetal) e antibioticoterapia de latência, visando reduzir a morbimortalidade neonatal associada à prematuridade.

Alternativa d) Incorreta. A indução do parto de imediato em uma gestação de 30 semanas só estaria indicada em situações de comprometimento da vitalidade fetal ou sinais de infecção (corioamnionite). Sem esses sinais, os riscos da prematuridade superam os riscos da manutenção da gestação sob vigilância rigorosa, por isso a conduta inicial não é a indução.

Questão 45

Para compreender esta questão, é necessário revisar a definição clássica dos períodos clínicos do parto.

Alternativa a: Esta afirmação está correta de acordo com as diretrizes contemporâneas da obstetrícia, como as da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). O primeiro estágio do parto (dilatação) é subdividido em fase latente e fase ativa. Historicamente, a transição ocorria com 3 a 4 cm, mas evidências atuais demonstram que a fase ativa e a aceleração da dilatação geralmente ocorrem a partir de 5 a 6 cm de dilatação cervical.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. O segundo estágio do parto, também

chamado de período expulsivo, tem seu início definido pela dilatação cervical completa (10 cm) e estende-se até o nascimento do concepto.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. No segundo estágio, o feto executa os mecanismos fundamentais do parto, como a descida, a flexão e a rotação interna, para atravessar o canal de parto. É nesse período que podem ser identificadas anormalidades mecânicas ou funcionais, como o período expulsivo prolongado ou a falha na descida da apresentação fetal.

Alternativa d: Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. O terceiro estágio do parto, conhecido como secundamento ou delivramento, começa imediatamente após o nascimento do bebê e termina com a completa expulsão da placenta e das membranas ovulares. A descrição fornecida na alternativa (período de descida até o nascimento) refere-se ao segundo estágio, e não ao terceiro. Além desses, existe ainda o quarto estágio (período de Greenberg), que compreende a primeira hora após a saída da placenta, momento crítico para a hemostasia uterina e prevenção de hemorragias.

Questão 46

O caso clínico apresenta uma gestante de 27 semanas com um quadro de Infecção do Trato Urinário (ITU) que evoluiu desfavoravelmente. Inicialmente, ela apresentava sintomas de cistite (disúria, polaciúria), mas após falhas terapêuticas com cefalexina e nitrofurantoína, o quadro progrediu para uma Pielonefrite Aguda (dor lombar, Giordano positivo, febre e calafrios) e, conseqüentemente, para um estado de Sepse com disfunção de múltiplos órgãos.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA.

O diagnóstico principal é Sepse de foco urinário (Urossepse). A paciente apresenta sinais claros de disfunção orgânica:

1. Disfunção Respiratória: FR de 25 ipm, saturação de 92% e imagem de edema pulmonar não hidrostático (característico de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo - SDRA/SARA, frequente em gestantes com pielonefrite grave por liberação de endotoxinas).
2. Disfunção Renal: Creatinina de 1,2 mg/dL e ureia de 53 mg/dL. Para uma gestante, na qual a taxa de filtração glomerular é fisiologicamente aumentada, esses valores indicam lesão renal aguda.
3. Disfunção Circulatória: Tempo de enchimento capilar lentificado (> 5 segundos) e taquicardia, indicando má perfusão tecidual, o que configura choque séptico.

A conduta segue o protocolo de sepse: estabilização hemodinâmica com reposição

volêmica agressiva, necessidade de acesso central para monitorização e administração de drogas vasoativas (como noradrenalina) se a pressão não responder aos fluidos, antibioticoterapia de amplo espectro endovenosa imediata e hidrocortisona, que é indicada nos casos de choque séptico refratário.

Alternativa (b): INCORRETA.

Embora a paciente apresente sintomas respiratórios e alterações no RX de tórax, estes são secundários ao foco infeccioso urinário (SDRA por sepse) e não a uma pneumonia primária. O quadro clínico de dor lombar e Giordano positivo direciona o diagnóstico para o trato urinário. Além disso, antibioticoterapia oral e broncodilatadores seriam absolutamente insuficientes para a gravidade do caso.

Alternativa (c): INCORRETA.

A paciente de fato tem Pielonefrite Aguda, mas o diagnóstico já evoluiu para Sepse, que exige tratamento sistêmico imediato. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve é evitada na gestação devido à radiação ionizante, sendo a ultrassonografia o exame de escolha inicial para avaliar obstruções. O desbloqueio ureteral endoscópico só seria indicado se houvesse evidência de obstrução (como um cálculo ureteral), o que não é o foco principal no manejo da sepse sistêmica apresentada.

Alternativa (d): INCORRETA.

A pneumonia associada aos cuidados de saúde é um termo em desuso e geralmente se aplica a pacientes com exposição recente a ambiente hospitalar ou hemodiálise, o que não é o caso. O foco infeccioso é claramente urinário. O uso de máscara de O₂ é necessário, mas a prioridade é o tratamento do choque e da fonte infecciosa, e a TC de tórax não é a conduta prioritária frente ao quadro de instabilidade hemodinâmica.

Resumo do raciocínio: Gestante + Pielonefrite não tratada + Insuficiência Respiratória (SDRA) + Má perfusão periférica = Choque Séptico de foco urinário. O tratamento exige suporte intensivo, conforme descrito na alternativa A.

Questão 47

A administração da imunoglobulina anti-Rh (Anti-D) tem como objetivo realizar a imunoprofilaxia da isoimunização Rh, evitando que a mãe desenvolva anticorpos contra o sangue do feto em gestações futuras. Para que a aplicação seja indicada no pós-parto, é obrigatório que três critérios sejam preenchidos simultaneamente: a mãe deve ser Rh negativo, a mãe não deve estar previamente sensibilizada (ou seja, o Teste de Coombs Indireto deve ser negativo) e o recém-nascido (RN) deve ser Rh positivo.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Se a mãe apresenta o teste de Coombs indireto positivo com anti-D, significa que ela já foi sensibilizada em uma gestação ou transfusão anterior e já produz seus próprios anticorpos. A imunoglobulina é uma medida preventiva e não tem efeito terapêutico após a sensibilização já ter ocorrido.

Alternativa (b) Correta. Este é o cenário de indicação clássica da profilaxia. A mãe é Rh negativo e ainda não produziu anticorpos (Coombs indireto negativo), estando suscetível à sensibilização. Como o RN é Rh positivo, existe o risco de hemácias fetais terem passado para a circulação materna durante o parto. A imunoglobulina administrada em até 72 horas irá destruir essas hemácias fetais antes que o sistema imunológico materno as identifique e comece a produzir anticorpos próprios.

Alternativa (c) Incorreta. Mães Rh positivo não possuem indicação de receber a imunoglobulina anti-D, pois elas já têm o antígeno D em suas hemácias e, portanto, são imunotolerantes a ele. Além disso, um RN Rh negativo não possui o antígeno capaz de causar sensibilização.

Alternativa (d) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, mães Rh positivo não precisam de profilaxia contra o fator Rh. Se o RN também é Rh negativo, não há qualquer exposição ao antígeno D, não havendo risco de isoimunização.

Questão 48

Essa questão aborda as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para uma experiência de parto positiva, focando na desmedicalização e na promoção de práticas baseadas em evidências científicas que garantam a segurança e o protagonismo da mulher.

Alternativa A (Correta): O uso do partograma é uma ferramenta essencial recomendada pela OMS para acompanhar a evolução da dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, permitindo a detecção precoce de distócias. Da mesma forma, a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (BCF) é o padrão-ouro para o monitoramento da vitalidade fetal em gestações de baixo risco, pois apresenta a mesma eficácia que o monitoramento eletrônico contínuo na detecção de sofrimento fetal, mas com taxas significativamente menores de intervenções desnecessárias, como cesarianas e partos operatórios.

Alternativa B (Incorreta): O uso rotineiro de ocitocina para acelerar o trabalho de parto (condução) e o monitoramento eletrônico fetal contínuo (cardiotocografia) em gestantes de baixo risco não são recomendados como práticas de rotina. A OMS

alerta contra a intervenção excessiva em processos fisiológicos. A ocitocina deve ser reservada para casos de hipossistolia comprovada, e a monitorização eletrônica contínua é indicada apenas para gestações de alto risco ou quando surgem alterações na ausculta intermitente.

Alternativa C (Incorreta): Ambas as práticas citadas são desaconselhadas. A amniotomia precoce (ruptura artificial das membranas) não deve ser feita de rotina, pois aumenta o risco de infecção e compressão do cordão umbilical sem benefícios claros no tempo de parto. Já a pressão no fundo uterino (Manobra de Kristeller) é uma prática considerada prejudicial e perigosa, associada a riscos graves como ruptura uterina, lesões do assoalho pélvico e trauma fetal.

Alternativa D (Incorreta): A transferência rotineira da parturiente de uma sala de pré-parto para uma sala de parto no momento do expulsivo gera estresse desnecessário e interrompe o foco da mulher. A recomendação atual é que o parto ocorra em ambientes acolhedores onde a mulher permaneça no mesmo local (quartos PPP: Pré-parto, Parto e Puerpério). Além disso, a posição de litotomia (supina com pernas nos estribos) é desencorajada; a OMS recomenda que a mulher tenha liberdade de movimento e escolha a posição que lhe for mais confortável, incentivando posições verticalizadas que facilitam a descida fetal.

Questão 49

A questão exige o conhecimento das contraindicações absolutas e relativas ao aleitamento materno, diferenciando as condições maternas e do lactente.

