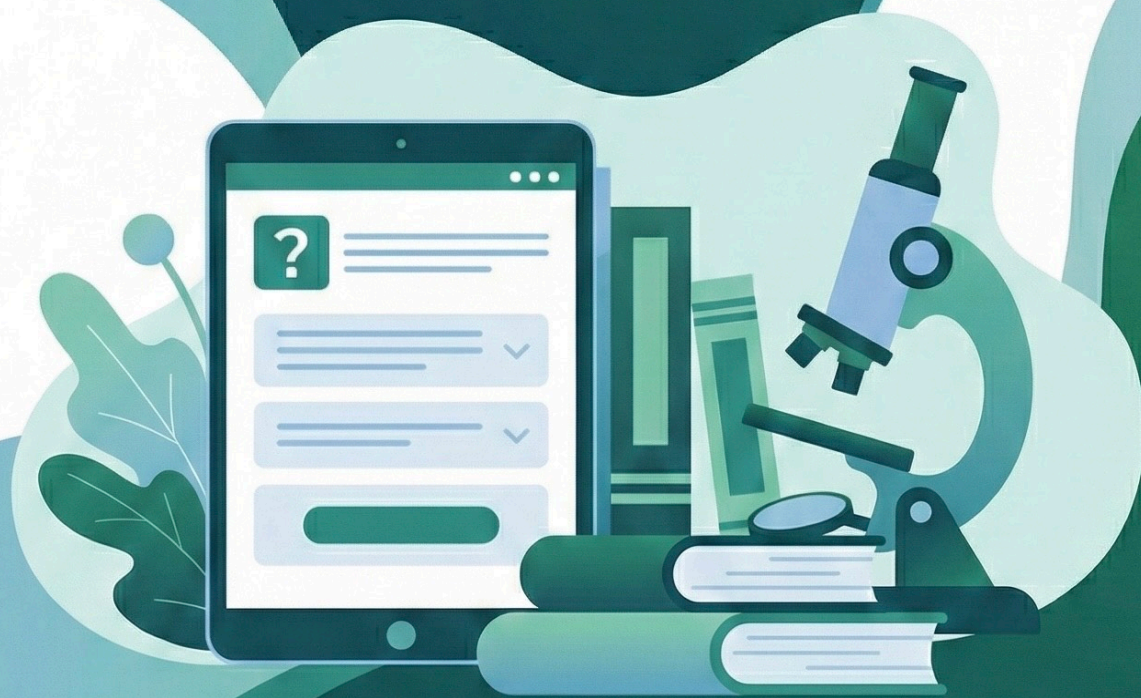




UFCSPA

GABARITO | 2025 | PR | 100 Questões



Gabarito: UFCSPA

2025 | PR

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

Comentários e Explicações

Questão 1

Texto Original:

Esta questão aborda as diretrizes de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) baseadas nos protocolos da American Heart Association (AHA), que definem os parâmetros para uma compressão torácica de alta qualidade, essencial para aumentar as taxas de sobrevivência em paradas cardiorrespiratórias.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I. Correta. De acordo com as diretrizes atuais, a frequência ideal das compressões torácicas deve ser de 100 a 120 compressões por minuto. Frequências abaixo de 100 reduzem o débito cardíaco, enquanto frequências acima de 120 podem impedir o retorno elástico total do tórax e diminuir o tempo de enchimento ventricular, tornando a manobra menos eficaz.

Afirmativa II. Correta. A profundidade da compressão no adulto deve ser de, pelo menos, 5 cm (2 polegadas), evitando ultrapassar 6 cm (2,4 polegadas). Essa profundidade é necessária para gerar pressão intratorácica suficiente e comprimir o coração entre o esterno e a coluna vertebral, garantindo a perfusão de órgãos vitais.

Afirmativa III. Incorreta. A relação compressão/ventilação padrão para adultos (com um ou dois socorristas, sem via aérea avançada) é de 30 compressões para 2 ventilações (30:2). A relação de 15:2 é utilizada especificamente em pediatria (crianças e bebês) quando há dois socorristas presentes. A segunda parte da frase, que menciona a reavaliação do ritmo a cada 2 minutos, está correta, mas o erro na proporção invalida a afirmativa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta, pois a afirmativa II também está correta.

Alternativa b) Correta, pois apenas os itens I e II seguem as diretrizes para RCP em adultos.

Alternativa c) Incorreta, pois a afirmativa III contém erro técnico na proporção de compressão/ventilação para o contexto geral de reanimação.

Alternativa d) Incorreta, devido ao erro apontado na afirmativa III.

Questão 2

A Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnível do segmento ST (SCASST) engloba a Angina Instável e o Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível de ST (IAMSSST). O diagnóstico clínico baseia-se na caracterização da dor torácica, que deve sugerir instabilidade hemodinâmica ou de placa aterosclerótica. A questão pede a alternativa que NÃO é um achado típico de síndrome aguda.

Alternativa a) Incorreta. A dor em repouso ou aos mínimos esforços é um dos critérios clássicos da angina instável. Diferentemente da angina estável, na qual a dor surge em esforços previsíveis e cessa com o repouso, na síndrome aguda a dor ocorre mesmo quando a demanda miocárdica de oxigênio é baixa, indicando uma redução crítica na oferta de fluxo sanguíneo. Geralmente, episódios de dor em repouso que sugerem SCASST duram mais de 20 minutos.

Alternativa b) Correta (Gabarito). Esta é a exceção. Dores torácicas típicas de curta duração (geralmente entre 2 e 5 minutos) que são desencadeadas pelo esforço e aliviadas rapidamente pelo repouso ou pelo uso de nitratos sublinguais são características da angina estável. Nas síndromes agudas, espera-se que a dor seja mais prolongada, persistente ou de início muito recente com grande intensidade.

Alternativa c) Incorreta. O padrão "crescendo" refere-se à angina previamente estável que sofre uma mudança em suas características: as crises tornam-se mais frequentes, mais intensas, mais prolongadas ou passam a ser desencadeadas por esforços cada vez menores (limiar anginoso reduzido). Esse padrão é um sinal claro de instabilização da placa e define a angina instável.

Alternativa d) Incorreta. A chamada "Angina de início recente" (angina de novo) é considerada uma forma de angina instável quando é grave (classe funcional III ou IV da Canadian Cardiovascular Society) e se iniciou em um período inferior a 2 meses. Como a alternativa cita o início nas últimas 2 semanas com caráter severo, ela se enquadra perfeitamente nos critérios clínicos de SCASST.

Questão 3

DIAGNÓSTICO

O quadro clínico descrito aponta para uma Insuficiência Adrenal Primária (Doença de Addison). Os pontos-chave para esse diagnóstico são:

1. Hiperpigmentação mucocutânea: Este é o sinal clínico mais característico. Na insuficiência primária, a queda do cortisol eleva o ACTH por feedback negativo. O precursor do ACTH (POMC) também origina o hormônio estimulante de melanócitos

(MSH), levando ao escurecimento da pele e mucosas. Na insuficiência secundária (origem na hipófise), o ACTH está baixo e não há hiperpigmentação.

2. Distúrbios hidroeletrólíticos: A hiponatremia (sódio 129) e a hipercalemia (potássio 5,9) são típicas da falência da glândula adrenal, onde há deficiência tanto de cortisol quanto de aldosterona (mineralocorticoide). A falta de aldosterona impede a excreção de potássio e a reabsorção de sódio. Na insuficiência secundária, o sistema renina-angiotensina geralmente mantém a produção de aldosterona preservada, logo não costuma haver hipercalemia.

3. Sinais de Crise Adrenal: Hipotensão severa (80/40 mmHg), dor abdominal, fraqueza intensa e náusea em um paciente com perda de peso crônica configuram uma emergência médica.

TRATAMENTO

O manejo da crise adrenal exige:

- Reposição volêmica vigorosa com soro fisiológico 0,9% para tratar o choque hipovolêmico/distributivo.
- Reposição de glicocorticoide: Hidrocortisona 100mg em ataque via endovenosa.
- Reposição de mineralocorticoide: Na forma primária, a fludrocortisona é necessária para o controle eletrolítico e da pressão arterial a longo prazo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. O diagnóstico é de insuficiência primária, pois há hiperpigmentação e hipercalemia, achados ausentes na forma secundária.

Alternativa B: Incorreta. Embora identifique a causa primária e o tratamento de emergência com volume e hidrocortisona, a alternativa D é mais abrangente por incluir a fludrocortisona, componente essencial no tratamento da insuficiência adrenal primária (Addison).

Alternativa C: Incorreta. Erra ao classificar como insuficiência adrenal secundária.

Alternativa D: Correta. Define corretamente a etiologia primária (justificada pela hiperpigmentação e hipercalemia) e estabelece o tripé terapêutico adequado: hidratação, glicocorticoide e mineralocorticoide.

Questão 4

O quadro clínico descreve um paciente com insuficiência cardíaca (IC) descompensada, apresentando sinais clássicos de congestão sistêmica (edema, ascite, turgência jugular e hepatomegalia) e piora da função renal, caracterizando a síndrome cardiorrenal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na insuficiência cardíaca, ocorre geralmente uma redução da perfusão arterial renal devido ao baixo débito cardíaco ou à vasoconstrição periférica compensatória. O aumento da perfusão não seria o mecanismo de lesão; ao contrário, a hipoperfusão arterial é um dos componentes clássicos (mecanismo de forward failure), mas a alternativa descreve erroneamente um "aumento" da perfusão.

b) Incorreta. O paciente apresenta ascite, o que, na verdade, aumenta a pressão intra-abdominal. O aumento da pressão intra-abdominal pode comprimir as veias renais e o parênquima renal, contribuindo para a disfunção. A redução dessa pressão aliviaria a função renal, não a pioraria.

c) Correta. Atualmente, reconhece-se que a congestão venosa sistêmica é um dos principais determinantes da piora da função renal na IC (mecanismo de backward failure). O aumento da pressão venosa central é transmitido retrogradamente para as veias renais. Como os rins estão contidos em uma cápsula fibrosa rígida, o aumento da pressão venosa eleva a pressão intersticial renal, reduzindo o gradiente de pressão transrenal (pressão arterial média menos pressão venosa renal) e, conseqüentemente, diminuindo a taxa de filtração glomerular.

d) Incorreta. Na insuficiência cardíaca, há um aumento (e não redução) da ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Essa ativação neuro-hormonal exacerbada contribui para a vasoconstrição renal e retenção de sódio e água, piorando o quadro de congestão e a função renal a longo prazo.

Em resumo, a alternativa (c) está correta, pois identifica a congestão venosa como um fator fisiopatológico central na disfunção renal associada à insuficiência cardíaca congestiva.

