



SMS

GABARITO | 2025 | PR | 60 Questões



Gabarito: SMS

2025 | PR

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

Comentários e Explicações

Questão 1

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

A conduta terapêutica inicial na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) fundamenta-se na utilização de fármacos que demonstraram redução de desfechos cardiovasculares. As quatro classes de medicamentos consideradas de primeira linha são: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II (BRA), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC) e Diuréticos Tiazídicos (DIU). Quando a meta pressórica não é atingida com monoterapia ou quando o paciente já inicia o tratamento no estágio 2, a combinação de dois fármacos de classes diferentes é a estratégia recomendada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. O erro reside no uso do diurético de alça (como a furosemida). Na hipertensão arterial sem comorbidades, os diuréticos de escolha são os tiazídicos (como clortalidona, hidroclorotiazida ou indapamida), devido ao seu tempo de ação prolongado e eficácia comprovada. Os diuréticos de alça são reservados para pacientes com insuficiência renal (creatinina elevada ou taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/min) ou quadros de insuficiência cardíaca com congestão.

Alternativa B: Incorreta. Os betabloqueadores não são mais recomendados como terapia de primeira linha para pacientes com hipertensão primária sem comorbidades (como angina ou insuficiência cardíaca), pois apresentam menor proteção contra o Acidente Vascular Cerebral (AVC) em comparação às outras classes. Além disso, a combinação de betabloqueadores com certos bloqueadores dos canais de cálcio pode aumentar o risco de bradicardia e bloqueios cardíacos.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa combina duas classes de primeira linha: Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC) e Diuréticos Tiazídicos. Essa associação é bastante eficaz e frequentemente recomendada, especialmente em pacientes idosos e na população negra, que costumam apresentar um perfil de hipertensão com baixa renina e maior sensibilidade ao sal, respondendo muito bem a esses dois grupos farmacológicos.

Alternativa D: Incorreta. O antagonista de aldosterona (como a espironolactona) não é um fármaco de primeira linha para o manejo inicial da HAS. Ele é indicado como a quarta droga no tratamento da hipertensão resistente (após o uso otimizado de IECA/BRA + BCC + Tiazídico) ou em pacientes específicos com insuficiência cardíaca.

O betabloqueador, como citado anteriormente, também não é a escolha inicial preferencial.

Gabarito: Letra C.

Questão 2

A estratificação de risco na Doença Arterial Coronariana (DAC) estável é fundamental para identificar pacientes que apresentam maior probabilidade de morte cardiovascular ou infarto agudo do miocárdio. Esses pacientes de alto risco são os que mais se beneficiam de uma estratégia invasiva (cineangiocoronariografia e eventual revascularização) em comparação ao tratamento médico isolado.

Alternativa a) Incorreta. Uma estenose de 40% na coronária direita é considerada uma lesão não obstrutiva. Na DAC estável, apenas estenoses acima de 50% em tronco de coronária esquerda ou acima de 70% nos demais vasos principais (ou com comprovação funcional de isquemia) costumam ser candidatas à intervenção. Uma placa de 40% indica a presença de aterosclerose, mas não confere alto risco que justifique conduta agressiva imediata.

Alternativa b) Correta. O teste ergométrico é um dos principais métodos não invasivos para estratificação. São considerados achados de alto risco (risco de morte anual > 3%): infradesnívelamento do segmento ST maior ou igual a 2 mm, alteração em múltiplas derivações, surgimento de alterações em baixas cargas (menos de 6 METs), queda da pressão arterial sistólica durante o esforço, ou dor anginosa que interrompe o exame. Esses achados sugerem isquemia miocárdica extensa, frequentemente associada à doença multiarterial ou de tronco.

Alternativa c) Incorreta. O nível de LDL de 110 mg/dL está acima da meta recomendada para pacientes com DAC (que deve ser inferior a 50 mg/dL ou, em alguns casos, 70 mg/dL). No entanto, o nível isolado do colesterol é um fator de risco a ser controlado com otimização medicamentosa (estatinas) e estilo de vida, não servindo como marcador de "alto risco" para eventos agudos imediatos que exijam intervenção cirúrgica ou percutânea.

Alternativa d) Incorreta. Embora a angina de repouso seja um sintoma de alarme, o fato de o episódio ter ocorrido há 6 meses sem recorrência sugere que o quadro está estabilizado. Se a angina fosse recente (nas últimas semanas) ou progressiva, o paciente seria classificado como portador de uma Síndrome Coronariana Aguda (Angina Instável). No cenário da DAC estável, o comportamento atual do paciente frente ao esforço e os exames funcionais recentes têm maior peso na estratificação de risco do que um evento remoto isolado.

Conclusão: Pacientes com isquemia importante documentada em métodos funcionais (como o teste ergométrico com infra de ST > 2 mm) possuem indicação formal de estratificação invasiva para avaliar a anatomia coronariana e planejar a revascularização, visando à melhora do prognóstico.

Questão 3

Para compreender esta questão, devemos analisar o perfil de risco cardiovascular e metabólico do paciente em conjunto com os valores laboratoriais apresentados.

Análise do Perfil do Paciente:

O paciente apresenta múltiplos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): idade (45 anos), obesidade (IMC 32 kg/m²), sedentarismo, hipertensão arterial e histórico familiar de primeiro grau. Apesar de sua glicemia de jejum (99 mg/dL) e sua hemoglobina glicada (5,5%) estarem tecnicamente dentro da faixa de normalidade, ambas encontram-se no limite superior do normal (limítrofes). Em pacientes com alto risco clínico, exames de rastreio "normais" podem mascarar uma intolerância à glicose já existente.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a mudança de estilo de vida seja fundamental para este paciente devido à obesidade e hipertensão, aguardar 6 a 12 meses para repetir os exames pode ser uma conduta passiva demais. Como o paciente está no limite da normalidade e possui altíssimo risco, uma investigação mais profunda imediata é justificada para não retardar o diagnóstico de pré-diabetes ou diabetes.

b) Incorreta. A metformina é uma medicação indicada para o tratamento do DM2 ou para prevenção em casos específicos de pré-diabetes (especialmente em pacientes com IMC > 35 kg/m², idade < 60 anos ou mulheres com histórico de diabetes gestacional). Como o paciente ainda apresenta exames dentro da normalidade técnica, o diagnóstico de pré-diabetes ou diabetes ainda não foi firmado, o que contraindica o início imediato da medicação neste momento.

c) Correta. O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) é o exame mais sensível para detectar precocemente distúrbios do metabolismo da glicose que a glicemia de jejum isolada pode não identificar. Especificamente sobre o "TOTG - 1h" mencionado na alternativa, estudos recentes e diretrizes atualizadas (como as da Sociedade Brasileira de Diabetes) têm destacado que o valor da glicemia após 1 hora de sobrecarga (quando superior a 155 mg/dL) é um preditor precoce e independente de evolução para DM2 e complicações cardiovasculares, mesmo quando a glicemia de

jejum e o valor de 2 horas estão normais. Portanto, em um paciente com alto risco e exames limítrofes, aprofundar a investigação com o TOTG é a conduta mais assertiva.

d) Incorreta. A glicemia capilar é uma ferramenta útil para triagem rápida em pacientes sintomáticos ou para o automonitoramento de pacientes já diagnosticados. Ela não possui validade diagnóstica para DM2 em consultas de rotina e não substitui os exames laboratoriais de sangue venoso para definição de conduta clínica em pacientes assintomáticos.

Questão 4

O Forame Oval Patente (FOP) é um achado extremamente comum, presente em cerca de 25% da população adulta. Por isso, quando um paciente apresenta um AVC e um FOP é descoberto, o grande desafio clínico é determinar se o FOP foi a causa (através de embolia paradoxal) ou se é apenas um achado incidental. Para auxiliar nessa distinção, utiliza-se o escore RoPE (Risk of Paradoxical Embolism), que pontua a probabilidade de o AVC ser atribuído ao FOP.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A presença de hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco clássico para outras causas de AVC, como a doença de pequenos vasos (lacunares) ou aterosclerose de grandes artérias. No escore RoPE, a presença de hipertensão retira pontos, o que diminui a probabilidade de o FOP ser o culpado.

b) Incorreta. Assim como a hipertensão, o tabagismo é um fator de risco cardiovascular tradicional. Sua presença sugere que o AVC possa ter ocorrido por mecanismos aterotrombóticos habituais, tornando o FOP um provável achado incidental ("incidentaloma").

c) Incorreta. Curiosamente, no contexto do escore RoPE, a história prévia de AVC ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT) não aumenta a pontuação para causalidade pelo FOP. Pelo contrário, a ausência de fatores de risco e de eventos prévios em pacientes jovens é o que mais pontua a favor de uma etiologia por embolia paradoxal.

d) Correta. O mecanismo do AVC relacionado ao FOP é a embolia (um trombo que viaja da circulação venosa para a arterial). Êmbolos tendem a navegar pela circulação sistêmica e se alojar em ramos distais das artérias cerebrais, resultando tipicamente em infartos corticais, muitas vezes extensos ou múltiplos. Já infartos subcorticais pequenos (lacunares) são mais sugestivos de doença de pequenos vasos ligada a fatores como hipertensão e diabetes. Portanto, a presença de uma imagem

de AVC isquêmico cortical reforça a suspeita de um fenômeno embólico originado no FOP.

Questão 5

O quadro clínico descrito aponta diretamente para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), sendo fundamental notar as particularidades da apresentação da depressão na adolescência.

Alternativa A: Correta. O paciente apresenta os critérios diagnósticos fundamentais para o Transtorno Depressivo Maior de acordo com o DSM-5 e a CID-11. O diagnóstico exige a presença de cinco ou mais sintomas por pelo menos duas semanas, causando prejuízo funcional. No caso, observamos: humor deprimido (tristeza constante), anedonia (perda de interesse em atividades anteriormente apreciadas), alterações cognitivas (dificuldade de concentração), baixa autoestima e pensamentos autolesivos. Um ponto crucial para provas de residência é reconhecer que, em crianças e adolescentes, o humor pode se manifestar como irritabilidade e agressividade em vez de apenas tristeza, exatamente como descrito no enunciado.

Alternativa B: Incorreta. O Transtorno de Ansiedade Social caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de situações sociais em que o indivíduo possa ser avaliado ou julgado por outros. Embora o adolescente esteja se isolando, esse comportamento é secundário à falta de prazer e à tristeza (sintomas depressivos), e não ao medo de passar vergonha ou ser criticado. Além disso, a fobia social não explicaria os pensamentos autolesivos e a perda de interesse em jogos on-line solitários.

Alternativa C: Incorreta. Para o diagnóstico de Transtorno Bipolar, é obrigatória a ocorrência de pelo menos um episódio de mania ou hipomania ao longo da vida. O episódio maníaco envolve humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de aumento de energia, diminuição da necessidade de sono, logorreia e grandiosidade. O enunciado descreve exclusivamente um episódio depressivo, sem qualquer menção a fases de euforia ou hiperatividade prévias.

Alternativa D: Incorreta. O Transtorno de Personalidade Borderline envolve um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, além de impulsividade acentuada. Embora a autolesão e a irritabilidade sejam comuns nesse transtorno, o diagnóstico de transtorno de personalidade geralmente exige que o padrão seja persistente e de longa data (desde o início da vida adulta ou adolescência). No caso clínico, o jovem era anteriormente ativo e social, e os sintomas surgiram de forma bem delimitada nos últimos três meses, o que caracteriza uma mudança aguda no funcionamento basal, direcionando o diagnóstico para um transtorno do humor (depressão) e não para um transtorno de

personalidade.

Questão 6

Análise dos parâmetros da tabela:

Para interpretar uma prova de função pulmonar, o primeiro passo é observar a relação VEF1/CVF. No exame apresentado, o valor aferido da relação VEF1/CVF é de 58 por cento, estando abaixo do limite inferior da normalidade (geralmente considerado 70 por cento). Esse achado é o critério definidor de um distúrbio ventilatório obstrutivo.

Adicionalmente, observamos que o VEF1 isolado está significativamente reduzido (44 por cento do previsto), indicando uma obstrução importante. Outro ponto fundamental é a análise dos volumes estáticos: a Capacidade Pulmonar Total (CPT) está em 117 por cento e o Volume Residual (VR) em 122 por cento. Esses valores elevados confirmam a presença de hiperinsuflação pulmonar e aprisionamento de ar, condições típicas de um fumante de longa data com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Análise das alternativas:

- a) Correta. A redução da relação VEF1/CVF (58 por cento) associada à redução do VEF1 caracteriza o padrão obstrutivo. O histórico de tabagismo e os sinais de aprisionamento de ar (VR e CPT elevados) corroboram este diagnóstico.
 - b) Incorreta. Em doenças restritivas, a Capacidade Pulmonar Total (CPT) estaria obrigatoriamente reduzida (abaixo de 80 por cento do previsto). No caso em tela, a CPT está aumentada (117 por cento), o que exclui restrição.
 - c) Incorreta. Doenças vasculares pulmonares, como a hipertensão pulmonar, costumam apresentar volumes e fluxos pulmonares normais na espirometria, apresentando alteração apenas na capacidade de difusão (DLCO), que não foi fornecida, mas os dados presentes já indicam uma patologia de vias aéreas.
 - d) Incorreta. As doenças intersticiais são causas de distúrbio restritivo. Como mencionado, o paciente apresenta uma relação VEF1/CVF baixa e volumes pulmonares preservados/aumentados, o que é o oposto do padrão encontrado nas doenças do interstício.
-

Questão 7

Para resolver essa questão, o primeiro passo é avaliar o nível de controle da asma da paciente seguindo os critérios da GINA (Global Initiative for Asthma) 2023. Nos últimos 3 meses, a paciente apresentou:

- 1) Sintomas diurnos ou uso de medicação de alívio mais de duas vezes por semana (ela usa salbutamol 4 vezes/semana);
- 2) Despertares noturnos por asma (3 vezes por mês);
- 3) Limitação de atividades físicas.

De acordo com a GINA, a presença de 3 ou 4 desses critérios classifica a asma como **NÃO CONTROLADA**. Como a paciente já está na Etapa 3 (Step 3) do tratamento (uso de corticoide inalatório + LABA em dose baixa), a conduta diante do descontrole é progredir para a Etapa 4 (Step 4).