Alternativa (a) - Tuberculose bacilífera: Esta é a alternativa correta (o "exceto") porque a tuberculose não é uma contraindicação absoluta à amamentação. A transmissão da tuberculose ocorre por via aérea (gotículas e aerossóis), e não através do leite materno. De acordo com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, a mãe com tuberculose bacilífera deve continuar amamentando, desde que utilize máscara cirúrgica ao manusear o bebê e higienize as mãos. O recém-nascido deve receber a quimioprofilaxia primária, e a vacina BCG deve ser adiada até o final do tratamento profilático da criança.

Alternativa (b) - Abscesso de origem tuberculosa na mama: Esta condição é considerada uma contraindicação absoluta ao aleitamento na mama afetada. Diferentemente da tuberculose pulmonar, a presença de uma lesão ativa e infectada diretamente no tecido mamário ou mamilo oferece risco de transmissão direta do bacilo de Koch ao lactente durante a sucção.

Alternativa (c) - Mãe soropositiva: A infecção materna pelo vírus HIV (assim como

pelo HTLV-1 e HTLV-2) é uma contraindicação absoluta e definitiva para a amamentação no Brasil. Existe um risco significativo de transmissão vertical do vírus através do leite materno. Nessas situações, a mãe deve ser orientada a suspender a lactação (com uso de enfaixamento ou inibidores farmacológicos), e a criança deve receber fórmula infantil e acompanhamento especializado.

Alternativa (d) - Bebê com galactosemia: Esta é uma contraindicação absoluta por parte do lactente. A galactosemia é um erro inato do metabolismo em que a criança não possui a enzima necessária para metabolizar a galactose (um componente da lactose). Como o leite materno é rico em lactose, sua ingestão pode causar danos graves ao fígado, aos rins e ao sistema nervoso central do bebê, sendo obrigatória a substituição por fórmulas isentas de lactose e galactose (geralmente à base de soja).

Questão 50

O quadro clínico descrito é clássico de uma abertura de Diabetes Mellitus Tipo 1, evoluindo provavelmente para cetoacidose diabética (CAD). O paciente apresenta a tríade clássica: poliúria (aumento da diurese), polidipsia (sede intensa/pedindo muita água) e emagrecimento (3 kg em um mês). A dor abdominal, náuseas, vômitos e a taquipneia (que sugere a respiração de Kussmaul para compensar a acidose metabólica) são sinais típicos de descompensação aguda por CAD.

A alternativa (a) está incorreta porque a gastroenterocolite aguda não justifica o emagrecimento prévio de 3 kg nem a poliúria. Pelo contrário, na desidratação por gastroenterite, a tendência é a redução do débito urinário (oligúria). Além disso, o quadro respiratório (taquipneia) sem alteração na ausculta é um forte indício de causa metabólica, e não infecciosa intestinal.

A alternativa (b) está correta. A suspeita clínica de Diabetes Mellitus é mandatória diante de perda ponderal, polidipsia e poliúria em um adolescente. A conduta imediata no pronto-socorro deve ser a realização da glicemia capilar ou plasmática para confirmar a hiperglicemia e iniciar o protocolo de tratamento adequado, que envolve hidratação venosa e insulino-terapia, se confirmada a cetoacidose.

A alternativa (c) está incorreta. Embora a pielonefrite possa causar dor abdominal e vômitos, o paciente nega sintomas urinários irritativos (disúria), e o quadro de perda de peso crônica associado à polidipsia não é compatível com uma infecção urinária isolada.

A alternativa (d) está incorreta. Assim como na alternativa (a), o diagnóstico de gastroenterocolite ignora os sinais de alerta de uma doença metabólica crônica preexistente (perda de peso e poliúria). Embora a expansão volêmica seja necessária

caso o choque ou desidratação grave sejam confirmados, a prioridade diagnóstica é identificar a causa-base, que, neste caso, é o Diabetes Mellitus. Além disso, a hidratação na cetoacidose diabética deve ser feita com cautela e seguindo protocolos específicos para evitar complicações como o edema cerebral.

Questão 51

Para analisar esta questão, devemos focar em dois pontos principais: a evolução ponderal (ganho de peso) do recém-nascido e o manejo das complicações da lactação (fissuras mamilares).

Análise do Peso:

Maria Clara nasceu com 3.270 g e teve alta com 3.080 g (perda fisiológica de 5,8%, dentro do esperado até 10 %). Aos 15 dias de vida, ela pesa 3.650 g. Isso significa um ganho de 380 g em relação ao peso de nascimento em apenas duas semanas, o que representa uma média de aproximadamente 25 g/dia. O esperado para um recém-nascido é recuperar o peso de nascimento entre o 10.^o e o 14.^o dia de vida e ganhar, em média, de 20 a 30 g por dia no primeiro mês. Portanto, o ganho de peso está excelente e sugere que o aleitamento está sendo eficaz, apesar da dor materna.

Análise das Fissuras Mamilares:

As fissuras mamilares são causadas, em sua grande maioria, pela técnica incorreta de amamentação, especificamente a "pega" inadequada. O tratamento não envolve suspender o aleitamento, mas sim corrigir a técnica para que o bebê abocanhe a aréola e não apenas o mamilo, reduzindo o trauma.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Como calculado, o ganho de peso foi de 380 g em 15 dias (média de 25,3 g/dia), o que é considerado muito satisfatório. Não há indicação de fórmula láctea.
- b) Incorreta. Fissuras mamilares não são contraindicações ao aleitamento materno. Pelo contrário, deve-se manter o aleitamento e intervir na causa do problema (ajuste da técnica).
- c) Correta. Esta é a conduta padrão. Diante de um lactente com ótimo ganho de peso em aleitamento materno, mas com queixa materna de dor e fissuras, o papel do profissional de saúde é apoiar a continuidade da amamentação e realizar a correção da pega. A pega correta é caracterizada por: boca bem aberta, lábios voltados para fora (em "peixinho"), queixo encostando na mama e mais aréola visível acima da boca do bebê do que abaixo.

d) Incorreta. Embora o ganho de peso tenha sido satisfatório, o texto não menciona o uso de fórmula láctea. O quadro clínico descreve um binômio em aleitamento materno com dificuldades técnicas iniciais. Além disso, o sucesso do ganho de peso reforça que o leite materno está sendo suficiente.

Questão 52

ANÁLISE DO CASO

Estamos diante de um recém-nascido a termo (39 semanas), com 15 dias de vida, apresentando excelente ganho de peso (nasceu com 3.270 g e está com 3.650 g, um ganho de 380 g em relação ao peso de nascimento e 570 g em relação ao peso da alta). A queixa materna é de dor mamilar e fissuras, sugerindo dificuldades na técnica de amamentação. O exame físico mostra icterícia leve (Zona II de Kramer, que atinge cabeça e tronco até o umbigo), compatível com o valor de bilirrubina total de 7,1 mg/dl (predomínio de indireta).

A investigação laboratorial descarta hemólise: hematócrito normal (50%), reticulócitos baixos (0,4%), Coombs direto negativo e tipagem sanguínea sem incompatibilidade aparente (RN O+). Com 15 dias de vida e níveis baixos de bilirrubina em um bebê que cresce bem, o diagnóstico mais provável é a icterícia do leite materno, uma condição benigna.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta em casos de icterícia leve no lactente saudável e com bom ganho ponderal é expectante. A alternativa propõe orientar a manutenção e a melhora da amamentação. Embora o termo "icterícia fisiológica" seja tecnicamente usado para o pico que ocorre entre o 3º e o 5º dia de vida, e o termo "mecônio" não seja mais exato para o 15º dia (quando as fezes já são amareladas/de transição), a essência da alternativa reflete a conduta correta: não intervir agressivamente, ajustar a técnica de amamentação (necessário devido às fissuras) e acompanhar a evolução. O aumento da frequência das mamadas auxilia no trânsito intestinal e reduz a circulação entero-hepática da bilirrubina.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Investigação da origem da icterícia através de exames de TORCHES e G6PD: Incorreta. Não há sinais clínicos de infecções congênicas (como hepatoesplenomegalia ou microcefalia). A deficiência de G6PD ou outras anemias hemolíticas são improváveis, pois o hematócrito está normal e o índice de

reticulócitos (que indica produção medular em resposta à hemólise) está muito baixo (0,4%).

b) Orientar a interrupção do aleitamento devido à hipótese de icterícia do leite materno: Incorreta. A interrupção do aleitamento materno para diagnóstico ou tratamento da icterícia do leite materno é proscrita como rotina. Só é considerada em casos de níveis extremamente elevados de bilirrubina (geralmente acima de 20-25 mg/dl) com risco de toxicidade, o que não é o caso (7,1 mg/dl). O leite materno deve ser sempre estimulado.

c) Internação para fototerapia: Incorreta. Segundo os gráficos de tratamento da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria, um recém-nascido a termo, com 15 dias de vida, só teria indicação de fototerapia com níveis de bilirrubina total muito superiores (geralmente acima de 18-20 mg/dl). O valor de 7,1 mg/dl é considerado baixo para essa idade cronológica.