Questão 5

A interação medicamentosa decorrente do tabagismo não ocorre primariamente pela nicotina, mas sim pelos hidrocarbonetos policíclicos aromáticos presentes na fumaça do cigarro. Essas substâncias são potentes indutoras das enzimas do complexo citocromo P450 no fígado, com destaque para a isoenzima CYP1A2. A indução enzimática acelera o metabolismo de diversos fármacos, reduzindo suas concentrações plasmáticas e sua eficácia.

Alternativa (a) Incorreta: O tabagismo aumenta a atividade da enzima CYP1A2, responsável pelo metabolismo da teofilina. Dessa forma, o tabagismo aumenta a depuração (clearance) metabólica da teofilina, reduzindo sua meia-vida e seus níveis séricos, o que pode exigir doses maiores do medicamento para atingir o efeito terapêutico.

Alternativa (b) Incorreta: Pacientes fumantes tendem a apresentar uma resposta reduzida ao efeito sedativo dos benzodiazepínicos. Isso ocorre devido a uma combinação de indução metabólica (em alguns benzodiazepínicos específicos) e, principalmente, ao efeito estimulante da nicotina no sistema nervoso central, que atua como um antagonista farmacodinâmico da sedação.

Alternativa (c) Correta: O tabagismo induz o metabolismo hepático da varfarina. O aumento da atividade enzimática faz com que o fármaco seja excretado mais rapidamente, o que reduz o seu nível sérico e, conseqüentemente, diminui o seu efeito anticoagulante. Clinicamente, isso se traduz em uma redução do RNI (Relação Normalizada Internacional), podendo ser necessário o ajuste da dose para cima em pacientes que fumam.

Alternativa (d) Incorreta: O tabagismo reduz a efetividade dos betabloqueadores (como o propranolol). Primeiro, porque a indução enzimática acelera o metabolismo de alguns desses fármacos. Segundo, porque a nicotina ativa o sistema nervoso simpático, aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial, o que se opõe diretamente aos efeitos farmacológicos pretendidos pelos betabloqueadores.

Questão 6

Essa questão aborda o manejo inicial da crise de asma no ambiente de emergência. O objetivo é identificar qual conduta não é recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA).

Alternativa (a): Correta. A avaliação inicial de um paciente com crise de asma deve sempre incluir a classificação da gravidade. Isso é feito por meio da avaliação clínica (sinais vitais, uso de musculatura acessória) e, sempre que possível, por medidas

objetivas de função pulmonar. O Pico de Fluxo Expiratório (PFE) ou o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) ajudam a quantificar a obstrução. O pulso paradoxal (queda da pressão arterial sistólica maior que 10 a 12 mmHg durante a inspiração) é um sinal clássico de crise grave, indicando grande variação da pressão intratorácica.

Alternativa (b): Correta. O uso de broncodilatadores de curta ação (beta-2-agonistas, como o salbutamol) é o pilar do tratamento da crise. A administração frequente no início do atendimento (a cada 20 ou 30 minutos) visa à reversão rápida da obstrução. O objetivo terapêutico inicial é justamente elevar o PFE ou VEF1 para níveis acima de 40 a 60 por cento do valor predito ou do melhor valor pessoal do paciente, indicando resposta ao tratamento.

Alternativa (c): Correta. Os corticoides sistêmicos são fundamentais para tratar a inflamação das vias aéreas na crise de asma. Eles são indicados em crises moderadas a graves ou quando não há resposta imediata ao broncodilatador. A metilprednisolona por via endovenosa (EV) na dose de 40 a 60 mg é uma opção adequada para pacientes que chegam à emergência com sintomas persistentes ou graves.

Alternativa (d): Incorreta (Gabarito). Esta é a conduta que NÃO deve ser adotada rotineiramente. A maioria das crises de asma é desencadeada por infecções virais ou por exposição a alérgenos, e não por bactérias. É importante ressaltar que a presença de escarro purulento na asma muitas vezes reflete a presença de eosinófilos e descamação celular, e não necessariamente infecção bacteriana. O uso de antibióticos só está indicado se houver evidência clara de infecção bacteriana concomitante, como febre persistente ou infiltrado na radiografia de tórax (pneumonia). Portanto, administrar antibiótico apenas pelo relato de escarro purulento é um erro de conduta.

Questão 7

Para definir a gravidade de uma Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a literatura médica, especialmente as diretrizes da ATS/IDSA (American Thoracic Society / Infectious Diseases Society of America), utiliza critérios específicos divididos em Maiores e Menores.

Alternativa (a) Incorreta. Os escores CURB-65 e PSI são excelentes ferramentas para prever a mortalidade e auxiliar na decisão de tratar o paciente em casa ou no hospital. No entanto, eles não são os critérios ideais para definir a internação em UTI. Um paciente idoso pode ter um PSI alto apenas pela idade e comorbidades, sem

estar criticamente enfermo no momento, enquanto um jovem pode ter um CURB-65 baixo e ainda assim precisar de suporte intensivo por insuficiência respiratória aguda.

Alternativa (b) Correta. De acordo com os critérios da ATS/IDSA, a PAC é classificada como grave se o paciente apresentar pelo menos um critério maior ou três critérios menores. Os dois critérios maiores são: 1) Necessidade de ventilação mecânica invasiva e 2) Choque séptico com necessidade de vasopressores. Como o paciente do enunciado necessita de vasopressor, ele preenche o critério de PAC grave.

Alternativa (c) Incorreta. A necessidade de oxigênio em baixo fluxo (2 litros por minuto) para manter uma saturação adequada é comum em quadros de pneumonia moderada. Para ser considerado um critério de gravidade (no caso, um critério menor), o paciente precisaria apresentar uma relação PaO₂/FiO₂ menor ou igual a 250, o que reflete uma hipoxemia muito mais severa do que a descrita.

Alternativa (d) Incorreta. A hipotensão que requer ressuscitação volêmica vigorosa é considerada um critério menor de gravidade. No entanto, o enunciado descreve que o paciente não respondeu ao volume e passou a necessitar de vasopressores, o que caracteriza o choque séptico, elevando o status do paciente para o preenchimento de um critério maior de gravidade.

Questão 8

Análise das afirmações:

Afirmiação 1: Mantém a estrutura e a função da mucosa intestinal e é mais segura em relação a complicações mecânicas e metabólicas.

Esta é uma característica clássica da Nutrição Enteral (2). O estímulo trófico do alimento em contato direto com os enterócitos previne a atrofia das vilosidades intestinais e preserva a barreira mucosa, o que evita a translocação bacteriana. Em comparação com a via parenteral, a nutrição enteral é mais fisiológica e apresenta menores riscos de complicações graves, como a hiperglicemia refratária e acidentes na punção de acessos venosos profundos.

Afirmiação 2: Está associada a taxas reduzidas de infecção nosocomial.

A Nutrição Enteral (2) é a preferencial em pacientes críticos justamente por apresentar menores taxas de complicações infecciosas, como pneumonia associada à ventilação mecânica e infecções de corrente sanguínea. O uso do trato gastrointestinal mantém a integridade do tecido linfoide associado ao intestino (GALT), fortalecendo o sistema imune do paciente.

Afirmção 3: É contraindicada na presença de hipertrigliceridemia severa.

Esta característica refere-se à Nutrição Parenteral Total (1). As formulações de NPT contêm emulsões lipídicas que são infundidas diretamente na circulação sistêmica. Se o paciente já apresenta níveis de triglicédeos muito elevados (geralmente acima de 400 a 500 mg/dL), a administração de lipídios por via parenteral deve ser suspensa ou evitada para prevenir complicações como a pancreatite aguda e a síndrome de sobrecarga lipídica.

Afirmção 4: Mais dispendiosa.

A Nutrição Parenteral Total (1) é consideravelmente mais cara que a Nutrição Enteral. O custo elevado decorre da necessidade de soluções altamente purificadas, manipulação em ambiente estéril (farmácia especializada), uso de cateteres venosos centrais, bombas de infusão contínua e monitoramento laboratorial frequente para ajustes metabólicos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Atribui a manutenção da mucosa e o menor custo à Nutrição Parenteral, o que é o oposto da realidade clínica.

Alternativa b: Incorreta. Sugere que a Nutrição Parenteral reduz infecções e que a Nutrição Enteral é contraindicada na hipertrigliceridemia, invertendo os conceitos fundamentais de cada terapia.

Alternativa c: Incorreta. Indica erroneamente que a Nutrição Parenteral reduz infecções nosocomiais e que a Nutrição Enteral é a mais dispendiosa.

Alternativa d: Correta. A sequência 2 - 2 - 1 - 1 preenche as lacunas de forma precisa, relacionando as vantagens fisiológicas e de segurança à Nutrição Enteral e os riscos metabólicos e altos custos à Nutrição Parenteral Total.

Questão 9

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de fibromialgia. A paciente apresenta os pilares fundamentais dessa síndrome: dor crônica generalizada, distúrbios do sono, impacto funcional e ausência de alterações laboratoriais ou inflamatórias que justifiquem os sintomas.

Análise das alternativas:

a) Osteoartrite: Incorreta. A osteoartrite é uma doença degenerativa das articulações que costuma afetar pontos específicos (como mãos, joelhos, quadris e coluna) e

geralmente está associada a pacientes mais idosos. Ela causa dor mecânica localizada e, em casos avançados, deformidades ou crepitações. O caso em questão descreve uma dor difusa em tecidos moles, sem sinais de desgaste articular localizado ou rigidez característica.

b) Artrite soronegativa: Incorreta. Este termo engloba um grupo de doenças inflamatórias que não apresentam o fator reumatoide positivo. No entanto, essas patologias (como a artrite psoriásica) cursam obrigatoriamente com sinais inflamatórios articulares (sinovite), como edema, calor e rubor, além de frequentemente elevarem as provas de atividade inflamatória (VHS e PCR). O exame físico da paciente revelou ausência de sinais inflamatórios e o VHS está normal.

c) Espondiloartropatia: Incorreta. As espondiloartropatias, como a espondilite anquilosante, caracterizam-se principalmente por dor lombar de ritmo inflamatório (que melhora com o exercício e piora com o repouso), rigidez matinal prolongada e, muitas vezes, manifestações extra-articulares. A dor da paciente é generalizada e não apresenta o padrão inflamatório típico desse grupo de doenças, além de os exames laboratoriais estarem normais.

d) Fibromialgia: Correta. O diagnóstico é essencialmente clínico. A paciente preenche os critérios atuais: dor generalizada (acima e abaixo da cintura, bilateral) por mais de 3 meses, associada a sintomas somáticos como fadiga e sono não reparador. A sensibilidade à palpação em pontos específicos (antigamente chamados de tender points, como occipital, trapézio e trocanter) reforça o diagnóstico. A normalidade dos exames laboratoriais (VHS, TSH, glicemia e função renal) é fundamental para excluir diagnósticos diferenciais como hipotireoidismo, polimialgia reumática ou neuropatias diabéticas.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 10

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Esta sentença está correta. A fascíte plantar é a causa mais comum de dor na região plantar do calcanhar (talalgia) em adultos. Estudos epidemiológicos demonstram que, embora possa afetar indivíduos de várias idades, o pico de incidência ocorre de fato entre os 40 e 60 anos, sendo frequentemente associada a processos degenerativos da fásia plantar.