Análise das alternativas:

- a) Correta. A conduta padrão na Etapa 4 para pacientes que não obtiveram controle na Etapa 3 com dose baixa de CI-LABA é o escalonamento para dose média de corticoide inalatório (CI), mantendo o LABA. Isso visa reduzir a inflamação das vias aéreas que está gerando os sintomas e a limitação física.
- b) Incorreta. O montelucaste (antagonista do receptor de leucotrienos) pode ser utilizado como terapia adjuvante, mas não é a escolha preferencial de primeira linha para o escalonamento da Etapa 3 para a Etapa 4. O aumento da dose do corticoide inalatório tem maior evidência na melhora do controle sintomático neste cenário.
- c) Incorreta. O uso de corticoide inalatório em dose alta associado a LABA caracteriza a Etapa 5 do tratamento. Esse ajuste seria precoce e excessivo para a paciente, que deve primeiro tentar o controle com a dose média (Etapa 4) antes de progredir para doses altas ou terapias biológicas.
- d) Incorreta. Aumentar a frequência de uso do salbutamol (broncodilatador de curta duração — SABA) é uma conduta perigosa. O uso excessivo de SABA (mais de 3 frascos por ano) está associado a um risco aumentado de exacerbações graves. O objetivo do ajuste terapêutico na asma é justamente tratar a inflamação de base para que o paciente dependa o mínimo possível da medicação de alívio.

Questão 8

A seguir, apresento a explicação detalhada da questão, analisando o quadro clínico, a classificação de risco e a conduta recomendada.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

O quadro clínico da paciente (febre alta, mialgia, cefaleia e dor retro-orbital), associado aos achados do hemograma (leucopenia, linfopenia e plaquetopenia leve), é extremamente sugestivo de dengue. O hematócrito de 45% está dentro da normalidade para uma mulher, indicando que, no momento do exame, não há hemoconcentração importante (sinal de extravasamento plasmático).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Para definir a conduta na dengue, o Ministério da Saúde do Brasil utiliza uma classificação por grupos:

Grupo A: Sem sinais de alarme, sem comorbidades e sem risco social. Conduta: Hidratação oral em domicílio.

Grupo B: Sem sinais de alarme, mas com comorbidades (como HAS e diabetes), condições clínicas especiais ou risco social. Conduta: Observação obrigatória e solicitação de hemograma completo.

Grupo C: Presença de sinais de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, sangramento de mucosas, aumento do hematócrito). Conduta: Hidratação venosa imediata e internação.

Grupo D: Sinais de choque ou disfunção grave de órgãos. Conduta: Hidratação venosa rápida e UTI.

No caso em questão, a paciente possui hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM2). Portanto, ela é classificada automaticamente no Grupo B, mesmo na ausência de sinais de alarme no momento.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta: De acordo com o fluxograma de manejo da dengue, pacientes do Grupo B devem permanecer em leito de observação na unidade de saúde até que os resultados dos exames laboratoriais (especialmente o hematócrito) sejam avaliados. A conduta inicial para o Grupo B foca na hidratação oral supervisionada. O hematócrito atual é normal (45%), mas, como a paciente tem comorbidades, ela precisa de vigilância. Caso o hematócrito se eleve em exames subsequentes, indica-se a manutenção da observação e o ajuste da hidratação para evitar a progressão para formas graves.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o hematócrito elevado seja um sinal de alarme, a alternativa propõe a internação hospitalar como passo imediato. Pelas diretrizes, o paciente do Grupo B deve ser manejado inicialmente na unidade de observação (como a UPA citada no enunciado). A internação hospitalar é a conduta padrão para o Grupo C. A questão busca a conduta imediata para uma paciente que acaba de chegar e foi classificada como Grupo B.

Alternativa (c) Incorreta: Esta alternativa descreve a conduta para o Grupo A. Como a paciente possui HAS e DM2, ela apresenta risco de descompensação das doenças de base e maior chance de evolução para formas graves de dengue. Portanto, ela não pode ser liberada para casa apenas com orientações antes da avaliação dos exames e de um período de observação.

Alternativa (d) Incorreta: Esta conduta é perigosa e tecnicamente errada. Nenhum paciente com suspeita de dengue deve receber alta sem orientações detalhadas sobre sinais de alarme e necessidade de retorno. Além disso, a presença de comorbidades exige acompanhamento laboratorial rigoroso, e não apenas medicação sintomática.

CONCLUSÃO

A paciente pertence ao Grupo B devido às comorbidades. A conduta correta é mantê-la em observação para hidratação e monitoramento do hematócrito, garantindo que não haja evolução para quadros de choque ou sinais de alarme que exigiriam a transição para hidratação venosa e internação.

Questão 9

O caso clínico descreve uma paciente com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) que apresentou piora clínica (acne e pilificação) e laboratorial (glicemia de jejum alterada e dislipidemia) após ganho de peso, atingindo um IMC de 30 kg/m² (obesidade grau I). O ponto central para entender essa progressão é a inter-relação entre o tecido adiposo, a resistência à insulina e o eixo reprodutivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A hipertrigliceridemia encontrada na paciente (250 mg/dL) é uma consequência do seu estado metabólico (resistência à insulina e obesidade), e não a causa da alteração na produção de androgênios. Não existe um mecanismo fisiopatológico no qual o aumento de triglicérides cause redução de androgênios adrenais para elevar os ovarianos.

Alternativa b) Incorreta. O acúmulo de gordura visceral está intimamente ligado à resistência à insulina. Embora a obesidade possa interferir na distribuição de fármacos lipossolúveis, a piora do hiperandrogenismo na SOP não ocorre por uma falha na metabolização hepática do anticoncepcional, mas sim porque o estímulo hormonal endógeno (causado pela insulina e pelo LH) torna-se mais intenso, superando o efeito supressor da medicação.

Alternativa c) Incorreta. O aumento das transaminases (AST e ALT) e o índice FIB-4 alterado sugerem uma Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD), antigamente chamada de esteatose hepática ou esteato-hepatite não alcoólica. Essa condição hepática é uma repercussão da síndrome metabólica e da resistência à insulina, e não a causa primária do aumento da testosterona. É o ambiente metabólico que gera a gordura no fígado e o hiperandrogenismo simultaneamente.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve o mecanismo fisiopatológico fundamental da SOP. O ganho de peso e a obesidade visceral levam ao aumento da resistência à insulina. Para manter a homeostase glicêmica, o corpo produz mais insulina (hiperinsulinemia compensatória). A insulina em excesso atua de forma sinérgica com o hormônio luteinizante (LH) nas células da teca dos ovários, estimulando a síntese de androgênios. Além disso, a insulina alta inibe a produção hepática de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais). Com menos SHBG, há mais testosterona livre circulante para se ligar aos receptores na pele e nos folículos pilosos, agravando a acne e o hirsutismo. Os exames da paciente (glicemia de 120 mg/dL e dislipidemia) confirmam esse estado de resistência insulínica.

Resumo do mecanismo: Obesidade -> Resistência à Insulina -> Hiperinsulinemia -> Estímulo ovariano (androgênios) + Redução de SHBG -> Aumento de Testosterona Livre -> Piora clínica.

Questão 10

O FIB-4 (Fibrosis-4 Index) é um dos biomarcadores não invasivos mais validados para a triagem de fibrose hepática em pacientes com Doença Hepática Esteatótica Metabólica (DHEM). Sua utilização é amplamente recomendada por diversas diretrizes médicas devido ao seu alto valor preditivo negativo para afastar fibrose avançada, utilizando exames laboratoriais simples e de baixo custo.

Para o cálculo desse índice, utiliza-se a seguinte fórmula: $(\text{Idade em anos} \times \text{AST}) / (\text{Contagem de Plaquetas} \times \text{Raiz Quadrada de ALT})$. Portanto, os elementos necessários são exatamente quatro.

Alternativa A: Está correta. A idade, os níveis das transaminases (AST/TGO e ALT/TGP) e a contagem de plaquetas são os únicos componentes da fórmula do FIB-4. A idade reflete o tempo de exposição à doença, as transaminases indicam o grau de atividade inflamatória/lesão hepatocelular e as plaquetas funcionam como um marcador indireto de hipertensão portal e evolução para cirrose.

Alternativa B: Está incorreta. Parâmetros como sexo, glicemia de jejum e albumina não fazem parte do FIB-4. A glicemia e a albumina são utilizadas em outro escore conhecido como NFS (NAFLD Fibrosis Score). A ultrassonografia serve para o diagnóstico inicial da esteatose, mas não é uma variável do cálculo matemático deste índice de fibrose.

Alternativa C: Está incorreta. Embora cite ALT e AST, a inclusão de sexo, glicemia e achados de imagem descaracteriza o FIB-4. O score foi desenhado para ser uma ferramenta puramente laboratorial e clínica simplificada.

Alternativa D: Está incorreta. Bilirrubinas e albumina são parâmetros que avaliam a função de síntese do fígado e a excreção biliar, sendo fundamentais nos critérios de Child-Pugh e MELD (utilizados para estadiamento e prognóstico na cirrose já estabelecida), mas não compõem o FIB-4.

Gabarito: Letra A.

Questão 11

A questão descreve uma paciente com imunossupressão grave (CD4 de 80 células/ μ L) e coinfeção HIV/tuberculose. O ponto central é a piora clínica (tosse, febre, dispneia) e radiológica (novas cavitações) que ocorreu 40 dias após o início da Terapia Antirretroviral (TARV), apesar de ela já estar em tratamento regular para tuberculose. Esse cenário é clássico da Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A falha terapêutica da TARV em apenas 40 dias não costuma se manifestar com uma exacerbação inflamatória aguda e localizada. A falha levaria ao aumento da carga viral do HIV e à queda persistente do CD4, resultando em novas infecções oportunistas por falta de defesa, e não em uma resposta inflamatória exuberante contra um foco já conhecido. O quadro de "piora ao melhorar a imunidade" é o que define a SIRI.

Alternativa b) Correta. A SIRI paradoxal ocorre em pacientes que já estão em tratamento para uma infecção oportunista (como a tuberculose) e apresentam uma piora clínica ou radiológica após iniciar a TARV. A fisiopatologia baseia-se na restauração da resposta imune celular, que passa a reconhecer e atacar intensamente os antígenos micobacterianos (vivos ou mortos) presentes nos tecidos. Isso gera uma resposta inflamatória exacerbada, que pode causar novas cavitações, aumento de linfonodos ou piora dos infiltrados pulmonares, mesmo que o tratamento para tuberculose esteja sendo eficaz.

Alternativa c) Incorreta. Embora a pneumonia bacteriana seja comum em pacientes com HIV, ela não explicaria a formação rápida de novas cavitações no contexto específico de início de TARV em um paciente com tuberculose prévia. Além disso, a cronologia de 40 dias após o início da TARV aponta fortemente para um fenômeno de reconstituição imune.

Alternativa d) Incorreta. Existem dois tipos de SIRI: a paradoxal e a desmascarada. A SIRI desmascarada ocorre quando uma infecção que não havia sido diagnosticada (estava oculta) se manifesta logo após o início da TARV. Como a paciente já tinha o diagnóstico de tuberculose e estava em tratamento, o termo correto é SIRI paradoxal. Além disso, a pneumocistose tipicamente se apresenta com infiltrado intersticial difuso e padrão de vidro fosco na radiografia, e não com cavitações, que são marcas registradas da resposta imune contra a tuberculose.

Questão 12

A paciente apresenta um quadro de insuficiência cardíaca (IC) descompensada, manifestada por sinais de congestão sistêmica (edema de membros inferiores) e pulmonar (ortopneia e estertores difusos). O sódio de 125 mEq/L caracteriza uma hiponatremia hipervolêmica (dilucional), comum em casos de IC avançada devido à retenção de água livre superior à retenção de sódio, estimulada pela ativação neuro-hormonal excessiva.

Alternativa a) Incorreta. Embora o aumento da dose de furosemida seja necessário para reduzir a sobrecarga volêmica, esta medida isolada é incompleta. A paciente já está em uso de doses adequadas de IECA (enalapril) e betabloqueador (carvedilol), porém permanece sintomática. Para pacientes com IC que persistem sintomáticos (classe funcional II-IV) apesar da terapia dupla, as diretrizes recomendam a adição de um antagonista do receptor mineralocorticoide, como a espironolactona.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa aborda as duas necessidades principais da paciente. Primeiro, a introdução da espironolactona é fundamental, pois completa o tratamento farmacológico padrão que reduz a mortalidade na IC com fração de

ejeção reduzida e auxilia no controle da volemia. Segundo, a otimização da furosemida (que estava sendo usada apenas esporadicamente) é essencial para tratar os sintomas congestivos e a hiponatremia dilucional. Ao remover o excesso de líquido, busca-se restaurar o equilíbrio do sódio sérico. A monitorização do potássio é indispensável, dado o risco de hipercalemia com o uso concomitante de IECA e espironolactona.

Alternativa c) Incorreta. A restrição hídrica pode ser uma medida adjuvante em casos de hiponatremia grave na IC, mas não é a conduta principal nem substitui a necessidade de otimização medicamentosa com o antagonista da aldosterona. O foco deve ser o controle da doença de base e do estado volêmico por meio da farmacoterapia.

Alternativa d) Incorreta. A internação para diuréticos endovenosos em altas doses costuma ser reservada para pacientes com congestão refratária, sinais de má perfusão ou insuficiência respiratória grave. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável (PA 110/90 mmHg), lúcida e orientada, com frequência cardíaca controlada (65 bpm), o que permite o manejo com ajuste de medicação oral e acompanhamento rigoroso. Além disso, altas doses de diuréticos de alça isoladamente podem, em alguns casos, piorar distúrbios eletrolíticos se não houver ajuste de outras medicações.

Questão 13

Análise das proposições:

I. Incorreta. O *Helicobacter pylori* é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um carcinógeno do grupo 1. Ele possui papel fundamental e comprovado na patogênese tanto do linfoma MALT (tecido linfoide associado à mucosa) quanto do adenocarcinoma gástrico, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento deste câncer.

II. Incorreta. Os pólipos de glândulas fúndicas são, na imensa maioria dos casos, lesões benignas e sem potencial de malignização. Eles são achados frequentes em endoscopias de pacientes que fazem uso crônico de inibidores de bomba de prótons (IBP) ou podem ser esporádicos. A preocupação com malignidade nesses pólipos ocorre quase exclusivamente em pacientes com a síndrome de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF).