Questão 53

A Persistência do Canal Arterial (PCA) é uma das cardiopatias congênitas mais comuns em prematuros, especialmente naqueles com peso inferior a 1.500 g e idade gestacional abaixo de 32 semanas, como o caso apresentado (30 semanas e 1.100 g). A fisiopatologia envolve um "shunt" (desvio) de sangue da esquerda para a direita, ou seja, da aorta para a artéria pulmonar, devido à queda da resistência vascular pulmonar após o nascimento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na PCA com repercussão hemodinâmica, ocorre o fenômeno do "roubo diastólico", em que parte do sangue que deveria seguir para a circulação sistêmica durante a diástole escapa para a artéria pulmonar através do canal arterial. Isso causa uma queda na pressão arterial diastólica, resultando em pulsos amplos (saltitantes ou em martelo-d'água), e não diminuídos. Pulsos diminuídos são característicos de estados de baixo débito cardíaco ou obstruções, como na coarctação da aorta (em membros inferiores).

b) Incorreta. Como o sangue é desviado da aorta (circulação sistêmica) para a artéria pulmonar, há um hiperfluxo pulmonar. Radiologicamente, isso se traduz por um aumento da trama vascular pulmonar, cardiomegalia e, por vezes, sinais de edema pulmonar, e não hipofluxo.

c) Incorreta. O desvio de sangue ocorre da aorta para a artéria pulmonar. Esse sangue extra retorna pelas veias pulmonares diretamente para o átrio esquerdo e,

depois, para o ventrículo esquerdo. Portanto, a sobrecarga de volume na PCA ocorre nas câmaras esquerdas (átrio e ventrículo esquerdos), que se apresentam dilatadas ao ecocardiograma. O aumento de câmaras direitas é mais comum em comunicações interatriais (CIA) ou em casos avançados de hipertensão pulmonar.

d) Correta. Este é o achado clínico clássico da PCA com repercussão. Devido à queda da pressão diastólica (pelo desvio de sangue para os pulmões) e à manutenção ou aumento da pressão sistólica (pelo aumento compensatório do volume de ejeção do ventrículo esquerdo), ocorre um aumento da pressão de pulso (diferença entre sistólica e diastólica). Clinicamente, isso é percebido como pulsos periféricos amplos, de fácil palpação e rápidos (pulsos céleres).

Questão 54

Esta questão aborda o manejo do recém-nascido (RN) exposto à transmissão vertical da hepatite B, com a particularidade de ser um prematuro de baixo peso.

A conduta imediata para todo recém-nascido de mãe HBsAg positiva, independentemente da idade gestacional ou peso, é a realização da vacina contra hepatite B e da imunoglobulina específica (IGHAHB) nas primeiras 12 a 24 horas de vida, preferencialmente ainda na sala de parto ou o mais precocemente possível.

No entanto, o esquema vacinal subsequente varia conforme o peso e a idade gestacional. Em RNs prematuros com menos de 33 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento inferior a 2.000 g, a resposta imunológica à primeira dose da vacina (dose de nascimento) pode ser menor. Por esse motivo, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam um esquema de 4 doses: a dose ao nascer seguida por doses aos 1, 2 e 6 meses de vida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora indique a imunoglobulina corretamente nas primeiras 12 horas, o esquema vacinal proposto (0, 2 e 6 meses) é o esquema padrão para crianças nascidas a termo e com peso adequado. Para este prematuro de 1.100 g, é necessário o esquema de 4 doses.

b) Incorreta. Não se deve aguardar ou realizar sorologias no recém-nascido para definir a conduta. A profilaxia é de urgência e deve ser iniciada imediatamente devido ao alto risco de cronificação da doença caso a transmissão ocorra.

c) Correta. Esta alternativa contempla todos os critérios necessários: administração da imunoglobulina nas primeiras 12 horas para proteção passiva imediata e o

esquema vacinal de 4 doses (0, 1, 2 e 6 meses), indicado especificamente para prematuros menores de 33 semanas ou recém-nascidos com peso inferior a 2.000 g.

d) Incorreta. A conduta de dosar a sorologia do bebê para decidir a aplicação da imunoglobulina está errada. A imunoglobulina deve ser administrada profilaticamente em todos os filhos de mães HBsAg positivas, pois o objetivo é evitar que o bebê se torne HBsAg positivo. Além disso, o esquema vacinal citado também está incompleto para o perfil deste RN.

Questão 55

Para resolver essa questão, é fundamental correlacionar cada imunizante com sua tecnologia de produção e composição antigênica. Vamos analisar cada item da primeira coluna para preencher a segunda:

1. BCG (Bacilo Calmette-Guérin): É composta por bacilos vivos atenuados provenientes da *Mycobacterium bovis*. Portanto, relaciona-se com Bacilos atenuados.

2. Vacina Oral Poliomielite (VOP): Conhecida como vacina Sabin, utiliza o poliovírus vivo, porém enfraquecido (atenuado), para induzir imunidade. Portanto, relaciona-se com Vírus atenuado.

3. Covid monovalente: As principais vacinas monovalentes utilizadas no Programa Nacional de Imunizações (como a da Pfizer) utilizam a tecnologia de RNA mensageiro (mRNA), que instrui as células a produzirem a proteína S do vírus para gerar resposta imune. Portanto, relaciona-se com RNA mensageiro.

4. Vacina Hepatite B: É uma vacina de subunidade, composta apenas por uma fração do vírus, especificamente o antígeno de superfície (HBsAg) produzido por tecnologia de DNA recombinante. Portanto, relaciona-se com Frações de vírus.

5. Vacina DPT: Protege contra Difteria, Coqueluche (*Pertussis*) e Tétano. A difteria e o tétano são combatidos por toxoides (toxinas inativadas), enquanto o componente da coqueluche na DPT clássica é composto pela bactéria *Bordetella pertussis* inteira e inativada. Portanto, relaciona-se com Toxoide e bactéria inativada.

Seguindo essa lógica, a sequência da segunda coluna, de cima para baixo, é: 4 - 3 - 2 - 5 - 1.

Análise das alternativas:

- a) 1 - 4 - 3 - 2 - 5: Incorreta. Inverte a lógica ao colocar BCG como frações de vírus e DPT como bacilos atenuados.
- b) 2 - 5 - 1 - 4 - 3: Incorreta. Associa erroneamente a VOP a frações de vírus e a Covid a bacilos atenuados.
- c) 4 - 3 - 2 - 5 - 1: Correta. Apresenta a correlação exata conforme a tecnologia de cada vacina: Hepatite B (Frações), Covid (RNAm), VOP (Vírus atenuado), DPT (Toxoide/Bactéria inativada) e BCG (Bacilos atenuados).
- d) 5 - 1 - 4 - 3 - 2: Incorreta. Associa a DPT a frações de vírus e a VOP a bacilos atenuados, o que não corresponde à realidade biológica dos imunizantes.

Gabarito: Letra (c).

Questão 56

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE KAWASAKI

A questão apresenta um paciente de 4 anos com um quadro clínico típico de Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica aguda que afeta principalmente crianças entre 6 meses e 5 anos de idade. Para o diagnóstico clássico, é necessária a presença de febre por 5 ou mais dias, associada a pelo menos 4 de 5 critérios clínicos principais.

No caso descrito, observamos:

1. Febre prolongada: 6 dias de duração.
2. Alterações na cavidade oral: língua em framboesa e orofaringe hiperemiada.
3. Alterações em extremidades: eritema e descamação das mãos.
4. Linfadenomegalia: presença de linfonodos cervicais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Sarampo: Incorreta. O sarampo é caracterizado por pródromos catarrais intensos (tosse, coriza, conjuntivite) e pelas manchas de Koplik (enantema esbranquiçado na mucosa bucal). O exantema é morbiliforme e de progressão craniocaudal. Além disso, o paciente possui carteira vacinal completa, o que confere proteção contra o vírus. A língua em framboesa e a descamação precoce das mãos não são achados típicos do sarampo.
- b) Doença mão-pé-boca: Incorreta. Causada geralmente pelo vírus Coxsackie A16, manifesta-se com vesículas e pequenas úlceras dolorosas na boca, acompanhadas de lesões papulovesiculares nas mãos, nos pés e, por vezes, na região glútea. A febre

costuma ser baixa e de curta duração, e não há presença de língua em framboesa ou linfadenomegalia cervical proeminente.

c) Dengue: Incorreta. A dengue manifesta-se com febre de início súbito, cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia e artralgia intensas. Embora possa ocorrer exantema e, em casos graves, manifestações hemorrágicas, a doença não cursa com língua em framboesa, descamação das mãos ou faringite sem exsudato.

d) Doença de Kawasaki: Correta. Esta é a alternativa que preenche perfeitamente os critérios clínicos. A associação de febre persistente (mais de 5 dias), língua em framboesa (alteração de mucosa oral) e descamação de extremidades é patognomônica para a suspeita de Kawasaki em provas de residência. O diagnóstico precoce é crucial para o início do tratamento com imunoglobulina venosa e ácido acetilsalicílico, visando prevenir a principal complicação da doença: os aneurismas de artérias coronárias.

Questão 57

O quadro clínico descrito aponta para o diagnóstico de doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica febril aguda que afeta preferencialmente crianças menores de cinco anos. O diagnóstico é clínico e se baseia na presença de febre persistente por pelo menos cinco dias, associada a quatro de cinco critérios principais: 1) alterações nas extremidades (eritema, edema ou descamação periungueal); 2) exantema polimorfo; 3) hiperemia conjuntival bilateral não purulenta; 4) alterações na boca e nos lábios (língua em framboesa, fissuras labiais, hiperemia de orofaringe); e 5) linfadenopatia cervical (geralmente unilateral e maior que 1,5 cm). O paciente apresenta febre por seis dias, descamação nas mãos, língua em framboesa e linfadenopatia, confirmando a patologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A doença de Kawasaki é uma vasculite imunomediada e não uma infecção bacteriana. Portanto, o uso de antibióticos não é indicado e não tem eficácia no controle da inflamação ou na prevenção de complicações vasculares.

b) Correta. O tratamento da doença de Kawasaki deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente até o décimo dia de febre, para prevenir a formação de aneurismas das artérias coronárias. O protocolo padrão envolve a internação hospitalar para realização de exames (como o ecocardiograma e marcadores de fase aguda) e a administração de imunoglobulina intravenosa (IGIV) em dose alta (2 g/kg), associada ao ácido acetilsalicílico (aspirina), que possui funções anti-inflamatória e antiagregante plaquetária neste contexto.

c) Incorreta. Os corticosteroides não são a terapia de primeira linha isolada. Eles podem ser utilizados em casos específicos, como em pacientes que não respondem à primeira dose de imunoglobulina ou em protocolos para pacientes com alto risco de desenvolver aneurismas coronarianos, mas a base do tratamento inicial permanece sendo a IGIV associada à aspirina.

d) Incorreta. O manejo apenas com sintomáticos não previne as complicações cardíacas graves, que ocorrem em cerca de 20% a 25% das crianças não tratadas adequadamente. Além disso, a alternativa exclui erroneamente a aspirina, que é peça fundamental no tratamento desta doença específica, apesar de ser evitada em outras doenças virais na infância devido ao risco de síndrome de Reye. Na doença de Kawasaki, o benefício da aspirina na prevenção de trombose coronariana supera esse risco.