Afirmativa II: Esta sentença está correta. A etiologia da fascíte plantar é multifatorial e envolve principalmente estresse mecânico. A obesidade aumenta a carga direta

sobre a fáscia; alterações anatômicas como pé plano (que gera estiramento excessivo) ou pé cavo (que reduz a capacidade de absorção de impacto) modificam a biomecânica do pé. Fatores ocupacionais, como permanecer em pé por tempo prolongado, caminhar em solos rígidos ou utilizar calçados desgastados ou sem suporte adequado, são gatilhos clássicos para o desenvolvimento da patologia.

Afirmativa III: Esta sentença está correta. A descrição clínica apresentada é o sintoma patognomônico da fascíte plantar. O paciente relata dor aguda e intensa ao dar os primeiros passos pela manhã, pois a fáscia, que se manteve encurtada durante o sono, sofre uma tração súbita ao sustentar o peso do corpo. O mesmo ocorre após períodos de inatividade sentada. Atividades que aumentam a tensão na aponeurose plantar, como subir escadas ou caminhar descalço (pela falta de suporte ao arco longitudinal), exacerbam o quadro doloroso.

Conclusão: Como todas as três afirmativas descrevem de forma precisa a epidemiologia, os fatores de risco e a apresentação clínica característica da condição, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 11

A tuberculose geniturinária representa a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar. O quadro clínico é frequentemente frustrante, podendo manifestar-se apenas como sintomas miccionais persistentes (cistite crônica) que não apresentam melhora com o uso de antibióticos comuns.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: A piúria estéril é o achado laboratorial mais característico e classicamente associado à tuberculose geniturinária. Ela é definida pela presença de leucócitos no sedimento urinário (leucocitúria) associada a uma urocultura negativa para bactérias comuns. Isso acontece porque o *Mycobacterium tuberculosis* é um bacilo de crescimento lento que não se desenvolve nos meios de cultura rotineiros, exigindo meios específicos (como o Löwenstein-Jensen). Diante de um paciente com sintomas urinários e piúria estéril, a investigação para tuberculose é mandatária.

Alternativa (b) INCORRETA: Os cristais de fosfato amoníaco magnésiano (estruvita) estão relacionados à presença de bactérias produtoras de urease, como o *Proteus mirabilis*. Esses cristais estão associados à formação de cálculos coraliformes e urina com pH alcalino, enquanto na tuberculose geniturinária a urina é tipicamente ácida.

Alternativa (c) INCORRETA: Hemácias dismórficas são marcadores de sangramento de origem glomerular (glomerulonefrites). Embora a tuberculose geniturinária possa

causar hematúria devido a ulcerações e lesões no sistema coletor ou bexiga, as hemácias nessas condições costumam ser isomórficas (não glomerulares).

Alternativa (d) INCORRETA: Os cilindros leucocitários indicam que a origem da inflamação ou infecção está nos túbulos renais, sendo achados sugestivos de pielonefrite bacteriana aguda ou nefrite intersticial. Apesar de a tuberculose atingir o parênquima renal, a piúria estéril é o achado mais específico e amplamente reconhecido para suspeição diagnóstica nos exames de rotina.

Questão 12

A questão aborda a regulação da secreção do Hormônio Antidiurético (ADH ou Vasopressina) e a prioridade do corpo humano entre manter a osmolalidade ou o volume circulante.

Para entender por que o rim não consegue diluir a urina (ou seja, por que ele continua retendo água) mesmo quando o sangue está "diluído" (hiposmolalidade), precisamos analisar os gatilhos para a secreção de ADH.

Explicação detalhada das alternativas:

Alternativa A (Correta): Em condições normais, a osmolalidade plasmática é o principal regulador do ADH. Quando a osmolalidade cai, a secreção de ADH é inibida para que o rim elimine o excesso de água. No entanto, quando há uma redução significativa do volume extracelular (hipovolemia) ou do volume circulante efetivo, sensores de volume e pressão (barorreceptores localizados no arco aórtico, seios carotídeos e átrios) são ativados. Este estímulo volêmico é um potente gatilho para a secreção "não osmótica" de ADH. Nestas situações, a preservação do volume sanguíneo torna-se uma prioridade biológica superior à manutenção da osmolalidade. Assim, o ADH é secretado mesmo com hiposmolalidade, impedindo o rim de produzir urina diluída.

Alternativa B (Incorreta): A hiposmolalidade (baixa concentração de solutos no sangue) é um estímulo inibitório para a secreção de ADH. O estímulo para aumentar a secreção de ADH por via osmótica é a hiperosmolalidade (sangue mais concentrado).

Alternativa C (Incorreta): O segmento diluidor renal (principalmente a parte espessa da alça de Henle e o túbulo distal) é responsável por reabsorver solutos sem água, diluindo o fluido tubular. O ADH atua nos túbulos coletores, aumentando a permeabilidade à água através das aquaporinas. Na presença de ADH, essa água é reabsorvida, o que impede a excreção de urina diluída. Portanto, o problema não é a

falta de resposta do segmento, mas sim a presença do hormônio atuando mais adiante no néfron.

Alternativa D (Incorreta): Em situações de depleção de volume ou redução do volume circulante efetivo, o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) está altamente ativado, e não inibido. A angiotensina II, inclusive, ajuda a estimular a sede e a secreção de ADH para tentar restaurar a volemia e a pressão arterial.

Questão 13

O caso apresenta um paciente estável, com bom nível de linfócitos T CD4 (600 células/mm³), que vinha mantendo carga viral (CV) indetectável e apresentou uma elevação pontual para 550 cópias/mL. De acordo com as diretrizes de manejo do HIV, a falha virológica não é diagnosticada com apenas um exame, mas sim pela persistência de carga viral detectável em duas medições consecutivas.

Alternativa a: Incorreta. Embora a situação possa vir a ser confirmada posteriormente como um blip (uma viremia transitória que geralmente não ultrapassa 500 a 1.000 cópias/mL), o médico não deve apenas observar passivamente. É fundamental investigar ativamente fatores que possam ter causado essa elevação antes de rotular o evento, além de ser obrigatória a repetição do exame para confirmação.

Alternativa b: Incorreta. A troca da terapia antirretroviral (TARV) é uma medida séria e não deve ser realizada com base em um único resultado de carga viral detectável em um paciente que estava previamente suprimido. A conduta precoce de troca pode levar ao descarte desnecessário de esquemas terapêuticos eficazes. A falha virológica precisa de confirmação laboratorial e avaliação de adesão.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos de manejo do HIV. Diante de uma carga viral detectável em um paciente que estava indetectável, o primeiro passo é realizar uma anamnese detalhada focada na adesão às doses, investigar o uso de outros medicamentos (como antiácidos ou anticonvulsivantes) que possam causar interações medicamentosas e reduzir a concentração dos antirretrovirais, ou verificar condições gastrintestinais que prejudiquem a absorção. Após esse manejo inicial, solicita-se uma nova carga viral (geralmente em 4 a 8 semanas) para diferenciar o "blip" da falha virológica persistente.

Alternativa d: Incorreta. O paciente está assintomático e apresenta CD4 de 600 células/mm³, nível em que o sistema imunológico está preservado, tornando a presença de infecções oportunistas altamente improvável. Embora infecções comuns (como quadros virais respiratórios) ou vacinação recente possam causar elevações transitórias da carga viral, a investigação sistemática de infecções oportunistas não é

a conduta indicada para este perfil clínico e laboratorial.

Questão 14

Análise detalhada das afirmativas:

Primeira afirmativa: O reflexo cutâneo plantar normal consiste em flexão plantar dos dedos dos pés.

VERDADEIRO. Ao realizar o estímulo na borda lateral da planta do pé, partindo do calcanhar em direção aos artemhos, a resposta fisiológica esperada em indivíduos adultos e crianças acima de 2 anos é a flexão plantar dos dedos. A resposta em extensão (dorsiflexão do hálux acompanhada ou não de abertura em leque dos demais dedos) é o sinal de Babinski, que indica lesão do trato corticoespinal (via piramidal).

Segunda afirmativa: O acometimento do lobo frontal em algumas doenças pode provocar a manifestação de vários reflexos primitivos que normalmente não estão presentes no adulto.

VERDADEIRO. Conhecidos como sinais de liberação frontal, esses reflexos são normais em recém-nascidos e desaparecem com o amadurecimento do sistema nervoso central e a mielinização. Em patologias que afetam os lobos frontais, como demências (ex.: doença de Alzheimer, demência frontotemporal) ou tumores, ocorre a perda da inibição cortical, fazendo com que reflexos como o de apreensão (grasping), sucção, busca (rooting) e palmomentoniano reapareçam.

Terceira afirmativa: Uma das formas de examinar a integridade do VII nervo craniano (nervo facial) consiste na avaliação da sensibilidade da face.

FALSO. A sensibilidade da face (tato, dor e temperatura) é de responsabilidade do V nervo craniano, o nervo trigêmeo (ramos oftálmico, maxilar e mandibular). O VII nervo craniano, o nervo facial, é predominantemente motor, sendo responsável pelos músculos da expressão facial. Ele também possui funções sensoriais específicas (gustação dos 2/3 anteriores da língua) e autonômicas (glândulas lacrimais e salivares), mas não a sensibilidade cutânea geral da face.

Portanto, a sequência correta é V - V - F.

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 15

ALTERNATIVA A: Esta alternativa está correta. A hipótese da cascata amiloide é a teoria patogênica central para a Doença de Alzheimer há décadas. Ela postula que o evento primário da doença é o desequilíbrio entre a produção e a depuração (clearance) do peptídeo beta-amiloide no cérebro. Esse acúmulo leva à formação de placas senis extracelulares, que desencadeiam processos neurotóxicos, como a inflamação e a formação de emaranhados neurofibrilares da proteína tau, culminando em morte neuronal.