III. Correta. O linfoma gástrico do tipo MALT de baixo grau e estágio inicial tem sua patogênese ligada ao estímulo antigênico crônico causado pela infecção pelo *H. pylori*. Por isso, o tratamento de erradicação da bactéria com antibioticoterapia é a

terapia de primeira linha, podendo levar à regressão completa e cura do linfoma em uma parcela significativa dos pacientes.

IV. Incorreta. O ângulo de His (também chamado de incisura cárdica) é o ângulo agudo formado na junção entre a borda esquerda do esôfago terminal e o fundo gástrico. Ele é um importante componente do mecanismo antirrefluxo na transição esofagogástrica. A descrição que menciona antro, piloro e duodeno refere-se à região distal do estômago, e não ao ângulo de His.

Conclusão: Como apenas a afirmação III está correta, a alternativa correta é a (c).

Questão 14

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de claudicação intermitente, que é o sintoma cardinal da insuficiência arterial periférica. O perfil do paciente (homem de 65 anos, tabagista e hipertenso) aponta para a presença de aterosclerose, a principal etiologia dessa patologia. A dor que surge ao caminhar e cessa prontamente com o repouso reflete a incapacidade das artérias doentes em suprir a demanda metabólica muscular aumentada durante o exercício. Os achados de exame físico, especificamente os pulsos diminuídos e a palidez cutânea, confirmam o déficit de perfusão arterial para os membros inferiores.

Análise das alternativas:

a) Trombose venosa profunda (TVP): Incorreta. A TVP manifesta-se tipicamente com dor unilateral de início agudo, acompanhada de edema (inchaço), calor local e, por vezes, cianose (coloração azulada). A dor da TVP não costuma ter relação direta com o esforço físico (claudicação) e os pulsos arteriais estão geralmente preservados.

b) Insuficiência arterial periférica: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a fisiopatologia do caso. A obstrução do fluxo arterial reduz a oferta de oxigênio aos tecidos. Durante a marcha, a demanda aumenta, gerando isquemia e dor. O repouso reduz a demanda, aliviando a dor. A diminuição dos pulsos e a palidez são sinais objetivos de obstrução ao fluxo de sangue oxigenado.

c) Varizes: Incorreta. As varizes são manifestações da insuficiência venosa crônica. A dor venosa é descrita como uma sensação de peso ou cansaço que piora ao final do dia ou após longos períodos em pé (ortostase) e melhora com a elevação dos membros inferiores, não necessariamente apenas com o repouso sentado. Além disso, não há redução de pulsos ou palidez nessa condição.

d) Erisipela: Incorreta. A erisipela é uma infecção bacteriana aguda da pele e dos vasos linfáticos. O quadro clínico é marcado por sinais flogísticos intensos, como eritema (vermelhidão) vivo e bem delimitado, calor, dor local constante e febre alta com calafrios. Não apresenta relação com a deambulação nem causa diminuição de pulsos periféricos.

Questão 15

Para analisar esta questão, vamos avaliar cada uma das afirmações individualmente:

Primeira afirmação (Falsa): Embora os cálculos de oxalato de cálcio sejam de fato o tipo mais comum de litíase urinária (representando cerca de 70 a 80% dos casos), eles não estão associados a infecções por bactérias produtoras de urease. Os cálculos relacionados a infecções urinárias crônicas por germes como *Proteus* e *Klebsiella* são os cálculos de estruvita (fosfato amoníaco-magnésiano), também conhecidos como cálculos coraliformes.

Segunda afirmação (Verdadeira): O adenocarcinoma de próstata é, de longe, o tipo histológico mais frequente, correspondendo a aproximadamente 95% de todos os casos de câncer de próstata diagnosticados. Outros tipos, como carcinomas de pequenas células ou sarcomas, são extremamente raros nesta glândula.

Terceira afirmação (Falsa): De acordo com a anatomia do hilo renal, a disposição das estruturas de anterior para posterior (da frente para trás) é: veia renal, artéria renal e, por último, a pelve renal/ureter. Portanto, o ureter deixa o rim em uma posição posterior aos vasos renais, e não anterior.

Quarta afirmação (Falsa): A Síndrome de von Hippel-Lindau (VHL) é realmente uma condição hereditária que predispõe ao carcinoma de células renais (tipo células claras) e ao feocromocitoma. No entanto, o erro da alternativa está na genética: ela é uma patologia de herança autossômica dominante, e não recessiva.

Quinta afirmação (Falsa): A vasta maioria dos tumores testiculares (cerca de 95%) tem origem nas células germinativas (como seminomas e tumores não seminomatosos). Os tumores de células intersticiais ou do estroma (como os tumores de células de Leydig ou Sertoli) são raros, representando uma pequena parcela das neoplasias testiculares.

Conclui-se que a sequência correta é F, V, F, F, F, o que valida a alternativa A.

Questão 16

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O suprimento arterial do esôfago é segmentar. O esôfago cervical é irrigado principalmente pelas artérias tireoideas inferiores (ramos do tronco tireocervical da artéria subclávia). O esôfago torácico recebe ramos da aorta e das artérias bronquiais, enquanto o esôfago abdominal é suprido pela artéria gástrica esquerda e artéria frênica inferior esquerda.

Alternativa (b) CORRETA: O intestino delgado deriva embrionariamente do intestino médio, cuja irrigação principal é a artéria mesentérica superior (AMS). A única exceção é a porção proximal do duodeno, que deriva do intestino anterior e, por isso, é irrigada pelo tronco celíaco através da artéria gastroduodenal (que dá origem às artérias pancreaticoduodenais superiores). O restante do duodeno, jejuno e íleo é irrigado por ramos da AMS.

Alternativa (c) CORRETA: A artéria apendicular é a responsável pela nutrição do apêndice cecal. Ela corre pelo mesoapêndice e é quase invariavelmente um ramo da artéria ileocólica. A artéria ileocólica, por sua vez, é o ramo terminal inferior da artéria mesentérica superior.

Alternativa (d) INCORRETA (Gabarito): Esta alternativa está incorreta porque confunde a origem das artérias retais. A irrigação do reto é feita por três fontes principais:

1. Artéria retal superior: é o ramo terminal da artéria mesentérica inferior.
2. Artéria retal média: tem origem na artéria ilíaca interna (também chamada de artéria hipogástrica).
3. Artéria retal inferior: tem origem na artéria pudenda interna, que é um ramo da artéria ilíaca interna.

Portanto, a artéria retal média não se origina da mesentérica inferior.

Questão 17

Esta questão aborda o manejo inicial do trauma cervical penetrante, seguindo a sistemática do ATLS (Advanced Trauma Life Support). O foco principal aqui é a prioridade do "A" (Vias Aéreas) do ABCDE do trauma.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um ferimento penetrante na Zona II do pescoço (entre a cartilagem cricoide e o ângulo da mandíbula). Os sinais clínicos de alerta são claros: hematoma em expansão, sangramento ativo, disfagia (dificuldade de engolir) e disfonia (alteração na voz). Esses achados são sinais de presunção ou confirmação de

lesão de via aérea ou de compressão extrínseca iminente. No trauma cervical, um hematoma em expansão pode rapidamente desviar a traqueia ou causar edema de glote, tornando a intubação impossível em poucos minutos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A angiografia é um exame diagnóstico útil para avaliar lesões vasculares em pacientes estáveis. No entanto, diante de sinais de comprometimento da via aérea (hematoma em expansão e alteração na voz), a prioridade absoluta é garantir a patência da via respiratória antes de encaminhar o paciente para qualquer exame de imagem.

Alternativa b) Incorreta. A angiotomografia de pescoço é atualmente o padrão-ouro para avaliação de trauma cervical penetrante em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem indicação de intervenção imediata. Contudo, assim como a angiografia, ela não deve preceder o controle da via aérea em um paciente com sinais de obstrução iminente.

Alternativa c) Incorreta. A cricotirotomia é uma via aérea cirúrgica de exceção. Ela deve ser realizada apenas em situações de "não consigo intubar, não consigo ventilar" ou quando há trauma maxilofacial grave que impeça a via orotraqueal. O primeiro passo para estabelecer uma via aérea definitiva no paciente alerta e com anatomia ainda preservada é a intubação orotraqueal.

Alternativa d) Correta. O paciente apresenta sinais clínicos de que sua via aérea está em risco (hematoma em expansão, mudança na voz e sensação de aperto na garganta). A recomendação no trauma cervical é a proteção precoce da via aérea por meio da intubação orotraqueal antes que o edema ou o hematoma distorçam a anatomia laríngea, o que tornaria o procedimento muito mais difícil ou impossível posteriormente. Por isso, garantir uma via aérea definitiva é o melhor próximo passo.

Questão 18

A tríade letal do trauma é um conceito fisiopatológico fundamental no atendimento ao paciente politraumatizado grave. Ela descreve um ciclo vicioso de deterioração clínica que, se não for interrompido precocemente, leva invariavelmente ao óbito. Os três componentes são interdependentes: a acidose e a hipotermia prejudicam a ação dos fatores de coagulação, enquanto a coagulopatia agrava o sangramento, piorando o choque, a acidose e a hipotermia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a hipotermia e a acidemia (acidose) façam parte da tríade, o terceiro componente é a coagulopatia. A hipercoagulabilidade é o oposto do que ocorre no trauma agudo grave, onde há uma falha no sistema de coagulação por consumo de fatores, diluição e disfunção enzimática.

Alternativa b) Incorreta. O paciente traumatizado tende a evoluir com hipotermia (redução da temperatura corporal central) devido à perda de sangue, exposição ao ambiente e administração de fluidos frios, e não hipertermia. Hipoxemia e hemorragia são condições frequentes no trauma, mas não são os componentes que definem a tríade.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa lista os três pilares clássicos:

1. Hipotermia: Define-se geralmente como a temperatura central abaixo de 35 graus Celsius. Ela inibe a cascata de coagulação e a função plaquetária.
2. Acidemia (Acidose Metabólica): Decorre da hipoperfusão tecidual (choque), que obriga as células a realizarem metabolismo anaeróbico, gerando ácido lático. O pH baixo inibe as enzimas da coagulação e prejudica a contratilidade miocárdica.
3. Coagulopatia: Caracteriza-se pela incapacidade de formar coágulos estáveis, sendo agravada pelos dois fatores anteriores e pela depleção de fatores de coagulação no sangramento ativo.

Alternativa d) Incorreta. A hipotermia e a coagulopatia estão corretas, mas a hipoxemia não faz parte da definição da tríade letal. O componente que completa o grupo é a acidemia.

Atualmente, alguns autores já discutem o Diamante Letal, incluindo a hipocalcemia como um quarto fator crítico, mas para fins de prova, a tríade letal permanece sendo composta por hipotermia, acidemia e coagulopatia.

Questão 19

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um trauma torácico contuso de alta energia (ejeção e impacto contra o guidão). O paciente apresenta sinais de comprometimento respiratório (saturação de 89%, taquipneia de 26 irpm, murmúrio abolido e expansibilidade diminuída à esquerda), sugerindo pneumotórax ou hemotórax. A crepitação esternal é um sinal patognomônico de fratura do esterno, o que indica que uma grande força foi aplicada diretamente sobre o mediastino e os pulmões.

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA D (CORRETA)

A fratura do esterno, indicada pela crepitação, é um marcador de gravidade no trauma torácico. O impacto necessário para fraturar o esterno pode causar lesões

subjacentes, como a contusão miocárdica e a contusão pulmonar. A contusão pulmonar pode evoluir com piora da troca gasosa nas primeiras 24 a 48 horas, levando à insuficiência respiratória. Já a contusão miocárdica pode gerar instabilidade elétrica no coração, resultando em arritmias cardíacas que exigem monitorização e tratamento.

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA A (INCORRETA)

A afirmação de que a drenagem não está indicada está incorreta. O paciente apresenta sinais clínicos evidentes de comprometimento pleural (murmúrio abolido e expansibilidade diminuída) associados à hipóxia (89% de saturação). Em um cenário de trauma, na presença de pneumotórax ou hemotórax sintomático, a drenagem de tórax é o tratamento definitivo indicado após a avaliação inicial e confirmação por imagem (radiografia ou ultrassom FAST).

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA B (INCORRETA)

Embora a tomografia seja o padrão-ouro para detalhar lesões torácicas, ela não deve ser realizada de imediato em um paciente com saturação de 89%. O protocolo de atendimento ao trauma (ATLS) prioriza a abordagem das etapas A (vias aéreas) e B (respiração) antes de exames complexos. Primeiro, deve-se garantir a oxigenação e realizar exames rápidos à beira do leito (como radiografia de tórax ou e-FAST). O deslocamento para a tomografia só é seguro após a estabilização respiratória inicial.

EXPLICAÇÃO DA ALTERNATIVA C (INCORRETA)

Pelo contrário, a monitorização cardíaca é primordial e obrigatória. A suspeita de fratura esternal impõe o rastreamento de lesão cardíaca contusa. O paciente deve ser monitorado continuamente com oximetria e eletrocardiograma (ECG) para detecção de arritmias, além de ser necessário realizar um ECG de 12 derivações e, se houver alterações, dosagem de marcadores de necrose miocárdica.

Questão 20

O ponto fundamental para resolver esta questão é avaliar a estabilidade hemodinâmica do paciente no contexto de um trauma abdominal. De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a conduta diagnóstica e terapêutica é guiada prioritariamente pelo estado circulatório do paciente.

Análise das alternativas:

a) Correta. O paciente está consciente e hemodinamicamente estável. Em pacientes estáveis que apresentam líquido livre no FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), o próximo passo padrão é a realização de uma tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste. A TC é o padrão-ouro para avaliar a

extensão das lesões em órgãos sólidos (fígado, baço, rins), graduar a gravidade da lesão e verificar a presença de sangramento ativo (blush arterial). Isso possibilita decidir entre o tratamento não operatório (conservador), que é frequente em pacientes estáveis, e a intervenção cirúrgica/angioembolização.

b) Incorreta. A analgesia é uma medida de suporte necessária para o conforto do paciente, mas não define a conduta diagnóstica ou terapêutica diante de um achado de líquido livre (provável hemoperitônio) após um acidente automobilístico. O foco principal deve ser identificar a fonte do sangramento.

c) Incorreta. O lavado peritoneal diagnóstico (LPD) é um procedimento invasivo utilizado principalmente em pacientes hemodinamicamente instáveis nos quais o FAST não está disponível ou resultou em dúvida diagnóstica. Como o paciente está estável e o FAST já confirmou a presença de líquido, a TC é preferível por fornecer informações anatômicas detalhadas que o LPD não consegue oferecer.

d) Incorreta. A laparotomia exploradora imediata no trauma abdominal está indicada para pacientes com instabilidade hemodinâmica (choque que não responde à reposição volêmica inicial) e FAST positivo, ou na presença de sinais óbvios de peritonite, evisceração ou ferimentos penetrantes específicos. Como o paciente está estável, a cirurgia imediata pode ser evitada, permitindo uma avaliação mais criteriosa por imagem.

