



# UNIMED

GABARITO | 2026 | PB | 60 Questões



## Gabarito: UNIMED

2026 | PB

---

1 - D	40 - B
2 - B	41 - C
3 - C	42 - B
4 - B	43 - A
5 - D	44 - A
6 - C	45 - B
7 - A	46 - B
8 - E	47 - C
9 - A	48 - B
10 - D	49 - D
11 - C	50 - B
12 - D	51 - E
13 - B	52 - E
14 - A	53 - C
15 - A	54 - B
16 - C	55 - B
17 - B	56 - E
18 - C	57 - A
19 - D	58 - B
20 - C	59 - C
21 - C	60 - C
22 - A	
23 - E	
24 - B	
25 - B	
26 - B	
27 - C	
28 - D	
29 - C	
30 - B	
31 - C	
32 - C	
33 - C	
34 - D	
35 - B	
36 - B	
37 - B	
38 - C	
39 - C	

## Comentários e Explicações

### Questão 1

A questão apresenta um caso clínico clássico de uma doença exantemática na infância, destacando elementos fundamentais para o diagnóstico diferencial. A paciente apresenta o chamado período prodrômico ou catarral, caracterizado por febre alta, tosse, coriza e conjuntivite não purulenta (fotofobia também é comum). O ponto determinante para o diagnóstico é a presença das manchas pequenas esbranquiçadas na mucosa jugal, conhecidas como Manchas de Koplik, que são sinal patognomônico do sarampo e costumam preceder o exantema em cerca de 1 a 2 dias.

O exantema do sarampo é tipicamente maculopapular, com progressão craniocaudal (começa na região retroauricular e face, descendo para o tronco e membros) e tendência à confluência, especialmente no tronco. O histórico de vacinação incompleta reforça a suspeita, dado que o sarampo é uma doença prevenível por vacina (Tríplice Viral).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O exantema súbito (roséola) ocorre tipicamente em lactentes (6 meses a 2 anos). A principal característica é a febre muito alta que desaparece subitamente (crise) logo antes do surgimento do exantema. No caso descrito, o exantema surgiu enquanto os sintomas e a febre ainda estavam presentes ou em evolução, e a presença de sintomas catarrais intensos não é típica do exantema súbito.

b) Incorreta. Na rubéola, o estado geral da criança costuma ser bom, a febre é baixa ou ausente, e os sintomas catarrais são leves. Uma marca registrada da rubéola é a presença de linfonodopatias retroauriculares, occipitais e cervicais posteriores. O exantema da rubéola é menos intenso, não costuma confluir e desaparece rapidamente (em cerca de 3 dias).

c) Incorreta. O eritema infeccioso, causado pelo Parvovírus B19, apresenta-se em três fases: a primeira é a face esbofetada (eritema malar), a segunda é o exantema rendilhado em tronco e membros, e a terceira é a recorrência do exantema com estímulos como sol ou exercício. Geralmente não apresenta o período catarral intenso (tosse/coriza/conjuntivite) observado no sarampo.

d) Correta. O quadro clínico é soberano para sarampo: febre alta, tríade catarral (tosse, coriza, conjuntivite), presença de Manchas de Koplik e exantema maculopapular de progressão craniocaudal e confluyente.

e) Incorreta. Embora a dengue cause febre e exantema, o quadro respiratório (tosse e coriza) e a conjuntivite intensa não são manifestações típicas. Além disso, a dengue não apresenta as manchas de Koplik na mucosa oral. O exantema da dengue costuma ser acompanhado de mialgia, dor retro-orbitária e artralgia.

## Questão 2

A questão descreve um quadro clássico de crise hipercianótica (ou "Tet spell") em um lactente com Tetralogia de Fallot. Essa condição é uma emergência médica decorrente do aumento súbito do shunt (desvio de sangue) da direita para a esquerda através da comunicação interventricular (CIV), reduzindo drasticamente o fluxo sanguíneo pulmonar. Isso geralmente ocorre devido ao espasmo do infundíbulo pulmonar ou à queda da resistência vascular sistêmica (provocada por choro, dor ou evacuação).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A posição supina (deitado de costas) não auxilia na reversão da crise. O uso de diuréticos é contraindicado, pois a redução da pré-carga (volume de sangue que chega ao coração) pode agravar a obstrução da via de saída do ventrículo direito e piorar o shunt direita-esquerda.

Alternativa (b) Correta. O tratamento visa aumentar a resistência vascular sistêmica e relaxar a musculatura infundibular. A posição de joelhos ao tórax (genu-peitoral) aumenta a resistência vascular sistêmica ao "dobrar" as artérias femorais, o que favorece o fluxo de sangue para os pulmões em vez da aorta. A morfina é fundamental para acalmar a criança, reduzir o drive respiratório e diminuir o tônus simpático. O oxigênio, embora tenha efeito limitado devido à obstrução mecânica, auxilia na redução da resistência vascular pulmonar. O betabloqueador (como o esmolol ou propranolol) é indicado para relaxar o espasmo infundibular.

Alternativa (c) Incorreta. A ventilação não invasiva não é a conduta inicial prioritária. O foco deve ser a manipulação hemodinâmica e a sedação. Além disso, vasodilatadores pulmonares isolados não corrigem o problema principal, que é a queda da resistência sistêmica e o espasmo infundibular.

Alternativa (d) Incorreta. A adrenalina aumenta a frequência cardíaca e a contratilidade miocárdica. Em pacientes com Fallot, o estímulo adrenérgico excessivo pode piorar o espasmo do infundíbulo pulmonar, agravando a obstrução ao fluxo sanguíneo para os pulmões e intensificando a crise.

Alternativa (e) Incorreta. A crise hipercianótica é uma situação de risco de vida. Se

não houver intervenção imediata, a hipóxia severa pode levar a síncope, convulsões, acidente vascular cerebral ou óbito. Nunca se deve adotar uma conduta expectante diante desse cenário.

### Questão 3

Análise do caso clínico:

O paciente de 3 anos apresenta sinais claros de choque séptico. Os achados de extremidades frias, tempo de enchimento capilar prolongado (maior que 4 segundos) e pulsos finos caracterizam o choque frio, que é o padrão mais comum na pediatria. O paciente já recebeu uma expansão volêmica inicial (40 mL/kg) e permanece com hipotensão, oligúria e alteração do nível de consciência, o que define um choque refratário a fluidos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora a reposição volêmica possa chegar a 60 mL/kg, aguardar a estabilização sem iniciar suporte farmacológico em um paciente com hipotensão e sinais de má perfusão grave é inadequado. O atraso no início de drogas vasoativas em pacientes que não respondem ao volume inicial aumenta significativamente a mortalidade.

Alternativa b: Incorreta. No choque séptico pediátrico, a noradrenalina é a droga de escolha para o choque quente (vasodilatado). Para o choque frio, apresentado neste caso, a adrenalina é a primeira escolha devido ao seu efeito inotrópico e vasopressor. Além disso, a antibioticoterapia deve ser iniciada imediatamente na suspeita de sepse, na primeira hora, sem aguardar resultados de exames laboratoriais como PCR ou procalcitonina.

Alternativa c: Correta. De acordo com as diretrizes internacionais (como o Surviving Sepsis Campaign para pediatria), quando o choque persiste após a administração de 40 a 60 mL/kg de cristaloides, deve-se iniciar a droga vasoativa. A adrenalina é o agente preferencial para o choque frio em crianças. O início do antibiótico de amplo espectro é fundamental e deve ser feito o mais rápido possível.

Alternativa d: Incorreta. A conduta de apenas observar e infundir volumes excessivos sem suporte inotrópico em um paciente com falência circulatória progressiva é perigosa. O excesso de fluidos sem suporte vasoativo pode levar a sobrecarga hídrica grave e edema pulmonar sem corrigir a hipotensão.

Alternativa e: Incorreta. A intubação pode ser necessária pelo rebaixamento do sensório, mas a amiodarona é um antiarrítmico sem indicação neste caso. A

taquicardia de 170 bpm é uma resposta compensatória (taquicardia sinusal) à baixa perfusão e não uma arritmia que exija tratamento medicamentoso específico.

Resumo: Diante de um choque séptico frio refratário a fluidos na criança, a conduta imediata é o início de antibioticoterapia e suporte com droga vasoativa (adrenalina).

---

#### Questão 4

Item I: Verdadeiro. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Guia Alimentar para a População Brasileira apontam que os alimentos ultraprocessados, devido ao seu alto teor calórico, ao excesso de açúcares e gorduras e ao baixo valor nutricional, são peças-chave no ambiente obesogênico que atinge a infância.

Item II: Falso. A recomendação oficial é que as refeições ocorram sem o uso de telas. O uso de televisão ou celulares durante o ato de comer distrai a criança, impedindo a percepção adequada dos sinais biológicos de saciedade e prejudicando o momento de interação social e vínculo familiar.

Item III: Verdadeiro. O sono é um importante regulador metabólico. A privação de sono causa alterações hormonais significativas, como o aumento da grelina (que estimula o apetite) e a redução da leptina (que promove a saciedade), o que favorece o balanço energético positivo e o ganho de peso.

Item IV: Verdadeiro. Como medida de prevenção à obesidade e ao sedentarismo, a orientação geral é que o tempo de tela recreativo (não escolar) não ultrapasse duas horas diárias para crianças e adolescentes. Vale lembrar que, para faixas etárias menores, as restrições são ainda mais rigorosas (zero telas para menores de 2 anos e no máximo uma hora para crianças de 2 a 5 anos).

Item V: Verdadeiro. A vulnerabilidade socioeconômica está frequentemente associada à insegurança alimentar e à dificuldade de acesso a alimentos in natura e a espaços seguros para atividade física. Nesses contextos, o consumo de ultraprocessados de baixo custo é maior, elevando o risco de desenvolvimento da obesidade.

A sequência correta é V, F, V, V, V, o que torna a alternativa (b) a resposta correta.

---

## Questão 5

Análise do caso clínico:

O quadro descrito é clássico de escabiose (sarna humana), causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. Os pontos-chave para o diagnóstico são o prurido intenso com caráter de piora noturna e a localização das lesões em áreas de pele fina e dobras (axilas, região periumbilical e espaços interdigitais). A história de que o avô também apresenta sintomas reforça o caráter infectocontagioso da patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento apenas do paciente índice é um erro comum que leva à reinfestação. Além disso, embora a ivermectina possa ser utilizada, a permetrina 5% (tópica) é considerada a primeira linha de tratamento para crianças, sendo a ivermectina reservada para casos específicos, surtos em instituições ou pacientes com contraindicação ao tópico.

Alternativa b) Incorreta. Corticoides tópicos como a hidrocortisona podem mascarar os sintomas e até exacerbar a infestação por suprimir a resposta imune local (condição conhecida como escabiose incógnita). O foco deve ser a eliminação do parasita. O prurido pode ser manejado com anti-histamínicos orais até que o tratamento escabicida faça efeito.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico da escabiose é fundamentalmente clínico. O exame parasitológico (raspado cutâneo para visualização do ácaro, ovos ou fezes) pode ser realizado para confirmação, mas sua sensibilidade é variável. Diante de uma história clínica e exame físico clássicos, o tratamento não deve ser retardado pela espera de exames complementares.

Alternativa d) Correta. A permetrina 5% aplicada do pescoço para baixo e removida após 8 a 14 horas é o tratamento de escolha. A medida de saúde pública mais importante na escabiose é o tratamento simultâneo de todos os contatos domiciliares e parceiros sexuais, mesmo que estejam assintomáticos no momento, pois o período de incubação pode durar até 6 semanas. Isso evita o ciclo de reinfestação familiar.

Alternativa e) Incorreta. Não há necessidade de um isolamento tão prolongado. A transmissibilidade da escabiose cai drasticamente após o primeiro ciclo de tratamento eficaz. Geralmente, a criança pode retornar à escola ou creche 24 horas após a primeira aplicação da permetrina.

Gabarito: Alternativa (d).

## Questão 6

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de TDAH deve ser multi-informado. Embora o relato dos pais e da escola seja fundamental, a autopercepção do adolescente também deve ser considerada durante a anamnese e o exame psíquico. O diagnóstico nunca deve ser baseado em apenas uma fonte de informação.

Alternativa b) Incorreta. Segundo os critérios do DSM-5, vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem estar presentes antes dos 12 anos de idade. O surgimento de sintomas apenas após essa idade sugere a necessidade de investigar outros diagnósticos diferenciais.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico de TDAH é clínico e exige a exclusão de outras condições que podem mimetizar o quadro. A privação de sono e o uso excessivo de telas (comum em adolescentes) podem causar desatenção e irritabilidade. Além disso, o TDAH apresenta altas taxas de comorbidade com transtornos de ansiedade e depressão, que devem ser investigados sistematicamente para o manejo adequado.

Alternativa d) Incorreta. As dificuldades escolares são evidências de prejuízo funcional, o que é um critério essencial para o diagnóstico de TDAH. Em vez de evitar o diagnóstico, essas dificuldades devem ser investigadas para verificar se são decorrentes do TDAH ou de transtornos específicos de aprendizagem (como dislexia).

Alternativa e) Incorreta. As escalas comportamentais são ferramentas complementares úteis para triagem e monitoramento de sintomas, mas não possuem valor diagnóstico isolado. O diagnóstico de TDAH é soberanamente clínico, baseado na história detalhada e na observação direta do paciente.

Gabarito: Letra (c).

---

## Questão 7

O quadro clínico apresentado descreve uma criança com sinais claros de falência medular, infiltração óssea e sintomas constitucionais. Em pediatria, a principal suspeita diante dessa combinação (dor óssea, palidez, equimoses e perda de peso) é a Leucemia Linfóide Aguda (LLA), que é a neoplasia mais comum nessa faixa etária.

Alternativa (a): Correta. A tríade de sinais de insuficiência medular (palidez por anemia e equimoses por trombocitopenia) associada à dor óssea (causada pela expansão da medula pelos blastos) é altamente sugestiva de leucemia ou outras doenças linfoproliferativas. A dor que desperta a criança à noite e a perda de peso

reforçam o caráter maligno do quadro.

Alternativa (b): Incorreta. A dor de crescimento é tipicamente benigna, ocorre no fim do dia ou à noite, é bilateral, não causa claudicação e não é acompanhada de sintomas sistêmicos. Dor óssea persistente que acorda a criança ou que é acompanhada de palidez e manchas roxas é um sinal de alerta ("red flag") e exige investigação rigorosa, nunca sendo considerada normal.

Alternativa (c): Incorreta. No contexto clínico de uma criança com múltiplas queixas, a irritabilidade e a perda de peso não podem ser desconsideradas. Elas compõem os sintomas constitucionais que frequentemente acompanham neoplasias malignas e processos inflamatórios graves.

Alternativa (d): Incorreta. Embora a anemia carencial cause palidez, ela não justifica o aparecimento de equimoses (que sugerem baixa contagem de plaquetas) nem a dor óssea que desperta a criança. A suplementação empírica de ferro diante de sinais de infiltração medular é um erro grave que retarda o diagnóstico oncológico.

Alternativa (e): Incorreta. A sudorese noturna, especialmente quando é intensa a ponto de molhar a roupa de cama, é um sintoma sistêmico importante. Ela faz parte dos sinais de alerta para doenças malignas, como linfomas e leucemias, refletindo a liberação de citocinas inflamatórias pelo processo neoplásico.

---

## Questão 8

Análise detalhada das afirmativas:

Item I. Verdadeiro. O aleitamento materno é um fator protetor amplamente documentado na literatura contra infecções agudas, como otites e infecções do trato respiratório, além de reduzir drasticamente a incidência de enterocolite necrosante em prematuros. Também está associado à redução do risco de síndrome da morte súbita do lactente devido a mecanismos que envolvem melhor controle do despertar e proteção contra infecções.

Item II. Verdadeiro. No Brasil, o Ministério da Saúde estabelece que a infecção por HIV é uma contraindicação absoluta ao aleitamento, devendo-se oferecer fórmula infantil e inibição da lactação. A galactosemia clássica é uma doença metabólica rara em que o bebê não processa a galactose, tornando o leite materno tóxico para ele, o que também configura uma contraindicação absoluta. Outra contraindicação no Brasil é a infecção pelos vírus HTLV-1 e 2.

Item III. Falso. Houve uma inversão de conceitos. O leite anterior (foremilk), liberado

no início da mamada, é mais rico em água e lactose, servindo principalmente para hidratar o bebê. O leite posterior (hindmilk), liberado ao final da mamada, é significativamente mais rico em gorduras e proteínas, sendo o principal responsável pela saciedade e pelo ganho de peso do lactente.

Item IV. Verdadeiro. Os sinais clássicos de uma pega adequada incluem: boca bem aberta, lábios evertidos (boca de peixinho), queixo encostado na mama, mais aréola visível acima da boca do bebê do que abaixo (pega assimétrica) e bochechas arredondadas. A sucção deve ser lenta e profunda, intercalada com pausas e deglutição visível ou audível.

Item V. Falso. A ordenha completa antes de cada mamada não é recomendada e pode até estimular uma hiperprodução indesejada ou dificultar a dinâmica da amamentação. Para prevenir fissuras, o fundamental é garantir a técnica de pega correta. A ordenha manual é indicada apenas de forma parcial e breve, caso a aréola esteja muito tensa (ingurgitada), para amaciá-la e facilitar a pega do bebê.

Conclusão: A sequência correta é V, V, F, V, F, o que corresponde à alternativa (e).

---

## Questão 9

### ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO

O paciente é uma criança de 7 anos apresentando uma crise de asma grave, caracterizada clinicamente por hipoxemia importante (SatO<sub>2</sub> 84%), taquipneia (50 irpm), uso de musculatura acessória (tiragens importantes) e sinal de gravidade extrema, que é o pulso paradoxal (queda da pressão arterial sistólica maior que 10 mmHg durante a inspiração).