ALTERNATIVA B: Esta alternativa está incorreta e é o gabarito da questão. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença que acomete seletiva e exclusivamente os neurônios motores, envolvendo tanto o neurônio motor superior (córtex cerebral) quanto o neurônio motor inferior (tronco encefálico e medula espinal). Uma característica clínica clássica da ELA, fundamental para o diagnóstico diferencial, é a preservação das funções sensitivas, além da manutenção dos movimentos oculares e do controle esfinteriano.

ALTERNATIVA C: Esta alternativa está correta. A Doença de Huntington é uma patologia hereditária de herança autossômica dominante, causada pela expansão de repetições do triplete CAG no gene HTT (cromossomo 4). A doença caracteriza-se clinicamente por uma tríade composta por distúrbios do movimento (especialmente a coreia), alterações psiquiátricas e declínio cognitivo progressivo. O quadro evolui inevitavelmente para demência grave e óbito, geralmente 15 a 20 anos após o início dos sintomas.

ALTERNATIVA D: Esta alternativa está correta. A Doença de Creutzfeldt-Jakob é a principal encefalopatia espongiiforme humana. Ela é causada por príons, que são partículas proteicas infecciosas resultantes do enovelamento incorreto de uma proteína celular normal. O conceito revolucionário da biologia priônica é que esses agentes são capazes de autorreplicação e transmissão de doenças mesmo sendo desprovidos de material genético (ácido nucleico), agindo puramente por indução de mudança conformacional em outras proteínas.

Questão 16

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Existem diversos escores validados e amplamente utilizados na prática clínica para avaliar o risco de desfechos em pacientes com hemorragia digestiva alta. Os principais são o Escore de Glasgow-Blatchford, utilizado na admissão para identificar pacientes de baixo risco que podem receber tratamento ambulatorial, e o Escore de Rockall, que avalia o risco de ressangramento e

mortalidade incorporando achados endoscópicos.

Alternativa b) Incorreta. Embora a endoscopia digestiva alta (EDA) seja o exame de escolha para o diagnóstico e tratamento, o prazo recomendado pela maioria dos consensos internacionais para a sua realização é dentro das primeiras 24 horas após a admissão. A realização em menos de 6 a 12 horas é geralmente reservada para casos de instabilidade hemodinâmica grave ou suspeita de sangramento por varizes esofágicas, o que não parece ser o caso do paciente, que apresenta estabilidade hemodinâmica (frequência cardíaca de 98 bpm e pressão arterial normal).

Alternativa c) Incorreta. A melena (fezes negras, pastosas e fétidas) é um sinal clássico de hemorragia digestiva alta (HDA), ocorrendo devido à digestão do sangue pela microbiota intestinal e ação do ácido gástrico. Além disso, a afirmação de que a úlcera péptica é uma das causas menos frequentes está errada; a úlcera péptica é, na verdade, a causa mais comum de hemorragia digestiva alta em adultos no mundo todo.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve corretamente a fisiopatologia do sangramento agudo. Na fase inicial de uma hemorragia, o paciente perde sangue total (plasma e células na mesma proporção), portanto, a concentração de hemoglobina e o hematócrito podem permanecer inalterados nos primeiros momentos. A queda desses níveis só ocorre após a hemodiluição, que acontece quando o organismo desloca fluido do espaço extravascular para o intravascular ou quando o paciente recebe reposição volêmica com cristaloides. Por isso, os parâmetros hemodinâmicos (frequência cardíaca e pressão arterial) são muito mais sensíveis e confiáveis para estimar a gravidade da perda volêmica imediata.

Questão 17

A questão descreve um quadro clássico de tireoidite subaguda, também conhecida como tireoidite de De Quervain ou tireoidite granulomatosa. O raciocínio clínico deve ser construído por meio dos seguintes pontos:

1. Pródromo e Quadro Clínico: A paciente apresenta um quadro de tireotoxicose (palpitações, tremores, perda de peso, insônia) precedido por uma infecção viral respiratória há 10 dias. O sinal patognomônico no exame físico é a dor intensa à palpação da glândula tireoide, muitas vezes com dor referida na mandíbula ou nos ouvidos.
2. Exames Laboratoriais: O perfil mostra TSH suprimido com T4 livre e T3 elevados, confirmando a tireotoxicose. A velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada é um marcador inflamatório muito sensível para essa condição. O leucograma normal

ajuda a afastar causas bacterianas purulentas.

3. Cintilografia (Ponto-chave): O resultado de 0,2% de captação de iodo é fundamental. Em causas de hipertireoidismo por hiperfunção (como na doença de Graves), a captação estaria elevada. Na tireoidite, a glândula está inflamada e "vazando" hormônios pré-formados no sangue; porém, as células foliculares estão lesadas e incapazes de captar iodo, resultando em uma captação quase zero (baixa captação).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A tireoidite aguda (supurativa) é uma infecção bacteriana rara, que geralmente causa dor localizada, febre alta e leucocitose com desvio à esquerda. O tratamento exigiria antibióticos, mas o quadro clínico e a história de pródromo viral favorecem a tireoidite subaguda.

b) Incorreta. O abscesso tireoidiano é a evolução de uma tireoidite aguda supurativa. Apresentaria sinais de flutuação ao exame físico e leucocitose importante. A conduta de drenagem e antibioticoterapia não se aplica ao caso de inflamação granulomatosa pós-viral.

c) Correta. A hipótese de tireoidite subaguda justifica a dor cervical, o VHS elevado e a tireotoxicose com captação de iodo baixa. O manejo é sintomático, pois a condição é autolimitada. Utilizam-se anti-inflamatórios (como aspirina ou AINEs em doses altas, ou corticoides em casos graves) para controle da dor e da inflamação, e betabloqueadores (como propranolol) para controle dos sintomas adrenérgicos da tireotoxicose.

d) Incorreta. A tireoidite autoimune (Hashimoto) geralmente é indolor e evolui para hipotireoidismo. Existe uma variante dolorosa rara, mas a história de infecção viral e o VHS muito alto apontam para De Quervain. Além disso, drogas antitireoidianas (como metimazol) não têm papel nas tireoidites, pois elas bloqueiam a síntese de novos hormônios, e o problema aqui é a liberação de hormônios já estocados devido à inflamação glandular.

Questão 18

Para resolver essa questão, devemos correlacionar a fisiopatologia e a morfologia das anemias com suas causas específicas. A classificação morfológica (tamanho e cor das hemácias) é o primeiro passo na investigação diagnóstica.

Análise das correlações:

(3) Deficiência precoce de ferro: No estágio inicial da ferropenia, o organismo utiliza as reservas de ferro, mas ainda consegue produzir hemácias de tamanho e coloração normais. Somente com a progressão da deficiência é que a anemia se torna classicamente microcítica e hipocrômica. Portanto, na fase precoce, ela é normocítica e normocrômica.

(2) Deficiência de cobalamina: A cobalamina (vitamina B12) é essencial para a síntese de DNA. Sua carência leva a um defeito na maturação do núcleo em relação ao citoplasma das células precursoras do sangue, resultando em hemácias grandes e imaturas. Este é o quadro clássico de anemia megaloblástica.

(1) Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN): É uma doença clonal adquirida da célula-tronco hematopoiética, caracterizada pela ausência de proteínas protetoras na membrana dos glóbulos vermelhos, o que os torna vulneráveis à destruição pelo sistema complemento. É, fundamentalmente, uma anemia hemolítica crônica.

(3) Doença maligna: Anemias associadas a neoplasias ou doenças crônicas geralmente apresentam-se como normocíticas e normocrômicas. Isso ocorre devido a processos inflamatórios que dificultam a utilização do ferro e reduzem a produção de eritropoietina, ou por infiltração medular (mielofitose).

(2) Deficiência de folato: Assim como a vitamina B12, o ácido fólico é crucial para a síntese de DNA. Sua deficiência impede a divisão celular adequada na medula óssea, causando anemia megaloblástica (macrocitose com neutrófilos hipersegmentados).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Classifica a deficiência precoce de ferro como hemolítica (1) e doenças malignas como megaloblásticas (2), o que é fisiopatologicamente incorreto.

b) Correta. Segue a sequência exata das correlações clínicas: 3 (Normocítica/Normocrômica) - 2 (Megaloblástica) - 1 (Hemolítica) - 3 (Normocítica/Normocrômica) - 2 (Megaloblástica).

c) Incorreta. Associa a deficiência de cobalamina à hemólise (1) e a HPN à anemia megaloblástica (2), invertendo conceitos fundamentais da hematologia.

d) Incorreta. Inicia classificando a deficiência precoce de ferro como megaloblástica (2) e a deficiência de cobalamina como normocítica (3), o que não condiz com os achados laboratoriais dessas patologias.

Questão 19

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito — placas eritematosas com escamas prateadas em áreas de extensão (cotovelos e joelhos) e no couro cabeludo — é patognomônico de psoríase vulgar (em placas). O sinal semiológico detalhado ("focos hemorrágicos em ponta de alfinete" ao destacar a escama) é o Sinal de Auspitz, também conhecido como Sinal do Orvalho Sangrento, que ocorre devido à exposição das papilas dérmicas hipertrofiadas e de seus capilares dilatados.

A questão foca nos gatilhos medicamentosos que podem desencadear ou exacerbar a psoríase.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Prednisona: Incorreta. O uso de corticosteroides sistêmicos (como a prednisona) é geralmente contraindicado na psoríase estável. O perigo não reside no surgimento inicial das placas, mas sim na sua interrupção. A retirada do corticoide sistêmico pode causar um "efeito rebote" grave, transformando uma psoríase em placas em uma forma muito mais severa e sistêmica: a psoríase pustulosa.

b) Lítio: Correta. O lítio, utilizado no tratamento do transtorno bipolar, é um dos medicamentos mais classicamente associados ao desencadeamento ou agravamento da psoríase. Ele interfere na sinalização intracelular (via inositol e cálcio) e na diferenciação dos queratinócitos. Além do lítio, outros medicamentos frequentemente cobrados em provas como gatilhos para psoríase são: betabloqueadores, antimaláricos (cloroquina), anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e inibidores da ECA.

c) Metoclopramida: Incorreta. Trata-se de um agente procinético e antiemético que atua como antagonista dos receptores de dopamina. Não possui associação farmacológica conhecida com o desencadeamento de lesões psoriásicas.

d) Hidroclorotiazida: Incorreta. Embora a hidroclorotiazida possa estar associada a reações de fotossensibilidade e ao lúpus eritematoso cutâneo subagudo induzido por drogas, ela não é listada como um gatilho clássico ou principal para o surgimento de psoríase em placas.