Questão 58

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE KAWASAKI

O quadro clínico descrito é clássico da Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica de médios vasos que afeta predominantemente crianças menores de cinco anos. O paciente apresenta os critérios diagnósticos fundamentais: febre persistente por mais de cinco dias (seis dias no relato), associada a quatro outros critérios: 1) Alterações de extremidades (eritema e descamação); 2) Alterações na cavidade oral (língua em framboesa e hiperemia de orofaringe); 3) Linfadenomegalia cervical anterior; 4) Embora não citado explicitamente como conjuntivite, o conjunto dos sintomas confirma a patologia. O tratamento de escolha é a imunoglobulina venosa (IGIV) associada ao ácido acetilsalicílico (AAS).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A insuficiência renal não é uma complicação característica da Doença de Kawasaki. Alguns pacientes podem apresentar piúria estéril (leucócitos na urina sem infecção bacteriana) por inflamação uretral, mas o comprometimento da função renal é extremamente raro e não é o foco da terapêutica.

b) Incorreta. A endocardite infecciosa é uma infecção bacteriana ou fúngica do endocárdio e das valvas cardíacas. A Doença de Kawasaki é uma vasculite inflamatória, não uma infecção das estruturas internas do coração, embora possa causar miocardite ou pericardite na fase aguda.

c) Incorreta. A hepatite fulminante não está associada à Doença de Kawasaki. É

possível observar uma leve elevação de transaminases ou a presença de hidropisia da vesícula biliar, mas estas condições costumam ser autolimitadas e não evoluem para falência hepática grave.

d) Correta. O desenvolvimento de aneurismas da artéria coronária é a complicação mais grave e temida da Doença de Kawasaki. Sem o tratamento adequado com imunoglobulina dentro dos primeiros 10 dias de febre, o risco de formação de aneurismas é de aproximadamente 20% a 25%. O tratamento precoce reduz essa incidência para cerca de 3% a 5%, prevenindo sequelas como estenoses coronarianas, infarto agudo do miocárdio na infância ou morte súbita.

Questão 59

Análise do quadro clínico: O caso apresenta um recém-nascido com restrição de crescimento (pequeno para a idade gestacional) associada a um conjunto de malformações clássicas conhecido como Tríade de Gregg, composta por defeitos oculares (catarata), auditivos (surdez) e cardíacos (especialmente a estenose da artéria pulmonar e a persistência do canal arterial). Esse fenótipo é característico da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação.

Alternativa a) Incorreta. A Síndrome de Zika congênita tem como marca principal a microcefalia grave, frequentemente acompanhada de calcificações subcorticais, excesso de pele no couro cabeludo e artrogripose (contraturas articulares). Embora possa causar alterações oculares, estas costumam ser cicatrizes coriorretinianas e atrofia óptica, e não catarata. Além disso, não é tipicamente associada a malformações cardíacas como a estenose pulmonar.

Alternativa b) Incorreta. A sífilis congênita precoce manifesta-se tipicamente com rinite progressiva (coriza serossanguinolenta), lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar), hepatoesplenomegalia e alterações ósseas (periostite e osteocondrite). A Tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial e surdez neurosensorial) é uma manifestação da sífilis tardia. A estenose pulmonar e a catarata congênita não são achados característicos desta infecção.

Alternativa c) Incorreta. A toxoplasmose congênita é classicamente definida pela Tríade de Sabin, que inclui coriorretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas difusas. Diferentemente do quadro descrito, a microcefalia é rara na toxoplasmose (sendo a macrocefalia por hidrocefalia mais comum) e a estenose pulmonar não faz parte do quadro clínico habitual.

Alternativa d) Correta. A Síndrome da Rubéola Congênita é a causa provável diante de um recém-nascido com surdez neurosensorial (a sequela mais frequente),

catarata (que se manifesta como reflexo esbranquiçado na pupila ou leucocoria) e cardiopatia congênita. Entre as alterações cardíacas, a estenose periférica da artéria pulmonar e a persistência do canal arterial são as mais descritas. A microcefalia e o baixo peso ao nascer também são achados comuns quando a infecção ocorre no primeiro trimestre da gravidez.

Questão 60

O marco clínico inicial da puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular, que deve atingir 4 mL ou mais (Estágio G2 de Tanner). A definição de puberdade atrasada em meninos é a ausência desse sinal inicial até os 14 anos de idade. No caso apresentado, o adolescente de 14 anos e seis meses está em Tanner G1P1, ou seja, é pré-púbere, o que confirma o atraso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O surgimento de pelos pubianos (pubarca) é dependente da maturação das glândulas adrenais (adrenarca) e ocorre frequentemente após o início do aumento testicular. A ausência de pelos aos 13 anos não define atraso puberal no menino.

b) Incorreta. O aumento do comprimento e diâmetro do pênis é um evento subsequente ao aumento testicular. Embora faça parte do desenvolvimento puberal, o critério cronológico para definir atraso foca especificamente no volume das gônadas.

c) Correta. O primeiro sinal clínico de puberdade no sexo masculino é o aumento do volume testicular (igual ou superior a 4 mL). Pelos critérios cronológicos da endocrinologia pediátrica, a ausência de desenvolvimento testicular após os 14 anos completos é o achado que define a puberdade atrasada.

d) Incorreta. O início da puberdade masculina é considerado normal quando ocorre entre os 9 e os 14 anos de idade. Portanto, o aumento testicular aos 10 anos está dentro da faixa de normalidade e não tem relação com a definição de atraso.

Questão 61

A estatura-alvo (também chamada de altura-alvo ou alvo genético) é uma ferramenta fundamental na avaliação do crescimento. Ela estima a altura final esperada para o indivíduo com base no potencial genético herdado dos pais biológicos.

Para o cálculo em meninos, utilizamos a fórmula: (Altura do pai + Altura da mãe +

13) / 2. No caso de meninas, a fórmula seria: (Altura do pai - 13 + Altura da mãe) / 2.

Substituindo os valores fornecidos na questão:

$$(175 \text{ cm} + 162 \text{ cm} + 13 \text{ cm}) / 2 = (175 \text{ cm} + 175 \text{ cm}) / 2 = 175 \text{ cm, ou } 1,75 \text{ m.}$$

A literatura pediátrica estabelece que essa estimativa possui um intervalo de variação, geralmente considerado entre 5 cm e 10 cm para mais ou para menos, representando a variabilidade genética da família e influências ambientais.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. O valor central do cálculo resulta exatamente em 1,75 m. A questão utiliza a margem de variação de 10 cm (para cima ou para baixo), o que está dentro dos parâmetros adotados na prática clínica e em tratados de pediatria para definir o canal de crescimento esperado.

Alternativa b: Incorreta. O valor de 1,80 m não possui base matemática nos dados fornecidos (altura dos pais).

Alternativa c: Incorreta. É perfeitamente possível estimar a estatura-alvo utilizando as alturas biológicas dos pais. Este cálculo é, inclusive, o primeiro passo para avaliar se o crescimento de uma criança está adequado para o seu potencial familiar.

Alternativa d: Incorreta. A alternativa propõe uma velocidade de crescimento constante, o que é fisiologicamente incorreto. O crescimento humano ocorre em velocidades diferentes conforme a idade e o estágio puberal. Além disso, o adolescente apresenta Tanner G1P1 (pré-púbere) aos 14 anos e 6 meses, o que sugere um quadro de Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). Ele ainda passará pelo estirão, onde a velocidade de crescimento será bem superior a 6 cm/ano, mas a alternativa não responde ao que foi pedido (estatura-alvo).

Questão 62

Comentário sobre a questão de Doença Meningocócica:

Afirmativa I: Correta. A doença meningocócica no Brasil apresenta um padrão endêmico, com a ocorrência de casos ao longo de todo o ano e o registro de surtos localizados. Historicamente, após os anos 2000, o sorogrupo C tornou-se o mais prevalente no país, superando o sorogrupo B, que predominava anteriormente. Mesmo com a vacinação, quando analisamos o consolidado de todas as faixas etárias, o sorogrupo C manteve sua relevância estatística por um longo período.

Afirmativa II: Correta. A introdução da vacina meningocócica C conjugada no Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2010, foi um marco na saúde pública brasileira. A estratégia vacinal focada em lactentes e crianças pequenas resultou em uma queda acentuada e sustentada na incidência da doença causada por esse sorogrupo específico, reduzindo drasticamente a morbimortalidade em menores de cinco anos.

Afirmativa III: Correta. Este é um fenômeno epidemiológico esperado: ao controlar um sorogrupo por meio da vacinação em massa (neste caso, o C), outros sorogrupos passam a ter maior importância proporcional. Atualmente, na faixa etária abaixo de cinco anos, o sorogrupo B destaca-se como o principal causador da doença meningocócica no Brasil. Isso ocorre porque a vacina contra o sorogrupo B não está disponível na rotina do SUS para todas as crianças, sendo encontrada majoritariamente na rede privada ou em situações específicas via CRIE (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais).