Questão 21

O quadro clínico descrito aponta para um diagnóstico de colelitíase sintomática (cólica biliar), sem evidências de complicações agudas no momento da avaliação. O paciente apresenta dor em hipocôndrio direito e náuseas, mas o exame físico e os exames laboratoriais descartam os principais diagnósticos diferenciais de urgência.

A ausência de sinal de Murphy positivo e o hemograma normal afastam a hipótese inicial de colecistite aguda. As bilirrubinas normais e a ausência de icterícia sugerem que não há obstrução da via biliar principal (coledocolitíase), enquanto a amilase e a lipase normais excluem a pancreatite biliar. Como o paciente se encontra em bom estado geral e estável, não há indicação de intervenção cirúrgica imediata ou internação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A internação com antibioticoterapia e cirurgia de urgência seria o tratamento de escolha para a colecistite aguda. O paciente em questão não preenche critérios diagnósticos para tal (Murphy negativo, afebril no exame e sem leucocitose).

b) Incorreta. Não há indicação para a realização de CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), pois este é um procedimento invasivo indicado para a desobstrução da via biliar em casos de coledocolitíase confirmada ou colangite, o que não se aplica ao paciente com bilirrubinas normais.

c) Incorreta. A colangiorressonância é utilizada quando há suspeita de cálculos na via biliar principal (risco intermediário de coledocolitíase). Com exames laboratoriais e ultrassom sem dilatação de vias biliares, não há necessidade desse exame complementar de custo elevado antes da programação cirúrgica.

d) Correta. Trata-se de um caso de colelitíase sintomática. O manejo adequado consiste no controle da dor no pronto atendimento, orientações dietéticas para evitar novos episódios de cólica biliar e o encaminhamento do paciente para a realização de colecistectomia videolaparoscópica de forma eletiva, que é o tratamento definitivo para evitar complicações futuras.

Questão 22

O abdome agudo no idoso é um desafio diagnóstico devido à apresentação clínica frequentemente atípica, com poucos sinais de irritação peritoneal e ausência de febre ou leucocitose clara. As causas mais comuns nessa faixa etária envolvem doenças biliares, obstruções intestinais, diverticulite e complicações vasculares.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A apendicite aguda ocorre em idosos e é associada à maior taxa de perfuração, mas a doença celíaca é uma condição de má absorção crônica e não é causa de abdome agudo.

b) Incorreta. A doença diverticular (especialmente a diverticulite aguda) é uma das principais causas de abdome agudo no idoso. No entanto, a tuberculose intestinal é uma patologia rara e de evolução crônica, não figurando entre as causas frequentes de urgência abdominal.

c) Correta. A colecistite aguda (e outras doenças biliares) é a causa cirúrgica mais comum de abdome agudo em pacientes acima de 65 anos. O volvo intestinal, especialmente o volvo de sigmoide, também é frequente no idoso, muitas vezes relacionado ao megacólon, à constipação crônica e ao uso de medicações que alteram a motilidade intestinal.

d) Incorreta. A isquemia mesentérica é, de fato, uma causa importante e grave de

abdome agudo no idoso devido à alta prevalência de doenças cardiovasculares. Contudo, a intussuscepção intestinal é uma patologia clássica da faixa etária pediátrica; no adulto, é rara e geralmente secundária a neoplasias, não sendo considerada uma causa "frequente" em comparação com as citadas na alternativa C.

Questão 23

O quadro clínico descrito é uma apresentação clássica da Pêntade de Reynolds, que é o sinal patognomônico de Colangite Aguda Grave (também chamada de colangite supurativa ou tóxica). Para chegar a esse diagnóstico, o médico deve identificar inicialmente a Tríade de Charcot, que consiste em: dor abdominal no hipocôndrio direito, icterícia e febre com calafrios. No caso da paciente, todos esses elementos estão presentes (dor intensa, icterícia 3+/4+ e temperatura de 38,9 graus).

Quando o quadro de infecção biliar evolui para choque séptico, surgem mais dois sinais que completam a Pêntade de Reynolds: instabilidade hemodinâmica e alteração do nível de consciência. A paciente apresenta hipotensão (70 x 50 mmHg), taquicardia (120 bpm), má perfusão periférica (5 s) e confusão mental, fechando o diagnóstico de gravidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Colangite. Esta é a alternativa correta. A colangite aguda ocorre devido à obstrução da via biliar (geralmente por cálculos) associada a uma infecção bacteriana da bile. A presença da Pêntade de Reynolds indica que a pressão dentro dos ductos biliares está tão alta que as bactérias e toxinas estão passando para a corrente sanguínea (translocação), causando sepse grave. O tratamento requer estabilização hemodinâmica e descompressão biliar de urgência.

Alternativa b) Hepatite. Incorreta. Embora as hepatites agudas possam causar icterícia e dor abdominal no hipocôndrio direito, o início súbito com febre alta, calafrios e choque séptico não é o padrão típico. A confusão mental na hepatite (encefalopatia hepática) ocorre geralmente em quadros de insuficiência hepática fulminante, que apresenta outros sinais de falência do órgão e não costuma cursar com a tríade de dor e febre de origem biliar.

Alternativa c) Pancreatite. Incorreta. A pancreatite aguda manifesta-se tipicamente com dor epigástrica em barra que irradia para o dorso e vômitos persistentes. Embora casos graves possam cursar com choque e confusão mental, a icterícia não é um componente clássico da pancreatite isolada. Ela só ocorre se houver uma causa biliar obstrutiva associada (coledocolitíase), mas o conjunto de sinais apresentados aponta primariamente para a infecção dos ductos biliares.

Alternativa d) Colecistite. Incorreta. A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, geralmente por obstrução do ducto cístico. Ela causa dor no hipocôndrio direito e febre, mas a icterícia é rara ou muito leve, pois o ducto colédoco costuma estar livre, permitindo a passagem da bile. Além disso, a colecistite não costuma evoluir com a Pêntade de Reynolds, que é específica da obstrução e infecção do canal principal (colangite).

Questão 24

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta uma condição clássica e grave na gastroenterologia e cirurgia biliar. Os sinais clínicos relatados compõem dois agrupamentos semiológicos fundamentais:

1. Tríade de Charcot: Dor abdominal (hipocôndrio direito), icterícia e febre com calafrios.
2. Pêntade de Reynolds: Tríade de Charcot acrescida de hipotensão (choque séptico) e alteração do nível de consciência (confusão mental).

A presença da Pêntade de Reynolds indica Colangite Aguda Grave (ou supurativa). O quadro é de uma emergência médica, pois a obstrução biliar associada à infecção (geralmente por cálculos na via biliar principal) leva à translocação bacteriana e progressão rápida para sepse e falência de múltiplos órgãos.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA?

O tratamento da colangite aguda grave baseia-se em três pilares imediatos: estabilização hemodinâmica (reposição volêmica e suporte de vida), antibioticoterapia de amplo espectro (para cobrir germes gram-negativos e anaeróbios da flora intestinal) e a decompressão biliar de urgência. A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é o método de escolha por ser minimamente invasivo e permitir a drenagem eficaz do pus e a remoção do fator obstrutivo, revertendo o foco infeccioso.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa b) O quadro é de choque séptico e alta gravidade (Pêntade de Reynolds). Internar em enfermaria para investigação e medicação sintomática seria insuficiente e levaria ao óbito da paciente em poucas horas por falta de suporte intensivo e tratamento definitivo do foco infeccioso.

Alternativa c) Embora o internamento em UTI e o tratamento de suporte sejam necessários, a alternativa está incompleta. O tratamento clínico isolado (soro e remédios) não resolve a obstrução mecânica na via biliar. Sem a descompressão (drenagem) da via biliar, a mortalidade na colangite supurativa aproxima-se de 100%.

Alternativa d) A antibioticoterapia é necessária, mas a colecistectomia (retirada da vesícula biliar) não é o tratamento de urgência para a colangite. O problema imediato está no ducto colédoco (via biliar principal) e não apenas na vesícula. Além disso, realizar uma cirurgia de grande porte em uma paciente instável hemodinamicamente sem antes drenar a via biliar por via endoscópica aumenta drasticamente o risco cirúrgico. A colecistectomia fica reservada para um segundo momento, após a estabilização do quadro agudo.

Questão 25

A questão aborda os princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade (MFC), baseados amplamente no referencial teórico de Ian McWhinney, que estabeleceu as bases da especialidade. O objetivo é identificar a afirmação incorreta.

Alternativa (a): Esta alternativa está correta. Um dos princípios centrais da MFC é que o médico é comprometido com a pessoa, e não com um corpo de conhecimentos ou patologias específicas. Isso estabelece a característica de o médico de família ser o clínico de referência para qualquer demanda do paciente, garantindo o acesso e a longitudinalidade, sem rejeitar o cuidado sob a justificativa de que o problema foge à sua especialidade.

Alternativa (b): Esta alternativa está correta. A MFC utiliza o modelo biopsicossocial, entendendo que a doença (*disease*) e o adoecimento (*illness*) estão inseridos em um contexto. Compreender o ambiente familiar, o trabalho e a rede social do paciente é essencial para um diagnóstico preciso e para a elaboração de um plano terapêutico que seja viável e eficaz para aquela realidade específica.

Alternativa (c): Esta alternativa está correta. O domicílio é considerado um cenário de prática essencial na MFC. Historicamente, a medicina se deslocou para os hospitais, o que trouxe avanços tecnológicos, mas resultou na perda da visão do cotidiano do paciente. A especialidade busca resgatar o cuidado domiciliar como uma habilidade essencial para compreender a dinâmica de vida dos indivíduos e oferecer assistência a quem possui limitações de locomoção.

Alternativa (d): Esta alternativa é a INCORRETA, sendo o gabarito da questão. A

Medicina de Família e Comunidade se opõe justamente ao modelo puramente positivista e reducionista. A especialidade valoriza intensamente os aspectos subjetivos por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). No MCCP, o médico busca entender os sentimentos, as ideias, as expectativas e o impacto que a doença causa na vida do indivíduo (componentes subjetivos), unindo isso aos achados objetivos do exame físico e exames complementares. Portanto, dizer que a MFC não dá importância à subjetividade é o inverso do que a especialidade prega.

Questão 26

A alternativa correta e a justificativa para cada opção são apresentadas a seguir:

Alternativa (a) Incorreta. O termo prevenção quaternária foi proposto por Marc Jamouille em 1986 (e não por Bury em 1988). Além disso, a prevenção quaternária é definida como a detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas para protegê-los de novas incursões médicas inapropriadas e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. Embora tenha pontos de contato com os cuidados paliativos no que tange à não-maleficência, ela foca especificamente no combate à iatrogenia e ao sobrediagnóstico.

Alternativa (b) Incorreta. A redução de complicações e a reabilitação são características da prevenção terciária. A prevenção primária atua antes que a doença ocorra, focando no controle de fatores de risco e causas associadas (como vacinação e mudança de hábitos de vida), visando diminuir a incidência da patologia.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa reflete a mudança paradigmática mencionada no enunciado. Na Estratégia de Saúde da Família e na Medicina de Família e Comunidade, a prevenção deixa de ser uma lista de exames baseada estritamente na idade (cronológica) e passa a ser feita de forma oportuna e contínua. Aproveita-se o vínculo (relacional), a longitudinalidade e os diversos encontros clínicos para realizar ações preventivas personalizadas, integrando a prevenção ao cotidiano do cuidado.

Alternativa (d) Incorreta. Hugh Leavell e E. Gurney Clark de fato consolidaram o modelo de História Natural da Doença e os níveis de prevenção nas décadas de 1940 e 1950. No entanto, a fundamentação teórica utilizada por eles foi a epidemiologia e o modelo biomédico da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente), e não a antropologia médica.

Questão 27

Texto Original:

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sistematizado por Moira Stewart e colaboradores, é um modelo de atendimento que busca transpor o foco exclusivo na doença para focar na pessoa que adocece. Atualmente, o modelo mais utilizado e cobrado em provas é o da 3ª edição, que organiza o método em 4 componentes principais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. O método não é dividido em 7 componentes. Originalmente, o modelo de Stewart apresentava 6 componentes, mas as atualizações mais recentes consolidaram o método em apenas 4 componentes fundamentais para facilitar sua aplicação prática.

Alternativa B: Correta. O primeiro componente é exatamente "Explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença". Neste passo, o médico busca integrar a dimensão biológica (doença/disease) com a vivência subjetiva do indivíduo (experiência da doença/illness). Para explorar a experiência da doença, utiliza-se frequentemente o mnemônico SIFE:

- Sentimentos (o que o paciente sente em relação ao problema);
- Ideias (o que o paciente pensa que tem);
- Função (como o problema afeta sua vida e rotina);
- Expectativas (o que o paciente espera do médico e da consulta).

Alternativa C: Incorreta. "Elaborar um plano conjunto de manejo" é, na verdade, o terceiro componente do método. O segundo componente é "Entendendo a pessoa como um todo", que envolve compreender o ciclo de vida do paciente e o contexto social e familiar em que ele está inserido. O terceiro componente (plano conjunto) foca na negociação entre médico e paciente para definir metas de tratamento e o papel de cada um.

Alternativa D: Incorreta. No modelo atual de 4 componentes, "Fortalecer/Intensificar a relação entre a pessoa e o médico" é o quarto componente, e não o quinto. Este componente ressalta que a relação médico-paciente deve ser cultivada em todos os encontros, buscando a compaixão, a empatia e a construção de um vínculo de confiança que facilite o cuidado longitudinal. Mesmo se fosse considerado o modelo antigo de 6 componentes, o fortalecimento da relação ocuparia a quinta posição, mas o primeiro componente (descrito na alternativa B) continuaria sendo a base primordial do método e a alternativa mais clássica de resposta.

Questão 28

EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), estruturado por Moira Stewart, é um modelo que busca equilibrar a atenção entre a doença (o processo patológico objetivo) e a pessoa (sua experiência subjetiva). Para responder corretamente, é necessário diferenciar os conceitos de Saúde, Doença (Disease) e Experiência da Doença (Illness).