Questão 20

O caso clínico descreve uma paciente com Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). Os critérios diagnósticos do DSM-5 preenchidos pela paciente incluem: episódios recorrentes de ingestão de uma quantidade de comida definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período semelhante (meia hora), sensação de perda de controle, comer mais rapidamente que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades sem fome, comer sozinha por vergonha e sentir-se culpada ou desgostosa após o episódio. A frequência de quatro episódios semanais classifica o quadro como moderado a grave. Não há relato de métodos compensatórios inadequados (como vômitos ou uso de laxantes), o que exclui o diagnóstico de Bulimia Nervosa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) isolada é uma das intervenções de primeira linha para o TCA. No entanto, em quadros com frequência elevada de episódios e impacto clínico significativo, a literatura médica e as diretrizes atuais demonstram que a associação entre psicoterapia e farmacoterapia é mais eficaz para atingir a remissão dos sintomas e o controle do peso do que a terapia isolada.

Alternativa b) Incorreta. A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) que possui indicação formal e robusta para o tratamento da Bulimia Nervosa (em doses de 60 mg). No Transtorno de Compulsão Alimentar, os ISRS podem ser usados como segunda linha ou para tratar comorbidades (como depressão), mas não são o tratamento farmacológico de escolha para a redução da compulsão em si.

Alternativa c) Incorreta. Esta associação (TCC + fluoxetina) é o tratamento padrão para a Bulimia Nervosa. Para o TCA, embora possa haver algum benefício, não é a combinação que apresenta os melhores níveis de evidência para a redução específica dos episódios compulsivos quando comparada a outras substâncias.

Alternativa d) Correta. A lisdexanfetamina é, até o momento, o único medicamento aprovado por agências reguladoras (como Anvisa e FDA) com indicação específica para o tratamento do Transtorno de Compulsão Alimentar moderado a grave em adultos. Ela atua reduzindo significativamente a frequência dos dias de compulsão. A associação com a Terapia Cognitivo-Comportamental é o padrão-ouro (tratamento de escolha), pois a TCC aborda os gatilhos emocionais (no caso, o estresse pós-traumático da enchente) e os padrões comportamentais, enquanto a lisdexanfetamina auxilia no controle neuroquímico da impulsividade alimentar.

Questão 21

Análise detalhada da questão:

Afirmativa I: Correta. A patogênese das doenças inflamatórias intestinais (DII) é reconhecidamente multifatorial. Ela envolve uma interação complexa entre a predisposição genética do indivíduo (com diversos loci de suscetibilidade identificados, como o gene NOD2/CARD15) e fatores ambientais (como a composição da microbiota intestinal, dieta, higiene e tabagismo). Esses fatores, juntos, desencadeiam uma resposta imune desregulada e persistente na mucosa intestinal.

Afirmativa II: Incorreta. Esta afirmativa apresenta um erro clássico de diferenciação entre as patologias. O envolvimento perianal (fístulas, abscessos e fissuras) é, de fato, muito mais comum na Doença de Crohn, sendo uma de suas marcas registradas. No entanto, o sangramento retal (hematoquezia) é muito mais frequente e característico da Retocolite Ulcerativa. Na Retocolite, o reto é acometido em praticamente 100% dos casos com inflamação da mucosa, o que torna o sangramento o sintoma cardinal. Na Doença de Crohn, como o acometimento é transmural e o reto é frequentemente poupado, o sangramento retal visível é menos comum.

Afirmativa III: Correta. Pacientes com doenças inflamatórias intestinais de longa data possuem um risco aumentado de desenvolver neoplasia colorretal. O processo inflamatório crônico predispõe a uma sequência de displasia-carcinoma. Esse risco está diretamente relacionado a dois fatores principais: o tempo de duração da doença (geralmente torna-se significativo após 8 a 10 anos de diagnóstico) e a extensão do segmento intestinal acometido (pacientes com pancolite apresentam maior risco do que aqueles com proctite isolada).

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa III também é verdadeira.

A alternativa (b) é a correta, pois as sentenças I e III estão tecnicamente exatas.

A alternativa (c) está incorreta porque a afirmativa II é falsa.

A alternativa (d) está incorreta porque a afirmativa II é falsa.

Gabarito: Letra (b).

Questão 22

A questão descreve um quadro clássico de Púrpura de Henoch-Schönlein (também conhecida como Vasculite por IgA), que é a vasculite de pequenos vasos mais comum na infância. A tríade ou tétrade característica envolve: púrpura palpável (lesões que não desaparecem à digitopressão), artralgia/artrite, dor abdominal e comprometimento renal.

A alternativa (c) é a correta, pois o paciente apresenta os elementos fundamentais para o diagnóstico: idade escolar (5 anos), púrpura palpável com distribuição típica em membros inferiores e glúteos (áreas de declive), dor abdominal em cólica (devido ao edema e à hemorragia da parede intestinal) e hematúria (indicando glomerulite por depósito de IgA).

A alternativa (a) está incorreta, pois a síndrome nefrítica é um conjunto de sinais e sintomas (hematúria, hipertensão, edema e oligúria) que pode ser uma manifestação da Púrpura de Henoch-Schönlein, mas não é o diagnóstico da doença sistêmica em si. O enunciado pede a hipótese diagnóstica mais provável diante do quadro multissistêmico.

A alternativa (b) está incorreta, pois a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) é uma condição grave e aguda, geralmente associada a quadros de sepse ou choque, caracterizada por consumo de fatores de coagulação e plaquetas, gerando sangramentos difusos e equimoses, o que não condiz com o quadro de púrpura palpável localizada e a estabilidade sugerida no enunciado.

A alternativa (d) está incorreta, pois as lesões de urticária são tipicamente pruriginosas, migratórias e, fundamentalmente, desaparecem à digitopressão (são evanescentes). O enunciado destaca que as manchas "não desaparecem à digitopressão", o que define clinicamente uma púrpura (extravasamento de hemácias) e não um processo urticariforme.

Questão 23

O teste de oximetria de pulso, popularmente conhecido como Teste do Coraçãozinho, é uma ferramenta de triagem neonatal fundamental para o diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas críticas ducto-dependentes. Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. O teste deve ser realizado, obrigatoriamente, entre 24 e 48 horas de vida do recém-nascido, antes da alta hospitalar. A realização precoce (nas primeiras 12 ou 24 horas) aumenta significativamente o número de resultados falso-positivos, pois o recém-nascido ainda está em fase de transição da circulação

fetal para a neonatal, com instabilidade na resistência vascular pulmonar e fechamento funcional do canal arterial.

Alternativa b: Incorreta. A lateralidade é fundamental na execução deste exame. O sensor deve ser colocado, obrigatoriamente, no membro superior direito (que representa a saturação pré-ductal) e em um dos membros inferiores (que representa a saturação pós-ductal). O membro superior esquerdo não deve ser utilizado como padrão, pois, em algumas variações anatômicas, ele pode apresentar saturação já influenciada pelo canal arterial.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve os parâmetros de normalidade para que o teste seja considerado negativo. Segundo as diretrizes, o recém-nascido passa na triagem se apresentar saturação de oxigênio maior ou igual a 95% em ambas as medidas (mão direita e pé) e se a diferença entre essas duas medidas for pequena. Embora a Sociedade Brasileira de Pediatria e o Ministério da Saúde especifiquem uma diferença menor ou igual a 3% como ideal, a alternativa define o conceito geral de normalidade aplicado na prática clínica e em protocolos internacionais.

Alternativa d: Incorreta. Nem todo resultado anormal autoriza ou exige a repetição após uma hora. Se a saturação de oxigênio for inferior a 89% em qualquer um dos membros aferidos (mão direita ou pé), o teste é considerado imediatamente positivo/alterado. Nesses casos, o protocolo exige a realização de um ecocardiograma em até 24 horas, sem necessidade de reteste. A nova aferição após uma hora só é indicada se o resultado for intermediário: saturação entre 90% e 94% ou diferença entre os membros maior ou igual a 4%.

Questão 24

A questão apresenta um quadro clínico clássico de mononucleose infecciosa, causada majoritariamente pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Os principais pontos para o diagnóstico são:

1. Faixa etária e pródromo: A paciente é uma adolescente de 14 anos, idade em que a incidência da doença é alta. O quadro de febre, dor de garganta e fadiga persistente por duas semanas é típico.
2. Tríade clássica: A presença de febre, faringite (dor de garganta) e linfadenopatia cervical compõe a tríade característica da mononucleose.
3. O "pulo do gato" (uso de amoxicilina): O detalhe mais importante do enunciado é o surgimento de exantema maculopapular após o uso de amoxicilina. Em pacientes com mononucleose, o uso de aminopenicilinas (como ampicilina ou amoxicilina) induz

uma reação de hipersensibilidade cutânea não alérgica em cerca de 70% a 90% dos casos. Isso ocorre por uma interação imunológica entre o vírus e o antibiótico, sendo uma pista diagnóstica valiosa em provas de residência.

Análise das alternativas:

a) Mononucleose infecciosa: Alternativa correta. O quadro clínico de faringite arrastada, adenomegalia e o exantema desencadeado por amoxicilina são patognomônicos para esta condição no contexto de provas médicas.

b) Amigdalite bacteriana: Incorreta. A amigdalite bacteriana (geralmente pelo *Streptococcus pyogenes*) responderia ao uso da amoxicilina. Além disso, a presença de fadiga intensa e a duração de duas semanas sugerem uma etiologia viral sistêmica, e não uma infecção bacteriana localizada.

c) Neoplasia: Incorreta. Embora linfomas possam cursar com febre e aumento de gânglios, a evolução aguda (duas semanas), a dor de garganta e, especificamente, a reação ao antibiótico direcionam o diagnóstico para uma etiologia infecciosa.

d) Linfadenite viral: Incorreta. Este é um termo genérico para inflamação de gânglios por vírus. A questão descreve uma síndrome clínica específica e completa da mononucleose infecciosa, tornando a alternativa (a) a resposta mais precisa e adequada para o caso.

Questão 25

Alternativa A: Esta afirmação está correta. A adrenarca é o processo biológico de maturação da zona reticular da glândula adrenal, ocorrendo geralmente entre os 6 e 8 anos de idade. Esse fenômeno resulta no aumento da produção de andrógenos adrenais (como o DHEA e o DHEAS) e precede a ativação plena do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal que levará à menarca.

Alternativa B: Esta afirmação está correta. O tecido mamário é extremamente sensível à ação do estrogênio. No início da puberdade, mesmo pequenas quantidades de estrogênio, inclusive aquelas originadas da conversão periférica (aromatização) de andrógenos produzidos pela adrenal, podem ser suficientes para induzir o aparecimento do broto mamário.