O quadro é definido como asma aguda grave ou estado de mal asmático, uma vez que não houve resposta clínica após a conduta inicial padrão (oxigênio, 1 hora de beta-2 agonista de curta duração contínuo e corticoide sistêmico). Diante da refratariedade inicial, é necessário escalonar o tratamento farmacológico antes de medidas invasivas.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Sulfato de magnésio EV (CORRETA): Esta é a conduta padrão recomendada pelos principais protocolos nacionais e internacionais (como o GINA e o PALS) para casos de asma grave que não respondem ao tratamento inicial. O magnésio atua bloqueando os canais de cálcio na musculatura lisa brônquica, promovendo broncodilatação e auxiliando na redução das taxas de internação hospitalar e da

necessidade de ventilação mecânica.

b) Antibiótico: Incorreta. As crises de asma são geralmente desencadeadas por infecções virais ou exposição a alérgenos. O uso de antibióticos não está indicado de rotina, devendo ser reservado apenas se houver evidência clara de infecção bacteriana secundária, como pneumonia documentada por imagem ou febre persistente com foco definido, o que não é descrito no caso.

c) Intubação imediata: Incorreta. Embora o paciente esteja grave, a intubação na asma é um procedimento de exceção e alto risco, devido à hiperinsuflação dinâmica e ao risco de colapso cardiovascular e barotrauma (pneumotórax). Deve ser reservada para casos de parada respiratória iminente, rebaixamento do nível de consciência ou fadiga extrema que não respondeu a todas as terapias medicamentosas e à ventilação não invasiva. O sulfato de magnésio deve ser tentado antes.

d) Adicionar teofilina: Incorreta. As metilxantinas (como teofilina ou aminofilina) são consideradas drogas de terceira linha no tratamento da asma aguda. Possuem uma janela terapêutica estreita e alto risco de toxicidade (arritmias, vômitos, convulsões), sendo menos eficazes e menos seguras que o sulfato de magnésio nesta fase do atendimento.

e) Nebulização com adrenalina: Incorreta. A adrenalina inalada é utilizada no tratamento de obstruções das vias aéreas superiores, como a laringite estridulosa (crupe). Na asma, a obstrução é da via aérea inferior. Embora a adrenalina por via intramuscular ou subcutânea possa ser usada em situações de anafilaxia ou como último recurso na asma grave, a nebulização não é a via de escolha para essa patologia.

---

## Questão 10

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma criança de 9 anos (idade escolar) com sintomas respiratórios de evolução subaguda (10 dias). Os pontos fundamentais para o diagnóstico são: a presença de tosse seca persistente, sintomas sistêmicos como cefaleia e febre baixa, e a chamada dissociação clínico-radiológica. Esta dissociação ocorre quando o exame físico pulmonar é pobre (murmúrio vesicular preservado e poucos estertores), mas a radiografia de tórax revela um comprometimento significativo (infiltrado intersticial difuso). Esse conjunto de achados é patognomônico da pneumonia atípica.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Incorreta. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente da pneumonia bacteriana típica. O quadro clínico típico costuma ser de início agudo, com febre alta, calafrios, tosse produtiva e dor torácica pleurítica. Radiologicamente, manifesta-se como consolidação lobar ou segmentar, e não como infiltrado intersticial difuso.
- b) Incorreta. A infecção por *Pneumocystis jirovecii* (pneumocistose) ocorre quase exclusivamente em pacientes com imunodeficiências graves, como portadores de HIV com baixa contagem de CD4 ou pacientes em quimioterapia. Embora o padrão radiológico possa ser intersticial, a história clínica de uma criança previamente saudável de 9 anos direciona o diagnóstico para outros agentes.
- c) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* é um agente de pneumonia bacteriana típica. Assim como o pneumococo, causa quadros de consolidação radiológica e sintomas agudos. Além disso, sua incidência em crianças diminuiu significativamente após a introdução da vacina conjugada no calendário infantil.
- d) Correta. O *Mycoplasma pneumoniae* é o agente etiológico mais comum das pneumonias atípicas em crianças em idade escolar e adolescentes. A apresentação com tosse seca, cefaleia e infiltrado intersticial é clássica deste patógeno. Como o *Mycoplasma* não possui parede celular (é um organismo pleomórfico), ele é naturalmente resistente aos betalactâmicos (como amoxicilina). O tratamento de escolha deve ser feito com macrolídeos (azitromicina, claritromicina ou eritromicina), que agem na síntese proteica bacteriana.
- e) Incorreta. O *Staphylococcus aureus* causa uma pneumonia bacteriana extremamente grave e de rápida progressão, comum após quadros gripais (como influenza). É frequente a formação de complicações como pneumatoceles, abscessos e derrame pleural (piotórax), o que não condiz com a estabilidade clínica e o padrão radiológico intersticial da paciente em questão.

---

### Questão 11

#### CONCEITOS INICIAIS

O quadro clínico descrito, que inclui diarreia com sangue (hematoquezia), febre alta (39 °C), dor abdominal, tenesmo e prostração, define a síndrome disentérica. Em pediatria, a causa bacteriana mais comum de disenteria é a bactéria do gênero *Shigella*. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Manual de Manejo da Doença Diarreica) e da estratégia AIDPI, toda criança com disenteria deve receber tratamento antimicrobiano empírico imediato. O objetivo é reduzir a duração da

doença, o risco de complicações e a disseminação do agente.

#### ANALISANDO AS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta. A expansão rápida com soro fisiológico a 0,9% é indicada para casos de desidratação grave com sinais claros de choque. Na questão, a criança apresenta tempo de enchimento capilar normal (2 segundos) e PA normal, sugerindo que, embora precise de atenção, não está em choque descompensado imediato. Além disso, o albendazol é um medicamento para helmintos (vermes) e não possui eficácia contra a disenteria bacteriana.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a coprocultura possa ser solicitada em casos graves ou internados, o tratamento antibiótico na disenteria não deve ser retardado à espera de resultados laboratoriais. O início deve ser imediato e empírico devido à gravidade potencial do quadro causado pela *Shigella*, como a síndrome hemolítico-urêmica.

Alternativa (c) Correta. Conforme as recomendações atuais do Ministério da Saúde para o manejo da diarreia bacteriana, o tratamento de escolha para a *Shigella* (agente mais provável) deve ser feito com antibióticos. A azitromicina (10 a 12 mg/kg no primeiro dia, seguida de 5 a 6 mg/kg por mais 4 dias, ou esquemas de 3 dias conforme protocolos locais) ou o ciprofloxacino são as opções de primeira linha. A alternativa reflete a conduta preconizada para o controle da disenteria em nível de atenção básica e hospitalar.

Alternativa (d) Incorreta. A presença de febre alta, sangue nas fezes e prostração (toxemia) é altamente sugestiva de etiologia bacteriana invasiva. Quadros virais costumam causar diarreia aquosa e, quando há sangue, raramente apresentam esse grau de comprometimento sistêmico e febre tão elevada. O SRO é essencial, mas, neste caso, o antibiótico é obrigatório.

Alternativa (e) Incorreta. O metronidazol é utilizado para tratar a amebíase (*Entamoeba histolytica*). A disenteria amebiana é muito menos comum que a bacteriana em crianças dessa faixa etária e geralmente apresenta um quadro clínico mais arrastado, com febre baixa ou ausente. O tratamento para amebas só deve ser iniciado se não houver resposta ao tratamento para *Shigella* ou se houver confirmação laboratorial.

Gabarito: Letra (c).

---

## Questão 12

Afirmiação I: Verdadeira. Em lactentes (bebês com menos de 1 ano), a anatomia abdominal é mais frágil e o fígado é proporcionalmente maior, o que contraindica a manobra de Heimlich pelo risco de lesões internas graves. A técnica padrão permanece sendo a aplicação de 5 golpes no dorso (região interescapular) com o bebê em declive, alternados com 5 compressões torácicas na linha intermamilar, utilizando dois dedos.

Afirmiação II: Verdadeira. Assim que uma vítima de obstrução de via aérea por corpo estranho (OVACE) perde a consciência, o protocolo de desobstrução é interrompido e inicia-se imediatamente a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). As compressões torácicas da RCP, além de manterem a circulação, geram pressões intratorácicas que podem ser mais eficazes que as manobras manuais para expelir o objeto. A única modificação é que, ao abrir a via aérea para ventilar, o socorrista deve verificar se o objeto está visível na boca e retirá-lo, mas nunca realizar a varredura às cegas.

Afirmiação III: Falsa. Para crianças acima de 1 ano, a manobra de compressão abdominal (Heimlich) é a técnica de escolha e a mais enfatizada pela AHA. No entanto, a afirmação está incorreta ao dizer que os tapas nas costas "não devem ser realizados" de forma absoluta ou "exclusivamente". Diretrizes internacionais, como as do ILCOR (nas quais a AHA se baseia), reconhecem que uma combinação de manobras (golpes nas costas e compressões) pode ser utilizada se uma técnica isolada não for eficaz. O erro da alternativa reside no caráter de exclusividade.

Afirmiação IV: Falsa. As diretrizes de Suporte Básico de Vida (SBV) da AHA para pediatria orientam que, se o socorrista estiver sozinho e o colapso for por asfixia/hipóxia (como no engasgo), ele deve realizar cerca de 2 minutos de RCP antes de deixar a vítima para chamar ajuda (caso não tenha um telefone celular à mão). A redação da alternativa simplifica incorretamente a sequência de prioridades e o tempo de intervenção antes do acionamento do serviço de emergência.

Afirmiação V: Verdadeira. Todo paciente que sofreu uma obstrução grave de via aérea e foi submetido a manobras de desobstrução deve ser avaliado por um médico. Isso é necessário para descartar complicações decorrentes das próprias manobras (como roturas viscerais ou fraturas) e para garantir que não existam resíduos do corpo estranho nos pulmões, que poderiam causar complicações posteriores, como infecções ou atelectasias.

Gabarito: Alternativa (d).

### Questão 13

#### ANÁLISE DOS ITENS E ASSOCIAÇÃO:

(III) Fluxo Papilar: A primeira descrição refere-se ao derrame papilar patológico. Para ser considerado suspeito, ele deve ser espontâneo (surge sem expressão), unilateral, originar-se de um único ducto (uniductal) e apresentar aspecto serossanguinolento (hemático) ou hialino ("água de rocha").

(II) Nódulos: Nódulos são massas que podem ser detectadas tanto no exame clínico (palpação) quanto em exames de imagem. A conduta é guiada pela classificação BI-RADS, na qual lesões de categoria 2 (benignas) permitem apenas o controle de rotina, enquanto as categorias 4 e 5 indicam a necessidade de biópsia devido ao risco de malignidade.

(I) Lesões Não Palpáveis (LNP): São alterações identificadas exclusivamente por métodos de imagem (mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética), sem tradução clínica ao exame físico. Podem se manifestar como microcalcificações, assimetrias ou pequenos nódulos não palpáveis.

(IV) Distorção Arquitetural: Este achado radiológico caracteriza-se por linhas que convergem para um ponto, sem uma massa central definida. Após cirurgias mamárias, é um achado comum e benigno (cicatriz). No entanto, em mamas não operadas, é um sinal clássico de malignidade, classificado como BI-RADS 4, exigindo investigação imediata.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A sequência correta da associação é III - II - I - IV.

- a) Incorreta. Propõe que Lesões Não Palpáveis seriam descritas como fluxo papilar e que Fluxo Papilar seria descrito como lesão não palpável.
- b) Correta. Correlaciona adequadamente o fluxo papilar patológico, a conduta frente aos nódulos, a definição de lesões não palpáveis e o significado clínico da distorção arquitetural.
- c) Incorreta. Inverte completamente as definições, atribuindo a descrição de fluxo papilar à distorção arquitetural.
- d) Incorreta. Relaciona incorretamente as lesões não palpáveis com a descrição de nódulos que podem ser identificados no exame clínico.
- e) Incorreta. Associa nódulos à descrição específica de fluxo papilar patológico.

GABARITO: Letra (b).

## Questão 14

Esta questão exige o conhecimento das características biológicas e moleculares do papilomavírus humano (HPV), um vírus de DNA fundamental na patogênese do câncer do colo uterino.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA: O HPV não é um vírus de RNA. Ele é um vírus de DNA de fita dupla circular, composto por aproximadamente 8.000 pares de bases. Esta é uma distinção básica e fundamental na virologia. Os vírus que possuem RNA como material genético são de outras famílias, como os retrovírus (HIV) ou os vírus da hepatite C. Por solicitar a alternativa incorreta, esta é a resposta da questão.

b) CORRETA: O genoma do HPV é funcionalmente dividido em três regiões: a região precoce ou inicial (E - Early), que codifica proteínas responsáveis pela replicação, transcrição e transformação celular (E1 a E7); a região tardia (L - Late), que codifica as proteínas estruturais do capsídeo (L1 e L2); e uma região não codificante chamada LCR (Long Control Region).

c) CORRETA: Em infecções benignas ou produtivas, o DNA do HPV geralmente permanece de forma livre no núcleo da célula hospedeira, sem se misturar ao material genético humano, o que chamamos de forma episomal. No entanto, o vírus tem a capacidade de se integrar ao DNA da célula do hospedeiro, processo frequentemente associado à progressão para neoplasias malignas.

d) CORRETA: A integração do DNA viral ao genoma da célula hospedeira é um evento crucial para a carcinogênese. Geralmente, ocorre uma ruptura do anel de DNA viral no gene E2. Como a proteína E2 tem a função de controlar (reprimir) a expressão dos oncogenes E6 e E7, a sua interrupção leva à superexpressão dessas oncoproteínas, que degradam as proteínas supressoras de tumor p53 e pRb, respectivamente.

e) CORRETA: O HPV é classificado clinicamente com base no seu potencial oncogênico. Os tipos de baixo risco (como 6 e 11) estão associados a lesões benignas e verrugas genitais (condilomas). Os tipos de alto risco (como 16 e 18) estão fortemente associados ao desenvolvimento de lesões precursoras de alto grau e câncer invasivo, especialmente no colo do útero, orofaringe, ânus e vulva.

## Questão 15

A questão exige o conhecimento das características técnicas e mecanismos de ação de diferentes métodos contraceptivos. Vamos analisar cada descrição para realizar a associação correta:

Primeira lacuna: (IV) Implantes subdérmicos. A descrição refere-se a bastões flexíveis inseridos no tecido subcutâneo do braço que liberam progesterona de forma contínua. É um método de longa ação (LARC) com alta eficácia.

Segunda lacuna: (II) Pílulas somente com progesterona. Também conhecidas como minipílulas, elas agem principalmente tornando o muco cervical espesso e hostil aos espermatozoides. Por não conterem estrogênio, são a escolha ideal para mulheres que estão amamentando, já que o estrogênio pode interferir na produção de leite. O uso deve ser diário, sem intervalos entre as cartelas.

Terceira lacuna: (I) Contraceptivos orais combinados. A característica definidora é a presença de dois hormônios: um estrogênio (geralmente etinilestradiol) e um progesterona. Eles atuam inibindo o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, o que impede a ovulação.

Quarta lacuna: (III) Dispositivos intrauterinos (DIU). A descrição foca na forma e localização do método: um dispositivo inserido na cavidade uterina. Existem modelos não hormonais (cobre) e hormonais (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel).

A associação correta resulta na sequência IV - II - I - III.

Análise das alternativas:

- a) Correta. Apresenta exatamente a sequência identificada na análise das descrições.
- b) Incorreta. Inicia a sequência de forma errada e inclui um item V que sequer existe na lista de opções dada pela questão.
- c) Incorreta. Troca a ordem entre as pílulas combinadas e as de progesterona isolado, invertendo os itens I e II.
- d) Incorreta. Atribui a descrição do implante subdérmico (bastão no braço) aos contraceptivos orais combinados, o que é um erro conceitual anatômico.
- e) Incorreta. Sugere que o DIU seria um bastão colocado sob a pele do braço, o que está incorreto.

## Questão 16

Para compreender a questão sobre Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), vamos analisar cada uma das sentenças individualmente:

Sentença I: Incorreta. Embora o prolapso seja de fato mais prevalente em idades avançadas (devido ao hipoestrogenismo da menopausa e ao envelhecimento dos tecidos), ele não apresenta associação com a cesariana. Pelo contrário, o parto vaginal é o principal fator de risco obstétrico para o desenvolvimento de POP. A cesariana é frequentemente citada na literatura como um fator protetor quando comparada ao parto normal, embora a gestação em si já exerça pressão sobre o assoalho pélvico.

Sentença II: Correta. O diagnóstico do prolapso genital é eminentemente clínico, baseado na anamnese e no exame físico detalhado. A avaliação em posição ginecológica é o padrão, mas a posição ortostática (em pé) é uma manobra recomendada para visualizar o grau máximo de exteriorização do prolapso que a paciente apresenta no dia a dia. A manobra de Valsalva (esforço abdominal) é indispensável para provocar a descida dos órgãos pélvicos durante o exame.

Sentença III: Correta. Os fatores de risco para POP são multifatoriais. A idade avançada (especialmente acima dos 60 anos) contribui pela perda de elasticidade e colágeno. A multiparidade, especificamente de partos vaginais, causa trauma cumulativo na fásia endopélvica e nos músculos elevadores do ânus. Além disso, qualquer condição que gere aumento crônico da pressão intra-abdominal, como obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica (tosse crônica) e constipação intestinal, predispõe à falha dos mecanismos de suporte.

Sentença IV: Incorreta. O tratamento é, em regra, indicado para pacientes sintomáticas, uma vez que achados de exames físicos em mulheres assintomáticas podem ser apenas variações do normal. No entanto, o tratamento não deve ser "sempre cirúrgico". Existem opções conservadoras muito importantes, como o manejo comportamental, a fisioterapia pélvica para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e o uso de pessários vaginais (dispositivos de silicone inseridos na vagina para suporte mecânico), indicados para mulheres que não podem ou não desejam operar.