Alternativa A: CORRETA. No referencial do MCCP, a saúde é um conceito positivo e dinâmico, não sendo apenas a falta de enfermidade. Ela é definida pela capacidade do indivíduo de realizar suas aspirações e propósitos. Assim, o que é considerado saúde varia de pessoa para pessoa, dependendo de suas metas de vida e nível de funcionalidade desejado.

Alternativa B: INCORRETA (GABARITO). O erro desta alternativa está na conclusão: Assim, a saúde é a ausência de doença e de experiência com a doença. Embora seja verdade que doença (disease) e experiência da doença (illness) nem sempre ocorram juntas, o MCCP rejeita a ideia de que saúde seja meramente a ausência dessas condições. Para o MCCP, a saúde é um recurso para a vida cotidiana, envolvendo potencialidades e bem-estar, e não apenas uma definição baseada na negação de sintomas ou patologias.

Alternativa C: CORRETA. Esta alternativa define o modelo biomédico ou convencional. Nele, a doença (disease) é vista como uma avaria em um sistema mecânico (o corpo) ou de processamento (a mente). O foco é no diagnóstico nosológico, baseado em achados físicos, laboratoriais e na história clínica objetiva, tratando a patologia como uma categoria isolada do sujeito.

Alternativa D: CORRETA. A experiência da doença (illness) é o termo utilizado para descrever a dimensão subjetiva do adoecer. Ela compõe o primeiro componente do MCCP (Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença) e foca em quatro dimensões: os sentimentos do paciente (medos), suas ideias sobre o que está errado, o impacto no seu funcionamento diário e suas expectativas em relação ao médico e ao tratamento.

Portanto, a alternativa B é a incorreta porque define saúde de forma reducionista e puramente negativa (ausência de algo), contrariando a visão holística e positiva proposta por Stewart e colegas.

Questão 29

A alternativa correta é a letra (c).

A Lei nº 8.080/1990, em seu Artigo 7º, define os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). O enunciado descreve especificamente o princípio da Integralidade.

Análise da alternativa correta (c):

A Integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio garante que o paciente seja visto como um todo, recebendo desde orientações de promoção à saúde e vacinação até procedimentos cirúrgicos complexos e reabilitação, conforme sua necessidade.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a): Incorreta. Um dos princípios fundamentais do SUS é a Universalidade, que garante o acesso a todos os cidadãos em todos os níveis de assistência, sem qualquer tipo de restrição. O sistema busca a equidade para tratar desigualmente os desiguais, mas jamais o acesso restrito.

Alternativa (b): Incorreta. O SUS não possui foco exclusivo na assistência hospitalar. Pelo contrário, o sistema é estruturado em uma rede regionalizada e hierarquizada onde a Atenção Primária à Saúde (unidades básicas) deve ser a porta de entrada preferencial e a ordenadora do cuidado, priorizando ações de promoção e prevenção sobre o modelo hospitalocêntrico.

Alternativa (d): Incorreta. O SUS é um sistema público e gratuito. O setor privado participa do sistema apenas de forma complementar, quando a rede pública é insuficiente para garantir o atendimento à população. Essa participação deve ocorrer mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Questão 30

A Lei nº 8.142 de 1990 e a Lei nº 8.080 de 1990 formam as chamadas Leis Orgânicas do SUS. Especificamente, a Lei nº 8.142 trata da participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Alternativa a: Incorreta. De acordo com o § 2º do artigo 1º da referida lei, o Conselho de Saúde possui caráter permanente e deliberativo. Isso significa que ele não apenas

é consultado, mas tem poder real de decisão e formulação de estratégias, além de atuar no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Alternativa b: Correta. O artigo 4º da Lei nº 8.142/1990 estabelece os requisitos obrigatórios para que os municípios, estados e o Distrito Federal recebam os repasses diretos (fundo a fundo) do Fundo Nacional de Saúde. Entre esses requisitos estão a existência de um Fundo de Saúde, um Plano de Saúde e um Conselho de Saúde. A composição do conselho deve ser paritária, conforme a Resolução nº 453/2012 do CNS, garantindo que 50% dos membros sejam representantes dos usuários, enquanto os outros 50% dividem-se entre trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço.

Alternativa c: Incorreta. A Conferência de Saúde ocorre a cada quatro anos e tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Ela não serve para homologar as decisões do Conselho de Saúde. Na verdade, as decisões do Conselho de Saúde são homologadas pelo chefe do Poder Executivo (prefeito, governador ou presidente) de cada esfera de governo.

Alternativa d: Incorreta. O artigo 2º da lei menciona que os recursos serão destinados a investimentos e despesas correntes, e que o rateio deve considerar critérios como o perfil epidemiológico e a rede de serviços. Embora a população seja um critério importante para o cálculo dos valores, o repasse jamais é feito independentemente de outras condições. Sem o cumprimento das exigências do artigo 4º (como ter o Conselho e o Fundo de Saúde instituídos), o ente federativo fica impedido de receber os recursos de forma regular e automática.

Questão 31

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) foi um marco fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois aprofundou o processo de descentralização e fortaleceu o papel do município como gestor da saúde. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) surge nesse cenário como um instrumento essencial de planejamento e gestão.

Alternativa (a) - Incorreta. A diretriz constitucional do SUS é a descentralização, e a NOB 96 buscou justamente consolidar a municipalização. Centralizar a tomada de decisões nas esferas federal e estadual seria um retrocesso ao modelo anterior ao SUS e contradiria os objetivos da norma, que visava dar mais poder decisório aos municípios.

Alternativa (b) - Incorreta. A PPI não utiliza critérios fixos e inalteráveis. Ela é, por

definição, um processo de pactuação, o que pressupõe negociação e flexibilidade. O objetivo da PPI é justamente considerar as especificidades regionais, as carências de cada localidade e a capacidade instalada de serviços para definir como os recursos serão distribuídos de forma equânime.

Alternativa (c) - Correta. Esta alternativa define com precisão a função da PPI. Trata-se de um processo de planejamento no qual se definem as ações de saúde para a população de um determinado território e como essas ações serão financiadas. A PPI organiza a rede de serviços, estabelecendo as referências entre municípios (quem atende quem) e integrando as três esferas de governo, sempre respeitando a autonomia do município na gestão dos recursos que lhe são repassados.

Alternativa (d) - Incorreta. A NOB 96 criou diferentes formas de habilitação para os municípios. Na modalidade Gestão Plena do Sistema Municipal, o município assumia a responsabilidade total pelas ações e serviços de saúde em seu território, incluindo o controle e o pagamento dos serviços de média e alta complexidade, não havendo essa exclusividade delegada aos estados.

Questão 32

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os três eixos que compõem o Pacto pela Saúde de 2006. Cada um possui objetivos e prioridades distintas que, frequentemente, são alvo de pegadinhas em provas de residência.

O Pacto pela Vida é o componente que estabelece compromissos em torno de prioridades que apresentam impacto direto na situação de saúde da população brasileira, focando em resultados e metas de saúde pública.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a garantia de financiamento adequado são diretrizes que pertencem ao Pacto em Defesa do SUS. Este componente foca na valorização do SUS como política de Estado e na garantia de recursos financeiros.

Alternativa b) Incorreta. A promoção de ações de mobilização social e a repolitização da saúde, visando mostrar o SUS como um direito de cidadania, também são prioridades do Pacto em Defesa do SUS.

Alternativa c) Incorreta. A implementação de políticas de regionalização, a definição de responsabilidades sanitárias e a descentralização são os pilares do Pacto de

Gestão. Este eixo foca nos aspectos administrativos, organizacionais e na relação entre os entes federados (União, Estados e Municípios).

Alternativa d) Correta. A redução da mortalidade materna e infantil é uma das seis prioridades originais estabelecidas pelo Pacto pela Vida em 2006. As outras cinco prioridades iniciais foram: saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero e de mama, fortalecimento da atenção básica, promoção da saúde e fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias (com foco em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza). Por se tratar de uma intervenção direta em indicadores de saúde, ela se encaixa perfeitamente no escopo do Pacto pela Vida.

Gabarito: Letra (d).

Questão 33

Alternativa a (Correta): A gestão da clínica é o conjunto de tecnologias de microgestão destinadas a promover uma assistência segura e de qualidade. Ela não ocorre de forma isolada, mas depende diretamente do modelo de atenção à saúde vigente (seja ele um modelo fragmentado ou um modelo de Redes de Atenção à Saúde). A estrutura do sistema define como o fluxo de pacientes será organizado, como os recursos serão alocados e quais ferramentas de gestão (como diretrizes clínicas ou gestão de casos) serão prioritárias.

Alternativa b (Incorreta): A demanda reprimida é o conjunto de necessidades de saúde da população que o serviço não consegue absorver, gerando filas de espera e agravamento de quadros clínicos. Do ponto de vista da gestão da clínica, o objetivo é justamente buscar estratégias para reduzir essa demanda, garantindo acesso oportuno e equidade. Não dar resposta à demanda reprimida é um sinal de falha na gestão e na organização da rede.

Alternativa c (Incorreta): O objetivo da gestão da clínica é exatamente o oposto: busca-se qualificar a demanda assistencial e otimizar os processos para que o médico e a equipe de saúde possam focar na prática clínica baseada em evidências. Aumentar a demanda administrativa (burocracia) é um obstáculo à eficiência e à segurança do paciente, sendo algo que a boa gestão procura mitigar por meio da organização de fluxos e suporte tecnológico.

Alternativa d (Incorreta): Na abordagem clínica individual, o raciocínio é geralmente pautado na estratificação de risco. A intervenção costuma ser mais intensiva justamente nas pessoas de maior risco ou que já apresentam patologias estabelecidas, visando evitar complicações e mortes evitáveis. Intervir

prioritariamente em pessoas de menor risco seria uma aplicação ineficiente de recursos no contexto da gestão da clínica individual.

Questão 34

A Clínica Ampliada é uma proposta fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa superar o modelo biomédico tradicional, centrado apenas na doença, para focar no sujeito e em sua singularidade.

Alternativa a: Incorreta. A Clínica Ampliada busca exatamente o oposto: integrar diversas abordagens (biológicas, psicológicas, sociais e culturais) para lidar com a complexidade do processo saúde-doença. O manejo eficaz do trabalho em saúde exige essa integração para que o cuidado não seja fragmentado.

Alternativa b: Incorreta. O modelo que pensa o objeto de trabalho em partes é a clínica tradicional ou fragmentada. A Clínica Ampliada propõe uma visão holística e integral do indivíduo, entendendo que o sujeito não pode ser reduzido à soma de seus órgãos ou patologias.

Alternativa c: Incorreta. A Clínica Ampliada modifica profundamente os instrumentos de trabalho. Ela introduz novas ferramentas e metodologias, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o apoio matricial, a escuta qualificada e o vínculo terapêutico, deslocando o foco de instrumentos puramente tecnicistas para instrumentos relacionais e interdisciplinares.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa define a essência da Clínica Ampliada. Ela atua como uma ferramenta de articulação que reconhece que o saber médico, sozinho, é insuficiente para dar conta da complexidade humana. Por isso, inclui diferentes enfoques (sociais, subjetivos) e diversas disciplinas (psicologia, serviço social, enfermagem, etc.) para construir um cuidado compartilhado e mais resolutivo.

Questão 35

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) fundamenta-se no uso consciente e criterioso das melhores evidências científicas disponíveis, integrando-as à experiência clínica do médico e às preferências do paciente.

Alternativa (a) Incorreta: A MBE não se resume ao nível de evidência isolado. Um de seus pilares fundamentais é a consideração dos valores, desejos e contexto do paciente. Além disso, a análise de risco-benefício é obrigatória para determinar se uma intervenção é apropriada para aquele indivíduo específico.

Alternativa (b) Incorreta: A probabilidade pré-teste é a chance de uma doença ou condição estar presente antes de o resultado do teste ser conhecido. Ela é estimada com base na prevalência da doença na população e nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. A alternativa a descreve incorretamente como a probabilidade de a condição "não estar presente".

Alternativa (c) Correta: Para tomar decisões clínicas fundamentadas, é indispensável reconhecer a hierarquia das evidências (frequentemente representada pela Pirâmide de Evidências). Estudos possuem diferentes pesos científicos; por exemplo, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados fornecem evidências mais robustas do que estudos de coorte, caso-controle ou opiniões de especialistas. Saber identificar essa hierarquia permite ao médico filtrar o que é informação de alta qualidade.

Alternativa (d) Incorreta: Pelo contrário, a elaboração de uma pergunta clínica estruturada é o primeiro passo da prática da MBE. Utiliza-se geralmente a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcome*/Desfecho). Uma pergunta mal formulada dificulta a busca bibliográfica e pode levar a conclusões erradas que não ajudam na conduta clínica.

Questão 36

Alternativa (a) Incorreta: O texto constitucional (Artigo 198) determina que o SUS deve oferecer um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, porém ressalta explicitamente que isso deve ocorrer "sem prejuízo dos serviços assistenciais". A alternativa está errada ao sugerir que a prevenção ocorreria em detrimento ou prejuízo da assistência hospitalar e curativa.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa define o princípio doutrinário da Universalidade. De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Artigo 196), a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Isso significa que o sistema deve ser acessível a qualquer cidadão, sem distinções de raça, renda, ocupação ou qualquer outra característica, rompendo com o modelo anterior, que restringia o atendimento público aos trabalhadores vinculados à previdência social.

Alternativa (c) Incorreta: A participação da comunidade, também chamada de controle social, é um dos pilares organizativos do SUS, garantida pela Constituição e detalhada pela Lei nº 8.142/90. Ela é fundamental para a fiscalização e gestão do sistema, ocorrendo institucionalmente por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e federal.

Alternativa (d) Incorreta: Esta afirmação é o oposto do princípio da descentralização com ênfase na municipalização. A lógica do SUS pressupõe que, quanto mais próxima

da população a gestão estiver (nível local/municipal), maior será a capacidade do sistema de identificar as reais necessidades de saúde daquela comunidade específica, permitindo um planejamento mais assertivo e resolutivo.