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta, pois exclui a afirmativa III, que reflete a realidade epidemiológica atual do país.

A alternativa (b) está incorreta, pois exclui a afirmativa I, que descreve corretamente o comportamento endêmico e a predominância histórica do sorogrupo C.

A alternativa (c) é a correta, pois todas as três afirmativas descrevem com precisão a epidemiologia, o histórico vacinal e a transição dos sorogrupos prevalentes no cenário brasileiro.

A alternativa (d) está incorreta, pois todas as proposições são verdadeiras.

Gabarito: Letra (c).

Questão 63

Análise dos Marcos do Desenvolvimento Infantil (Lactente de 14 meses):

Para resolver essa questão, devemos analisar os marcos do desenvolvimento esperados para a idade de 1 ano e 2 meses (14 meses) nos quatro domínios principais: motor grosseiro, motor fino/adaptativo, social e linguagem.

Análise das alternativas:

a) Desenvolvimento normal para sua idade.

Incorreta. Embora o desenvolvimento motor e social pareça adequado, a linguagem está nitidamente atrasada. Espera-se que, aos 12 meses, a criança já fale pelo menos

uma ou duas palavras com significado (como "mamãe" ou "papai") e utilize o jargão (aquela fala incompreensível, mas com entonação de conversa). A ausência total de palavras e de jargão aos 14 meses é um sinal de alerta.

b) Autismo, pois já deveria estar falando algumas palavras.

Incorreta. O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) não se baseia apenas no atraso da fala. O enunciado descreve que a criança reconhece a mãe, aponta o que quer e imita gestos (bater palmas e dar tchau). Essas características são marcadores de interação social e atenção compartilhada preservadas, o que torna o diagnóstico de autismo menos provável neste momento, embora o atraso de linguagem exija acompanhamento.

c) Possível atraso no desenvolvimento, pois ainda não anda.

Incorreta. O limite para a marcha independente (andar sozinho) é de até 18 meses. Aos 14 meses, engatinhar e andar com apoio estão dentro da normalidade esperada para a motricidade grosseira.

d) Atraso na aquisição da linguagem, sendo necessária investigação.

Correta. A ausência de palavras com significado e a falta de jargão aos 14 meses caracterizam um atraso no domínio da linguagem. Diante desse quadro, o médico deve iniciar uma investigação básica, que inclui a avaliação da acuidade auditiva (para descartar perdas auditivas), avaliação do estímulo ambiental e monitoramento rigoroso do desenvolvimento neuropsicomotor.

Resumo: O lactente apresenta marcos motores e sociais adequados para 14 meses, porém falha nos marcos de linguagem, o que define a necessidade de investigação clínica.

Questão 64

O quadro clínico descreve um lactente com choque séptico de foco pulmonar, evoluindo com sinais de má perfusão tecidual (pele rendilhada, extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 4 segundos) e hipotensão arterial (PA 65x35 mmHg). Em pediatria, esse perfil é classificado como choque frio.

De acordo com as diretrizes do PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria) e da Surviving Sepsis Campaign International para crianças, o manejo inicial do choque séptico envolve a ressuscitação volêmica imediata e, se necessário, o início precoce de drogas vasoativas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a expansão volêmica esteja correta, a noradrenalina é classicamente a primeira escolha no choque quente (vasodilatado), comum em adultos. No choque frio pediátrico com hipotensão, a adrenalina é preferencial por possuir potente efeito inotrópico (beta-1) e cronotrópico, além de efeito vasoconstritor (alfa-1) em doses mais elevadas, auxiliando na reversão da má perfusão e da hipotensão.

b) Correta. A conduta imediata no choque séptico pediátrico hipotensivo (choque frio) é a oferta de oxigênio, obtenção de acesso vascular e expansão volêmica com cristaloides (20 mL/kg). Diante da persistência do choque ou hipotensão, a adrenalina é a droga de escolha inicial por atuar tanto na contratilidade cardíaca quanto na resistência vascular periférica, que estão comprometidas no choque frio da criança.

c) Incorreta. A infusão isolada de noradrenalina sem a tentativa de expansão volêmica prévia ou concomitante está incorreta, pois o choque séptico cursa com hipovolemia relativa e absoluta. Além disso, a noradrenalina não é a primeira escolha no cenário de choque frio pediátrico.

d) Incorreta. A dobutamina é um inodilatador (aumenta a contratilidade, mas causa vasodilatação). Em um paciente já hipotenso (65x35 mmHg), o uso de dobutamina isolada pode agravar a queda da pressão arterial, sendo contraindicada como monoterapia nesse cenário de descompensação hemodinâmica grave.

Resumo: O paciente apresenta choque séptico frio descompensado (hipotensivo). A conduta padrão é expansão volêmica inicial seguida de adrenalina para suporte inotrópico e vasopressor.

Questão 65

Esta questão aborda os fatores de risco e determinantes sociais da hepatite B, exigindo do candidato a interpretação correta de dados epidemiológicos, especificamente o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

Para que um fator seja considerado estatisticamente significativo em um estudo de associação, o seu intervalo de confiança não deve conter o valor 1,0. Se o OR for maior que 1 e o limite inferior do IC também for superior a 1, o fator é considerado um risco. Se o IC atravessar o valor 1,0 (por exemplo, de 0,8 a 2,5), não há significância estatística.

Alternativa a) Correta: Esta alternativa apresenta os dois fatores com significância estatística clara. Para residir em área rural, o OR é de 6,37 com um IC de 1,61 a 25,14 (ambos os limites acima de 1). Para nenhuma escolaridade, o OR é de 20,02

com IC de 2,36 a 173,06. Em ambos os casos, a ausência do valor 1 no intervalo confirma que são fatores associados ao aumento das chances de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) na população estudada em São Mateus-ES.

Alternativa b) Incorreta: Nesta opção, os intervalos de confiança de ambos os fatores incluem o valor 1,0 (0,18-1,30 e 0,51-1,72). Isso indica que, estatisticamente, não se pode afirmar que residir em área rural ou a baixa escolaridade sejam fatores de risco ou de proteção, pois o resultado pode ter ocorrido ao acaso.

Alternativa c) Incorreta: Embora o fator residir em área rural apresente significância (IC de 1,31 a 1,84), o fator nenhuma escolaridade apresenta um IC de 0,79 a 2,91. Como este segundo intervalo contém o valor 1,0, ele é considerado estatisticamente não significativo na análise multivariada desta alternativa.

Alternativa d) Incorreta: Assim como na alternativa b, os intervalos de confiança aqui apresentados (0,32-4,37 e 0,44-1,94) atravessam a unidade (1,0). Portanto, os dados não possuem força estatística para sustentar uma associação real entre as variáveis e a infecção pelo VHB.

Questão 66

Alternativa a) INCORRETA. Embora as hepatites virais sejam de notificação compulsória, a afirmação de que a subnotificação não é mais um desafio está errada. A subnotificação de casos ainda é um dos maiores obstáculos para a vigilância epidemiológica no Brasil, dificultando o planejamento de ações de saúde e o conhecimento real da magnitude dessas doenças no território nacional.

Alternativa b) INCORRETA. O uso do termo "restringe-se" torna a alternativa falsa. Os objetivos da vigilância das hepatites virais são amplos e incluem: monitorar a circulação viral, identificar surtos e epidemias, recomendar medidas de prevenção e controle (como vacinação e bloqueio de transmissão), além de subsidiar o tratamento adequado e avaliar o impacto das intervenções.

Alternativa c) INCORRETA. Segundo a Lista Nacional de Notificação Compulsória (definida atualmente pela Portaria de Consolidação n.º 4/2017 e atualizações), a notificação das hepatites virais deve ser realizada semanalmente (em até 7 dias) para casos confirmados. Em situações de surtos, a notificação deve ser imediata (em até 24 horas) para as autoridades sanitárias. O prazo de 30 dias mencionado na alternativa é excessivo para a dinâmica da vigilância epidemiológica.

Alternativa d) CORRETA. A Atenção Primária à Saúde (APS), representada principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada

preferencial do sistema de saúde. Por estar próxima à comunidade, ela desempenha um papel fundamental na busca ativa de populações vulneráveis, na solicitação de testes rápidos ou sorologias, no aconselhamento sobre formas de transmissão e na articulação do cuidado (referenciando o paciente quando necessário). O diagnóstico precoce na APS é o principal fator para reduzir a morbimortalidade e interromper a cadeia de transmissão das hepatites B e C.

Questão 67

A alternativa correta é a letra (c).

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A Linha de Cuidado (LC) não se limita ao percurso preventivo ou aos cuidados primários e secundários. Uma Linha de Cuidado no SUS é uma estratégia de gestão e assistência que engloba todo o contínuo do cuidado, indo desde a promoção da saúde e prevenção até o diagnóstico, o tratamento medicamentoso, o acompanhamento crônico e a reabilitação. O erro está em restringir a LC apenas à prevenção e aos níveis primário e secundário de atenção.

Alternativa (b) Incorreta: A elaboração de protocolos e diretrizes não é uma competência exclusiva dos estados. No SUS, a gestão é tripartite. O Ministério da Saúde estabelece os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em nível nacional, que servem de base para que estados e municípios organizem seus fluxos locorregionais. A palavra "apenas" invalida a alternativa, pois exclui a responsabilidade federal e municipal na coordenação e execução dessas políticas.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve a base do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para a hepatite B, assim como para outras condições crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, é a porta de entrada preferencial e o centro ordenador da rede. É na APS que se realiza a busca ativa, a vacinação, os testes rápidos e o acompanhamento longitudinal do paciente, coordenando o encaminhamento para a Atenção Especializada quando necessário.