Análise das alternativas:

Como apenas as sentenças II e III estão corretas, a alternativa que preenche os requisitos da questão é a letra (c).

## Questão 17

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o conceito de "janela de oportunidade" na terapia hormonal (TH) do climatério. Esse conceito estabelece que o início da TH é mais seguro e eficaz quando ocorre próximo à menopausa, geralmente em mulheres com menos de 60 anos ou com menos de 10 anos de pós-menopausa. O objetivo é identificar a alternativa incorreta.

Alternativa a) Correta. O efeito do estrogênio no sistema cardiovascular depende do estado prévio das artérias. Em mulheres com mais de 10 anos de pós-menopausa, é provável que já existam placas ateroscleróticas avançadas. Nessas condições, o estrogênio pode causar instabilidade da placa e aumentar o risco de eventos trombóticos, em vez de oferecer proteção.

Alternativa b) Incorreta. Esta é a alternativa que deve ser assinalada. Embora a menopausa seja definida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia, a terapia hormonal pode e deve ser iniciada ainda na transição menopausal (perimenopausa) se a paciente apresentar sintomas vasomotores (fogachos) que prejudiquem sua qualidade de vida. Não é necessário aguardar o critério de 12 meses para intervir terapêuticamente.

Alternativa c) Correta. A TH é uma das intervenções mais eficazes para prevenir a perda de massa óssea decorrente da queda estrogênica. Estudos demonstram que ela reduz significativamente o risco de fraturas vertebrais, de quadril e não vertebrais, mesmo em mulheres que não possuem diagnóstico prévio de osteoporose, mas apresentam risco elevado.

Alternativa d) Correta. Iniciar a TH fora da janela de oportunidade (após os 60 anos ou 10 anos de menopausa) está associado a uma perda do benefício cardiovascular. Nessas pacientes, os estudos observaram um aumento no risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e uma ausência de redução na mortalidade geral, tornando a relação risco-benefício desfavorável.

Alternativa e) Correta. O uso de estrogênio isolado em mulheres com útero provoca a proliferação excessiva do endométrio, aumentando o risco de hiperplasia e câncer de endométrio. Portanto, é obrigatório associar um progestagênio (ou usar um modulador seletivo do receptor de estrogênio, como o bazedoxifeno) para promover a proteção endometrial através da oposição ao efeito estrogênico.

Gabarito: Letra (b).

## Questão 18

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma das endocrinopatias mais comuns em mulheres em idade reprodutiva, sendo caracterizada por uma disfunção ovulatória e hiperandrogenismo. Abaixo, analiso cada uma das sentenças para justificar o gabarito.

**SENTENÇA 1 (VERDADEIRA):** Na SOP, há um aumento da produção de androgênios pelas células da teca ovariana, estimuladas pelo LH. Esse excesso de androgênios locais impede o desenvolvimento folicular normal, levando à anovulação crônica. A anovulação, por sua vez, resulta na ausência de produção de progesterona (que ocorreria após a ovulação pelo corpo lúteo). Sem a progesterona para contrapor o estrogênio, o endométrio sofre um estímulo proliferativo persistente, o que causa instabilidade e inadequação endometrial, aumentando o risco de hiperplasia.

**SENTENÇA 2 (VERDADEIRA):** A irregularidade menstrual (geralmente oligomenorreia, que são ciclos com intervalos superiores a 35 dias, ou amenorreia) e os sinais clínicos de excesso de androgênios (como o hirsutismo, que é o excesso de pelos em locais tipicamente masculinos) são os pilares da suspeita clínica. Estes compõem os critérios de Rotterdam, amplamente utilizados para o diagnóstico.

**SENTENÇA 3 (FALSA):** O hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial) não é exclusivo da SOP. O diagnóstico de SOP é de exclusão. Diversas outras condições podem apresentar quadros semelhantes e devem ser descartadas, como a hiperplasia adrenal congênita (forma não clássica), tumores ovarianos ou adrenais produtores de androgênios, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia e disfunções tireoidianas.

**SENTENÇA 4 (VERDADEIRA):** Nos primeiros anos após a menarca (primeira menstruação), a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é comum, o que frequentemente resulta em ciclos irregulares e ovários de aspecto multifolicular ao ultrassom, que podem ser confundidos com o padrão de SOP. Por isso, consensos internacionais recomendam não utilizar o critério ultrassonográfico para diagnóstico de SOP em adolescentes (até 8 anos após a menarca), priorizando o hiperandrogenismo clínico e laboratorial associado à oligomenorreia persistente.

**SENTENÇA 5 (VERDADEIRA):** O exame físico minucioso é fundamental para identificar o hiperandrogenismo clínico. A acne (especialmente a de difícil tratamento ou que persiste na idade adulta) e o hirsutismo (avaliado geralmente pela escala de Ferriman-Gallwey) são sinais diretos da ação excessiva de androgênios nos tecidos periféricos, auxiliando no fechamento do diagnóstico conforme os critérios vigentes.

A sequência correta, portanto, é V - V - F - V - V.

Alternativa Correta: Letra (c).

### Questão 19

Para compreendermos a questão, vamos analisar cada uma das sentenças individualmente, fundamentando-as com os protocolos atuais de obstetrícia e neonatologia:

Sentença I (Incorreta): A definição de parto pré-termo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as principais diretrizes nacionais (FEBRASGO), é aquele que ocorre entre 20 ou 22 semanas até 36 semanas e 6 dias de gestação. Portanto, o limite é abaixo de 37 semanas completas, e não 36 semanas como afirmado.

Sentença II (Correta): A tocólise (inibição do trabalho de parto) tem como objetivo principal ganhar tempo para a administração de corticoides para maturação pulmonar fetal e para o transporte da gestante para um centro de referência. Ela é contraindicada quando a manutenção da gestação representa um risco maior que a prematuridade. São contraindicações clássicas: corioamnionite (infecção ovular), instabilidade hemodinâmica materna (sangramentos graves, como descolamento prematuro de placenta), sofrimento fetal agudo (vitalidade alterada), malformações incompatíveis com a vida e quadros de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, onde o parto é a solução definitiva.

Sentença III (Incorreta): A recomendação habitual para a tocólise é para gestações entre 24 e 34 semanas. Após 34 semanas, os riscos da inibição costumam superar os benefícios, pois a maturidade pulmonar já é mais provável e os efeitos colaterais das drogas são significativos. Além disso, o salbutamol (betamimético) não é mais a primeira escolha devido aos seus diversos efeitos colaterais maternos (taquicardia, edema agudo de pulmão). Atualmente, a nifedipina (bloqueador de canais de cálcio) ou o atosiban (antagonista da ocitocina) são as drogas de primeira linha.

Sentença IV (Incorreta): A pesquisa ou a profilaxia para o estreptococo do grupo B (EGB) é mandatória em casos de trabalho de parto prematuro. Se a gestante entra em trabalho de parto pré-termo e o status de colonização é desconhecido, deve-se iniciar a antibioticoterapia profilática para reduzir o risco de sepse neonatal precoce. A coleta do \*swab\* não aumenta o risco de sepse; pelo contrário, o objetivo é identificar e tratar para prevenir a infecção.

Sentença V (Correta): O sulfato de magnésio é amplamente utilizado na obstetrícia moderna com a finalidade de neuroproteção fetal em gestantes com risco de parto iminente abaixo de 32 semanas de idade gestacional. Estudos comprovam que sua administração reduz significativamente a incidência de paralisia cerebral e

disfunções motoras graves no recém-nascido prematuro. Ele é indicado justamente quando a tocólise falha ou quando o parto é inevitável por outros motivos.

Análise das alternativas:

Como as sentenças II e V estão corretas, a alternativa que as engloba é a letra (d).

---

## Questão 20

As hemorragias da segunda metade da gestação são temas fundamentais na obstetrícia. Para resolver a questão, devemos identificar as características clínicas patognomônicas de cada patologia.

Associação dos itens:

Primeiro parêntese (IV - Rotura de Vasa Prévia): A descrição aponta para o sangramento de origem fetal que ocorre imediatamente após a ruptura das membranas (espontânea ou amniotomia). Como o sangue perdido é do feto e não da mãe, ocorre sofrimento fetal agudo (desaceleração grave) e alta taxa de mortalidade perinatal, enquanto a mãe permanece hemodinamicamente estável.

Segundo parêntese (III - Placenta Prévia): Esta é a descrição clássica da placenta prévia. O sangramento é caracterizado por ser indolor, de cor vermelho-vivo, com episódios que começam e param subitamente, tendendo a ser recorrente e progressivo em volume. O diagnóstico é confirmado preferencialmente pela ultrassonografia transvaginal, que localiza a placenta em relação ao orifício interno do colo.

Terceiro parêntese (I - Descolamento Prematuro de Placenta - DPP): O quadro clínico típico do DPP envolve dor abdominal súbita e intensa, associada a sangramento vaginal (geralmente escurecido) e, principalmente, à hipertonia uterina (útero lenhoso). O comprometimento fetal é frequente devido à redução da perfusão placentária.

Quarto parêntese (II - Rotura Uterina): O quadro descreve a evolução da iminência de rotura para a rotura consumada. Os sinais de Bandl (distensão do segmento inferior) e Frommel (estiramento dos ligamentos redondos) indicam iminência. Quando ocorre a rotura, a dor lancinante pode dar lugar a uma "calmaria" temporária com parada das contrações, seguida de choque materno, subida da apresentação fetal (Sinal de Reagens) e palpação de partes fetais fora do útero.

A sequência correta é IV - III - I - II.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Sugere que o primeiro item (Vasa Prévia) seria DPP e o segundo seria Rotura Uterina, o que não condiz com os sinais clínicos descritos.
- b) Incorreta. Inverte a ordem das patologias, não relacionando corretamente o sangramento pós-amniorrexe com a vasa prévia.
- c) CORRETA. Apresenta a sequência exata das descrições clínicas: IV (Vasa Prévia), III (Placenta Prévia), I (DPP) e II (Rotura Uterina).
- d) Incorreta. Inicia com a Rotura Uterina no primeiro item, mas a descrição de sangramento após ruptura de bolsa com alta mortalidade fetal é específica da vasa prévia.
- e) Incorreta. Embora identifique corretamente a vasa prévia como o primeiro item, confunde as características da rotura uterina com a placenta prévia nos itens subsequentes.

Gabarito: Alternativa C.

---

## Questão 21

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

ALTERNATIVA A (CORRETA): A circunferência abdominal (CA) fetal é considerada o parâmetro biométrico mais sensível para avaliar o crescimento fetal em gestações complicadas pelo diabetes. Como o excesso de glicose materna atravessa a placenta e estimula a produção de insulina pelo feto, ocorre um aumento do depósito de gordura subcutânea e do volume do fígado (visceromegalia). Uma CA igual ou superior ao percentil 75 é um marcador precoce de que o feto está sob efeito do hiperinsulinismo, alertando para o risco de macrossomia.

ALTERNATIVA B (CORRETA): Os corticosteroides (como betametasona ou dexametasona), utilizados para a maturação pulmonar fetal em casos de risco de parto prematuro, têm um potente efeito hiperglicemiante. Eles aumentam a resistência periférica à insulina e a produção de glicose pelo fígado. Em gestantes diabéticas, especialmente aquelas com controle inadequado ou tipo 1, esse uso pode precipitar quadros graves de descompensação metabólica, incluindo a cetoacidose diabética, exigindo monitoramento hospitalar e ajuste de doses de insulina.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): Esta alternativa está incorreta porque a prática de exercícios físicos é, na verdade, uma recomendação fundamental no manejo do diabetes gestacional e pré-gestacional. A atividade física de intensidade leve a moderada aumenta a captação de glicose pelo músculo esquelético e melhora a sensibilidade à insulina, auxiliando no controle das glicemias capilares. Ela só deve

ser evitada em pacientes com contraindicações obstétricas (como risco de parto prematuro, placenta prévia sangrante ou pré-eclâmpsia grave). Como a questão pede a alternativa incorreta, esta é a resposta.

ALTERNATIVA D (CORRETA): A macrosomia fetal, definida pela maioria dos consensos como peso fetal superior a 4.000 g, é a complicação clássica do diabetes na gestação. Ela ocorre principalmente no segundo e terceiro trimestres, período em que o anabolismo fetal é mais intenso e o feto responde à hiperglicemia materna com hiperinsulinismo, resultando em crescimento excessivo de tecidos moles e órgãos.

ALTERNATIVA E (CORRETA): A vigilância da vitalidade fetal é obrigatória no acompanhamento de gestantes diabéticas devido ao risco aumentado de óbito fetal intrauterino. O mobilograma (contagem de movimentos fetais) é o método de triagem clínica mais simples e acessível. As diretrizes recomendam que a gestante seja orientada a realizar essa contagem diariamente a partir da 28ª semana (início do terceiro trimestre), buscando identificar reduções na movimentação que possam sugerir hipóxia ou comprometimento fetal.

GABARITO: C.

---

## Questão 22

Alternativa a) CORRETA. De acordo com os consensos mais recentes, como os da FEBRASGO e do ACOG, a pré-eclâmpsia (PE) é definida como a hipertensão arterial (pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 90 mmHg) identificada após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Embora a proteinúria seja o achado clássico, o diagnóstico de PE pode ser firmado mesmo na ausência dela, desde que a hipertensão venha acompanhada de sinais de disfunção de órgãos-alvo (como insuficiência renal, alteração hepática, complicações neurológicas ou hematológicas) ou disfunção placentária (como a restrição de crescimento fetal).

Alternativa b) INCORRETA. A alternativa comete um erro técnico ao descrever os valores de pressão arterial. A pré-eclâmpsia com sinais de gravidade é caracterizada por níveis pressóricos elevados (geralmente pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou diastólica maior ou igual a 110 mmHg) ou pela presença de lesão de órgão-alvo, como a síndrome HELLP, edema agudo de pulmão e iminência de eclâmpsia. Dizer que a PA sistólica é menor ou igual a 140 mmHg e a diastólica menor ou igual a 90 mmHg descreve uma paciente normotensa ou com hipertensão leve, o que contradiz a classificação de gravidade proposta.

Alternativa c) INCORRETA. Na síndrome HELLP (caracterizada por Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas e Baixas plaquetas), não existe uma ordem cronológica obrigatória para o surgimento das alterações laboratoriais. A trombocitopenia e a hemólise (identificada pelo aumento de DHL, presença de esquizócitos e queda da haptoglobina) costumam ser marcadores precoces e fundamentais. Afirmar que o aumento das enzimas hepáticas é obrigatoriamente a modificação mais precoce é clinicamente incorreto.

Alternativa d) INCORRETA. A ocorrência de uma crise convulsiva (eclâmpsia) exige estabilização materna imediata antes de qualquer decisão sobre a via de parto. As prioridades são: manutenção de vias aéreas, oxigenação, controle das convulsões com sulfato de magnésio e controle da hipertensão. O parto imediato durante ou logo após a crise, sem estabilização prévia, aumenta significativamente a morbimortalidade tanto materna quanto fetal. O feto frequentemente apresenta bradicardia transitória durante a crise, que tende a se recuperar após a estabilização da mãe.

Alternativa e) INCORRETA. O erro aqui é a definição farmacológica do sulfato de magnésio. Ele é a droga de escolha para a profilaxia e o tratamento das convulsões na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, agindo como anticonvulsivante. Contudo, ele não é um hipotensor. Embora possa causar uma vasodilatação leve e transitória, ele não deve ser utilizado com o objetivo de reduzir a pressão arterial. Para o controle da hipertensão, utilizam-se anti-hipertensivos como a hidralazina, o nifedipino ou o labetalol.

---

### Questão 23

Análise detalhada das sentenças:

Sentença I: Incorreta. A definição clássica de Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a perda sanguínea superior a 500 mL após parto vaginal ou superior a 1000 mL após parto cesárea. Atualmente, diversas diretrizes (como as da ACOG e da OPAS/OMS) consideram a HPP como qualquer perda sanguínea acima de 1000 mL, independentemente da via de parto, ou qualquer volume que cause instabilidade hemodinâmica. Os valores citados na alternativa (1000 mL para vaginal e 2000 mL para cesárea) estão incorretos e superestimados.

Sentença II: Correta. A compressão bimanual do útero (manobra de Hamilton) é uma manobra mecânica fundamental e deve ser iniciada prontamente no manejo da atonia uterina. Ela permite o controle temporário do sangramento por compressão direta dos vasos uterinos, ganhando tempo para que as medicações uterotônicas façam efeito ou para que intervenções mais invasivas sejam preparadas.

Sentença III: Incorreta. A droga de escolha (padrão-ouro) tanto para a prevenção quanto para o tratamento inicial da atonia uterina é a ocitocina. O misoprostol é uma prostaglandina (E1) utilizada como medicação adjuvante ou de segunda linha, sendo muito importante em locais com poucos recursos, mas não é a droga de primeira escolha.

Sentença IV: Incorreta. A principal causa de HPP é a atonia uterina (representando cerca de 70% a 80% dos casos), que faz parte do mnemônico dos "4 Ts" (Tônus, Trauma, Tecido e Trombina). A retenção de tecido placentário é uma causa importante, mas ocupa o segundo lugar em frequência, não sendo a principal.

Sentença V: Correta. A identificação precoce de fatores de risco (como gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia, trabalho de parto prolongado ou história prévia de HPP) permite que a equipe esteja preparada para intervir rapidamente. A antecipação e o manejo ativo do terceiro estágio do parto são os pilares para a redução da mortalidade materna por essa causa.

Conclusão: Estão corretas apenas as sentenças II e V.

Alternativa correta: Letra (e).