Questão 37

A questão exige o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde para o primeiro ano de vida. Aos 3 meses de idade, o calendário brasileiro prevê a administração de uma vacina específica que não coincide com as doses aplicadas nos meses pares (2, 4 e 6 meses).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A vacina contra a febre amarela é indicada rotineiramente aos 9 meses de idade no Brasil, com uma dose de reforço aos 4 anos. Ela não faz parte das vacinas aplicadas no primeiro semestre de vida do lactente.

b) Incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) é administrada em um esquema de duas doses básicas no primeiro ano de vida, aplicadas aos 2 e 4 meses, com uma dose de reforço aos 12 meses. Aos 3 meses, não há indicação dessa vacina pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

c) Correta. A vacina meningocócica C (conjugada) é a vacina indicada especificamente aos 3 meses de idade (primeira dose). O esquema vacinal completo consiste em duas doses no primeiro ano (aos 3 e 5 meses) e uma dose de reforço, preferencialmente aos 12 meses de idade (podendo ser administrada até os 4 anos).

d) Incorreta. A vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, tem sua primeira dose prevista apenas aos 12 meses de idade. Aos 15 meses, a criança recebe a segunda dose, frequentemente por meio da vacina tetraviral (que inclui a varicela).

Resumo do calendário vacinal no primeiro semestre para memorização:

2 meses: Pentavalente (DTP + HepB + Hib), VIP (pólio inativada), pneumocócica 10 e rotavírus.

3 meses: Meningocócica C (primeira dose).

4 meses: Segunda dose das vacinas de 2 meses.

5 meses: Segunda dose da meningocócica C.

6 meses: Terceira dose da pentavalente e VIP.

Portanto, a vacina indicada para o paciente de 3 meses de idade é a meningocócica

C.

Questão 38

A questão apresenta um lactente com quadro típico de hérnia umbilical, caracterizada por uma protrusão na cicatriz umbilical que é redutível e assintomática. Essa condição é muito comum em recém-nascidos e lactentes, resultando de um fechamento incompleto do anel umbilical após a queda do coto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A cirurgia imediata não é indicada para hérnias umbilicais em lactentes jovens, a menos que haja complicações graves, como o encarceramento (quando o conteúdo não retorna à cavidade abdominal e há risco de isquemia), o que não é o caso relatado. A maioria das hérnias umbilicais regride espontaneamente sem necessidade de operação.

Alternativa b) Correta. A conduta preconizada é a observação e o acompanhamento clínico, conhecida como conduta expectante. A grande maioria das hérnias umbilicais fecha de forma espontânea nos primeiros anos de vida, conforme a musculatura abdominal se desenvolve e o anel umbilical se contrai. Embora o fechamento possa ocorrer mais tarde (frequentemente até os 2 ou 4 anos de idade), a alternativa destaca corretamente a tendência ao desaparecimento espontâneo e a conduta de acompanhamento.

Alternativa c) Incorreta. O uso de faixas, cintos, moedas ou esparadrapos sobre o umbigo é uma prática antiga, baseada no senso comum, mas formalmente contraindicada pela pediatria e cirurgia pediátrica. Essas medidas não auxiliam no fechamento do defeito aponeurótico e podem causar complicações como irritação da pele, dermatites, maceração tecidual e até infecções locais (onfalite).

Alternativa d) Incorreta. O diagnóstico de hérnia umbilical é estritamente clínico, realizado através da inspeção e palpação durante o exame físico, como descrito no enunciado (anel palpável de uma polpa digital e conteúdo redutível). Não há necessidade de exames de imagem complementares, como ultrassonografia, para definir o diagnóstico ou a conduta em casos típicos de lactentes.

Resumo: O tratamento da hérnia umbilical na infância é conservador na maioria dos casos. A intervenção cirúrgica geralmente só é considerada se a hérnia persistir após os 4 ou 5 anos de idade, se for excessivamente grande (anel maior que 2 cm) ou se houver complicações agudas. No caso deste paciente de apenas um mês, a orientação correta é apenas acompanhar a evolução nas consultas de rotina.

Questão 39

Texto Original:

O quadro clínico descreve um lactente de 1 mês e 5 dias com aumento de volume escrotal à direita e irritabilidade. A descrição de "conteúdo fibroelástico em toda a bolsa, sem definição testicular" é um sinal clássico de hérnia inguinoescrotal. Em pediatria, a hérnia inguinal é quase sempre do tipo indireta, resultante da persistência do conduto peritoneovaginal.

Alternativa (a) Correta: Diferente da hérnia umbilical, a hérnia inguinal em crianças nunca regride espontaneamente. Além disso, o risco de encarceramento (quando o conteúdo fica preso) e estrangulamento (isquemia do conteúdo) é significativamente maior nos primeiros meses de vida e em prematuros. A irritabilidade relatada pela mãe pode indicar desconforto ou episódios de encarceramento intermitente. Portanto, uma vez diagnosticada, a indicação de cirurgia (hernioplastia) deve ser breve para evitar complicações graves que podem comprometer tanto a alça intestinal quanto a vascularização testicular.

Alternativa (b) Incorreta: A conduta de observação é reservada para outras condições, como a hérnia umbilical (que pode fechar sozinha até os 4-5 anos) ou a hidrocele simples (que pode ser reabsorvida no primeiro ano de vida). A hérnia inguinal é uma indicação cirúrgica absoluta assim que o diagnóstico é firmado.

Alternativa (c) Incorreta: O diagnóstico da hérnia inguinal é eminentemente clínico, realizado por meio da inspeção e palpação da região inguinal e da bolsa escrotal. Exames de imagem, como a ultrassonografia, são solicitados apenas em casos de dúvida diagnóstica (por exemplo, para diferenciar de uma hidrocele ou orquiepididimite), o que não é o caso aqui, dada a clareza do exame físico descrito. Retardar o encaminhamento cirúrgico para realizar exames desnecessários aumenta o risco de complicações.

Alternativa (d) Incorreta: Não existe tratamento farmacológico para hérnias inguinais. Trata-se de um defeito anatômico que exige correção mecânica por meio de procedimento cirúrgico (ligadura do saco herniário). O uso de analgésicos pode mascarar a dor de um eventual encarceramento, mas não resolve a causa-base.

Questão 40

O quadro clínico descrito é clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Trata-se de um lactente jovem (4 meses) que apresenta um pródromo catarral (obstrução nasal e tosse) evoluindo para sinais de comprometimento do trato respiratório inferior, caracterizados por taquipneia (58 rpm), esforço respiratório (tiragem subcostal) e sibilância à ausculta pulmonar.

A Bronquiolite Viral Aguda é a infecção do trato respiratório inferior mais comum em crianças menores de 2 anos, sendo a principal causa de hospitalização nessa faixa etária.

Análise das alternativas:

a) Influenza: Embora o vírus Influenza possa causar infecções respiratórias graves em pediatria e, ocasionalmente, manifestar-se como bronquiolite, ele é mais frequentemente associado a quadros de gripe clássica, com febre alta e sintomas sistêmicos proeminentes. Não é o principal agente etiológico da BVA.

b) Rinovírus: É um importante agente causador de resfriado comum e é considerado o segundo agente mais frequente na Bronquiolite Viral Aguda. Algumas evidências sugerem que a infecção por Rinovírus em lactentes pode estar mais associada ao desenvolvimento subsequente de asma, mas ele ainda perde em prevalência para o Vírus Sincicial Respiratório no primeiro episódio de bronquiolite.

c) Parainfluenza: Este vírus é o principal agente causador da Laringotraqueobronquite Aguda (Crupe viral), caracterizada por estridor e tosse metálica. Embora possa causar bronquiolite, sua incidência é significativamente menor do que a do Vírus Sincicial Respiratório.

d) Vírus Sincicial Respiratório (VSR): Esta é a alternativa correta. O VSR é o principal agente etiológico da Bronquiolite Viral Aguda, sendo isolado em cerca de 60% a 80% dos casos confirmados laboratorialmente. Sua sazonalidade é bem definida (geralmente nos meses de outono e inverno) e ele possui um tropismo específico pelas células do epitélio bronquiolar, causando necrose celular e acúmulo de detritos que levam à obstrução característica da doença.

Portanto, diante de um quadro típico de primeiro episódio de sibilância em lactente precedido por sintomas gripais, o Vírus Sincicial Respiratório deve ser sempre a primeira hipótese etiológica.

Questão 41

Alternativa a) Incorreta. A causa mais comum de infecção do trato urinário (ITU) em pediatria, em todas as faixas etárias, é a **Escherichia coli**, sendo responsável por aproximadamente 80% a 90% dos casos. O **Enterococcus** sp. é um patógeno muito menos frequente, geralmente associado a malformações do trato urinário ou uso prévio de antibióticos.

Alternativa b) Correta. Em crianças maiores de 2 anos que apresentam quadro afebril, o diagnóstico clínico costuma ser de cistite (infecção urinária baixa). Nesses casos, a literatura pediátrica e diversos protocolos permitem o uso de cursos curtos de antibioticoterapia, variando de 3 a 5 dias, apresentando eficácia semelhante aos tratamentos longos para essa apresentação específica. Já nos quadros febris (sugestivos de pielonefrite) ou em crianças menores, o tratamento deve ser mais prolongado, geralmente de 7 a 14 dias.

Alternativa c) Incorreta. A cultura de urina é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de ITU em qualquer faixa etária na pediatria. Como os sintomas em crianças pequenas são inespecíficos e o exame de urina de rotina (EAS) pode apresentar falsos-positivos e falsos-negativos, a confirmação diagnóstica e a identificação da sensibilidade bacteriana via urocultura são fundamentais em todos os casos suspeitos.

Alternativa d) Incorreta. Pelo contrário, o início precoce da antibioticoterapia é o fator primordial para prevenir ou minimizar a formação de cicatrizes renais e o consequente dano renal permanente. Estudos demonstram que o atraso no início do tratamento, especialmente após as primeiras 48 a 72 horas de febre, aumenta significativamente o risco de lesão do parênquima renal.

Questão 42

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): A sinovite transitória do quadril é, de fato, a causa mais comum de dor no quadril e claudicação (mancar) na faixa pediátrica, especialmente entre os 3 e 10 anos de idade, na ausência de trauma. É uma condição benigna e autolimitada, frequentemente precedida por uma infecção viral das vias aéreas superiores.

Alternativa B (Correta): A artrite séptica é uma urgência ortopédica que exige diagnóstico e tratamento rápidos. Sinais sistêmicos, como febre, prostração (comprometimento do estado geral), recusa em apoiar o membro e dor intensa à mobilização passiva, são marcos clínicos que direcionam para essa hipótese.

Alternativa C (Incorreta - Gabarito): A doença de Osgood-Schlatter é uma apofisite de tração da tuberosidade tibial. Ela ocorre devido ao estresse repetitivo do tendão patelar sobre o centro de ossificação da tíbia durante o estirão de crescimento. Portanto, ela é mais frequente em crianças e adolescentes ativos e praticantes de esportes (especialmente os que envolvem saltos e corridas), e não em crianças sedentárias.

Alternativa D (Correta): A displasia do desenvolvimento do quadril (DDH) possui etiologia multifatorial, e a apresentação pélvica (quando o bebê nasce "sentado") é um dos fatores de risco mecânicos mais bem estabelecidos, devido à pressão exercida e ao posicionamento inadequado da cabeça femoral no acetábulo durante a gestação.

Questão 43

O ganho de peso insuficiente, frequentemente referido na literatura médica como "falha no desenvolvimento" (failure to thrive), é um desafio clínico comum na pediatria. Para identificar a alternativa incorreta, devemos analisar a epidemiologia e os critérios diagnósticos dessa condição.

Alternativa (a) (Correta): O período que abrange a gestação e os dois primeiros anos de vida, conhecido como os primeiros mil dias, é uma janela crítica de desenvolvimento. A desnutrição ou o ganho de peso insuficiente de forma crônica nesse intervalo pode levar ao comprometimento definitivo do crescimento linear (estatura) e prejuízos no neurodesenvolvimento, resultando em menor potencial intelectual e menor produtividade na vida adulta.

Alternativa (b) (Correta): A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece o uso do Z-score (escore-Z) como o parâmetro mais preciso e sensível para o diagnóstico e acompanhamento nutricional. Ele permite identificar quantos desvios-padrão a criança está distante da mediana da população de referência, sendo superior ao uso isolado de percentis para detectar variações sutis no estado nutricional.

Alternativa (c) (Incorreta/Gabarito): Esta é a alternativa incorreta porque, estatisticamente, as causas não orgânicas (psicossociais e comportamentais) são muito mais comuns do que as doenças orgânicas, mesmo no período neonatal e na infância precoce. No neonato, as dificuldades na técnica de amamentação, a pega incorreta, o esvaziamento inadequado das mamas ou o preparo incorreto de fórmulas infantis são as causas predominantes. Embora doenças orgânicas (como cardiopatias ou erros inatos do metabolismo) devam ser investigadas se houver sinais de alerta, elas representam a minoria dos casos.

Alternativa (d) (Correta): A ingestão inadequada de calorias é, de longe, a causa primária de baixo ganho ponderal. Transtornos disabsortivos, como doença celíaca, fibrose cística ou alergias alimentares graves, são causas orgânicas importantes, porém ocorrem com frequência significativamente menor do que o aporte calórico insuficiente (seja por oferta escassa, negligência ou erros alimentares).

Portanto, a alternativa (c) está incorreta ao afirmar que a causa orgânica é a mais comum, quando, na verdade, os fatores ambientais e de manejo alimentar prevalecem.

Questão 44

A alternativa incorreta e, portanto, o gabarito da questão, é a letra (b). Confira abaixo a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Correta: O diagnóstico da bronquiolite aguda é essencialmente clínico. Ele se baseia na história clínica (geralmente um pródromo de infecção de vias aéreas superiores que progride para sinais de comprometimento respiratório inferior) e no exame físico (presença de taquipneia, sibilância e/ou estertores finos em crianças menores de 2 anos). As diretrizes atuais da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que exames de imagem e laboratoriais não sejam realizados de rotina, sendo reservados apenas para casos graves ou quando há dúvida diagnóstica e suspeita de complicações, como pneumonia ou pneumotórax.

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa está errada porque o período de incubação do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), o principal agente da doença, é significativamente mais curto, variando geralmente entre 2 e 8 dias, com uma média de 4 a 6 dias. Um período de 14 a 21 dias seria compatível com outras doenças (como varicela), mas não com os vírus respiratórios causadores da bronquiolite.

Alternativa (c) Correta: Do ponto de vista epidemiológico, a bronquiolite aguda é a causa mais frequente de infecção das vias aéreas inferiores e a principal causa de internação hospitalar em lactentes e crianças pequenas (especialmente nos primeiros 12 meses de vida).