Alternativa C: Esta afirmação está correta. Na cronologia habitual do desenvolvimento puberal feminino, a telarca (surgimento do broto mamário) é o primeiro sinal visível em cerca de 60% a 70% das meninas. A pubarca (surgimento dos pelos pubianos) pode ser o sinal inicial em aproximadamente 30% dos casos ou

ocorrer simultaneamente à telarca.

Alternativa D: Esta afirmação é incorreta e constitui o gabarito da questão. O intervalo fisiológico médio entre o início do desenvolvimento das mamas (estágio M2 de Tanner) e a ocorrência da menarca é de aproximadamente 2 a 2,5 anos. Um intervalo de 4 anos é considerado excessivo e não representa a evolução puberal normal para a maioria das meninas, uma vez que a menarca costuma ocorrer no estágio M4 de Tanner.

Questão 26

A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), também chamada de Síndrome do Pulmão Úmido, é uma condição benigna causada pelo atraso na reabsorção do líquido pulmonar fetal após o nascimento. Durante a gestação, os pulmões são preenchidos por líquido; no momento do parto, esse líquido deve ser rapidamente reabsorvido para permitir as trocas gasosas.

Alternativa a) Incorreta. O parto normal com trabalho de parto é um fator protetor. Durante as contrações uterinas, ocorre um pico de catecolaminas e outros mediadores hormonais na circulação fetal. Esses hormônios sinalizam para as células pulmonares interromperem a secreção de líquido e ativarem os canais de sódio (ENaC), que promovem a reabsorção ativa do líquido alveolar. Além disso, a passagem pelo canal de parto gera uma compressão mecânica do tórax que auxilia na expulsão de parte desse líquido.

Alternativa b) Incorreta. A idade gestacional superior a 37 semanas (recém-nascido a termo) não é um fator de risco isolado. Na verdade, a prematuridade e a prematuridade tardia (entre 34 e 36 semanas) são fatores de risco mais significativos, pois os mecanismos enzimáticos e hormonais de reabsorção do líquido pulmonar são menos eficientes quanto mais jovem for o feto.

Alternativa c) Correta. A cesariana eletiva realizada sem trabalho de parto prévio é um dos principais fatores de risco para a TTRN. Como o bebê não é exposto às alterações hormonais típicas das contrações uterinas, os canais de reabsorção de líquido nos pulmões não são ativados adequadamente. O resultado é a permanência de líquido nos alvéolos e no interstício pulmonar após o nascimento, levando ao desconforto respiratório e ao aumento da frequência respiratória para compensar a menor área de troca gasosa.

Alternativa d) Incorreta. A presença de líquido amniótico meconial é o principal fator de risco para a Síndrome de Aspiração Meconial (SAM). Embora ambas as condições causem desconforto respiratório no período neonatal, a SAM envolve obstrução

mecânica das vias aéreas, pneumonite química e inativação do surfactante pelo mecônio, enquanto a TTRN é puramente um distúrbio de reabsorção hídrica.

Questão 27

O lanugo é uma penugem fina, clara e macia que começa a recobrir o corpo do feto por volta da 13ª à 16ª semana de gestação. Sua função primordial é auxiliar na fixação do vérnix caseoso na pele, garantindo proteção contra o líquido amniótico e auxiliando na termorregulação intrauterina.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O lanugo é um marcador de maturidade gestacional e não de estado nutricional. O peso do recém-nascido é influenciado por fatores metabólicos, placentários e genéticos, enquanto o lanugo segue um cronograma biológico de desaparecimento conforme o avanço da idade gestacional.

Alternativa b) Incorreta. A avaliação da hidratação no período neonatal baseia-se na perfusão periférica, umidade de mucosas, tensão da fontanela e turgor cutâneo. A presença de pelos finos não reflete o balanço hídrico do paciente.

Alternativa c) Incorreta. A dosagem de bilirrubinas é solicitada quando há presença de icterícia clínica. Embora recém-nascidos prematuros tenham maior risco de icterícia neonatal devido à imaturidade enzimática do fígado, a presença de lanugo por si só não é uma indicação para coleta de exames laboratoriais.

Alternativa d) Correta. O lanugo é mais abundante por volta da 28ª semana de gestação e começa a desaparecer gradualmente entre a 32ª e a 36ª semana. Por esse motivo, sua presença marcante no nascimento é um sinal clínico clássico de prematuridade. O lanugo é, inclusive, um dos parâmetros físicos avaliados em sistemas de pontuação para estimativa da idade gestacional, como o Novo Escore de Ballard e o Método de Capurro. Em recém-nascidos a termo, a pele costuma estar limpa ou apresentar apenas raros vestígios de pelos na região escapular.

Gabarito: Letra (d).

Questão 28

Essa questão aborda as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Academia Americana de Pediatria (AAP) sobre o tempo de exposição a telas, fundamentais para a saúde mental, qualidade do sono e desenvolvimento psicomotor de crianças e adolescentes. O objetivo é identificar a alternativa que traz uma recomendação equivocada.

ALTERNATIVA (A) - INCORRETA (GABARITO): De acordo com a SBP, a orientação para crianças menores de 2 anos é a de evitar totalmente a exposição a telas, mesmo que de forma passiva. Não existe indicação de uso em momentos de estresse; pelo contrário, o uso de dispositivos eletrônicos como "estratégia de distração" ou "calmante" é contraindicado, pois prejudica o aprendizado da criança a lidar com suas próprias emoções e frustrações, além de poder impactar negativamente o desenvolvimento da linguagem e da cognição.

ALTERNATIVA (B) - CORRETA: Para a faixa etária de 2 a 5 anos, as diretrizes recomendam que o tempo de tela seja limitado a, no máximo, 1 hora por dia. É essencial que esse tempo seja acompanhado por pais ou responsáveis, priorizando conteúdos educativos e adequados à idade.

ALTERNATIVA (C) - CORRETA: Para crianças entre 6 e 10 anos, a recomendação é a de que o tempo de exposição a telas não ultrapasse o limite de 1 a 2 horas por dia. Nessa fase, o foco deve ser o equilíbrio com atividades físicas e o tempo de estudo, mantendo a supervisão sobre o tipo de conteúdo acessado.

ALTERNATIVA (D) - CORRETA: Para adolescentes entre 11 e 18 anos, a orientação é limitar o tempo de tela a, no máximo, 3 horas por dia, nunca "virando a noite" em jogos ou redes sociais. É fundamental que o uso de telas seja interrompido de 1 a 2 horas antes de dormir para não prejudicar a higiene do sono e a produção de melatonina.

Resumo das Recomendações da SBP:

- Menores de 2 anos: Zero telas.
- 2 a 5 anos: Até 1 hora por dia.
- 6 a 10 anos: Entre 1 e 2 horas por dia.
- 11 a 18 anos: Até 3 horas por dia.

Questão 29

Análise do caso clínico:

O quadro descreve um lactente de 2 meses que apresenta sinais de disfunção neurológica aguda (apatia e cianose). Os pontos-chave para o diagnóstico são os achados de imagem e de exame físico: coleções subdurais em diferentes estágios de evolução (subagudas e recentes) e hemorragias retinianas múltiplas.

Por que a alternativa (b) está correta?

A Síndrome do Bebê Sacudido (atualmente classificada dentro do espectro do Traumatismo Craniano Abusivo) é a principal causa de lesão intracraniana grave em lactentes. Ela é definida pela tríade clássica:

1. Hematoma subdural: No caso, a RM mostra coleções de idades diferentes, o que sugere que a criança sofreu episódios de trauma em momentos distintos (abuso recorrente).
2. Hemorragia retiniana: É o achado mais específico. Ocorre devido às forças de aceleração e desaceleração que rompem os vasos da retina.
3. Encefalopatia: Manifestada pela apatia e episódios de cianose/apneia relatados.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

a) Síndrome de Moyamoya: É uma doença vascular oclusiva crônica que afeta as artérias do polígono de Willis. Causa episódios isquêmicos (AIT ou AVC) devido à estenose progressiva das carótidas internas. Não apresenta hematomas subdurais traumáticos nem hemorragias retinianas.

c) Síndrome de Aicardi-Goutières: É uma doença genética inflamatória (interferonopatia) que afeta o cérebro e a pele. Caracteriza-se por calcificações cerebrais, atrofia e alterações na substância branca (leucodistrofia), mimetizando infecções congênitas. Não está associada a coleções hemorrágicas subdurais.

d) Síndrome de Loeys-Dietz: É uma doença do tecido conjuntivo similar à Síndrome de Marfan. Os pacientes apresentam aneurismas arteriais, úvula bífida e hipertelorismo. Embora possa haver eventos hemorrágicos por ruptura de aneurismas, não é a causa da tríade de trauma apresentada, especialmente as hemorragias retinianas em labareda em um lactente.

Questão 30

ANÁLISE DO CENÁRIO E DIRETRIZES:

O caso descreve um pré-escolar de 4 anos com Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) grave, que evoluiu de um episódio súbito de asfixia para a perda de consciência (irresponsividade). Em situações de engasgo, a conduta varia drasticamente conforme a idade da vítima e o seu nível de consciência.

POR QUE A ALTERNATIVA (A) ESTÁ CORRETA:

De acordo com os protocolos da American Heart Association (AHA) e do PALS (Pediatric Advanced Life Support), quando uma vítima de engasgo perde a consciência na presença do socorrista, a manobra de Heimlich deve ser interrompida imediatamente e o paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal em uma superfície rígida para o início da Reanimação Cardiopulmonar (RCP).

A diretriz específica para este cenário determina que se deve iniciar a RCP pelas compressões torácicas. A recomendação de não realizar a palpação de pulso (em casos de colapso presenciado por engasgo) visa evitar o atraso nas manobras, uma vez que a causa do colapso é conhecida e a compressão torácica, além de manter a perfusão, é mais eficaz do que as manobras de Heimlich para gerar pressão intratorácica suficiente para expelir o corpo estranho em um paciente hipotônico. A única modificação no protocolo de RCP para OVACE é que, antes de cada tentativa de ventilação, o socorrista deve olhar o interior da boca e remover o objeto se ele estiver visível e for de fácil alcance, sem realizar varredura digital às cegas.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa (b): A manobra de Heimlich modificada (com o paciente deitado) caiu em desuso nos protocolos atuais de suporte de vida. Uma vez que o paciente está inconsciente, a prioridade absoluta passa a ser a RCP, que é superior na tentativa de desobstrução e no suporte hemodinâmico.

Alternativa (c): A técnica de alternar cinco golpes nas costas e cinco compressões torácicas é a conduta padrão-ouro exclusiva para lactentes (crianças menores de 1 ano) que apresentam obstrução grave de via aérea e ainda estão conscientes. Para crianças acima de 1 ano, como o paciente de 4 anos da questão, utiliza-se a manobra de Heimlich (enquanto consciente) ou RCP (se inconsciente).