Alternativa (d) Incorreta: O esforço do Ministério da Saúde e do SUS é justamente para superar os fluxos verticais e a fragmentação do cuidado. Os modelos verticais são focados em programas isolados que não se comunicam. O objetivo atual é o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que pressupõem fluxos horizontais, integrados e um cuidado compartilhado entre os diferentes pontos de atenção (Primária, Especializada, Vigilância, etc.), visando à integralidade da assistência.

Questão 68

O estudo descrito é um estudo de coorte retrospectiva, também conhecido como coorte histórica. Para compreender a questão, é fundamental diferenciar os tipos de estudos epidemiológicos e as medidas de frequência de doenças.

Um estudo de coorte é um desenho longitudinal em que se parte da exposição (neste caso, estar ou não coberto pela Estratégia Saúde da Família – ESF) para observar a ocorrência de um desfecho (incidência de AIDS e mortalidade) ao longo do tempo. Quando esse acompanhamento é feito utilizando registros e bancos de dados já existentes, coletando informações do passado para reconstruir a trajetória dos participantes, ele é classificado como retrospectivo ou histórico.

Diferentemente dos estudos transversais, que medem a prevalência (casos existentes em um único ponto no tempo), os estudos de coorte acompanham os indivíduos para identificar casos novos que surgem durante o período de seguimento. Portanto, a medida típica e obrigatória de uma coorte é a incidência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O fato de o estudo utilizar dados do passado não o transforma em um estudo de prevalência. A prevalência é uma medida estática (como uma foto de um momento específico), enquanto a coorte busca o dinamismo do aparecimento de novos casos (incidência) ao longo de um intervalo de tempo.

Alternativa b) Incorreta. Embora a alternativa acerte ao utilizar o termo coorte histórica para um estudo retrospectivo, ela erra ao afirmar que a medida realizada é a prevalência. Conforme explicado, estudos de coorte obrigatoriamente lidam com a taxa de ocorrência de novos eventos (incidência).

Alternativa c) Correta. Esta alternativa define corretamente a nomenclatura sinônima (coorte histórica) e a medida de frequência epidemiológica adequada ao desenho de coorte (incidência). O estudo em questão analisou a ocorrência de novos casos de AIDS e de óbitos no período de 2007 a 2015 em pessoas que inicialmente não apresentavam o desfecho, o que caracteriza o cálculo de incidência.

Alternativa d) Incorreta. O estudo de coorte retrospectivo existe e é uma ferramenta consagrada na epidemiologia. Ele é amplamente utilizado quando pesquisadores têm acesso a prontuários ou grandes bases de dados governamentais que permitem acompanhar a evolução de pacientes sem a necessidade de esperar anos para que os eventos ocorram no futuro.

Questão 69

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os conceitos de Risco Relativo (RR) e Intervalo de Confiança (IC 95%). O Risco Relativo é uma medida de associação: quando o RR é menor que 1, indica que a exposição (neste caso, a cobertura da Estratégia Saúde da Família - ESF) é um fator de proteção, ou seja, reduz a ocorrência do desfecho. Quando o RR é maior que 1, indica um fator de risco. Para que o resultado seja estatisticamente significativo (com p menor que 0,05), o Intervalo de Confiança de 95% não pode incluir o valor 1,0, que representa a hipótese nula (ausência de efeito).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O estudo mostra um RR de 0,76 para a incidência de AIDS, o que representa uma redução do risco (associação com menor incidência). O Intervalo de Confiança fornecido (0,68 a 0,84) não contém o valor 1, o que significa que o resultado é, sim, estatisticamente significativo.

Alternativa B: Correta. Conforme os dados apresentados no enunciado, a cobertura de 100% da ESF resultou em um RR de 0,76 para a incidência de AIDS. Isso indica uma redução de 24% no risco de novos casos. Como o intervalo (0,68 a 0,84) está totalmente abaixo de 1, confirmamos que a redução observada não ocorreu ao acaso, sendo estatisticamente significativa.

Alternativa C: Incorreta. O RR de 0,68 para a mortalidade indica uma redução de 32% na mortalidade (fator de proteção), e não uma "maior mortalidade". Além disso, o IC 95% (0,56 a 0,82) confirma que o resultado é estatisticamente significativo, pois não cruza a unidade (valor 1).

Alternativa D: Incorreta. O erro está na afirmação de que houve "maior mortalidade". Um RR de 0,68 indica que o grupo exposto à ESF teve menos óbitos que o grupo não exposto. Se o RR fosse maior que 1, aí sim teríamos um aumento de mortalidade.

Em resumo, os dados do estudo comprovam o impacto positivo da ESF na redução tanto da incidência quanto da mortalidade por AIDS, com relevância estatística demonstrada pelos intervalos de confiança que não incluem o valor 1.

Questão 70

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar os dois tipos principais de erros que podem ocorrer em uma pesquisa epidemiológica: o erro aleatório e o erro sistemático.

O erro aleatório está relacionado ao acaso e à variabilidade estatística. Ele pode ser reduzido aumentando-se o tamanho da amostra (n). Já o erro sistemático, também chamado de viés, é uma distorção que ocorre de forma constante e não se resolve apenas com o aumento da amostra. Na epidemiologia clássica, os principais tipos de erros sistemáticos são o viés de seleção, o viés de aferição (ou informação) e o fator de confusão.

Alternativa a: Incorreta. O fator de confusão não é um erro aleatório. O erro aleatório flutua em torno do valor real por pura sorte ou falta de precisão. O fator de confusão distorce o resultado de forma direcionada e sistemática devido à presença de uma terceira variável que se relaciona tanto com a exposição quanto com o desfecho.

Alternativa b: Incorreta. O viés de informação ocorre quando os dados são coletados de forma errônea, seja por falha de memória do paciente (viés de memória), instrumentos descalibrados ou influência do entrevistador. O fator de confusão pode existir mesmo que todos os dados tenham sido medidos com absoluta perfeição.

Alternativa c: Incorreta. O viés de seleção acontece no momento em que os participantes entram no estudo, fazendo com que o grupo selecionado não seja representativo da população original ou que os grupos comparados sejam inerentemente diferentes. Embora o fator de confusão também gere grupos não comparáveis, ele é conceitualmente tratado de forma distinta do viés de seleção, ocorrendo pela inter-relação de variáveis durante a análise da causalidade.

Alternativa d: Correta. O fator de confusão é considerado um tipo de erro sistemático (viés). Ele acontece quando o efeito de uma exposição sobre um desfecho é misturado com o efeito de uma variável externa (confundidora). No exemplo da frase, o comportamento sexual é uma variável que, se não for ajustada estatisticamente, pode levar o pesquisador a concluir erroneamente que um fator X causa a doença Y, quando na verdade o comportamento sexual é o verdadeiro responsável ou um mediador importante. Por comprometer a validade interna do estudo de forma estrutural, ele é classificado como erro sistemático.

Questão 71

Para resolver essa questão, é fundamental compreender o cálculo da Razão de Chances, ou Odds Ratio (OR). O OR é a razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo exposto e a chance de ocorrer em um grupo não exposto (referência). A fórmula básica para uma tabela 2x2, onde temos os eventos (sim/não) e a exposição (sim/não), é: $OR = (a / b) / (c / d)$ ou $OR = (a * d) / (b * c)$.

De acordo com a Tabela 1 e as notas de rodapé, a variável dependente (desfecho) é a classificação de urgência (Sim ou Não).

Cálculo para a variável Doença Crônica:

O grupo de referência é "Não".

- Com doença crônica (Expostos): 400 urgentes (a) e 100 não urgentes (b). Chance = $400/100 = 4$.
- Sem doença crônica (Referência): 150 urgentes (c) e 150 não urgentes (d). Chance = $150/150 = 1$.
- $OR = 4 / 1 = 4,0$.

Cálculo para a variável Tempo dos Sintomas:

O grupo de referência é "4 dias ou mais".

- 1 a 3 dias (Expostos): 300 urgentes (a) e 100 não urgentes (b). Chance = $300/100 = 3$.
- 4 dias ou mais (Referência): 200 urgentes (c) e 200 não urgentes (d). Chance = $200/200 = 1$.
- $OR = 3 / 1 = 3,0$.

Análise das alternativas:

- Correta. Os cálculos resultam exatamente em OR de 4,0 para doença crônica e 3,0 para tempo de sintomas, indicando que quem tem doença crônica tem 4 vezes mais chance de ser classificado como urgente, e quem tem sintomas de 1 a 3 dias tem 3 vezes mais chance em comparação aos seus respectivos grupos de referência.
- Incorreta. Esses valores não correspondem aos dados da tabela. Um OR de 1,6 ou 1,5 exigiria proporções diferentes entre os casos urgentes e não urgentes nos grupos analisados.
- Incorreta. Um OR de 0,4 indicaria um fator de proteção (menor chance do desfecho no grupo exposto), o que contradiz os dados da tabela, onde o grupo "Sim" para doença crônica tem nitidamente mais casos urgentes que o grupo "Não".
- Incorreta. Embora o primeiro valor (4,0) esteja correto para doença crônica, o

segundo valor (1,5) para tempo de sintomas está errado, pois a razão de chances correta para o tempo de sintomas é 3,0.

Questão 72

Análise detalhada da questão:

Item 1 (Falso): O parágrafo contém erros conceituais e históricos importantes. Primeiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) não surgiu no final dos anos 80; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nasceu em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) apenas em 1994. Segundo, e mais importante do ponto de vista conceitual, a ESF é o modelo reorientador da Atenção Primária (cuidados primários) e não dos "cuidados secundários". O papel da Atenção Básica é ser a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado dentro da rede, focando na complexidade do cuidado primário.