---

## Questão 24

Análise detalhada de cada sentença da questão:

Primeira sentença: (V) Verdadeira. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a amniotomia não deve ser realizada de forma rotineira em partos de progressão normal. Entretanto, se houver um atraso na progressão do trabalho de parto (fase ativa), a ruptura artificial das membranas é uma intervenção recomendada para tentar corrigir a dinâmica uterina, sempre com o consentimento informado da paciente.

Segunda sentença: (F) Falsa. A tração controlada do cordão umbilical é um dos pilares do manejo ativo do terceiro período (secundamento). Ela é recomendada para todas as parturientes, independentemente do risco, pois auxilia na redução da perda sanguínea e diminui o tempo de saída da placenta, prevenindo a hemorragia pós-parto.

Terceira sentença: (V) Verdadeira. O uso profilático de uterotônicos é a medida mais eficaz para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP). A ocitocina (10 UI via intramuscular ou endovenosa lenta) é a droga de escolha e deve ser administrada

em todos os partos logo após o nascimento do bebê, conforme recomendação universal dos protocolos de obstetrícia.

Quarta sentença: (F) Falsa. A presença de mecônio isolada não é indicação de cesariana. O mecônio indica a necessidade de uma vigilância fetal mais rigorosa (como a monitorização contínua), mas a maioria dos fetos com mecônio nasce bem por via vaginal. Além disso, a cesariana não previne totalmente a Síndrome de Aspiração de Mecônio, que pode ocorrer ainda no ambiente intrauterino.

Quinta sentença: (V) Verdadeira. Em gestantes saudáveis e de risco habitual que iniciam o trabalho de parto espontaneamente, a cardiocografia de rotina na admissão não é recomendada. O método preferencial para avaliação do bem-estar fetal nesses casos é a ausculta intermitente. Estudos demonstram que a cardiocografia sistemática em pacientes de baixo risco aumenta as taxas de cesariana sem melhorar os resultados neonatais.

Conclusão da sequência: V - F - V - F - V.

Alternativa correta: Letra (b).

---

## Questão 25

O quadro clínico descrito é de uma Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva (GNRP), caracterizada por perda súbita da função renal (creatinina subindo de 0,9 para 4,2 mg/dL em uma semana) associada a um sedimento urinário ativo (hematúria dismórfica e cilindros hemáticos). A positividade do ANCA-PR3 direciona o diagnóstico para uma vasculite associada ao ANCA (como a Granulomatose com Poliangiite), que tipicamente causa uma glomerulonefrite pauci-imune.

Nessa situação, o "tempo é rim". A demora no início do tratamento pode levar à perda definitiva da função renal e à necessidade de diálise vitalícia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Diante de uma GNRP com alta suspeita clínica e sorológica (ANCA-positivo), o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Aguardar o resultado da biópsia ou de exames complexos como a microscopia eletrônica (que nem é o padrão-ouro para vasculites, sendo a imunofluorescência mais relevante aqui) posterga a terapia e aumenta o risco de cronicidade irreversível.

b) Correta. Segundo as diretrizes do KDIGO 2021, o tratamento de indução para vasculites associadas ao ANCA com manifestações graves (ameaça de perda de órgão) deve ser iniciado com corticosteroides em altas doses (pulsoterapia com

metilprednisolona intravenosa por 1 a 3 dias) associado a um agente imunossupressor, preferencialmente ciclofosfamida ou rituximabe. Essa combinação visa interromper rapidamente a cascata inflamatória e a produção de autoanticorpos.

c) Incorreta. Embora a prednisona oral faça parte da terapia de manutenção e do desmame após a pulsoterapia, em um cenário de falência renal aguda grave (creatinina de 4,2 mg/dL), a dose oral isolada é insuficiente. A pulsoterapia intravenosa é necessária para uma ação anti-inflamatória mais potente e imediata.

d) Incorreta. A amoxicilina é um antibiótico para infecções bacterianas comuns. Não há qualquer indicação para o uso de antibióticos no tratamento primário de uma glomerulonefrite autoimune por vasculite.

e) Incorreta. O papel da plasmaférese foi revisto após o estudo PEXIVAS e consolidado no KDIGO 2021. Atualmente, a plasmaférese não é mais recomendada de rotina para todos os pacientes com vasculite ANCA. Ela é reservada para casos específicos, como pacientes com creatinina acima de 5,7 mg/dL, necessidade de diálise ou hemorragia alveolar grave associada. O paciente em questão tem creatinina de 4,2 mg/dL e não apresenta indicação clara de plasmaférese como conduta imediata padrão antes da pulsoterapia.

---

## Questão 26

A questão apresenta um caso clínico de pielonefrite aguda (infecção do trato urinário superior). O diagnóstico é fundamentado pela tríade de febre, dor lombar (com sinal de Giordano/punho-percussão positivo) e sintomas irritativos miccionais, além de alteração no EAS e imagem compatível.

A paciente possui fatores que classificam a infecção como pielonefrite complicada: presença de diabetes mellitus, doença renal crônica (estágio 3b) e sintomas sistêmicos com vômitos, que podem dificultar a adesão ao tratamento por via oral. Além disso, há um dado crucial: histórico de infecção por *E. coli* resistente a quinolonas, o que contraindica o uso de ciprofloxacino ou levofloxacino como terapia empírica inicial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A nitrofurantoína é um antisséptico urinário indicado exclusivamente para o tratamento de cistites (infecção do trato urinário inferior). Ela não atinge concentrações terapêuticas no parênquima renal ou na corrente sanguínea, sendo contraindicada para o tratamento de pielonefrite. Além disso, sua eficácia é reduzida em pacientes com taxa de filtração glomerular abaixo de 30-45 mL/min.

b) Correta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração com excelente cobertura para os principais uropatógenos (como *E. coli*) e ótima penetração no parênquima renal. É a droga de escolha para tratamento empírico hospitalar em casos em que há resistência prévia ou contraindicação ao uso de quinolonas. A via endovenosa (EV) é apropriada aqui devido aos vômitos e às comorbidades da paciente, garantindo estabilização inicial.

c) Incorreta. A fosfomicina trometamol, em dose única, é indicada apenas para cistite não complicada. Assim como a nitrofurantoína, não atinge níveis teciduais adequados nos rins para tratar uma pielonefrite.

d) Incorreta. Embora a paciente não apresente instabilidade hemodinâmica imediata, ela possui critérios que sugerem a necessidade de observação hospitalar inicial: idade avançada, diabetes mellitus descompensado, doença renal crônica prévia e vômitos que impedem a hidratação e medicação por via oral. O manejo puramente ambulatorial inicial seria arriscado neste cenário.

e) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção potencialmente grave que pode evoluir para sepse e choque séptico. O tratamento antibiótico deve ser iniciado de forma empírica e imediata após a coleta de culturas. Aguardar o resultado da urocultura (que leva de 48 a 72 horas) atrasaria o tratamento e aumentaria o risco de desfechos desfavoráveis.

---

## Questão 27

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um quadro de insuficiência renal crônica avançada ou agudizada, evidenciada pela creatinina de 6,9 mg/dL, ureia de 289 mg/dL e PTH elevado (hiperparatireoidismo secundário). O uso crônico de enalapril (um IECA) em um paciente com função renal comprometida é um fator de risco importante para a hipercalemia (potássio de 6,1 mEq/L). O ponto crucial para a resolução da questão é o eletrocardiograma (ECG), que já apresenta sinais de cardiotoxicidade.

### ANÁLISE DO ECG

Na imagem fornecida, observamos ondas T altas, pontiagudas, simétricas e de base estreita, conhecidas como ondas T em tenda, especialmente visíveis nas derivações precordiais (V2 a V6). Esse achado é o sinal mais precoce de hipercalemia no ECG e indica que o excesso de potássio está afetando a repolarização ventricular, transformando o caso em uma emergência médica.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. O gluconato de cálcio é, de fato, a primeira medida para estabilizar a membrana miocárdica quando há alterações no ECG. No entanto, a alternativa está incorreta ao condicionar seu uso apenas se o potássio for superior a 6,5 mg/dL. Na presença de alterações eletrocardiográficas, a estabilização com cálcio deve ser imediata, independentemente do valor absoluto do potássio.

Alternativa b: Incorreta. A solução glicoinsulinada (insulina regular + glicose) é uma medida eficaz para promover o shift (deslocamento) do potássio para o interior das células. O erro desta alternativa está no tempo de reavaliação: em um quadro de urgência com ECG alterado, a dosagem de potássio deve ser repetida em 1 a 2 horas, e não a cada 6 horas.

Alternativa c: Correta. A nebulização com beta-2-agonistas em doses elevadas (geralmente o quádruplo da dose usada para broncoespasmo) estimula a bomba Na/K-ATPase, promovendo a entrada de potássio nas células. É uma terapia de deslocamento intracelular indicada para reduzir rapidamente o potássio sérico enquanto medidas definitivas são preparadas.

Alternativa d: Incorreta. As resinas de troca (como o poliestirenosulfonato de cálcio ou as mais recentes como patiomer e zirconium) removem o potássio através do trato gastrointestinal. Elas possuem início de ação lento (levando horas ou até dias) e não são adequadas como terapia isolada ou prioritária em pacientes sintomáticos com alteração no ECG.

Alternativa e: Incorreta. Embora a hemodiálise seja o tratamento definitivo para a hipercalemia na insuficiência renal grave, a alternativa propõe aguardar a exclusão de hipovolemia/obstrução e a manutenção da hipercalemia. Diante de alterações no ECG, não se deve aguardar; medidas de deslocamento (como a da alternativa C) devem ser instituídas imediatamente como ponte até a realização da diálise.

---

### Questão 28

Esta questão aborda o manejo avançado do choque séptico, integrando as recomendações do Surviving Sepsis Campaign com a avaliação dinâmica à beira-leito via POCUS (Point-of-Care Ultrasound).

O paciente apresenta um quadro clínico de choque séptico (hipotensão e hiperlactatemia de origem infecciosa). Ele já recebeu uma carga inicial de 15 mL/kg de cristaloides. A avaliação por POCUS é o ponto-chave para a decisão: a presença de

veia cava inferior (VCI) com colapsabilidade reduzida (inferior a 50%) e a identificação de múltiplas linhas B bilaterais nos pulmões indicam que o paciente atingiu seu limite de tolerância a fluidos. As linhas B representam edema intersticial, sinalizando que a oferta adicional de volume pode causar congestão pulmonar e piora da troca gasosa sem necessariamente melhorar o débito cardíaco.

Portanto, a conduta correta é focar na restauração da pressão de perfusão através de vasopressores.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a recomendação clássica cite 30 mL/kg nas primeiras 3 horas, as diretrizes atuais enfatizam a individualização. No caso deste paciente, os achados de POCUS (linhas B e VCI pletórica) são sinais de alerta para interromper a expansão volêmica, pois o risco de edema agudo de pulmão supera o benefício de mais volume.

b) Incorreta. A reavaliação do lactato é fundamental para monitorar a resposta ao tratamento, mas não é o parâmetro decisório para expansão volêmica quando já existem sinais claros de sobrecarga de fluidos ao ultrassom. A prioridade imediata é corrigir a PAM que está em níveis críticos (58 mmHg).

c) Incorreta. A albumina pode ser considerada em pacientes que necessitam de grandes volumes de cristaloides, mas não deve ser iniciada quando há evidência de congestão pulmonar (linhas B). O problema aqui não é a pressão oncótica, mas sim a provável falha na resposta fluida e o risco de edema.

d) Correta. Diante de uma PAM de 58 mmHg (abaixo do alvo de 65 mmHg) e sinais de intolerância a fluidos ao POCUS, a introdução precoce da noradrenalina é a conduta mais segura e eficaz. O início precoce do vasopressor ajuda a restaurar a pressão arterial média, melhora o recrutamento de volume estressado e evita o balanço hídrico excessivamente positivo, que está associado a maior mortalidade.

e) Incorreta. Não se deve aguardar melhora clínica ou do tempo de enchimento capilar (TEC) para iniciar o vasopressor quando a PAM está persistentemente abaixo de 65 mmHg após a carga inicial de fluidos. O atraso no início da noradrenalina em pacientes com choque profundo aumenta o tempo de hipoperfusão tecidual.

Associação com as imagens:

A imagem da esquerda mostra a Veia Cava Inferior (VCI) com calibre preservado e baixa variação respiratória, sugerindo pressões de enchimento de câmaras direitas elevadas. A imagem da direita mostra múltiplas linhas B confluentes (caudas de

cometa), que são artefatos verticais que apagam as linhas A, confirmando a presença de síndrome intersticial por excesso de fluido nos pulmões. Ambos os achados contraídicam a continuação da expansão volêmica agressiva.

## Questão 29

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE), evidenciado pelo quadro clínico (dor abdominal, febre oculta e confusão mental) associado ao resultado da paracentese diagnóstica, que revelou uma contagem de polimorfonucleares (PMN) de 870 células/mm<sup>3</sup> (o ponto de corte para diagnóstico é maior ou igual a 250 PMN/mm<sup>3</sup>). Além disso, o paciente apresenta sinais de disfunção renal aguda (creatinina de 2,1 mg/dL, sendo o basal 1,1 mg/dL) e critérios de gravidade.

A conduta na PBE baseia-se em dois pilares principais: antibioticoterapia precoce e prevenção da Síndrome Hepatorrenal (SHR) com infusão de albumina humana.

Por que a alternativa (c) está correta?

A alternativa (c) descreve o tratamento padrão-ouro. O uso de cefalosporinas de 3ª geração (como Ceftriaxone 2 g/dia ou Cefotaxima) é a escolha inicial para cobrir os germes mais comuns (Gram-negativos entéricos). A infusão de albumina humana é mandatória quando há critérios de alto risco para o desenvolvimento de insuficiência renal: Creatinina > 1,0 mg/dL, Ureia > 30 mg/dL ou Bilirrubina Total > 4 mg/dL. Como o paciente tem creatinina de 2,1 e ureia de 78, ele deve receber albumina na dose de 1,5 g/kg de peso no 1º dia (nas primeiras 6 horas) e 1,0 g/kg de peso no 3º dia. Essa medida reduz drasticamente a mortalidade e a incidência de SHR.

Análise das alternativas incorretas:

a) Embora o Ceftriaxone esteja correto, a expansão volêmica em cirróticos com PBE e disfunção renal deve ser feita prioritariamente com albumina humana nas doses específicas citadas acima, e não apenas com cristaloides conforme a tolerância, devido ao risco iminente de falência renal.

b) A suspensão de diuréticos é recomendada na vigência de insuficiência renal e infecção, mas a alternativa falha ao sugerir Norfloxacino. O Norfloxacino é utilizado para profilaxia (primária ou secundária) e não para o tratamento do episódio agudo de PBE, que exige antibioticoterapia intravenosa.

d) A paracentese total (de alívio) serve para diminuir a pressão intra-abdominal e melhorar o conforto respiratório em ascite tensa, mas não é a prioridade no manejo

de um paciente com infecção sistêmica e instabilidade. O foco deve ser o controle do foco infeccioso e a proteção renal.

e) Nunca se deve aguardar o resultado da cultura para iniciar o tratamento em casos de suspeita de PBE ou sepse. O tratamento deve ser empírico e imediato logo após a coleta dos exames e da paracentese, pois o atraso na antibioticoterapia aumenta a mortalidade. Além disso, a cultura em PBE é negativa em até 40% dos casos.

---

### Questão 30

O caso clínico apresenta um paciente com cetoacidose diabética (CAD) que, após 6 horas de tratamento com hidratação venosa e insulina regular endovenosa (EV), preenche os critérios de resolução do quadro agudo. Para definir a conduta correta, devemos analisar os critérios de resolução da CAD e o protocolo de transição para a insulina subcutânea (SC).

Os critérios para resolução da cetoacidose diabética são: glicemia menor que 200 mg/dL acrescida de, pelo menos, dois dos seguintes parâmetros: bicarbonato sérico maior ou igual a 15 mEq/L, pH venoso maior que 7,30 e ânion-gap normal (menor ou igual a 12 mEq/L). O paciente em questão apresenta: glicemia de 178 mg/dL, pH de 7,32, bicarbonato de 21 mEq/L e ânion-gap normalizado. Portanto, a CAD está laboratorialmente resolvida. Além disso, o paciente está clinicamente estável, desperto e sem náuseas, o que permite o início da alimentação via oral.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Não existe a necessidade de manter a insulina EV por 24 horas se os critérios de resolução foram atingidos e o paciente está apto a comer. Prolongar a via endovenosa desnecessariamente aumenta o risco de hipoglicemia e complicações hospitalares. O pH e o bicarbonato já estão em níveis de segurança para a transição.

Alternativa B: Correta. Como os critérios de resolução da CAD foram atingidos (pH maior que 7,30, HCO<sub>3</sub> maior que 15 e ânion-gap normal) e o paciente apresenta melhora clínica (ausência de náuseas e vômitos), a conduta indicada é iniciar a dieta oral e realizar a transição da insulina EV para o esquema subcutâneo (basal/bolus). No paciente com DM1, o esquema basal/bolus é o padrão-ouro.

Alternativa C: Incorreta. Este é um erro frequente na prática clínica. Nunca se deve suspender a insulina EV para só depois iniciar a SC. Devido à meia-vida curtíssima da insulina regular EV (minutos), deve haver uma sobreposição (\*overlap\*). Recomenda-se aplicar a insulina SC (preferencialmente a basal) e manter a bomba

de infusão de insulina por mais 1 a 2 horas para garantir que os níveis plasmáticos de insulina sejam mantidos, evitando o rebote da cetogênese.

Alternativa D: Incorreta. O paciente já está estável hemodinamicamente, não havendo indicação de "hidratação rápida". Além disso, hipoglicemiantes orais não têm papel no manejo agudo da CAD, especialmente em um paciente com DM1, que possui deficiência absoluta de insulina.