Alternativa (d): A manobra de Heimlich clássica (compressões abdominais subdiafragmáticas) é indicada apenas para pacientes conscientes. Quando o paciente perde a consciência e cai ao solo, ele perde o tônus muscular necessário para que a

manobra seja eficaz e segura, tornando a RCP a conduta obrigatória.

RESUMO DA CONDUTA EM OVACE POR IDADE:

1. Lactentes (menores de 1 ano): 5 batidas nas costas alternadas com 5 compressões torácicas. Se ficar inconsciente: RCP.
2. Crianças (acima de 1 ano) e Adultos: Manobra de Heimlich (compressões abdominais). Se ficar inconsciente: RCP.

Questão 31

Para entender essa questão, é necessário aplicar os quatro princípios fundamentais da Bioética Principlalista: Beneficência, Não-maleficência, Autonomia e Justiça, no contexto específico da hospitalização infantil.

A fundamentação para a alternativa correta (C) baseia-se nos seguintes pontos:

PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA: Este princípio determina que o profissional de saúde deve agir sempre visando ao maior benefício para o paciente. No caso da pediatria, a presença dos pais é clinicamente benéfica, pois reduz o estresse da hospitalização, diminui o trauma da separação, facilita a adesão ao tratamento e contribui para uma recuperação mais rápida e segura da criança.

PRINCÍPIO DA JUSTIÇA: Relaciona-se à equidade e ao cumprimento dos direitos legais. No Brasil, a presença de acompanhante para crianças e adolescentes em tempo integral é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/90, Art. 12). Garantir que esse direito seja respeitado em qualquer setor (inclusive em UTIs e centros cirúrgicos) é uma forma de aplicar a justiça, assegurando que o direito legal seja cumprido de forma igualitária para todos os pacientes dessa faixa etária.

Análise das alternativas:

a) Autonomia e justiça: Incorreta. Embora a autonomia envolva o poder de decisão dos pais sobre os procedimentos realizados no filho, o foco da questão é a presença constante como um benefício terapêutico e um direito legal estabelecido. A beneficência é mais central nesse cenário do que a autonomia pura.

b) Beneficência e não-maleficência: Incorreta. Embora a não-maleficência (não causar dano) esteja presente, pois a ausência dos pais causaria sofrimento psíquico, o enunciado destaca a presença em "toda a internação" e "independentemente do setor", o que remete diretamente à obrigatoriedade legal e ao direito garantido,

características do princípio da Justiça.

c) Beneficência e justiça: Correta. Une a promoção do bem-estar biopsicossocial da criança (Beneficência) com o cumprimento de um direito social e jurídico fundamental garantido por lei (Justiça).

d) Autonomia e não-maleficência: Incorreta. Essa combinação não abrange o aspecto de dever legal (Justiça) e de promoção ativa de bem-estar clínico e emocional (Beneficência) que a presença dos pais representa no ambiente hospitalar.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A criança de 2 anos apresenta um quadro de anemia ferropriva, caracterizado por anemia (Hb 7 g/dl), microcitose (VCM 65 fl) e baixos estoques de ferro (ferritina 10). Ao iniciarmos a terapia de reposição com sulfato ferroso, espera-se uma sequência específica de eventos fisiológicos que demonstram a eficácia do tratamento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O aumento da hemoglobina é um parâmetro fundamental para o acompanhamento, porém ele não é o mais precoce. A elevação significativa da hemoglobina (cerca de 1 g/dl) costuma ocorrer entre a segunda e a quarta semana de tratamento, com normalização total em cerca de 2 meses.

Alternativa b) Correta. A reticulocitose é a resposta laboratorial mais rápida e precoce. Os reticulócitos são hemácias jovens recém-saídas da medula óssea. Quando o ferro é fornecido a uma criança com deficiência, a medula óssea responde rapidamente à oferta do insumo que faltava. O aumento do número de reticulócitos (crise reticulocitária) inicia-se em poucos dias, atingindo seu pico entre o 5º e o 10º dia após o início do tratamento. Portanto, é o melhor exame para confirmar precocemente se o paciente está respondendo à terapia.

Alternativa c) Incorreta. O hematócrito, assim como a hemoglobina, reflete a massa eritrocitária total. Ele demora semanas para apresentar uma elevação consistente e não serve para avaliar a pronta resposta medular nos primeiros dias de tratamento.

Alternativa d) Incorreta. A ferritina é o parâmetro que avalia os estoques de ferro no organismo. No tratamento da anemia ferropriva, o ferro administrado é prioritariamente utilizado para a síntese de novas hemácias (eritropoiese). Somente após a normalização dos níveis de hemoglobina é que o excedente de ferro passará a ser armazenado. Por esse motivo, a ferritina é o último parâmetro a se normalizar,

geralmente após 3 a 4 meses de tratamento.

Questão 33

Para resolver essa questão, é necessário associar cada analgésico opioide ao seu efeito adverso mais característico ou classicamente descrito em provas de residência e literatura médica:

I - Morfina: É um opioide natural que causa a desgranulação de mastócitos, levando à liberação histamínica (B). Essa liberação de histamina pode resultar em prurido, hipotensão e, em pacientes suscetíveis (como asmáticos), broncoespasmo (D). Na configuração desta questão, a morfina é frequentemente associada ao broncoespasmo devido a esse mecanismo.

II - Fentanil: É um opioide sintético de alta potência. Seu efeito adverso mais marcante, especialmente quando administrado em doses elevadas ou de forma rápida (bolus), é a rigidez muscular aguda, particularmente da musculatura torácica e abdominal. Esse efeito é conhecido como rigidez torácica (C) ou tórax em canudo, o que pode impossibilitar a ventilação do paciente.

III - Metadona: É um opioide de longa ação. Embora a morfina seja a principal causa, a metadona também pode estar associada à liberação histamínica (B), sendo esta a associação que resta por exclusão em uma análise lógica das colunas.

IV - Tramadol: É um analgésico de ação central que, além de agir em receptores opioides, inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina. Seu efeito adverso neurológico mais importante é a redução do limiar convulsivo, podendo causar convulsões (A), especialmente em doses altas ou em pacientes predispostos.

Análise das alternativas:

- Alternativa a: I-B (Correto), II-D (Incorreto, fentanil não é causa clássica de broncoespasmo), III-A (Incorreto, metadona não é a principal causa de convulsões aqui), IV-C (Incorreto, tramadol não causa rigidez torácica).

- Alternativa b: I-D (Correto), II-B (Incorreto), III-C (Incorreto), IV-A (Correto).

- Alternativa c: I-D (Correto, morfina-broncoespasmo), II-C (Correto, fentanil-rigidez), III-B (Correto, metadona-histamina), IV-A (Correto, tramadol-convulsões). Esta é a única alternativa que mantém a coerência farmacológica para todos os itens.

- Alternativa d: I-C (Incorreto), II-A (Incorreto), III-D (Incorreto), IV-B (Incorreto).

Conclusão: A sequência correta que associa os fármacos aos seus respectivos efeitos adversos é I-D, II-C, III-B, IV-A. Portanto, a alternativa correta é a letra (c). Note que, embora o gabarito fornecido no enunciado aponte a letra (a), a literatura farmacológica e a prática em UTI Pediátrica sustentam a alternativa (c) como a correta.

Questão 34

A Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) é um método de suporte ventilatório não invasivo que tem ganhado destaque no tratamento da bronquiolite viral aguda por ser bem tolerado e eficaz. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a: Está correta. Uma das características fundamentais da CNAF é a utilização de um sistema de aquecimento e umidificação ativa. Isso permite que fluxos elevados de gás (oxigênio e ar comprimido) sejam administrados sem causar ressecamento da mucosa, dor ou lesão do sistema mucociliar, mantendo o conforto do paciente.

Alternativa b: Está correta. A CNAF promove a lavagem (washout) do gás carbônico acumulado no espaço morto anatômico da nasofaringe, substituindo-o por gás fresco. Além disso, ao fornecer um fluxo que muitas vezes iguala ou excede o pico de fluxo inspiratório do paciente, a CNAF diminui a necessidade de esforço muscular inspiratório, o que reduz significativamente o trabalho respiratório.

Alternativa c: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. Embora a CNAF gere um certo grau de pressão positiva nas vias aéreas (efeito PEEP-like), essa pressão é considerada baixa e variável. Por ser um sistema aberto (onde há escape de ar pela boca e pelas narinas), a CNAF não consegue manter uma elevada pressão de distensão alveolar de forma constante como ocorre no CPAP ou na ventilação mecânica convencional. A pressão gerada costuma ficar entre 2 a 5 cmH₂O, dependendo do fluxo e do tamanho das cânulas.

Alternativa d: Está correta. A interface da CNAF consiste em prongas nasais simples que não exigem um selo hermético ou fixações apertadas no rosto da criança, ao contrário das máscaras de ventilação não invasiva (VNI). Essa característica torna o dispositivo muito mais confortável e melhor tolerado por lactentes, reduzindo drasticamente a necessidade de uso de sedativos para que o paciente aceite a interface.

Questão 35

Análise detalhada da questão sobre Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em pediatria:

ALTERNATIVA A (CORRETA): A proteína C-reativa (PCR) é um marcador inflamatório de fase aguda. Embora níveis significativamente elevados possam sugerir uma etiologia bacteriana, não há um ponto de corte que separe com total segurança vírus de bactérias, especialmente porque alguns vírus (como o adenovírus) podem causar elevações expressivas da PCR. Portanto, o uso isolado desse biomarcador não é suficiente para determinar a causa da pneumonia, devendo ser interpretado em conjunto com o quadro clínico e outros exames.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A procalcitonina é um marcador mais específico para infecções bacterianas do que a PCR. Entretanto, valores inferiores a 0,1 ng/mL possuem, na verdade, um elevado valor preditivo NEGATIVO. Isso significa que um valor tão baixo ajuda a excluir uma infecção bacteriana (sugerindo causa viral), e não a confirmá-la. Para sugerir etiologia bacteriana, os níveis geralmente precisam estar acima de 0,25 ou 0,5 ng/mL.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A hemocultura em pediatria é conhecida por sua baixíssima sensibilidade nos casos de pneumonia, com taxas de positividade que raramente ultrapassam os 5% a 10%. Como a carga bacteriana na corrente sanguínea em crianças com PAC costuma ser baixa, um resultado negativo não exclui a doença. Por isso, não é recomendada para pacientes com quadros leves tratados em regime ambulatorial.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): O diagnóstico de PAC na infância é eminentemente CLÍNICO. Segundo as principais diretrizes (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da IDSA), a radiografia de tórax não deve ser solicitada de rotina para crianças com quadros leves e típicos que serão tratadas em casa. Além disso, o raio X não é o padrão-ouro para definir a etiologia, pois existe uma grande sobreposição de padrões radiológicos (infiltrados, consolidações) entre infecções virais e bacterianas, o que impede uma diferenciação diagnóstica definitiva apenas pela imagem.