Item 2 (Verdadeiro): Este item descreve corretamente o contexto de criação do NASF (Portaria GM nº 154/2008). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado justamente para dar suporte às equipes de Saúde da Família, aumentando a resolubilidade da Atenção Básica e permitindo que temas como saúde mental, reabilitação e nutrição fossem integrados ao cotidiano das unidades básicas através do apoio matricial.

Item 3 (Falso): O item apresenta dois erros fundamentais. Primeiro, os NASFs não são formados por profissionais de uma mesma área; eles são equipes multiprofissionais compostas por diferentes categorias (como psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre outros) para garantir a interdisciplinaridade. Segundo, eles jamais devem atuar de forma independente da rede; o trabalho do NASF é obrigatoriamente integrado e compartilhado com as equipes de Saúde da Família (apoio matricial). Embora seja verdade que em 2017 (PNAB 2017) o nome mudou para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a afirmação sobre a atuação independente e composição uniprofissional torna o item incorreto.

Análise das Alternativas:

- a) Incorreta. O primeiro e o terceiro itens são falsos.
- b) Correta. A sequência correta é Falso, Verdadeiro, Falso.
- c) Incorreta. O primeiro item é falso por confundir atenção primária com secundária.
- d) Incorreta. O terceiro item é falso pela descrição da composição e forma de atuação do NASF.

Questão 73

Para compreender esta questão, é necessário separar os múltiplos estímulos clínicos apresentados no caso e focar no que a pergunta especificamente solicita: a causa do quadro de diarreia aquosa e vômitos no contexto pós-enchente.

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta um cenário complexo que sugere múltiplas condições simultâneas, comuns em situações de desastres naturais. A febre, cefaleia, dor retro-orbitária, icterícia leve e mialgia, associadas ao contato com água de enchente e ferimento puntiforme, sugerem fortemente leptospirose (que pode cursar com a tríade de febre, icterícia e mialgia, especialmente nas panturrilhas) ou até dengue. No entanto, o enunciado é específico ao pedir o diagnóstico para a diarreia e os vômitos.

Alternativa a) Incorreta. Embora o rotavírus possa causar surtos em abrigos superlotados devido à transmissão fecal-oral, ele é uma causa muito mais prevalente de diarreia grave em crianças. Em adultos, embora ocorra, o cenário de contaminação de água pós-enchente aponta de forma mais clássica para patógenos bacterianos.

Alternativa b) Incorreta. A hepatite A é transmitida pela via fecal-oral e pode ocorrer em situações de saneamento precário. Entretanto, o quadro típico da hepatite A inicia-se com sintomas prodrômicos inespecíficos seguidos de icterícia, colúria e acolia fecal. A diarreia aquosa profusa com vômitos e desidratação não é a manifestação primária ou mais característica dessa hepatite viral.

Alternativa c) Incorreta. Esta é a principal "pegadinha" da questão. O paciente provavelmente tem leptospirose (devido à icterícia, mialgia, febre e exposição à enchente). Contudo, a leptospirose é uma doença sistêmica. Embora possa causar sintomas gastrointestinais inespecíficos, ela não é a causa clássica de quadros de diarreia aquosa aguda em surtos. O examinador quer que o candidato diferencie as síndromes: a síndrome febril ictero-hemorrágica (leptospirose) da síndrome diarreica aguda (causada por contaminação da água).

Alternativa d) Correta. A *Escherichia coli* enterotoxigênica (ETEC) é a causa mais comum de diarreia bacteriana em locais com infraestrutura de saneamento comprometida e em viajantes. Após enchentes, a contaminação de fontes de água potável por dejetos humanos e animais é frequente. A ETEC coloniza o intestino delgado e libera toxinas que causam a secreção ativa de água e eletrólitos para o lúmen intestinal, resultando em diarreia aquosa, dores abdominais e vômitos, exatamente como descrito no caso. É o diagnóstico mais provável para o evento específico de diarreia neste cenário epidemiológico.

Questão 74

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente de 45 anos em um cenário de pós-desastre natural (enchente), apresentando um quadro de diarreia aguda associado a sinais de desidratação e instabilidade hemodinâmica (PA 90/60 mmHg e FC 105 bpm). Além da diarreia, há sinais que sugerem diagnósticos diferenciais importantes nesse contexto, como a leptospirose (icterícia, febre, mialgia e história de exposição a alagamento). No entanto, o enunciado foca especificamente na abordagem inicial para a diarreia aguda.

FUNDAMENTAÇÃO DA CONDUTA

A base do tratamento de qualquer diarreia aguda, especialmente quando há sinais de desidratação e perda de eletrólitos (como cãibras e hipotensão), é a reidratação. O objetivo primordial é restaurar o volume intravascular e corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos para evitar o choque hipovolêmico e a insuficiência renal aguda.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: Embora o paciente apresente febre e uma lesão cutânea, a administração imediata de antibióticos de amplo espectro não é a primeira prioridade no manejo da diarreia aguda, a menos que haja suspeita clara de sepse de foco abdominal ou cutâneo. O foco inicial deve ser a estabilização hemodinâmica. O uso indiscriminado de antibióticos em quadros diarreicos pode, inclusive, prolongar o estado de portador de certas bactérias ou causar colite pseudomembranosa.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa segue as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde para o manejo da desidratação. Pacientes com sinais de desidratação moderada a grave e hipotensão necessitam de reposição agressiva. A via preferencial inicial é a oral (Plano B), mas, diante de vômitos ou sinais de choque/instabilidade (como a PA 90/60 mmHg), a hidratação intravenosa (Plano C) torna-se mandatória. A reposição de eletrólitos é essencial para tratar as cãibras e prevenir arritmias.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento antiparasitário empírico não é indicado na fase aguda de uma diarreia infecciosa, pois a maioria dos casos é viral ou bacteriana autolimitada. Além disso, uma dieta rica em fibras é contraindicada na fase aguda, pois as fibras aumentam o trânsito intestinal e podem piorar a diarreia.

Alternativa (d) Incorreta: Probióticos podem ser usados como adjuvantes para reduzir o tempo de duração da diarreia em alguns casos, mas nunca como terapia inicial

isolada ou prioritária. Antibióticos profiláticos não têm indicação no tratamento da diarreia aguda estabelecida.

CONCLUSÃO

A abordagem inicial correta foca na manutenção da vida por meio da estabilização hemodinâmica. Em um paciente com diarreia, vômitos, hipotensão e taquicardia, a reposição volêmica e eletrolítica é a conduta que deve preceder qualquer investigação diagnóstica adicional ou terapia medicamentosa específica.

Questão 75

Análise da questão:

O enunciado apresenta um cenário rico em detalhes e possíveis diagnósticos diferenciais, como leptospirose (pelo contexto de enchente e icterícia), tétano (pela ferida perfurante) e doenças diarreicas (pela superlotação do abrigo). No entanto, o comando da questão isola especificamente três sintomas para que o aluno defina a hipótese: febre intermitente, cefaleia e dor retro-orbitária.

Alternativa A: Correta. A tríade de febre, cefaleia e, principalmente, a dor retro-orbitária (dor atrás dos olhos) é o quadro clínico clássico cobrado em provas para o diagnóstico de Dengue. Mesmo que o contexto ambiental sugira outras doenças (como a leptospirose, que seria um forte diferencial, mas não aparece nas alternativas), a questão pede a conclusão baseada especificamente nesses sintomas, tornando a Dengue a opção mais adequada entre as listadas.

Alternativa B: Incorreta. Embora a malária cause febre intermitente (paroxismos), ela não é a primeira suspeita para um paciente no interior do Rio Grande do Sul sem histórico de viagem para áreas endêmicas (como a região Amazônica). Além disso, a dor retro-orbitária é um sintoma muito mais específico de arboviroses do que de infecção pelo Plasmodium.

Alternativa C: Incorreta. A febre tifoide apresenta-se geralmente com febre progressiva e contínua, dor abdominal e alterações intestinais. Um sinal clássico é o sinal de Faget (pulso lento em relação à febre alta), mas a dor retro-orbitária não é um achado definidor ou comum dessa patologia.

Alternativa D: Incorreta. A hepatite A justificaria a icterícia e a facilidade de transmissão em abrigos superlotados (via fecal-oral), mas não se manifesta tipicamente com dor retro-orbitária. O quadro clínico da hepatite A é marcado por prostração, náuseas, dor em hipocôndrio direito e icterícia colestática, sem o foco na

dor retro-ocular intensa.

Em resumo, a menção expressa à dor retro-orbitária é o elemento patognomônico para questões de prova que buscam o diagnóstico de Dengue, servindo para diferenciar o quadro de outras síndromes febris agudas.

Questão 76

Texto Original:

A questão descreve um cenário clássico de pós-desastre natural (enchente), em que o paciente apresenta sintomas sugestivos de múltiplas patologias, como leptospirose (febre, dor muscular, icterícia e histórico de exposição a águas de alagamento), dengue (cefaleia, dor retro-orbitária) e gastroenterite aguda. O foco do enunciado, contudo, é a prevenção de doenças parasitárias em ambientes de abrigos temporários e áreas impactadas por inundações.

Alternativa a: Incorreta. A administração de vermífugos de forma profilática para toda a população não é recomendada como medida de primeira linha em desastres. Sem a correção das condições ambientais, os indivíduos seriam rapidamente reinfectedos. Além disso, o uso indiscriminado de medicamentos não substitui as intervenções de engenharia sanitária e educação em saúde.

Alternativa b: Correta. O fornecimento de água potável e a instalação de sistemas de saneamento (estratégia WASH — Water, Sanitation and Hygiene) constituem a medida preventiva mais eficaz e de maior impacto em saúde pública. Essas ações interrompem o ciclo de transmissão fecal-oral, que é a principal via de disseminação de protozoários e helmintos em situações de aglomeração e precariedade higiênica. Sem água limpa e destino adequado para os dejetos, outras medidas tornam-se ineficazes.