Alternativa E: Incorreta. Um paciente com DM1 não pode ficar sem insulina, pois entrará rapidamente em cetogênese novamente. A dieta deve ser acompanhada obrigatoriamente da cobertura insulínica SC. A monitorização de hora em hora é reservada para a fase aguda em uso de bomba de insulina; após a transição, a frequência pode ser reduzida (pré-prandial e antes de dormir).

---

### Questão 31

O cerne desta questão é a avaliação pré-participação (APP) para o início de atividades físicas, fundamentada principalmente nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). O paciente em questão é um homem de 47 anos, obeso (IMC 32), hipertenso e previamente sedentário, que deseja iniciar um treinamento de alta intensidade (meia maratona).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Embora o paciente esteja assintomático, ele apresenta múltiplos fatores de risco cardiovascular (idade > 45 anos, sedentarismo, obesidade e hipertensão). Para indivíduos que pretendem realizar exercícios de alta intensidade (vigorosos), a simples avaliação clínica pode não ser suficiente para estratificar o risco de eventos coronarianos agudos ou morte súbita, especialmente na presença desses fatores de risco.

Alternativa (b) INCORRETA: Não existe recomendação de solicitar ecocardiograma de rotina para todos os indivíduos acima de 40 anos que iniciam exercícios. O ecocardiograma é reservado para casos em que há suspeita de cardiopatia estrutural (sopros, alterações no ECG ou história familiar de cardiomiopatia). Além disso, a justificativa de que "todo indivíduo" deve passar por "avaliação completa" é imprecisa e gera excesso de exames desnecessários.

Alternativa (c) CORRETA: Segundo a Diretriz Brasileira de Cardiologia do Esporte e do Exercício, homens acima de 45 anos e mulheres acima de 55 anos que pretendem iniciar atividades físicas de intensidade vigorosa, especialmente se forem sedentários ou possuírem fatores de risco cardiovascular (como o caso do paciente: HAS e

obesidade), devem ser submetidos ao Teste Ergométrico (ou Teste Cardiopulmonar). O objetivo é avaliar a resposta hemodinâmica e identificar isquemia miocárdica silenciosa antes de submeter o sistema cardiovascular a um estresse elevado. O ECG de repouso já faz parte da avaliação inicial básica.

Alternativa (d) INCORRETA: A indicação de exames adicionais não depende apenas do caráter "competitivo" ou "recreativo", mas sim da carga metabólica do exercício (intensidade) versus o perfil de risco do indivíduo. Treinar para uma meia maratona exige esforços vigorosos que se assemelham ao nível competitivo, justificando a avaliação adicional independentemente de inscrição oficial em provas.

Alternativa (e) INCORRETA: A cintilografia e a angiotomografia de coronárias são exames de imagem funcional ou anatômica de maior custo e complexidade. Eles não são indicados como primeira linha para triagem de indivíduos assintomáticos, mesmo com fatores de risco. Devem ser solicitados apenas se o teste ergométrico inicial for duvidoso, alterado ou se o paciente apresentar sintomas durante o esforço.

Resumo do raciocínio:

Paciente com >45 anos + Fatores de risco (HAS, Obesidade, Sedentarismo) + Desejo de exercício vigoroso = Necessidade de Teste Ergométrico prévio.

---

## Questão 32

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta um perfil de altíssimo risco cardiovascular: 58 anos, portador de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de longa data, com doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio), obesidade grau II (IMC 37 kg/m<sup>2</sup>) e doença renal crônica (eGFR 56 mL/min/1,73m<sup>2</sup> com microalbuminúria). Atualmente, ele já utiliza a terapia padrão-ouro inicial para esse perfil: metformina, um inibidor de SGLT2 (empagliflozina) e bloqueador do sistema renina-angiotensina (enalapril), além de estatina e antiagregante.

O ponto central da questão é a indicação de um agonista do receptor de GLP-1 (ou coagonista GIP/GLP-1) em um paciente que, apesar de estar próximo da meta de HbA1c (7,3%), possui obesidade e alto risco de novos eventos cardiovasculares.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: As diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da American Diabetes Association (ADA) e das sociedades de cardiologia recomendam o uso de fármacos com benefício cardiovascular comprovado (GLP-1 RA ou SGLT2i) em

pacientes com doença aterosclerótica estabelecida, independentemente do valor da HbA1c inicial ou da meta. Além disso, o paciente tem obesidade e desejo de perda de peso, o que reforça a indicação da classe.

b) INCORRETA: A tirzepatida (Mounjaro/Zepbound) demonstrou excelente eficácia tanto no controle glicêmico quanto na redução de peso (estudos SURPASS e SURMOUNT). No entanto, a semaglutida não deve ser "reservada apenas para doença cardiovascular"; ela é uma ferramenta potente para o tratamento da obesidade e do DM2 em diversos contextos. A escolha entre uma ou outra deve considerar disponibilidade, custo e metas individuais, mas a afirmação de que a semaglutida é restrita à doença cardiovascular está errada.

c) CORRETA: Esta é a conduta mais alinhada com as evidências recentes. O estudo SELECT demonstrou que a semaglutida na dose de 2,4 mg (dose aprovada especificamente para obesidade) reduz significativamente o risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE) em pacientes com sobrepeso ou obesidade e doença cardiovascular estabelecida, mesmo naqueles sem diabetes (e, por extensão, o benefício é consolidado em quem tem DM2). O fato de a HbA1c estar em 7,3% não contraindica a medicação; pelo contrário, o objetivo aqui é a redução do risco residual cardiovascular e o tratamento da obesidade. A associação de metformina, SGLT2i e GLP-1 RA é segura e recomendada para este perfil de paciente (benefício cardiovascular e renal aditivo).

d) INCORRETA: Não existe contraindicação para o uso combinado de inibidores de SGLT2 e agonistas de GLP-1. Na verdade, essa combinação é altamente desejável em pacientes com alto risco cardiovascular e renal, pois possuem mecanismos de ação complementares. O risco de hipoglicemia com essas drogas é muito baixo (pois não estimulam a secreção de insulina de forma independente da glicose), e o GLP-1 RA não aumenta o risco de cetoacidose.

e) INCORRETA: Não se deve adiar o uso dessas medicações. O inibidor de SGLT2 já está indicado e deve ser mantido para proteção renal e cardiovascular enquanto a eGFR permitir (geralmente até 20 mL/min/1,73m<sup>2</sup> para manutenção). Os agonistas de GLP-1 também podem ser usados com segurança em pacientes com eGFR de 56 mL/min/1,73m<sup>2</sup> e demonstraram proteção renal (estudo FLOW para semaglutida). Esperar a função renal piorar para iniciar o tratamento protetor é uma conduta inadequada na medicina preventiva.

### Questão 33

Esta questão aborda o manejo da Colite Ulcerativa Grave (CUG), também conhecida como crise de retocolite ulcerativa grave. O paciente apresenta critérios clássicos de Truelove e Witts para gravidade: mais de 6 evacuações sanguinolentas ao dia associadas a sinais de toxicidade sistêmica (taquicardia, febre e PCR elevada).

A conduta inicial padrão é a corticoterapia intravenosa. No entanto, cerca de 30% a 40% dos pacientes não respondem aos corticoides. A avaliação da resposta deve ser feita precocemente, geralmente entre o terceiro e o quinto dia de tratamento (critérios de Oxford/Travis). Se, após 72 horas, o paciente mantiver mais de 8 evacuações/dia ou PCR acima de 45 mg/L, a falha terapêutica está caracterizada e deve-se iniciar a terapia de resgate ou indicar cirurgia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Manter a corticoterapia por períodos prolongados (como 10 dias) em pacientes não responsivos não traz benefícios e aumenta significativamente o risco de infecções oportunistas e complicações cirúrgicas futuras. A decisão sobre a falha do corticoide deve ser tomada em torno do terceiro dia.

Alternativa b) Incorreta. A azatioprina é um imunomodulador utilizado para a manutenção da remissão na retocolite ulcerativa. Seu início de ação é lento, levando de 8 a 12 semanas para atingir o efeito terapêutico pleno. Portanto, ela não tem papel no tratamento da fase aguda de uma crise grave.

Alternativa c) Correta. De acordo com as diretrizes atuais (como as da ECCO e ACG), diante da falha da corticoterapia intravenosa em 72 horas, as opções de terapia de resgate clínico são o infliximabe (anti-TNF) ou a ciclosporina. Se, após o início dessas medicações, o paciente não apresentar melhora em um intervalo de 5 a 7 dias, a colectomia deve ser indicada para evitar o aumento da mortalidade.

Alternativa d) Incorreta. Embora a cirurgia seja uma opção válida na falha do corticoide, ela não é a única conduta imediata. Na ausência de complicações de urgência (como perfuração ou megacólon tóxico), deve-se oferecer ao paciente a tentativa de resgate clínico com infliximabe ou ciclosporina antes de proceder para a colectomia subtotal.

Alternativa e) Incorreta. Aguardar complicações graves, como perfuração ou megacólon tóxico, para indicar a cirurgia é uma estratégia perigosa. A mortalidade cirúrgica é significativamente menor quando a colectomia é realizada de forma eletiva ou em regime de urgência programada, antes que o paciente evolua para um quadro de instabilidade hemodinâmica ou sepse por complicação abdominal.

## Questão 34

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um paciente com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo que deve ser estratificado para definir a conduta. Os pontos-chave são:

1. Estabilidade hemodinâmica: PA normal e ausência de sinais de choque classificam o TEP, inicialmente, como não sendo de alto risco.
2. Marcadores e exames de imagem: Troponina e BNP normais, associados à ausência de sobrecarga de ventrículo direito na angiotomografia, excluem o risco intermediário.
3. Escore de gravidade: O sPESI (Simplified Pulmonary Embolism Severity Index) igual a 0 indica baixíssimo risco de mortalidade em 30 dias (cerca de 1%).
4. Critérios sociais: O paciente tem boa rede de apoio e compreende as orientações, o que é fundamental para a segurança do tratamento domiciliar.

Segundo as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, pacientes com TEP de baixo risco (sPESI 0), sem disfunção de VD e com condições sociofamiliares adequadas, podem receber alta precoce (em menos de 24 horas) ou até mesmo tratamento inteiramente ambulatorial.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A trombólise sistêmica é indicada apenas para o TEP de alto risco (instabilidade hemodinâmica/choque obstrutivo). O paciente em questão está estável.

Alternativa b) Incorreta. Embora a internação em enfermaria tenha sido o padrão por muito tempo, as evidências atuais demonstram que o tratamento ambulatorial é seguro para o baixo risco. Além disso, os anticoagulantes orais diretos (como rivaroxabana ou apixabana) são preferíveis à combinação heparina/varfarina pela facilidade posológica e menor necessidade de monitorização.

Alternativa c) Incorreta. Não existe a obrigatoriedade de 72 horas de observação para todos os casos. Pacientes de baixo risco que preenchem critérios de segurança (como os critérios de Hestia ou sPESI 0) podem ser liberados rapidamente.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta preconizada para o TEP de baixo risco. O uso de Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs) dispensa a ponte com heparina parenteral em muitos esquemas e permite um tratamento domiciliar seguro, desde que haja seguimento médico precoce garantido.

Alternativa e) Incorreta. O filtro de veia cava inferior é reservado para casos em que

existe contraindicação absoluta à anticoagulação ou quando ocorre falha terapêutica (novo embolismo mesmo com anticoagulação adequada). O enunciado afirma explicitamente que o paciente não tem contraindicações.

GABARITO: LETRA D

### Questão 35

#### ANÁLISE DA QUESTÃO

O paciente em questão apresenta um perfil que exige uma estratificação criteriosa baseada nas novas Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose 2025. Ele possui LDL-colesterol elevado (162 mg/dL), HDL baixo (38 mg/dL), história familiar de doença cardiovascular prematura (pai com infarto aos 52 anos) e lipoproteína(a) elevada (75 mg/dL). O ponto de discussão central é como o escore de cálcio coronário (CAC) zero interage com esses fatores.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Embora o  $CAC = 0$  tenha o chamado "poder do zero" (indicando baixo risco de eventos no curto prazo), ele não anula completamente o risco em pacientes que possuem agravantes importantes. A presença de  $LDL > 160$  mg/dL associada a uma Lp(a) significativamente elevada e história familiar precoce impede que o paciente seja tratado como risco baixo, pois a aterosclerose pode estar em fase inicial não calcificada.

b) Correta. Este é o posicionamento das diretrizes mais recentes. O paciente possui o que chamamos de "agravantes de risco" ou "fatores modificadores". A história familiar de primeiro grau precoce e a Lp(a) acima de 50 mg/dL são marcadores de risco residual e biológico elevado. Mesmo com o escore de cálcio zero, a diretriz recomenda que, em pacientes de risco intermediário com esses agravantes, a terapia com estatina seja iniciada ou mantida, uma vez que o CAC zero pode não detectar placas puramente gordurosas (não calcificadas), comuns em pacientes mais jovens com Lp(a) alta.

c) Incorreta. Para que um paciente seja classificado automaticamente como de alto risco pelo valor isolado de LDL-colesterol, o nível deve ser maior ou igual a 190 mg/dL (o que levanta a suspeita de hipercolesterolemia familiar). Com LDL de 162 mg/dL, a estratificação depende da análise de outros fatores e do escore de risco global.

d) Incorreta. A classificação de "risco muito alto" é reservada para pacientes em prevenção secundária, ou seja, aqueles que já apresentam doença aterosclerótica

manifesta (infarto prévio, AVC, doença arterial periférica, etc.). A Lp(a) elevada, isoladamente, é um fator agravante que pode elevar o risco de intermediário para alto em alguns contextos, mas não define risco muito alto por si só.

e) Incorreta. A reclassificação para baixo risco baseada no CAC = 0 é uma ferramenta útil, mas não deve ser aplicada de forma indiscriminada na presença de fortes fatores genéticos. Recomendar apenas mudança de estilo de vida para um paciente com LDL de 162 mg/dL e Lp(a) de 75 mg/dL seria ignorar o risco de progressão rápida da doença aterosclerótica não calcificada. A reavaliação em 5 anos seria um intervalo muito longo diante de tal perfil lipídico.

---

### Questão 36

ENUNCIADO: A questão aborda a avaliação pré-operatória de uma criança com cardiopatia congênita acianótica (Comunicação Interventricular - CIV) para uma cirurgia não cardíaca (adenoamigdalectomia).

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

Estamos diante de uma criança de 7 anos com uma CIV perimembranosa pequena e restritiva. Os dados clínicos são fundamentais: paciente assintomático, com desenvolvimento normal, sem sinais de insuficiência cardíaca ou hipertensão pulmonar. O ecocardiograma recente confirma que não há repercussão hemodinâmica (câmaras de tamanho normal e função preservada). De acordo com a Diretriz Brasileira de Avaliação Cardiovascular Perioperatória (2024), o manejo de pacientes com cardiopatias congênitas depende da complexidade da lesão, do estado clínico atual e do risco do procedimento cirúrgico planejado.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Não há indicação de suspender o procedimento para realizar teste ergométrico ou ressonância cardíaca. O teste ergométrico tem utilidade limitada em crianças pequenas para essa finalidade, e a ressonância é um exame de alta complexidade, reservado para casos em que o ecocardiograma é insuficiente ou em cardiopatias complexas. Uma CIV pequena e restritiva não exige investigação funcional exaustiva antes de uma cirurgia eletiva de baixo/médio risco.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta preconizada. O paciente apresenta uma cardiopatia congênita de baixa complexidade, está clinicamente estável e possui exames de imagem recentes que demonstram ausência de repercussão hemodinâmica. A adenoamigdalectomia, embora exija anestesia geral, é um procedimento com risco cardiovascular estimado como baixo para este perfil de paciente. Portanto, a liberação sem novos exames e a manutenção do seguimento

ambulatorial são o caminho adequado.

Alternativa c) Incorreta. O cateterismo cardíaco é um procedimento invasivo e não está indicado para avaliação de rotina em casos de CIV pequena e restritiva com ecocardiograma inequívoco. Não há qualquer suspeita de hipertensão pulmonar no quadro clínico ou no ecocardiograma que justifique os riscos de um cateterismo pré-operatório.

Alternativa d) Incorreta. Não existe contraindicação para a adenoamigdalectomia neste cenário. A CIV restritiva sem repercussão não eleva significativamente a mortalidade perioperatória de forma a impedir cirurgias necessárias para a qualidade de vida da criança, como a correção de hipertrofia de adenoide e amígdalas.

Alternativa e) Incorreta. O fechamento de uma CIV pequena e restritiva muitas vezes sequer possui indicação cirúrgica ao longo da vida, uma vez que o defeito pode fechar espontaneamente ou permanecer sem causar danos ao paciente. Exigir a correção da cardiopatia antes de uma cirurgia não cardíaca eletiva em um paciente estável é uma conduta tecnicamente errada e desproporcional.

GABARITO: Letra (b).

---

### Questão 37

O diagnóstico clínico de dissecção aguda da aorta é sugerido pela dor torácica súbita e intensa em rasgo, com irradiação para o dorso e assimetria de pressão arterial entre os braços (diferença de 60 mmHg na pressão sistólica). A imagem de angiotomografia de tórax apresentada em corte axial confirma a suspeita ao exibir o flap de íntima (uma linha que divide o vaso em dois lúmens) tanto na aorta ascendente (vaso circular maior, localizado anteriormente) quanto na aorta descendente (vaso menor, localizado posteriormente, próximo à vértebra). De acordo com a classificação de Stanford, qualquer envolvimento da aorta ascendente define o caso como Tipo A.

Alternativa (a) Incorreta: O controle medicamentoso da pressão arterial e da frequência cardíaca (frequência-alvo abaixo de 60 bpm e pressão sistólica entre 100-120 mmHg) é uma medida inicial obrigatória para reduzir o estresse na parede arterial. Contudo, na dissecção Stanford A, o tratamento clínico isolado é insuficiente e está associado a uma mortalidade de cerca de 1% a 2% por hora logo após o início dos sintomas. O tratamento exclusivamente clínico é a conduta inicial padrão apenas para dissecções Stanford B (que envolvem apenas a aorta descendente) não complicadas.