Alternativa (d) Correta: O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico, sendo identificado em até 75% a 80% dos casos durante os períodos de sazonalidade. Outros vírus como Rinovírus, Metapneumovírus humano, Parainfluenza e Adenovírus também podem causar o quadro, mas com frequência significativamente menor que o VSR.

Questão 45

O objetivo desta questão é identificar a afirmação falsa sobre a avaliação de sopros cardíacos na faixa etária pediátrica.

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): Esta afirmação está incorreta porque o período neonatal é justamente a fase de maior alerta para cardiopatias congênitas críticas. Diferentemente das crianças maiores e adolescentes, em que a vasta maioria dos sopros é do tipo inocente (funcional), no recém-nascido, o sopro pode ser o primeiro sinal de malformações estruturais graves que dependem do fechamento ou da patência de estruturas da circulação fetal, como o canal arterial. Portanto, as causas no período neonatal tendem a ser potencialmente mais graves.

Alternativa B (Correta): Refere-se ao Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso), que é um rastreio universal obrigatório para todos os recém-nascidos com idade gestacional superior a 35 semanas, antes da alta hospitalar (entre 24 e 48 horas de vida). O objetivo é detectar cardiopatias congênitas críticas que cursam com hipoxemia, mesmo antes do aparecimento de sintomas clínicos ou sopros audíveis.

Alternativa C (Correta): Na semiologia cardiovascular pediátrica, os sopros inocentes são obrigatoriamente sistólicos, de baixa intensidade e geralmente não apresentam irradiações importantes. A presença de um sopro diastólico é sempre considerada patológica até que se prove o contrário. Da mesma forma, irradiações para o dorso (comuns na coarctação da aorta e na estenose pulmonar) ou para a região cervical (comuns na estenose aórtica) são sinais de alerta para cardiopatias estruturais.

Alternativa D (Correta): A propedêutica armada (ECG e Radiografia de Tórax) não deve ser utilizada de forma indiscriminada. Se o sopro possui características claramente inocentes em uma criança com crescimento e desenvolvimento normais, sem sintomas e com pulsos periféricos normais, a conduta inicial pode ser apenas a observação clínica e o seguimento em consulta, sem a necessidade imediata de exames complementares. O uso racional de exames evita custos desnecessários e ansiedade familiar.

Questão 46

Análise das alternativas:

Alternativa a) Esta afirmação está correta. De acordo com os consensos atuais (como o NASPGHAN/ESPGHAN), o tratamento de manutenção da constipação funcional deve priorizar a via oral, sendo o Polietilenoglicol (PEG) a primeira escolha. O uso de enemas e clisteres costuma ser reservado para a desimpactação fecal inicial (caso o paciente apresente fecaloma) ou como uma estratégia de segunda linha quando o

tratamento oral não atinge o sucesso esperado ou em casos de maior gravidade.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. Na população pediátrica, a constipação funcional é responsável por mais de 95% dos casos. Causas orgânicas, como doença de Hirschsprung, fibrose cística ou hipotireoidismo, são raras e devem ser pensadas apenas na presença de sinais de alerta (red flags).

Alternativa c) Esta afirmação está correta. Diversas substâncias podem lentificar o trânsito intestinal. Os opioides agem em receptores específicos no trato gastrointestinal reduzindo a motilidade. Já alguns antiácidos, especialmente aqueles compostos por hidróxido de alumínio ou carbonato de cálcio, podem favorecer o endurecimento das fezes.

Alternativa d) Esta afirmação é a INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. Não existe recomendação para o uso rotineiro de antiparasitários no manejo da constipação intestinal infantil. As parasitoses intestinais estão classicamente associadas a quadros de diarreia, dor abdominal crônica ou anemia, e não à dificuldade de evacuação. O tratamento da constipação deve focar em desimpactação (se necessário), manutenção com laxativos osmóticos, dieta rica em fibras, hidratação adequada e treinamento de hábito evacuatório.

Questão 47

A questão aborda os critérios de contraindicação e precaução para a administração de vacinas de vírus vivos atenuados. O conhecimento dessas normas, estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é fundamental para evitar o adiamento desnecessário de vacinas ou a aplicação ineficaz.

Alternativa A - Incorreta. Doenças agudas benignas, como resfriados, coriza ou diarreia leve, mesmo que acompanhadas de febre baixa, são consideradas falsas contraindicações. A vacinação pode e deve ser mantida para garantir a cobertura vacinal.

Alternativa B - Incorreta. O uso de antibióticos não interfere na resposta imunológica de vacinas virais. Os antibióticos atuam especificamente contra bactérias e não impedem a replicação do vírus atenuado presente na vacina. Portanto, não é necessário adiar a imunização.

Alternativa C - Correta. O recebimento de hemoderivados (como sangue total, concentrado de hemácias e plasma) ou imunoglobulinas exige o adiamento de vacinas de vírus vivos atenuados (especialmente a tríplice viral e a varicela). Isso

ocorre porque esses produtos contêm anticorpos passivos que podem neutralizar o vírus vacinal, impedindo que ele se replique e gere a resposta imune desejada. O período de adiamento varia de 3 a 11 meses, dependendo do tipo de hemoderivado e da dose recebida. Como 30 dias é um prazo muito curto, a recomendação de adiamento persiste.

Alternativa D - Incorreta. O uso de corticoides por via inalatória, tópica ou colírios não atinge níveis sistêmicos suficientes para causar imunossupressão significativa. A contraindicação ou precaução para vacinas de vírus vivos só se aplica ao uso de corticoides sistêmicos (oral ou parenteral) em doses imunossupressoras (geralmente equivalentes a mais de 2 mg/kg/dia de prednisona para crianças ou acima de 20 mg/dia para adultos, por um período superior a 14 dias).

Questão 48

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DE KAWASAKI

O quadro clínico descrito é clássico da Doença de Kawasaki, uma vasculite sistêmica aguda que acomete preferencialmente crianças pequenas (geralmente abaixo dos 5 anos). O diagnóstico é clínico, baseado na presença de febre persistente por 5 dias ou mais, associada a pelo menos 4 dos 5 critérios seguintes:

1. Conjuntivite bilateral não purulenta (presente no caso).
2. Alterações em lábios e cavidade oral, como hiperemia, fissuras ou língua em framboesa (presente no caso).
3. Alterações em extremidades, como edema ou eritema de mãos e pés ou descamação periungueal (presente no caso).
4. Exantema polimorfo/maculopapular (presente no caso).
5. Linfonodopatia cervical, geralmente unilateral e maior que 1,5 cm (presente no caso: 3 cm).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. Diante da suspeita de Doença de Kawasaki, a conduta jamais deve ser a alta hospitalar. Trata-se de uma patologia com risco potencial de complicações cardíacas graves, como a formação de aneurismas de artérias coronárias.

b) Incorreta. Embora o ácido acetilsalicílico (AAS), que é um anti-inflamatório em doses altas, faça parte do protocolo de tratamento, ele não deve ser utilizado isoladamente nem em ambiente domiciliar nesta fase aguda. Além disso, o tratamento padrão-ouro para prevenir sequelas coronarianas é a imunoglobulina.

c) Incorreta. A Doença de Kawasaki é uma vasculite imunomediada e não uma infecção bacteriana. Portanto, o uso de antibióticos como a ceftriaxona não tem indicação, a menos que houvesse uma coinfeção bacteriana comprovada, o que não é o caso sugerido pela questão.

d) Correta. O tratamento da Doença de Kawasaki deve ser realizado em regime de internação hospitalar. A administração de imunoglobulina humana intravenosa (gamaglobulina) em dose única (2 g/kg) é a terapia de escolha, preferencialmente iniciada até o 10º dia de doença, pois reduz drasticamente a incidência de aneurismas coronarianos. Geralmente, associa-se o uso de AAS em doses anti-inflamatórias na fase febril.

Questão 49

Esta questão exige o conhecimento específico das diretrizes do Ministério da Saúde (MS/INCA) para o rastreamento do câncer de mama em mulheres de risco habitual, diferenciando-as das recomendações das sociedades médicas brasileiras.

Alternativa a: Incorreta. O início aos 40 anos com periodicidade anual é a recomendação da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O Ministério da Saúde adota critérios diferentes para o rastreamento populacional, visando ao balanço entre riscos e benefícios.

Alternativa b: Incorreta. Não existe diretriz nacional vigente que recomende o início aos 40 anos com intervalo bienal (a cada dois anos) para a população de risco habitual.

Alternativa c: Incorreta. Embora o Ministério da Saúde defina o início do rastreamento aos 50 anos, a periodicidade recomendada por este órgão não é anual, mas sim bienal. O rastreamento anual para essa faixa etária é defendido pelas sociedades de especialidade.

Alternativa d: Correta. De acordo com o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o rastreamento do câncer de mama no Brasil deve ser realizado por meio da mamografia em mulheres de risco habitual na faixa etária de 50 a 69 anos, com uma periodicidade de dois em dois anos (bienal).

Questão 50

A profilaxia da pré-eclâmpsia com ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses é uma estratégia fundamental na assistência pré-natal para reduzir a incidência de formas graves da doença e a prematuridade associada. De acordo com as principais diretrizes nacionais (FEBRASGO) e internacionais (ACOG, USPSTF), o AAS deve ser iniciado preferencialmente entre a 12ª e a 16ª semana de gestação em pacientes com fatores de risco identificados.

Análise das alternativas:

a) Multiparidade: Incorreta. A multiparidade (ter tido vários partos) não é um fator de risco para pré-eclâmpsia. Pelo contrário, a nuliparidade (estar na primeira gestação) é considerada um fator de risco moderado. Mulheres que já tiveram gestações anteriores normais apresentam, estatisticamente, um risco menor de desenvolver a doença em comparação com as primigestas.

b) Gestação gemelar: Correta. A gestação múltipla é classificada como um fator de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. O aumento da massa placentária e as maiores adaptações hemodinâmicas exigidas na gestação gemelar elevam significativamente a chance de síndromes hipertensivas, o que torna a indicação do AAS mandatória nessas pacientes.

c) Infecção aguda por toxoplasmose: Incorreta. Embora a toxoplasmose seja uma preocupação importante no pré-natal devido ao risco de transmissão vertical e sequelas fetais, ela não possui relação fisiopatológica com a pré-eclâmpsia. O tratamento da toxoplasmose envolve o uso de antimicrobianos específicos e não justifica o uso de aspirina.

d) Malformação cardíaca do feto: Incorreta. Malformações fetais isoladas não são indicações para a profilaxia de pré-eclâmpsia. Os critérios para o uso de AAS focam em condições maternas prévias (como hipertensão crônica, diabetes, lúpus ou histórico de pré-eclâmpsia anterior) ou em características da gestação atual que afetem a implantação placentária.

Gabarito: Letra (b).

Questão 51

ANÁLISE DA QUESTÃO

O resultado citopatológico apresentado pela paciente é ASC-H (células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se podendo afastar lesão de alto grau). De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA), esse achado possui um risco elevado de estar associado a lesões precursoras de câncer de colo uterino (como NIC II ou NIC III). Diferente do ASC-US, no qual a lesão é possivelmente não neoplásica, no ASC-H a suspeita recai sobre uma lesão de alto grau, o que exige uma investigação imediata.

ALTERNATIVAS

a) Incorreta. A repetição do exame em 6 meses (para mulheres com 30 anos ou mais) ou em 12 meses (para mulheres entre 25 e 29 anos) é a conduta preconizada para o resultado de ASC-US ou para lesões de baixo grau (LSIL). Para o resultado de ASC-H, a repetição do preventivo não é segura, pois pode atrasar o diagnóstico de uma lesão grave.

b) Correta. Conforme os protocolos do Ministério da Saúde e do INCA, a presença de ASC-H em qualquer idade em que o rastreio é indicado (25 a 64 anos) exige o encaminhamento imediato da paciente para a colposcopia. Esse exame permite identificar áreas suspeitas no colo do útero e realizar biópsias para confirmar a gravidade da lesão.

c) Incorreta. A conização é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de lesões de alto grau confirmadas ou quando há discordância diagnóstica persistente entre a citologia e a colposcopia. Não é uma conduta inicial baseada apenas em um primeiro resultado de citologia, pois o diagnóstico precisa ser detalhado via colposcopia e biópsia antes de qualquer tratamento excisional.

d) Incorreta. A histerectomia não é a conduta inicial para rastreamento citopatológico alterado. O tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero deve ser o mais conservador possível para evitar morbidades desnecessárias. A histerectomia é reservada para casos de câncer invasor ou situações muito específicas em que os métodos de excisão do colo não são viáveis ou falharam.

Questão 52

Análise detalhada das afirmações:

Afirmiação I: Correta. A obesidade é um dos principais fatores de risco modificáveis para complicações obstétricas. O tecido adiposo em excesso promove um estado inflamatório crônico e resistência à insulina, o que eleva significativamente a incidência de diabetes mellitus gestacional. Além disso, a disfunção endotelial associada à obesidade aumenta as chances de síndromes hipertensivas, como a pré-eclâmpsia.

Afirmiação II: Correta. As recomendações atuais, baseadas no Institute of Medicine (IOM) e adotadas pela FEBRASGO, estabelecem metas de ganho de peso gestacional de acordo com o IMC pré-gestacional. Para mulheres com obesidade (IMC igual ou maior que 30 kg/m²), o ganho de peso total recomendado é, de fato, entre 5 e 9 quilos, visando reduzir riscos metabólicos e neonatais.

Afirmiação III: Incorreta. A obesidade, por si só, não é uma indicação para parto cesáreo. O parto vaginal deve ser estimulado sempre que não houver contraindicação obstétrica, pois a cesariana em pacientes obesas apresenta maior taxa de complicações técnicas e infecciosas. Além disso, uma gestante com IMC igual ou maior que 40 kg/m² (obesidade grau III) é classificada como gestação de alto risco e deve ser acompanhada e ter o parto realizado em centro de referência de alta complexidade, e não em maternidade de baixo risco.

Afirmiação IV: Incorreta. Embora a primeira parte da frase esteja correta (pacientes obesas possuem maior risco de hemorragias, infecções e eventos tromboembólicos), a recomendação de conduta está equivocada. Para a prevenção de trombose, especialmente em obesas, recomenda-se a deambulação precoce, e não o repouso ao leito. O repouso prolongado é um fator de estase venosa que, somado à obesidade e ao estado hipercoagulável do puerpério, aumenta drasticamente o risco de tromboembolismo venoso.