Alternativa c: Incorreta. O isolamento de pacientes é uma medida voltada para doenças de transmissão respiratória ou por contato direto altamente infectante. As doenças parasitárias intestinais geralmente dependem da contaminação do ambiente (água e solo) por dejetos humanos para infectar novos hospedeiros. Portanto, isolar o indivíduo sintomático não impede a propagação se o saneamento do local for inadequado.

Alternativa d: Incorreta. A desinfecção de alimentos e utensílios é uma medida complementar importante, mas secundária. Ela é dependente da existência de água tratada para ser realizada adequadamente. Se não houver controle da potabilidade da água e do destino do esgoto (conforme citado na alternativa b), o risco de recontaminação contínua dos alimentos e do ambiente permanece extremamente

alto.

Questão 77

Esta questão aborda a conduta preventiva diante de um ferimento potencialmente tetanogênico em um contexto de desastre natural (enchente). O ponto central é identificar o risco de tétano acidental em um paciente com ferimento perfurante, contaminado por solo e metal enferrujado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O uso de antibióticos profiláticos não é a conduta padrão para prevenir o tétano. O *Clostridium tetani* é uma bactéria anaeróbia e sua prevenção baseia-se na imunização e na limpeza adequada do ferimento. Além disso, curativos oclusivos devem ser evitados em feridas com suspeita de contaminação por anaeróbios, pois a ausência de oxigênio favorece a germinação dos esporos tetânicos.

Alternativa b) Correta. O ferimento descrito (punctiforme, causado por metal enferrujado e em contato com solo/enchente) é classificado como um ferimento de alto risco para o tétano. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, em ferimentos de alto risco, se o paciente tiver uma história vacinal incerta, incompleta ou se a última dose foi há mais de 5 ou 10 anos (dependendo do caso), está indicada a atualização vacinal. No caso de ferimentos graves ou sujos em pacientes com imunização incerta ou incompleta, associa-se a imunização passiva com o soro antitetânico (SAT) ou, preferencialmente, a imunoglobulina antitetânica humana (IGHAT), para garantir proteção imediata.

Alternativa c) Incorreta. Embora a limpeza e o desbridamento de tecidos desvitalizados sejam partes fundamentais do manejo de qualquer ferida, apenas a observação clínica é insuficiente e perigosa para um ferimento tetanogênico em um paciente cuja situação vacinal é desconhecida ou irregular. A prevenção específica contra a toxina tetânica é obrigatória.

Alternativa d) Incorreta. Não há relato de agressão por animal silvestre ou doméstico (mordedura, lambadura ou arranhadura) que justifique a profilaxia antirrábica. O uso de antibióticos intravenosos seria indicado para o tratamento de uma infecção secundária já estabelecida (celulite ou abscesso grave), mas a questão foca especificamente na conduta preventiva relacionada ao mecanismo do trauma e à exposição ao solo.

Resumo da conduta: Diante de um ferimento perfurante e contaminado (alto risco), a

prioridade absoluta é a profilaxia do tétano através da vacinação (imunização ativa) e, conforme a gravidade da ferida e incerteza vacinal, a administração de imunoglobulina ou soro (imunização passiva).

Questão 78

A análise do caso clínico revela um paciente em um cenário de desastre natural (enchente), o que aumenta significativamente o risco de doenças de veiculação hídrica e alimentar devido à contaminação da água e à aglomeração em abrigos. A suspeita de Hepatite A é fundamentada pela icterícia, febre e sintomas gastrointestinais (diarreia e vômitos) após o contato com áreas alagadas.

A Hepatite A é uma doença viral aguda, geralmente autolimitada, cuja transmissão ocorre pela via fecal-oral. Diferente de outras hepatites virais, ela não evolui para a cronicidade. O manejo clínico baseia-se exclusivamente no suporte e no controle dos sintomas, uma vez que não existe um tratamento antiviral específico disponível para o vírus da hepatite A (HAV).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Não existem medicamentos antivirais específicos para o tratamento da Hepatite A. Além disso, a internação hospitalar é reservada apenas para casos de insuficiência hepática aguda (hepatite fulminante), o que não é o quadro do paciente, que apresenta icterícia leve e estabilidade clínica relativa, apesar da desidratação.

Alternativa (b) Correta. O tratamento da Hepatite A é de suporte. O repouso é recomendado conforme a tolerância do paciente, e a hidratação é fundamental, especialmente neste caso, em que o paciente apresenta perdas por diarreia e vômitos, além de sinais de desidratação moderada. O controle sintomático (para náuseas, vômitos e dor) deve ser feito evitando-se drogas potencialmente hepatotóxicas.

Alternativa (c) Incorreta. Antibióticos são indicados para infecções bacterianas. Embora o paciente tenha uma lesão no pé e risco de leptospirose (outra doença comum em enchentes), a questão pede especificamente o manejo da suspeita de Hepatite A. O vírus não responde a antibióticos. "Suplementação hepática" não é uma conduta médica padronizada ou eficaz para hepatites agudas virais.

Alternativa (d) Incorreta. O uso de corticoides não é indicado na fase aguda das hepatites virais. Eles não reduzem a inflamação de forma benéfica nesse contexto e podem retardar o clareamento viral, além de predispor a infecções secundárias, não

tendo papel no manejo da Hepatite A típica.

Em resumo, diante de um quadro de Hepatite A, a conduta é expectante e de suporte, focando em garantir a hidratação e o conforto do paciente enquanto o próprio sistema imunológico elimina o vírus.

Questão 79

Esta questão exige o conhecimento sobre ofidismo (acidentes por picadas de cobras) no Brasil, especificamente em cenários de áreas rurais e alagamentos, que são frequentes na região Sul. No Brasil, o gênero *Bothrops* (jararaca, urutu, cotiara) é responsável por cerca de 90% dos acidentes ofídicos notificados.

O veneno botrópico possui três ações principais: proteolítica (inflamatória aguda), coagulante e hemorrágica. A ação proteolítica é a que causa as manifestações locais mais marcantes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Eritema difuso e prurido leve são sinais inespecíficos, mais comuns em picadas de insetos ou reações alérgicas leves. No acidente ofídico de importância clínica, a reação inflamatória local é muito mais exuberante e dolorosa.

b) Correta. Como o acidente botrópico é o mais frequente em áreas rurais e de vegetação densa, espera-se encontrar sinais da ação proteolítica do veneno. Isso inclui dor intensa de início imediato, edema endurecido, calor, rubor e, em casos moderados a graves, a evolução para necrose tecidual decorrente da destruição celular e isquemia local.

c) Incorreta. Embora a formação de bolhas (flictenas) possa ocorrer no acidente botrópico, a "coloração azulada" não é a descrição clássica ou mais esperada. A necrose e a dor intensa são sinais muito mais patognomônicos e frequentes para o diagnóstico clínico da gravidade local.

d) Incorreta. A paralisia muscular progressiva (fácies miastênica de Rosenfeld) é característica de venenos neurotóxicos, como o do gênero *Crotalus* (cascavel) ou *Micrurus* (coral verdadeira). No entanto, esses acidentes são menos frequentes e, crucialmente, cursam com quase nenhuma manifestação inflamatória no local da picada, o que contradiz o esperado para a maioria dos acidentes em áreas de mata e alagados.

Em resumo, diante da alta prevalência de acidentes por jararacas (*Bothrops*) no

interior do Rio Grande do Sul, a presença de dor intensa e a potencial evolução para necrose tecidual no local da ferida são os sinais clínicos mais esperados.

Questão 80

Este caso clínico apresenta um cenário complexo de medicina de desastres, comum após grandes inundações. O paciente apresenta sinais sugestivos de leptospirose (icterícia, febre, mialgia, histórico de contato com enchente), gastroenterite aguda (diarreia e vômitos em abrigo superlotado) e risco de tétano (lesão por metal enferrujado). No entanto, o foco da pergunta é especificamente sobre a gestão da saúde pública e a segurança no abrigo em relação ao risco de violência sexual.

Em situações de desastres naturais e deslocamentos populacionais em massa, a desorganização social, a falta de iluminação e a superlotação nos abrigos elevam drasticamente o risco de violência baseada em gênero. A proteção de grupos vulneráveis, como mulheres e adolescentes, torna-se uma prioridade de saúde pública.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A intervenção prioritária e imediata em termos de gestão de abrigos é a modificação do ambiente para reduzir riscos. Isso inclui a separação de dormitórios e banheiros por gênero, além de garantir iluminação adequada e segurança física no local. Essas medidas são ações de prevenção primária fundamentais nos protocolos de assistência humanitária e medicina de desastres para mitigar a ocorrência de agressões sexuais.

Alternativa b) Incorreta. O encaminhamento para tratamento psicológico é uma medida importante, porém secundária ou terciária. Ela foca no suporte emocional ou no tratamento após um trauma já ocorrido ou em curso. No contexto de gestão de um abrigo, o foco inicial deve ser a prevenção do evento por meio da segurança do ambiente.

Alternativa c) Incorreta. O treinamento de profissionais de saúde para identificar sinais de abuso é essencial para o diagnóstico e o manejo de casos já ocorridos (notificação e profilaxias), mas não atua na causa-raiz do problema de segurança do abrigo nem impede que novas agressões aconteçam no ambiente imediato.

Alternativa d) Incorreta. Embora a vigilância comunitária possa auxiliar, ela é menos robusta e menos prioritária do que a estruturação física do abrigo (separação por gênero) e o reforço da segurança institucional. Em situações de caos pós-desastre, medidas estruturais e organizacionais diretas são mais eficazes como primeira linha

de defesa.