Alternativa (b) Correta: A dissecação da aorta que envolve a porção ascendente (Stanford A) é uma emergência cirúrgica absoluta. A conduta mais apropriada e imediata, após a estabilização pressórica inicial, é o encaminhamento para reparo cirúrgico urgente. O objetivo é substituir a aorta ascendente por uma prótese sintética para prevenir complicações fatais, como a ruptura para o espaço pericárdico (tamponamento cardíaco), insuficiência aórtica aguda ou oclusão das artérias coronárias.

Alternativa (c) Incorreta: O reparo endovascular (TEVAR) é geralmente indicado para dissecações tipo B que apresentam complicações (como má perfusão de órgãos ou dor persistente). No envolvimento da aorta ascendente, a cirurgia aberta com suporte de circulação extracorpórea permanece o padrão-ouro. Além disso, uma intervenção eletiva em 48-72 horas seria tardia demais para um quadro de Stanford A.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o tamponamento cardíaco seja uma complicação possível da dissecação Tipo A, o paciente no caso não apresenta sinais óbvios de choque ou a tríade de Beck. Além disso, a pericardiocentese é evitada na dissecação da aorta, pois a descompressão do pericárdio pode aumentar a pressão transmural na aorta e precipitar uma ruptura fatal. Se houver tamponamento, o tratamento definitivo é realizado durante a cirurgia de emergência.

Alternativa (e) Incorreta: O uso de fibrinolíticos é absolutamente contraindicado em casos de dissecação da aorta. Essas medicações são usadas para dissolver trombos em infartos ou AVCs, mas em uma dissecação causariam hemorragia catastrófica e óbito imediato do paciente ao impedir a coagulação na falsa luz ou nos locais de ruptura.

---

### Questão 38

Para resolver esta questão, devemos analisar os critérios de malignidade e as diretrizes de manejo do nódulo pulmonar solitário (NPS), como as da Fleischner Society e do American College of Chest Physicians (ACCP).

#### Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta múltiplos fatores de risco para neoplasia maligna: idade avançada (62 anos), carga tabágica pesada (40 maços/ano), nódulo de tamanho relevante (12 mm), crescimento comprovado em 18 meses e PET-CT positivo (captação moderada). O crescimento documentado é um dos sinais mais fidedignos de malignidade. Quando a probabilidade clínica de câncer é alta (geralmente acima de 65%), a conduta preferencial é a intervenção diagnóstica e terapêutica definitiva.

#### Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O seguimento com TC anual é indicado para nódulos estáveis ou de baixíssimo risco. Um nódulo que cresceu em 18 meses e possui PET positivo em uma paciente tabagista exige ação imediata, pois a demora pode levar à progressão da doença.

Alternativa (b) Incorreta: Repetir o PET-CT não acrescenta informações novas. O exame já foi realizado e mostrou captação moderada, o que corrobora a suspeita de malignidade. O próximo passo deve ser a obtenção de tecido para diagnóstico.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão para pacientes com alta probabilidade de câncer de pulmão e que possuem risco cirúrgico aceitável (função pulmonar satisfatória). A ressecção cirúrgica videoassistida (VATS) permite realizar uma biópsia por congelamento e, se confirmado o diagnóstico de malignidade, prosseguir imediatamente para o tratamento curativo (geralmente lobectomia e linfadenectomia). Como a biópsia percutânea foi considerada arriscada pela localização, a cirurgia minimamente invasiva é a melhor via.

Alternativa (d) Incorreta: A broncoscopia tem baixa sensibilidade para nódulos periféricos pequenos (12 mm). A localização é determinante para o sucesso do exame broncoscópico. Forçar esse procedimento independentemente da localização resultaria em alta taxa de resultados falsos-negativos.

Alternativa (e) Incorreta: Jamais se inicia quimioterapia de forma empírica. O tratamento oncológico exige diagnóstico histológico e estadiamento precisos. Além disso, para um nódulo isolado (estágio inicial), o tratamento de escolha é cirúrgico, e não quimioterápico.

Conclusão:

Diante de um nódulo pulmonar com alta suspeita de malignidade e crescimento documentado em paciente com bom status funcional, a ressecção cirúrgica videoassistida é a abordagem mais adequada e resolutiva.

---

## Questão 39

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave (Glasgow 7), com sinais de hipertensão intracraniana e iminência de herniação (anisocoria à direita). Além disso, encontra-se em choque circulatório (PA 70/40 mmHg). O desafio aqui é realizar a Indução em Sequência Rápida (ISR) para proteção das vias aéreas sem agravar a hipotensão (o que reduziria a Pressão de Perfusão Cerebral - PPC) e

sem piorar a hipertensão intracraniana.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Esta alternativa aborda os dois problemas críticos simultaneamente:

1. Hipertensão Intracraniana: O uso de solução hipertônica (NaCl 3%) é preferível ao manitol em pacientes hipotensos, pois ajuda no controle do edema cerebral e na expansão volêmica, sem o efeito diurético imediato do manitol.
2. Choque e Estabilidade Hemodinâmica: A cetamina (ketamina) é um agente de indução que preserva a estabilidade hemodinâmica por sua ação simpatomimética, sendo segura no TCE desde que o paciente seja ventilado adequadamente. O uso de bloqueadores neuromusculares em doses plenas (rocurônio 1,2 mg/kg) garante condições ideais de laringoscopia na primeira tentativa.
3. Otimização Hemodinâmica: Em pacientes chocados, a indução deve ser acompanhada de vasopressores (push-dose ou infusão contínua) para evitar o colapso cardiovascular pós-indução e manter a PPC acima de 60-70 mmHg.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O propofol é um potente vasodilatador e depressor miocárdico. Administrar 2 mg/kg em um paciente com PA 70/40 mmHg causaria parada cardiorrespiratória imediata por choque obstrutivo/distributivo. Além disso, a manobra de Sellick não é mais recomendada rotineiramente, pois pode dificultar a visualização da glote e não previne a aspiração com segurança.

Alternativa B: Embora o etomidato seja hemodinamicamente neutro, o erro da alternativa reside em negligenciar o tratamento da hipertensão intracraniana (anisocoria presente) e em adotar uma postura reativa quanto ao suporte vasopressor ("esperar a pressão cair"). Em pacientes críticos, a ressuscitação hemodinâmica deve ser proativa e simultânea à intubação.

Alternativa D: O midazolam tem um início de ação mais lento e errático para ISR e pode causar hipotensão. A dose de 0,6 mg/kg de rocurônio é insuficiente para uma sequência rápida (o ideal é 1,0 a 1,2 mg/kg). O manitol é contraindicado em pacientes hipotensos devido ao seu efeito diurético osmótico, que agravaria o choque.

Alternativa E: A intubação "às cegas" ou sem drogas em um paciente que ainda apresenta reflexos (apesar do Glasgow baixo) aumenta drasticamente a pressão intracraniana, o risco de vômito e a aspiração. O uso de sonda nasointestinal não tem nenhuma relação com o manejo imediato das vias aéreas no trauma e é contraindicado se houver suspeita de fratura de base de crânio.

### Questão 40

O quadro descreve uma hérnia incisional complicada por encarceramento de alça de intestino delgado. A ausência de pneumatose, ar livre ou secreção purulenta sugere que, embora haja obstrução, pode não haver ainda necrose ou contaminação grosseira.

Alternativa A: Incorreta. A tentativa de redução manual (taxia) em hérnias encarceradas de longa data ou com sinais clínicos importantes é arriscada. Existe o risco de redução "em massa" (o saco herniário é reduzido com a alça ainda estrangulada em seu interior) ou de retornar à cavidade uma alça já isquêmica que pode perfurar internamente, mascarando a gravidade do quadro.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão atual segundo as diretrizes da World Society of Emergency Surgery (WSES). O encarceramento exige intervenção cirúrgica de urgência para avaliar a viabilidade da alça. Se o intestino estiver viável e não houver contaminação (como pus ou fezes), o reparo com tela sintética é recomendado, pois reduz drasticamente a taxa de recidiva em comparação ao fechamento primário. A posição retromuscular (sublay) é a preferida por oferecer melhor integração biomecânica e menor risco de infecção de sítio cirúrgico.

Alternativa C: Incorreta. O manejo de uma hérnia encarcerada é cirúrgico. Suspender a analgesia e observar por até 48 horas é uma conduta perigosa que permite a evolução de uma isquemia reversível para uma necrose intestinal franca, aumentando a morbimortalidade da paciente.

Alternativa D: Incorreta. A ressecção entérica só deve ser realizada se a alça não for viável após manobras de aquecimento e avaliação da perfusão. Realizar a ressecção de uma alça viável é uma conduta iatrogênica. Além disso, o fechamento sem tela em hérnias incisionais está associado a taxas de recorrência de até 50%.

Alternativa E: Incorreta. A paracentese do saco herniário não possui indicação diagnóstica ou terapêutica neste contexto. O procedimento é invasivo, apresenta alto risco de perfuração acidental da alça intestinal encarcerada e não resolve o problema mecânico da obstrução e do defeito na parede abdominal.

---

### Questão 41

O estadiamento adequado do câncer de cólon exige a análise de, no mínimo, 12 linfonodos no espécime cirúrgico. Esse número é preconizado pelas principais diretrizes mundiais (como AJCC e NCCN) para garantir que a ausência de metástases (pN0) seja fidedigna. Quando o patologista identifica menos de 12 linfonodos, existe um risco real de subestadiamento, ou seja, o paciente pode ter metástases que não

foram detectadas por falha na amostragem.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estadiamento pN0 não é considerado definitivo se a amostragem foi de apenas 8 linfonodos. A amostragem insuficiente é, por si só, um fator de alto risco no Estádio II (T3N0), o que invalida a afirmação de que o paciente não deve receber quimioterapia.

b) Incorreta. A amostragem de 8 linfonodos é considerada inadequada. O padrão-ouro de 12 linfonodos serve para assegurar que a probabilidade de comprometimento linfonodal oculto seja mínima. Portanto, a vigilância isolada pode ser arriscada sem considerar o tratamento adjuvante.

c) Correta. A presença de menos de 12 linfonodos é um critério clássico de alto risco para o Estádio II do câncer de cólon. Outros fatores de risco incluem tumor T4, obstrução intestinal, perfuração, invasão angiolinfática ou perineural e histologia pouco diferenciada. Nesses casos, a quimioterapia adjuvante deve ser obrigatoriamente discutida com o paciente, pois há benefício potencial em reduzir a recidiva.

d) Incorreta. Não existe indicação de reoperação apenas para ampliar a contagem linfonodal. Uma vez que o tumor principal foi retirado com margens livres, a conduta para mitigar o risco de um estadiamento possivelmente incompleto é o tratamento sistêmico com quimioterapia, e não uma nova intervenção cirúrgica no mesentério.

e) Incorreta. A radioterapia não faz parte do tratamento padrão adjuvante para o câncer de cólon (cólon direito, transverso ou esquerdo). A radioterapia é reservada predominantemente para o câncer de reto ou em situações muito específicas de invasão de estruturas adjacentes fixas. O tratamento complementar indicado para risco de recidiva linfonodal no cólon é a quimioterapia.

---

## Questão 42

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A falência da resposta ao estresse, como na insuficiência adrenal aguda, manifesta-se tipicamente com hipotensão refratária, colapso circulatório e distúrbios eletrolíticos (hiponatremia e hipercalemia). O paciente em questão está estável e apresentando sinais clássicos de ativação do eixo neuroendócrino, o que indica que a resposta ao estresse está ativa e não em falência.

Alternativa b: Correta. O quadro clínico e laboratorial descreve perfeitamente a Fase Ebb (ou fase de refluxo) da resposta metabólica ao trauma. Esta fase ocorre nas primeiras horas após a lesão (geralmente até 24 horas) e funciona como um mecanismo de defesa para preservação de volume. Caracteriza-se por hipometabolismo, queda da temperatura corporal (queixa de frio), vasoconstrição periférica, diminuição do débito cardíaco e hiperglicemia. A hiperglicemia de estresse é causada pela liberação de catecolaminas, cortisol e glucagon, que promovem a glicogenólise e a resistência periférica à insulina para priorizar a glicose para tecidos nobres.

Alternativa c: Incorreta. A ausência de febre e os níveis de glicemia relatados são achados típicos da fase inicial da resposta metabólica. A febre é mais comum na fase subsequente (Flow) ou em processos infecciosos, que geralmente levam mais de 12 horas para se manifestarem clinicamente após um trauma fechado ou fratura exposta inicialmente limpa.

Alternativa d: Incorreta. Embora o lactato elevado seja um marcador de hipoperfusão, um aumento discreto (de 2,1 para 2,6 mmol/L) dentro das primeiras 12 horas de um grande trauma é esperado na Fase Ebb devido aos ajustes microcirculatórios. O ATLS 11 e as diretrizes atuais de cirurgia de controle de danos recomendam cautela na reposição de cristaloides ("ressuscitação balanceada") para evitar a tríade letal (coagulopatia, acidose e hipotermia), não justificando uma reposição agressiva em um paciente hemodinamicamente estável.

Alternativa e: Incorreta. A Fase Flow (ou fase de fluxo) sucede à Fase Ebb, iniciando-se geralmente após 24 a 48 horas da injúria. Ela é marcada pelo hipermetabolismo, aumento do consumo de oxigênio (VO<sub>2</sub>), aumento da temperatura corporal, catabolismo proteico intenso e balanço nitrogenado negativo. O paciente do caso ainda apresenta sinais de conservação e redução metabólica, características da fase inicial (Ebb).

---

### Questão 43

A questão aborda o manejo do hemotórax retido, uma complicação que ocorre quando o sangue coagula no espaço pleural e não é adequadamente drenado pelo dreno de tórax inicial, aumentando o risco de empiema e restrição pulmonar.

Análise das assertivas:

I. Verdadeira. A toracoscopia videoassistida (VATS) é considerada o padrão-ouro para o tratamento do hemotórax retido. Quando realizada precocemente (geralmente

entre o 2º e o 5º dia, ou nas primeiras 72-96 horas), ela permite a limpeza completa da cavidade pleural sob visão direta. Isso reduz drasticamente a taxa de infecção (empiema), evita a necessidade de decorticação pulmonar por toracotomia aberta no futuro e acelera a recuperação do paciente.

II. Falsa. A fibrinólise intrapleural (uso de substâncias para "dissolver" os coágulos) não é a primeira escolha no trauma fechado e não é superior à VATS. Ela é reservada geralmente para pacientes que não têm condições clínicas de suportar uma anestesia geral ou um procedimento cirúrgico. A VATS é mais eficaz por remover mecanicamente os coágulos e septações que a fibrinólise pode não conseguir desfazer.

III. Verdadeira. Uma vez que o hemotórax está "retido" e "loculado" (organizado em pequenos compartimentos de coágulo), a manutenção do dreno de tórax tubular simples tem baixíssima eficácia. O dreno é incapaz de aspirar material sólido ou atravessar as loculações. Insistir apenas na drenagem sem expansão pulmonar leva à organização desse material em uma casca fibrosa (fibrotórax), exigindo cirurgias muito mais agressivas posteriormente.

IV. Verdadeira. A toracotomia de urgência (aberta) no trauma possui indicações clássicas de "sangramento maciço": drenagem imediata de 1.500 mL de sangue ou um débito contínuo superior a 200 mL/h por um período de 2 a 4 horas, especialmente se houver instabilidade hemodinâmica. No caso descrito, o paciente estabilizou hemodinamicamente; portanto, a indicação agora não é de toracotomia de urgência para controle de hemorragia, mas sim de um procedimento (preferencialmente VATS) para limpar o sangue que restou.

Conclusão:

As assertivas I, III e IV estão corretas, enquanto a II está incorreta. Portanto, a sequência correta é V - F - V - V.

Alternativa correta: Letra (a).

---

#### Questão 44

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clássico de apendicite aguda (dor migratória, náuseas, anorexia, leucocitose leve e PCR elevada). A tomografia confirma o diagnóstico, classificando-a como apendicite aguda não complicada, uma vez que não há apendicolito, coleções (abscessos), perfuração ou pneumoperitônio.

Explicação das alternativas:

a) CORRETA. Recentemente, grandes estudos (como os ensaios APPAC e CODA) e diretrizes internacionais (como a da World Society of Emergency Surgery - WSES) fundamentaram o tratamento conservador da apendicite não complicada com antibióticos. Em pacientes selecionados (estáveis, sem apendicolito e sem sinais de complicações na TC), o manejo ambulatorial com antibioticoterapia oral ou uma dose inicial parenteral seguida de via oral é considerado seguro e eficaz, desde que o paciente receba orientações claras e haja acompanhamento rigoroso para identificar precocemente falhas terapêuticas ou recidivas (que ocorrem em cerca de 25% a 30% dos casos em 1 a 5 anos).

b) INCORRETA. A cirurgia laparotômica (aberta) não é a conduta de escolha imediata se houver disponibilidade de laparoscopia, que é o padrão-ouro cirúrgico por apresentar menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida. Além disso, a questão busca uma conduta alternativa fundamentada em evidências recentes para casos não complicados, que é o tratamento não operatório.

c) INCORRETA. A estratégia de "observar por 72 horas" sem qualquer tratamento (antibiótico ou cirurgia) não é o padrão para apendicite confirmada. O tratamento não operatório envolve obrigatoriamente o uso de antibióticos para controlar o processo infeccioso/inflamatório, e não apenas a observação clínica pura.

d) INCORRETA. O erro está na palavra "obrigatória". Embora a internação para antibioticoterapia endovenosa tenha sido o protocolo inicial nos primeiros estudos de tratamento conservador, evidências mais recentes (como o estudo APPAC II) demonstraram que a antibioticoterapia oral é não inferior à intravenosa para casos não complicados, possibilitando o manejo domiciliar em pacientes com boa rede de apoio e compreensão do quadro.

e) INCORRETA. O diâmetro do apêndice (8 mm vs 10 mm) não é o critério decisório para a indicação de laparoscopia. A indicação cirúrgica baseia-se no diagnóstico de apendicite e na preferência do paciente/cirurgião ou na presença de complicadores (como apendicolito ou peritonite). Um apêndice de 8 mm com sinais inflamatórios já é diagnóstico e pode ser operado por via laparoscópica independentemente de atingir 10 mm.