Conclusão: Como apenas as afirmações I e II estão tecnicamente corretas, a alternativa certa é a letra (b).

Questão 53

Alternativa a: Incorreta. A alternativa inverteu os conceitos genéticos das patologias. A mola completa é a que possui cariótipo diploide (geralmente 46,XX), sendo 100% de origem paterna (androgênese), resultante da fertilização de um óvulo "vazio" (sem material genético materno). A mola parcial é triploide (69,XXX, 69,XXY ou 69,XYY), originada da fertilização de um óvulo normal por dois espermatozoides

(dispermia), contendo, portanto, um conjunto de cromossomos maternos e dois conjuntos paternos.

Alternativa b: Incorreta. O método de escolha para o esvaziamento uterino na mola hidatiforme é a vácuo-aspiração (manual ou elétrica). A curetagem uterina cortante tradicional é evitada como primeira linha devido ao elevado risco de perfuração uterina e de sinéquias, uma vez que o miométrio está muito amolecido e o volume uterino costuma ser grande. A curetagem pode ser realizada de forma suave apenas ao final do procedimento de aspiração para garantir que a cavidade esteja vazia.

Alternativa c: Correta. O seguimento pós-molar baseia-se fundamentalmente na monitorização dos níveis séricos de hCG. A queda progressiva desses valores até a sua normalização (negativação) é o critério que define a remissão espontânea da doença. O acompanhamento é feito semanalmente até a obtenção de três valores negativos consecutivos, seguido de acompanhamento mensal por seis meses (nos protocolos clássicos).

Alternativa d: Incorreta. Embora a anticoncepção rigorosa seja mandatória para não confundir uma nova gestação com a persistência da doença (elevação do hCG), o dispositivo intrauterino (DIU) é contraindicado durante a fase de acompanhamento (enquanto o hCG não estiver negativo). O DIU apresenta risco aumentado de perfuração em um útero que pode estar fragilizado por uma mola invasora e pode causar sangramentos irregulares que confundem o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). A preferência é pelo uso de anticoncepcionais hormonais orais.

Questão 54

A questão avalia o conhecimento sobre o rastreamento do câncer de mama e a conduta baseada na classificação BI-RADS, seguindo as normas do Ministério da Saúde. A paciente tem 59 anos e apresenta mamografia BI-RADS 1.

A classificação BI-RADS 1 indica um exame negativo, ou seja, uma mamografia normal, sem achados dignos de nota. Para o Ministério da Saúde, o rastreamento mamográfico é indicado para mulheres entre 50 e 69 anos, com um intervalo de dois anos entre os exames.

Alternativa a) Incorreta. Diante de um resultado normal (BI-RADS 1) em paciente assintomática, não há justificativa para solicitar exames complementares como ultrassonografia ou ressonância magnética.

Alternativa b) Correta. Como o exame é normal e a paciente está na faixa etária de

rastreamento (50 a 69 anos), a recomendação oficial do Ministério da Saúde é manter a rotina e repetir a mamografia em dois anos. Essa mesma conduta seria adotada caso o resultado fosse BI-RADS 2 (achados benignos).

Alternativa c) Incorreta. O controle mamográfico em curto prazo (6 meses) é a conduta indicada para a categoria BI-RADS 3, que representa achados provavelmente benignos.

Alternativa d) Incorreta. A investigação invasiva por biópsia é indicada para lesões classificadas como BI-RADS 4 (suspeita de malignidade) ou BI-RADS 5 (altamente sugestiva de malignidade).

Gabarito: Letra b.

Questão 55

Análise do caso clínico: A paciente apresenta um quadro clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), caracterizado por dor abdominal infraumbilical, dor à mobilização do colo uterino, dor à palpação de anexos e secreção purulenta no orifício cervical (cervicite). O manejo da DIP exige obrigatoriamente o tratamento dos parceiros sexuais com quem a paciente teve contato nos últimos 60 dias, visando interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção da paciente.

O objetivo do tratamento do parceiro é cobrir os principais agentes causadores de uretrites e cervicites, que são a *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) e a *Chlamydia trachomatis* (clamídia).

Alternativa (a) Correta: Este é o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde e por diretrizes internacionais para o tratamento empírico do parceiro de pacientes com DIP ou cervicite. A Ceftriaxona (500 mg, dose única, intramuscular) é o padrão-ouro para o gonococo, enquanto a Azitromicina (1 g, dose única, via oral) é eficaz contra a clamídia. A utilização de doses únicas é estratégica para garantir a adesão do parceiro, que muitas vezes é assintomático.

Alternativa (b) Incorreta: Este esquema (Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazol) é o tratamento ambulatorial padrão para a paciente que tem o diagnóstico de DIP. Para o parceiro, não há necessidade de cobertura para anaeróbios (Metronidazol), a menos que haja suspeita de tricomoníase. Além disso, a Doxiciclina exige uso por 7 dias, o que dificulta a adesão quando comparada à dose única de Azitromicina.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de quinolonas, como o Ciprofloxacino, não é mais recomendado como primeira linha para o tratamento da *Neisseria gonorrhoeae*

devido aos elevados níveis de resistência bacteriana encontrados no Brasil e em diversos países.

Alternativa (d) Incorreta: Conforme mencionado, o Ciprofloxacino apresenta altas taxas de resistência para o gonococo. A Amoxicilina não é eficaz para o tratamento de *Chlamydia trachomatis* ou gonococo neste contexto, e o Metronidazol não tem indicação de rotina para o parceiro na ausência de sinais de vaginites específicas na paciente.

Resumo: O tratamento do parceiro visa erradicar gonococo e clamídia. A alternativa (a) reflete as recomendações atuais de saúde pública para o manejo de contatos sexuais.

Questão 56

O diagnóstico de vaginose bacteriana (VB) é essencialmente clínico e baseado nos critérios de Amsel. Para confirmar o diagnóstico, a paciente deve preencher pelo menos três dos quatro seguintes critérios: 1) Corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino; 2) pH vaginal superior a 4,5; 3) Teste das aminas positivo; 4) Presença de *clue cells* (células-pista) na microscopia a fresco.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Teste de Schiller consiste na aplicação de uma solução iodada (Lugol) no colo uterino durante o exame ginecológico. Ele serve para identificar áreas ricas em glicogênio (que coram em castanho) e áreas suspeitas de lesões pré-neoplásicas (que não coram). Não possui utilidade no diagnóstico de infecções vaginais ou vaginose.

b) Incorreta. A Colposcopia é um exame complementar indicado para a avaliação detalhada do trato genital inferior (colo, vagina e vulva) quando há alterações no exame citopatológico ou suspeita de malignidade. Não é um método diagnóstico para corrimentos vaginais infecciosos.

c) Correta. O Teste das aminas (ou *whiff test*) é realizado adicionando-se uma gota de hidróxido de potássio (KOH) a 10% sobre a secreção vaginal coletada. Se houver liberação de um odor fétido (semelhante a peixe podre), o teste é considerado positivo. Esse odor ocorre devido à volatilização de aminas (como putrescina e cadaverina) produzidas por bactérias anaeróbias presentes na vaginose bacteriana. É um dos pilares do diagnóstico clínico.

d) Incorreta. O exame citopatológico (Papanicolau) é um teste de rastreamento para

o câncer de colo do útero e suas lesões precursoras. Embora o laudo possa mencionar a flora bacteriana sugestiva de vaginose, ele não é o método padrão nem o mais rápido para o diagnóstico clínico da patologia em questão no momento da consulta.

Questão 57

Esta questão aborda as diretrizes de rastreamento do câncer do colo do útero estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). É um tema recorrente em provas de residência, exigindo o conhecimento exato das faixas etárias e periodicidades recomendadas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a sexarca (início da vida sexual) ocorra frequentemente antes dos 25 anos, o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento para mulheres menores de 25 anos. O motivo é que, nessa faixa etária, as infecções pelo HPV são muito prevalentes, porém a maioria é transitória e regride espontaneamente. Realizar o exame precocemente levaria a um excesso de biópsias e tratamentos desnecessários em lesões que não progrediriam para câncer.

b) Correta. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, o exame citopatológico (Papanicolau) deve ser oferecido a mulheres ou a qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos, que já iniciaram atividade sexual. A recomendação é que os dois primeiros exames sejam realizados com intervalo anual e, se ambos forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada três anos.

c) Incorreta. O limite superior estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 64 anos. Após essa idade, o rastreamento pode ser interrompido, desde que a mulher tenha realizado pelo menos dois exames consecutivos negativos nos últimos cinco anos. O limite de 75 anos não faz parte da diretriz oficial brasileira para este rastreamento.

d) Incorreta. A idade de início é 25 anos, e não 30. O marco dos 30 anos é utilizado em algumas diretrizes internacionais ou em protocolos que utilizam a testagem de DNA-HPV como rastreio primário, mas, para o exame citopatológico (rastreamento padrão no SUS), a idade correta permanece 25 anos.

Informações Adicionais para o Caso Clínico:

A paciente da questão tem 19 anos. Portanto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, ela ainda não possui indicação para coleta de Papanicolau, mesmo já tendo iniciado a vida sexual. Quanto à mamografia, para a população de

risco habitual, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento bienal apenas entre 50 e 69 anos. Assim, para esta paciente, o foco da consulta deve ser a orientação sobre métodos contraceptivos, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e vacinação contra o HPV.

Questão 58

A conduta na gestante epiléptica exige um equilíbrio entre o controle das crises e a minimização dos riscos teratogênicos. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): A lamotrigina, junto com o levetiracetam, é considerada uma das medicações anticonvulsivantes mais seguras para o uso durante a gestação. Ela apresenta baixo risco de malformações congênitas e não há evidências consistentes que a associem ao aumento do risco de autismo. O fármaco classicamente associado a prejuízos no desenvolvimento cognitivo e aumento do risco de transtorno do espectro autista é o ácido valproico (valproato).

Alternativa B (Incorreta): A retirada ou redução drástica de medicações em uma paciente com epilepsia de difícil controle é extremamente perigosa. Crises convulsivas generalizadas durante a gestação podem levar à hipóxia fetal, descolamento prematuro de placenta e óbito fetal ou materno. A estratégia correta é buscar a menor dose eficaz de uma única medicação (monoterapia) e manter o controle rigoroso das crises.

Alternativa C (Correta): O uso de ácido fólico é fundamental e deve ser mantido por toda a gestação em mulheres que utilizam anticonvulsivantes. Essas medicações interferem no metabolismo do folato, o que aumenta significativamente o risco de defeitos no fechamento do tubo neural e outras malformações. Recomendam-se, inclusive, doses maiores (geralmente 5 mg/dia) do que as utilizadas em gestantes sem epilepsia, idealmente iniciando o uso antes mesmo da concepção.

Alternativa D (Incorreta): A carbamazepina é um indutor de enzimas do citocromo P450 hepático, o que pode alterar o metabolismo de outras drogas e de hormônios, mas isso não proíbe seu uso na gestação. Embora não seja a primeira escolha atual (preferindo-se lamotrigina ou levetiracetam), a carbamazepina pode ser mantida caso seja a droga que garante a estabilidade clínica da paciente, uma vez que a troca de medicação durante a gravidez pode desencadear crises descompensadas.

Questão 59

O ecocardiograma fetal é um exame especializado indicado quando há risco aumentado de cardiopatias congênitas ou necessidade de avaliar a função cardíaca fetal em situações de estresse hemodinâmico.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A arritmia cardíaca fetal é uma indicação clássica para avaliar o ritmo e a função miocárdica. As cromossomopatias (como a trissomia do 21, 18 ou 13) possuem altíssima associação com malformações cardíacas estruturais, justificando o exame. O crescimento intrauterino restrito (CIUR) também é uma indicação, pois pode estar associado a síndromes genéticas ou demandar a avaliação da performance cardíaca frente à insuficiência placentária e hipóxia.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. O crescimento adequado intrauterino é um sinal de desenvolvimento normal do feto e, portanto, não constitui um critério para indicação de um exame especializado como o ecocardiograma fetal.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a arritmia e a suspeita de malformação detectada no ultrassom morfológico sejam indicações precisas, a inclusão do crescimento adequado intrauterino como indicação torna a alternativa falsa, já que parâmetros de normalidade não motivam o exame.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A investigação de idade gestacional é realizada pela ultrassonografia obstétrica convencional, utilizando medidas como o comprimento cabeça-nádega (no primeiro trimestre) ou o diâmetro biparietal e comprimento do fêmur. O ecocardiograma fetal foca exclusivamente na anatomia e fisiologia do coração e grandes vasos, não servindo para datar a gestação.

Questão 60

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*. Para compreender as medidas de prevenção, é fundamental conhecer o ciclo de vida do parasita: os felídeos (como o gato) são os hospedeiros definitivos que eliminam oocistos no ambiente por meio das fezes, enquanto outros animais (como bois, porcos e aves) são hospedeiros intermediários que albergam cistos nos tecidos musculares.

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. A prevenção primária na gestante baseia-se em interromper as principais vias de transmissão: a ingestão de carne crua ou mal cozida (que contém cistos teciduais) e a ingestão acidental de oocistos presentes no ambiente ou em fômites contaminados por fezes de gatos. Por isso, recomenda-se que a gestante consuma apenas carne bem-passada e evite manipular

caixas de areia ou fezes de felinos.

Alternativa (b): Incorreta. O peixe não é um hospedeiro intermediário típico para o *Toxoplasma gondii*. Embora o consumo de peixe cru possa estar associado a outras patologias (como a difilobotríase ou a listeriose), ele não faz parte das recomendações específicas de prevenção para a toxoplasmose.

Alternativa (c): Incorreta. Novamente, o erro reside na inclusão do peixe cru como via de transmissão. Além disso, a alternativa é incompleta por não mencionar a importância de evitar o contato com as fezes do hospedeiro definitivo (gato), que é uma fonte ambiental significativa de infecção.

Alternativa (d): Incorreta. Apresenta dois erros principais: primeiro, o peixe cru não é vetor da toxoplasmose; segundo, o cachorro não é o hospedeiro definitivo do parasita. Os cães não eliminam oocistos em suas fezes; portanto, o contato com dejetos de cães não representa risco direto de transmissão de toxoplasmose, ao contrário do contato com fezes de gatos.

Resumo das orientações de pré-natal: Além das citadas na alternativa correta, a gestante deve ser orientada a lavar bem frutas e verduras, usar luvas ao manipular terra/jardim, beber apenas água filtrada ou fervida e evitar o consumo de leite não pasteurizado.