---

### Questão 45

O quadro clínico apresentado descreve um episódio típico de cólica biliar, caracterizado por dor aguda em hipocôndrio direito após gatilho alimentar, sem evidências de inflamação (ausência de febre, leucocitose e sinais ultrassonográficos de colecistite). Em pacientes com dor persistente, a escolha da analgesia deve ser guiada por evidências que considerem tanto o alívio sintomático quanto a prevenção

de complicações.

Alternativa A: Incorreta. Embora o uso de antiespasmódicos como a escopolamina seja comum na prática clínica diária, as evidências científicas, incluindo revisões da Cochrane, demonstram que eles são menos eficazes que os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) no controle da dor biliar e na prevenção de recidivas da dor no curto prazo.

Alternativa B: Correta. Os AINEs são a primeira linha de tratamento para a cólica biliar. A fisiopatologia da dor biliar envolve a liberação de prostaglandinas devido à distensão da vesícula e obstrução do ducto cístico. Os AINEs bloqueiam essa síntese, reduzindo a pressão intravesicular e o edema da mucosa. Além de serem mais eficazes no alívio da dor do que antiespasmódicos e opioides, o uso de AINEs reduz significativamente o risco de progressão da cólica biliar para colecistite aguda. Opioides podem ser utilizados como resgate caso a dor seja refratária.

Alternativa C: Incorreta. O receio de espasmo do esfíncter de Oddi é historicamente associado ao uso de morfina (embora com pouca relevância clínica comprovada), e não aos AINEs. Os AINEs são seguros e recomendados como terapia preferencial, não havendo justificativa para evitá-los por esse motivo.

Alternativa D: Incorreta. A antibioticoterapia é indicada para quadros de colecistite aguda, colangite ou outras infecções. A paciente em questão apresenta exames laboratoriais normais e ultrassonografia sem sinais de inflamação ou espessamento da parede da vesícula, o que caracteriza apenas colelitíase sintomática (cólica biliar), sem indicação de antibióticos.

Alternativa E: Incorreta. Manter um paciente com dor intensa em observação sem analgesia é uma conduta inadequada. Além disso, a afirmação de que os cálculos são assintomáticos está errada, pois a paciente buscou atendimento justamente por apresentar sintomas agudos (dor e náuseas) relacionados à litíase biliar.

---

### **Questão 46**

O quadro clínico descrito é compatível com cólica biliar (colelitíase sintomática), caracterizada por dor aguda em hipocôndrio direito, sem sinais de resposta inflamatória sistêmica (leucocitose ou febre) e com ultrassonografia demonstrando cálculos, mas com parede da vesícula preservada.

Alternativa A: Incorreta. Embora os antiespasmódicos, como a escopolamina, sejam frequentemente utilizados na prática clínica brasileira, evidências científicas de alta qualidade, incluindo revisões da Cochrane, demonstram que eles são menos eficazes

do que os AINEs no controle da dor biliar. Além disso, não possuem o benefício de reduzir a progressão para colecistite.

Alternativa B: Correta. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são a primeira linha de tratamento para a dor biliar. Eles atuam bloqueando a síntese de prostaglandinas, que são mediadores da contração da vesícula e do aumento da pressão intraluminal. O uso de AINEs (como cetorolaco, diclofenaco ou tenoxicam) oferece analgesia superior aos antiespasmódicos e reduz o risco de a cólica biliar evoluir para uma colecistite aguda. Caso a dor persista após o uso de AINEs, os opioides podem ser associados.

Alternativa C: Incorreta. O espasmo do esfíncter de Oddi é uma preocupação clássica associada aos opioides (especialmente a morfina), e não aos AINEs. Contudo, estudos mostram que esse efeito raramente tem importância clínica na cólica biliar, e os AINEs permanecem como a escolha preferencial pela sua fisiopatologia de ação.

Alternativa D: Incorreta. A antibioticoterapia (como ceftriaxona e metronidazol) está indicada apenas quando há evidência de infecção ou inflamação aguda da vesícula (colecistite aguda) ou das vias biliares (colangite). Como a paciente não tem febre, leucocitose ou alterações ultrassonográficas de colecistite, o uso de antibióticos não se justifica.

Alternativa E: Incorreta. Cálculos assintomáticos podem ser observados, mas a paciente em questão é sintomática e apresenta dor intensa. O controle algico é obrigatório no atendimento de urgência. A observação sem analgesia é clinicamente inadequada para uma paciente com dor aguda estabelecida.

---

## Questão 47

### ANÁLISE DO CASO

O paciente apresenta um quadro clínico clássico de obstrução intestinal mecânica (provavelmente por bridas, dado o histórico de colectomia). Embora o tratamento inicial para obstrução por bridas possa ser conservador, este caso apresenta diversos sinais de alerta que indicam gravidade e sofrimento de alça (estrangulamento).

Os pontos-chave para a decisão terapêutica são:

1. Sinais laboratoriais de gravidade: Leucocitose ( $15.800/\text{mm}^3$ ) e lactato elevado ( $3,1 \text{ mmol/L}$ ).
2. Achados de imagem: A tomografia mostra ingurgitamento mesentérico, que sugere sofrimento vascular.
3. Falha do tratamento conservador: Após 6 horas de medidas iniciais (hidratação,

analgésia e sonda nasogástrica), o paciente não melhorou. Pelo contrário, apresenta sinais de má perfusão e instabilidade, como dor intensa persistente, taquicardia e oligúria (baixa produção de urina).

#### POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA?

A laparotomia exploradora é a conduta imediata e correta. A presença de sinais de sofrimento de alça (isquemia/estrangulamento) ou a falha do tratamento conservador em um curto período (geralmente avaliado entre 6 a 24 horas, ou imediatamente se houver piora) são indicações absolutas de cirurgia. A taquicardia e a oligúria indicam que o paciente está entrando em um quadro de choque ou resposta inflamatória sistêmica grave.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: O limite de 48 a 72 horas para o tratamento conservador só é seguro em pacientes que permanecem estáveis, sem dor intensa e sem sinais de sofrimento de alça. Manter a conduta expectante em um paciente que deteriora clinicamente aumenta drasticamente o risco de necrose intestinal e óbito.

Alternativa B: A radiografia é um exame menos sensível que a tomografia já realizada. Além disso, o lactato é um marcador de hipoperfusão; esperar que ele reduza sem tratar a causa da obstrução e da isquemia é tecnicamente incorreto e perigoso.

Alternativa D: O uso de contraste oral (como o Gastrografin) serve para prever se a obstrução vai se resolver espontaneamente em casos estáveis. Ele é contraindicado quando há sinais evidentes de estrangulamento ou necessidade de cirurgia imediata, como é o caso deste paciente.

Alternativa E: O valor de corte do lactato para gravidade varia, mas 3,1 mmol/L em um contexto de dor abdominal aguda é altamente preocupante. Antibióticos podem ser parte do tratamento, mas não substituem a necessidade de descompressão cirúrgica quando há sofrimento vascular. Aguardar 24 horas em um paciente oligúrico e taquicárdico é uma conduta inadequada.

## Questão 48

A questão aborda a reposição volêmica no paciente queimado, um tema fundamental no atendimento inicial ao trauma e em cirurgia plástica. A fórmula de Parkland é o método mais tradicional e cobrado em provas para o cálculo do volume de ringer lactato a ser infundido nas primeiras 24 horas após a lesão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o ATLS (Advanced Trauma Life Support) em sua 10ª edição tenha atualizado a recomendação de reanimação volêmica inicial para 2 ml/kg/% de SCQ (Superfície Corporal Queimada) em adultos com queimaduras térmicas ou químicas, a questão pede especificamente a definição da Fórmula de Parkland. O valor de 2 ml/kg/% é utilizado para evitar a hiper-hidratação (fluid creep), mas não define a fórmula citada.

Alternativa b) Correta. A Fórmula de Parkland clássica estabelece que o volume de cristalóide (preferencialmente Ringer Lactato) a ser administrado nas primeiras 24 horas deve ser de 4 ml x peso (em kg) x SCQ (em %). Desse total, metade deve ser infundida nas primeiras 8 horas (contadas a partir do momento do acidente) e a outra metade nas 16 horas seguintes.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 6 ml/kg/% não é utilizado como regra para queimaduras térmicas comuns. Em casos específicos de queimaduras elétricas graves com mioglobínúria, a meta de infusão pode ser elevada para manter o débito urinário maior, mas não é o padrão da fórmula de Parkland.

Alternativa d) Incorreta. O valor de 8 ml/kg/% é excessivo para a reanimação inicial e aumentaria drasticamente o risco de complicações como edema pulmonar e síndrome compartimental abdominal.

Alternativa e) Incorreta. Valores de 10 ml/kg/% estão fora de qualquer protocolo padrão de reanimação volêmica em queimados, sendo prejudiciais ao paciente.

Resumo Didático:

Para a prova, guarde a definição: Fórmula de Parkland = 4 ml x Peso x % SCQ.

Lembre-se da distribuição do volume: 50% nas primeiras 8h e 50% nas 16h seguintes.

Dica de prova: Se a questão citar "ATLS 10ª edição" para adultos, o valor base muda para 2 ml, mas se citar nominalmente "Parkland", o valor permanece 4 ml.

### Questão 49

Para resolver essa questão, o primeiro passo é identificar a natureza das variáveis envolvidas no estudo. Temos duas variáveis qualitativas (categóricas) nominais: o hábito de fumar (Tabagista ou Não-tabagista) e a presença de bronquite crônica (Com Bronquite ou Sem Bronquite). Os dados estão organizados em uma tabela de contingência 2x2, conforme mostrado na imagem, que relaciona as frequências de cada grupo.

Quando o objetivo é comparar proporções ou verificar a associação entre duas variáveis categóricas em amostras independentes, o teste estatístico de escolha é o Teste Qui-quadrado de Independência.

Análise das alternativas:

a) Correlação de Pearson: Incorreta. Este teste é utilizado para avaliar a força e a direção da relação linear entre duas variáveis quantitativas contínuas (como peso e altura), e não para variáveis categóricas.

b) Teste t de Student para amostras independentes: Incorreta. É utilizado para comparar as médias de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes (por exemplo, comparar a média da pressão arterial entre homens e mulheres). Na questão, não estamos comparando médias, mas sim frequências/proporções.

c) Teste exato de Fisher: Incorreta. Embora também seja usado para tabelas de contingência 2x2 com variáveis categóricas, o teste de Fisher é indicado para amostras muito pequenas, especificamente quando os valores esperados em qualquer uma das células da tabela são menores que 5. Observando a imagem, as frequências observadas são 42, 58, 18 e 82, o que torna o Qui-quadrado perfeitamente aplicável.

d) Teste qui-quadrado de independência: Correta. É o teste padrão para verificar se existe associação estatisticamente significativa entre duas variáveis qualitativas, comparando as frequências observadas na tabela com as frequências esperadas caso não houvesse associação.

e) Teste de Mann-Whitney: Incorreta. É um teste não-paramétrico utilizado para comparar as distribuições de uma variável quantitativa ou ordinal entre dois grupos independentes. É o substituto do Teste t de Student quando os dados não seguem uma distribuição normal.

Portanto, diante de uma tabela 2x2 com frequências adequadas relacionando variáveis categóricas, o Teste Qui-quadrado de Independência é a ferramenta

correta.

### Questão 50

Para compreender essa questão, devemos aplicar os conceitos de Leavell e Clark sobre os níveis de prevenção na história natural das doenças. No caso clínico apresentado, duas frentes de ação foram executadas pelo médico: a vacinação e o manejo de um quadro agudo de diarreia.

1. Prevenção Primária: Ocorre no período de pré-patogênese. Inclui a promoção da saúde e a proteção específica. A vacinação (imunização) mencionada no enunciado é o exemplo mais clássico de proteção específica dentro da prevenção primária, pois visa impedir que a doença se instale no organismo.

2. Prevenção Secundária: Ocorre quando a doença já está presente no indivíduo, mas em estágio inicial ou agudo. O objetivo é o diagnóstico precoce e o tratamento imediato para evitar complicações e a progressão da enfermidade. No caso, a criança já apresentava sintomas (fezes amolecidas), e a conduta de avaliá-la, prescrever soro de hidratação oral e orientar a alimentação visa tratar a condição atual e prevenir a desidratação, configurando prevenção secundária.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Existe a prevenção secundária (tratamento da diarreia), mas não há prevenção terciária. A prevenção terciária foca na reabilitação e na redução de prejuízos funcionais de doenças crônicas ou sequelas já estabelecidas.

b) Correta. A vacinação corresponde à prevenção primária (proteção específica) e o manejo da queixa de diarreia (avaliação e tratamento precoce) corresponde à prevenção secundária.

c) Incorreta. A prevenção primária foi realizada por meio da vacina, porém a intervenção sobre a queixa clínica de fezes amolecidas (doença já manifesta) eleva o nível de cuidado também para a prevenção secundária.

d) Incorreta. A prevenção terciária é voltada para a reabilitação física e psicossocial de pacientes com sequelas ou doenças crônicas, o que não se aplica ao manejo de uma diarreia aguda ou à vacinação de rotina.

e) Incorreta. A prevenção quaternária consiste na identificação de pessoas em risco de excesso de intervenções médicas (sobremedicalização) para protegê-las de intervenções desnecessárias e iatrogenias. Embora seja um conceito importante na

prática médica, as ações descritas no enunciado (vacina e soro) são condutas clínicas padrão e preventivas diretas.

## Questão 51

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), focando especificamente na aplicação prática da Universalidade e da Regionalização em situações de urgência.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A descentralização redistribui poder e responsabilidades administrativas entre os entes federados (União, Estados e Municípios), mas não concede autonomia para que gestores desrespeitem princípios constitucionais. O direito ao acesso é garantido pela Constituição Federal e não pode ser limitado por critérios geográficos impostos por unidades locais.

b) Incorreta. O Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) é um instrumento de identificação e registro de informações, mas a sua ausência ou o vínculo com outro domicílio jamais podem ser utilizados como barreira para o atendimento. O acesso à saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, independentemente de cadastros burocráticos.

c) Incorreta. A diretriz da integralidade preconiza que o sistema deve estar preparado para atender o indivíduo em todos os seus níveis de complexidade (prevenção, cura e reabilitação). Ela não serve como base para negar atendimento; pelo contrário, reforça que o sistema deve oferecer a solução necessária para a demanda do paciente.

d) Incorreta. Embora a regionalização e a pactuação existam para organizar o fluxo de pacientes e a divisão de recursos financeiros entre os municípios, essas normas administrativas não se sobrepõem ao direito fundamental à vida. Em situações de urgência e emergência, o atendimento deve ser imediato no local onde o paciente se encontra.

e) Correta. A universalidade é um princípio doutrinário do SUS que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Isso significa que qualquer cidadão, em qualquer parte do território nacional, tem direito ao atendimento. No caso descrito, o paciente apresenta dor torácica (uma urgência/emergência potencial), o que torna a recusa de atendimento ainda mais grave, ferindo a ética profissional e a

legislação vigente.

Gabarito: Letra (e).

## Questão 52

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O cenário apresentado descreve uma situação de estagnação da cobertura vacinal (80%), ainda muito distante da meta de 95% preconizada pelo PNI para a poliomielite. Embora a Secretaria de Saúde tenha implementado ações importantes de acesso (horário estendido) e comunicação (combate a fake news), o risco epidemiológico persiste. Para resolver falhas vacinais localizadas e persistentes, a estratégia padrão-ouro recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e atualmente priorizada pelo Ministério da Saúde é o Microplanejamento.

### POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA

O microplanejamento local é a ação com maior impacto real e imediato porque permite uma intervenção de precisão. Em vez de tratar a cidade como um bloco único, essa metodologia exige que as equipes analisem os dados de cada microárea. O mapeamento nominal identifica exatamente qual criança não foi vacinada e onde ela reside. Isso permite que a busca ativa e as ações extramuros sejam direcionadas cirurgicamente aos bolsões de não vacinados, combatendo as barreiras específicas de cada território de forma ágil, com definição de metas locais e monitoramento semanal rigoroso.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa (a): A vacinação exclusivamente domiciliar para toda a população é logisticamente inviável e extremamente custosa. A vacinação no domicílio deve ser uma ferramenta complementar para casos específicos de imobilidade ou difícil acesso, e não uma estratégia universal, que desmobilizaria as unidades de saúde.

Alternativa (b): Campanhas de massa em televisão são estratégias macro que servem para sensibilização geral, mas possuem baixo impacto em grupos que já apresentam resistência por desinformação (fake news) ou que enfrentam barreiras geográficas locais. O problema descrito exige uma abordagem de "território", e não de "mídia de massa".

Alternativa (c): A instituição de penalidades administrativas é uma medida coercitiva que pode gerar ainda mais resistência e desconfiança da população em relação às autoridades sanitárias. Epidemiologicamente, não garante a proteção imediata da criança e não resolve as falhas de organização do serviço.

Alternativa (d): O incentivo financeiro direto não faz parte da lógica do PNI, que se baseia no direito à saúde. Além disso, não aborda a causa raiz citada no problema (desinformação) e não organiza a rede de saúde para realizar a busca ativa necessária para elevar os índices de cobertura.

### Questão 53

Essa questão aborda os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O cenário descrito apresenta barreiras de acesso geográficas, socioeconômicas e culturais em uma zona rural. Para resolver problemas como baixa cobertura e internações evitáveis, a resposta deve estar alinhada aos princípios de territorialização, equidade e acessibilidade.

Alternativa A: Incorreta. A contratação de um obstetra foca na atenção secundária (alto risco), enquanto o problema relatado é na atenção primária (baixa cobertura de pré-natal básico e falta às consultas). Além disso, a presença do especialista na unidade não resolve as dificuldades de transporte e a dispersão territorial da população.

Alternativa B: Incorreta. Embora a telessaúde seja uma ferramenta útil, a substituição completa das consultas presenciais em uma população com baixa escolaridade e dificuldade de compreensão das orientações pode agravar as lacunas no cuidado e prejudicar o vínculo. A tecnologia deve complementar, e não substituir, o cuidado em áreas com vulnerabilidade social.

Alternativa C: Correta. Esta medida aplica as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O planejamento territorial permite identificar onde estão os vazios assistenciais. A busca ativa e as visitas domiciliares superam a barreira do transporte irregular, levando a equipe até o paciente. A agenda programada e ampliada facilita o acesso, e a educação em saúde adaptada ao perfil cultural da comunidade garante que as orientações sejam compreendidas, aumentando a adesão ao tratamento e reduzindo internações sensíveis à atenção primária.

Alternativa D: Incorreta. Transferir pacientes para uma unidade urbana viola o princípio da descentralização e da capilaridade do SUS. Se a população já tem dificuldade com transporte irregular para a unidade rural, obrigá-la a se deslocar para um centro urbano tornaria o acesso praticamente impossível, rompendo o vínculo entre equipe e comunidade.

Alternativa E: Incorreta. O modelo tradicional (centrado na demanda espontânea e no consultório) é menos eficaz para populações rurais e vulneráveis. Reduzir visitas

domiciliares em um cenário de grande dispersão territorial é o oposto do que recomendam as diretrizes da ESF, que preconizam a proatividade da equipe na vigilância à saúde da população adstrita.

### Questão 54

Esta questão aborda os fundamentos da epidemiologia clínica, focando na relação entre a probabilidade pré-teste e os valores preditivos (positivo e negativo). Para resolvê-la, é fundamental compreender que o desempenho de um teste diagnóstico não depende apenas de suas características intrínsecas (sensibilidade e especificidade), mas também da prevalência da doença na população estudada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A especificidade de um teste é a sua capacidade de identificar corretamente os indivíduos saudáveis (verdadeiros negativos). O fato de o teste ter "acertado" um caso positivo em um paciente sintomático não define a especificidade do exame e, muito menos, valida sua incorporação em diretrizes. Um único caso clínico ( $n=1$ ) não gera evidência estatística para determinar parâmetros de acurácia.

Alternativa b) Correta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a probabilidade de um indivíduo ter a doença dado que o teste foi positivo. O VPP é diretamente proporcional à prevalência da doença (ou probabilidade pré-teste). Como o paciente em questão apresenta sinais de alerta (perda de peso e alteração de hábito intestinal) e fator de risco importante (história familiar), sua probabilidade pré-teste é muito alta. Nessas condições, qualquer resultado positivo tem uma chance muito elevada de ser um verdadeiro positivo.

Alternativa c) Incorreta. A acurácia é uma medida geral de acertos do teste, mas não é o único critério para substituir um padrão-ouro. A colonoscopia não é apenas um teste diagnóstico, mas também terapêutico (permite biópsias e retirada de pólipos). Além disso, a utilidade de um teste sempre dependerá da prevalência na população; em populações de baixíssima prevalência, mesmo testes com 95% de acurácia podem gerar muitos resultados falso-positivos.

Alternativa d) Incorreta. Ocorre exatamente o contrário: o Valor Preditivo Positivo (VPP) diminui quando o teste é aplicado em populações de baixo risco (baixa prevalência). Isso acontece porque, em uma população onde a doença é rara, a maioria dos resultados positivos serão, na verdade, falso-positivos, mesmo que o teste tenha boa especificidade.

Alternativa e) Incorreta. O Valor Preditivo Negativo (VPN) é inversamente proporcional à probabilidade pré-teste. Em um paciente com alta suspeição clínica (alta probabilidade pré-teste), um resultado negativo é menos confiável, pois o risco de ser um "falso-negativo" é maior. Portanto, o VPN seria baixo, e não elevado, nesta situação específica.

---

### Questão 55

Alternativa correta: (b)

Explicação detalhada:

A questão aborda a regulamentação ética e o processo de incorporação de novas tecnologias em saúde no Brasil, especificamente o funcionamento do Sistema CEP/CONEP e os critérios para o SUS.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o estudo lide com dados sensíveis e inteligência artificial, esses fatores, isoladamente, não obrigam o envio do protocolo para aprovação da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a tramitação para a CONEP é reservada a áreas temáticas especiais, como genética humana, reprodução assistida, populações indígenas ou pesquisas com cooperação estrangeira. O uso de IA e o risco de reidentificação exigem cuidados éticos rigorosos e aprovação pelo CEP, mas não necessariamente a análise da instância federal superior.

Alternativa (b) Correta: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local tem autonomia para avaliar e aprovar a grande maioria dos protocolos de pesquisa clínica. No sistema regulatório brasileiro, dispositivos médicos de monitorização não invasiva, como o monitor de sono citado, geralmente não se enquadram nas áreas temáticas especiais que exigem revisão obrigatória pela CONEP. Historicamente, novos fármacos (dispositivos terapêuticos farmacológicos) faziam parte do grupo que exigia aprovação da CONEP, o que justifica a distinção feita na alternativa para validar o início do estudo apenas com a aprovação do CEP local.

Alternativa (c) Incorreta: A avaliação ética nunca é opcional em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Qualquer estudo que envolva coleta de dados fisiológicos, voz ou prontuários, mesmo que não seja invasivo, deve obrigatoriamente ser submetido e aprovado pelo sistema CEP/CONEP antes de seu início. A análise econômica pela CONITEC é uma etapa posterior, voltada para a incorporação no sistema público, e não substitui a avaliação ética da pesquisa.

Alternativa (d) Incorreta: O erro desta alternativa está na afirmação de que a

incorporação pelo SUS depende obrigatoriamente de um ensaio clínico fase III com supervisão direta da ANVISA para tecnologias não farmacológicas. Enquanto fármacos seguem fases clínicas rígidas (I, II, III), dispositivos médicos e tecnologias digitais de saúde possuem fluxos de validação diferentes. Além disso, a supervisão direta da ANVISA ocorre no registro do produto, enquanto a incorporação no SUS é de competência da CONITEC.

Alternativa (e) Incorreta: A incorporação de tecnologia no SUS não depende exclusivamente de análise econômica e impacto orçamentário. A CONITEC exige evidências sólidas de eficácia e segurança (Medicina Baseada em Evidências). Embora estudos nacionais não sejam uma exigência absoluta para todos os casos, eles são fundamentais para validar o desempenho da tecnologia na realidade epidemiológica e estrutural do sistema de saúde local, como proposto pela equipe de inovação do hospital.

---

### Questão 56

O tema central desta questão é a notificação compulsória de violência no sistema de saúde brasileiro. No Brasil, a violência interpessoal e autoprovocada é um evento de notificação obrigatória em todos os serviços de saúde, conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 do Ministério da Saúde.

Alternativa a: Incorreta. A violência interpessoal, independentemente de ocorrer no âmbito doméstico ou comunitário, deve ser notificada pelo profissional de saúde. Não existe exclusão por ser uma agressão contra adulto em ambiente público; a vigilância epidemiológica visa mapear todos os tipos de violência para fins de políticas públicas.

Alternativa b: Incorreta. Embora a orientação sexual seja um dado epidemiológico relevante, a alternativa está incompleta e é menos precisa que a letra E. A conduta correta envolve a notificação do evento como violência interpessoal dentro do sistema de informação específico.

Alternativa c: Incorreta. A notificação compulsória para fins de vigilância em saúde é um dever do profissional e uma ação de saúde pública, não dependendo do consentimento formal do paciente adulto lúcido para ser realizada no sistema de saúde. O que depende da vontade do paciente é a formalização da denúncia na delegacia de polícia, que é uma esfera jurídica distinta da notificação epidemiológica.

Alternativa d: Incorreta. A notificação de violência em saúde deve ser feita diante da suspeita ou confirmação clínica. O profissional de saúde não deve aguardar investigações policiais ou laudos periciais (como o de corpo de delito) para cumprir seu papel de vigilância epidemiológica.

Alternativa e: Correta. O caso descreve uma agressão física motivada por preconceito (homofobia/LGBTfobia). A conduta médica correta, além do atendimento clínico do ferimento, é realizar a notificação compulsória por violência interpessoal. Na ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), existem campos específicos para registrar a motivação da violência, incluindo a LGBTfobia, o que é essencial para o monitoramento de crimes de ódio e proteção de minorias.

### Questão 57

A questão aborda a técnica de Entrevista Motivacional e o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, ferramentas fundamentais para lidar com mudanças de comportamento, como a cessação do tabagismo. O ponto central é identificar em qual estágio de prontidão para a mudança o indivíduo se encontra para, então, adequar a intervenção médica.

Alternativa a: Correta. Para iniciar uma abordagem motivacional, o primeiro passo é avaliar o estágio de mudança. Ao perguntar se o pai já considerou parar de fumar, o médico investiga se ele está na fase de pré-contemplação (quando não reconhece o problema ou não quer mudar) ou na fase de contemplação (quando reconhece o problema e pensa em mudar, mas ainda está ambivalente). É uma pergunta aberta que estimula a reflexão sem ser confrontadora e permite que o médico saiba como prosseguir com o aconselhamento.

Alternativa b: Incorreta. Esta pergunta serve para quantificar o vício e a carga tabágica, o que é importante para o histórico clínico e para avaliar o grau de dependência física (como no Teste de Fagerström), mas não avalia a motivação ou a prontidão do paciente para a mudança naquele momento.

Alternativa c: Incorreta. Esta é uma abordagem meramente informativa e, por vezes, paternalista. A grande maioria dos fumantes tem consciência de que o cigarro faz mal à saúde. Repetir informações óbvias ou "dar sermão" costuma criar uma barreira na comunicação e aumentar a resistência do paciente ao tratamento.

Alternativa d: Incorreta. Esta opção utiliza a indução de culpa como ferramenta. Embora seja um fato clínico que o tabagismo passivo agrava a asma infantil, apontar isso de forma direta e acusatória durante um atendimento de crise tende a gerar um mecanismo de defesa, negação e afastamento do pai, prejudicando a aliança terapêutica necessária para o sucesso da cessação tabágica.

Alternativa e: Incorreta. Assim como a alternativa anterior, esta pergunta possui um caráter de julgamento moral. Na entrevista motivacional, deve-se evitar o confronto

direto e o julgamento. O objetivo é apoiar a autonomia do paciente e ajudá-lo a encontrar suas próprias razões para parar, em vez de impor uma visão externa sobre seus erros.

Conclusão: A abordagem inicial mais adequada em intervenções motivacionais deve ser sempre a exploração da prontidão para a mudança, utilizando uma linguagem neutra, empática e acolhedora, característica presente apenas na alternativa A.

---

## Questão 58

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O cenário descrito caracteriza a investigação de um surto de gastroenterite aguda com suspeita de fonte comum. Para identificar se um fator ambiental (neste caso, a água do poço artesiano) é o veículo de transmissão da doença, a epidemiologia utiliza o cálculo de medidas de frequência e de associação, comparando grupos expostos e não expostos.

**ALTERNATIVA B (CORRETA):** Esta é a conduta padrão em epidemiologia analítica durante a investigação de surtos. Ao calcular a incidência (também chamada de taxa de ataque nesse contexto) em ambos os grupos, podemos comparar os riscos. No grupo do poço, a incidência foi de 3,5% (28 casos em 800 usuários), enquanto no grupo da rede pública foi de aproximadamente 0,43% (14 casos em 3.200 usuários). Essa comparação permite verificar que o risco de adoecer é significativamente maior entre os usuários do poço, o que aponta este reservatório como a provável fonte comum da infecção.

**ALTERNATIVA A (INCORRETA):** A prevalência indica a proporção de pessoas doentes em um determinado momento, sendo uma medida estática útil para o planejamento de serviços de saúde e manejo de doenças crônicas. No entanto, para identificar a fonte de um surto agudo e estabelecer uma relação de causalidade ou exposição, a incidência (casos novos que surgem após a exposição ao fator de risco) é a medida recomendada.

**ALTERNATIVA C (INCORRETA):** Embora o teste de hipótese seja importante para confirmar se a diferença entre os grupos é estatisticamente significativa e não decorrente do acaso, a questão pede a medida epidemiológica que auxilia na identificação da fonte. Além disso, na prática de saúde pública, a adoção de medidas sanitárias não deve ser retardada por análises estatísticas complexas quando os dados descritivos já apontam um risco evidente para a população.

**ALTERNATIVA D (INCORRETA):** A letalidade mede o percentual de mortes entre os

indivíduos que contraíram a doença (Número de Óbitos / Número de Doentes). Ela é um indicador da gravidade da doença e da eficácia do tratamento, mas não tem nenhuma utilidade para identificar a origem ou a fonte de um surto de gastroenterite.

ALTERNATIVA E (INCORRETA): O  $R_0$  (Número de Reprodução Básico) é uma medida que estima o potencial de propagação de um agente infeccioso em uma população totalmente suscetível (transmissão de pessoa para pessoa). Em surtos de fonte comum por veículo contaminado (como água ou alimentos), o foco principal é a identificação e interrupção da fonte através das taxas de ataque, e não o cálculo do potencial de transmissão comunitária.

## Questão 59

Análise do Contexto Epidemiológico:

O vírus da hepatite A (HAV) é classicamente conhecido por sua transmissão fecal-oral, geralmente associada à ingestão de água ou alimentos contaminados em locais com saneamento precário. Entretanto, a partir de 2017 e 2018, grandes capitais brasileiras e europeias registraram surtos com um perfil epidemiológico distinto: homens jovens, residentes em áreas urbanas com bom saneamento, sem exposição a fontes comuns de água ou comida. A investigação epidemiológica desses casos identificou que a disseminação do vírus ocorria através do contato fecal-oral direto durante práticas sexuais, especialmente o contato oro-anal (anilingus), entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A via parenteral, ligada ao compartilhamento de seringas ou transfusão de sangue, é a principal via de transmissão das hepatites B e C. No caso da hepatite A, a viremia (presença do vírus no sangue) é muito curta, tornando essa forma de transmissão extremamente rara e irrelevante do ponto de vista epidemiológico para surtos.

Alternativa b: Incorreta. Embora o consumo de alimentos crus seja uma forma comum de transmissão fecal-oral, o enunciado da questão exclui especificamente a relação com alimentos ou água, invalidando esta opção para o surto em questão.

Alternativa c: Correta. A transmissão fecal-oral pode ocorrer de forma direta no contexto sexual. Práticas que envolvem o contato da boca com o ânus ou o contato manual-anal seguido de contato oral permitem a transferência do vírus presente nas fezes diretamente para a mucosa oral do parceiro. Esse foi o mecanismo predominante no surto de 2018 citado, afetando adultos jovens em regiões centrais.

Alternativa d: Incorreta. Não existe transmissão por vetores (insetos) para o vírus da hepatite A. A transmissão depende obrigatoriamente do ciclo fecal-oral.

Alternativa e: Incorreta. A contaminação hídrica é responsável por surtos explosivos em locais com falhas no tratamento de água ou rompimento de tubulações de esgoto. Contudo, o enunciado afirma que não houve relação com o abastecimento de água, descartando esta hipótese.

---

## Questão 60

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito apresenta um paciente com lesões cutâneas eritematosas disseminadas, atingindo especificamente a região palmo-plantar e o tronco, associadas a linfadenopatia cervical. Esse conjunto de sinais e sintomas, ocorrendo cerca de dois meses após uma exposição sexual de risco, é patognomônico da sífilis secundária. Nesta fase, há uma intensa disseminação do *Treponema pallidum* pelo organismo.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A sífilis latente é, por definição, assintomática (ausência de sinais e sintomas clínicos), sendo detectada apenas por testes sorológicos. O paciente em questão apresenta lesões exuberantes. Além disso, qualquer fase da sífilis em uma gestante tem potencial de repercussão para o feto se não tratada.

Alternativa B (Incorreta): A fase primária caracteriza-se pelo cancro duro (úlceras indolor no local da inoculação), que geralmente desaparece espontaneamente antes do surgimento das lesões secundárias. O paciente já ultrapassou essa fase. A transmissibilidade na fase primária e secundária é máxima, e não reduzida.

Alternativa C (Correta): Os achados de roséolas sifilíticas (tronco) e sífilides palmo-plantares, junto com a poliadenopatia, confirmam a sífilis secundária. Este é o período de maior carga bacteriana circulante e nas lesões cutâneo-mucosas, resultando em altíssima transmissibilidade tanto por via sexual para a parceira quanto por via transplacentária para o feto (transmissão vertical).

Alternativa D (Incorreta): A sífilis terciária ocorre anos após a infecção inicial, manifestando-se com gomas sifilíticas, acometimento cardiovascular (aneurisma de aorta) ou neurosífilis tardia. Diferente das fases iniciais, a transmissibilidade na fase terciária é consideravelmente menor.

Alternativa E (Incorreta): Embora a fase seja corretamente identificada como secundária, a afirmação de que o risco de transmissão vertical é baixo está errada. Nas fases precoces da sífilis (primária e secundária), a taxa de transmissão vertical pode chegar a 100%, sendo o período de maior perigo para a gestação.

Conclusão: O diagnóstico é de sífilis secundária, fase de elevada infectividade, exigindo tratamento imediato do paciente e avaliação urgente da gestante para prevenir a sífilis congênita.

---