Questão 36

O Teste do Olhinho, tecnicamente chamado de Teste do Reflexo Vermelho, é um exame de triagem neonatal que visa à detecção precoce de doenças oculares que obstruam o eixo visual. O princípio do exame baseia-se na projeção de luz sobre a retina; quando os meios oculares estão transparentes, a luz reflete na retina (que é vascularizada) e retorna aos olhos do examinador como um reflexo vermelho,

contínuo e simétrico.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O reflexo amarelado ou esbranquiçado (leucocoria) é, de fato, um sinal de alerta gravíssimo que pode indicar doenças como o retinoblastoma. No entanto, a alternativa não define a característica geral de uma alteração no teste, mas sim um achado específico de certas patologias.

b) Incorreta. O reflexo alaranjado é considerado uma variação da normalidade. Dependendo da pigmentação da pele da criança e da incidência da luz, o reflexo pode variar entre tons de vermelho, laranja ou rosado, sem representar necessariamente uma patologia.

c) Incorreta. O reflexo de cor vermelha é o resultado normal e esperado do exame. Ele indica que o caminho da luz está livre e que as estruturas oculares (córnea, cristalino e vítreo) estão transparentes.

d) Correta. Uma alteração no Teste do Olhinho é caracterizada pela presença de qualquer obstáculo ou opacidade nos meios transparentes do olho que impeça a visualização plena e simétrica do reflexo vermelho. Exemplos clássicos são a catarata congênita (opacidade do cristalino), o glaucoma congênito (opacidade da córnea) ou tumores intraoculares que bloqueiam o reflexo. Portanto, a presença de opacidades é o que define tecnicamente um teste alterado.

Questão 37

O eritema tóxico neonatal é uma das erupções cutâneas mais frequentes no período neonatal, sendo uma condição benigna, idiopática e autolimitada que não requer tratamento específico.

Alternativa a: Incorreta. O eritema tóxico é extremamente comum, afetando entre 30% e 70% dos recém-nascidos a termo. A sua ocorrência é, na verdade, rara em recém-nascidos prematuros, mas, em bebês nascidos no tempo correto, é uma das alterações de pele mais observadas.

Alternativa b: Incorreta. Como se trata de uma condição benigna e de diagnóstico clínico, não há indicação de coleta de hemograma, culturas ou qualquer outro exame laboratorial. O recém-nascido apresenta-se em bom estado geral e a condição não possui gravidade.

Alternativa c: Correta. Esta é a descrição morfológica clássica da lesão. O eritema

tóxico caracteriza-se por pequenas pápulas ou pústulas de 1 a 3 mm, de cor branco-amarelada, circundadas por um halo eritematoso (hiperemia marginal), conferindo um aspecto muitas vezes descrito como "picada de pulga". As lesões costumam aparecer nas primeiras 24 a 72 horas de vida, distribuindo-se pela face, pelo tronco e pelos membros, poupando habitualmente as palmas das mãos e as plantas dos pés.

Alternativa d: Incorreta. O eritema tóxico não tem etiologia bacteriana ou infecciosa. Sua causa exata é desconhecida, embora envolva um infiltrado inflamatório rico em eosinófilos. Além disso, o quadro não evolui com sinais sistêmicos, como instabilidade térmica (hipotermia ou hipertermia). A presença de febre em um recém-nascido com lesões de pele deve levantar a suspeita de diagnósticos diferenciais mais graves, como sepse neonatal ou herpes simples.

Questão 38

A questão aborda os critérios técnicos para a indicação de um acesso venoso central fundamentados nas propriedades físico-químicas das substâncias que serão administradas ao paciente.

Alternativa A: Incorreta. Soluções com pH entre 6 e 8 são consideradas fisiológicas ou próximas da neutralidade. A rede venosa periférica tolera bem essas variações. O acesso central é indicado apenas quando a solução possui pH extremo (menor que 5 ou maior que 9), devido ao alto risco de flebite química e danos ao endotélio vascular periférico.

Alternativa B: Incorreta. Uma solução com 100 mOsm/L é hipotônica em relação ao plasma sanguíneo (que possui cerca de 285-295 mOsm/L). Soluções hipotônicas ou isotônicas podem ser infundidas em veias periféricas sem problemas. O acesso venoso central torna-se necessário para soluções hiperosmolares, geralmente com osmolaridade superior a 600-900 mOsm/L, para que ocorra a hemodiluição rápida e a proteção da parede do vaso.

Alternativa C: Correta. A Nutrição Parenteral Total (NPT) é uma solução complexa contendo alta concentração de glicose, aminoácidos e eletrólitos. Essa composição resulta em uma osmolaridade muito elevada, frequentemente acima de 900 mOsm/L. Devido a essa característica de hiperosmolaridade, a infusão em veias periféricas causaria esclerose venosa e tromboflebite quase imediata, tornando o acesso venoso central obrigatório para garantir a segurança da administração.

Alternativa D: Incorreta. Esta alternativa foca na duração e continuidade do tratamento, que é um critério clínico ou logístico, e não uma característica intrínseca

da solução. Além disso, eletrólitos em concentrações habituais e diversas drogas de infusão contínua podem ser administrados com segurança por via periférica, desde que não sejam vesicantes, irritantes ou altamente osmolares.

Questão 39

Alternativa a) Incorreta. De acordo com a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, a criança pré-escolar (3 a 6 anos) encontra-se no estágio pré-operatório. Embora o pensamento seja intuitivo, ele é caracterizado por ser pré-lógico. A criança apresenta egocentrismo, animismo (atribuir vida a objetos inanimados) e centração, o que a impede de compreender plenamente relações causais lógicas ou reversibilidade.

Alternativa b) Incorreta. Esta fase é marcada justamente pela descoberta do corpo e das diferenças entre os gêneros. É o período em que a criança demonstra curiosidade sexual, identifica-se com o genitor do mesmo sexo e reconhece as distinções anatômicas entre meninos e meninas. Ignorar essas diferenças não é compatível com o desenvolvimento normal desta etapa.

Alternativa c) Incorreta. O nascimento de um irmão durante o período pré-escolar é uma das causas mais comuns de rivalidade e ciúmes. Devido ao egocentrismo típico da idade, a criança sente que o novo bebê é um "intruso" que compete pela atenção exclusiva dos pais. É frequente observar comportamentos de regressão, como a volta do uso de fraldas ou da fala infantilizada, como forma de atrair o cuidado parental.

Alternativa d) Correta. A criação de companheiros imaginários é um fenômeno comum e saudável no período pré-escolar (estimado em até 65% das crianças). Eles auxiliam na elaboração de conflitos, medos e no desenvolvimento da linguagem e criatividade. A literatura médica e psicológica frequentemente associa a presença de amigos imaginários a crianças com boa competência social e inteligência verbal acima da média. Embora a maioria desapareça por volta dos 7 a 9 anos, em alguns casos o declínio ocorre mais tardiamente, próximo aos 12 anos, podendo persistir de formas sublimadas (como uma forte imaginação) na vida adulta.

Questão 40

Alternativa a) Correta. Os fatores psicossociais desempenham um papel crucial na gênese do abuso de substâncias. O ambiente familiar, incluindo o exemplo dos pais (modelagem), a dinâmica de conflitos, a negligência ou baixa monitorização e a exposição a traumas ou estresse crônico são preditores bem estabelecidos na literatura médica para o risco de desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias na adolescência.

Alternativa b) Incorreta (Gabarito). Esta é a alternativa incorreta porque as sequelas crônicas citadas, como a cirrose hepática, a síndrome de Korsakoff e a encefalopatia de Wernicke, são complicações que geralmente exigem décadas de consumo abusivo e continuado de álcool para se manifestarem. No adolescente, o padrão de consumo costuma ser o "binge drinking" (beber em excesso em uma única ocasião). Embora o álcool prejudique o desenvolvimento cerebral e a neuroplasticidade nessa fase, as complicações clínicas imediatas estão mais ligadas a comportamentos de risco, acidentes, intoxicação aguda, violência e prejuízos cognitivos, e não a doenças degenerativas crônicas típicas do alcoolismo de longa data em adultos.

Alternativa c) Correta. O delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) atua nos receptores canabinoides centrais e periféricos. No curto prazo, a intoxicação por maconha pode causar prejuízos na memória de trabalho, redução da atenção e da capacidade de julgamento. Além disso, os efeitos simpatomiméticos e as alterações na percepção podem levar a manifestações físicas, como taquicardia e quadros psiquiátricos agudos, incluindo ansiedade severa e ataques de pânico.

Alternativa d) Correta. O MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), conhecido como ecstasy, é um derivado anfetamínico com propriedades estimulantes e entactógenas/alucinógenas. Seu mecanismo de ação envolve a liberação maciça de serotonina, noradrenalina e dopamina. Os efeitos colaterais descritos, como xerostomia (boca seca), taquicardia, espasmos musculares (incluindo o trismo/bruxismo) e a hipertermia (que pode ser grave e fatal em ambientes de festas), são característicos do uso desta substância.

Questão 41

A Intenção de Tratar (Intention-to-Treat - ITT) é um princípio fundamental na análise de ensaios clínicos randomizados. Seu objetivo principal é manter a integridade da randomização realizada no início do estudo. A regra de ouro da ITT é: uma vez randomizado, sempre analisado naquele grupo. Isso garante que o balanceamento de características entre os grupos, obtido pelo sorteio, seja preservado até o final da análise estatística.

Alternativa a: Incorreta. Analisar apenas os pacientes que completaram o tratamento é o que chamamos de análise por protocolo (Per Protocol). Embora mostre o efeito da droga em condições ideais de adesão, essa abordagem introduz vieses significativos, pois os pacientes que abandonam o tratamento geralmente são diferentes daqueles que o completam (podem ter abandonado por efeitos colaterais ou gravidade da doença).

Alternativa b: Incorreta. Esta é a chamada análise de tratamento recebido (As-Treated). Nela, se um paciente foi sorteado para o grupo placebo, mas acabou tomando o medicamento de intervenção por erro ou escolha própria, ele é analisado no grupo da intervenção. Isso quebra totalmente a randomização e transforma o ensaio clínico em um estudo observacional, perdendo a capacidade de estabelecer causalidade com segurança.

Alternativa c: Correta. Esta é a definição exata de ITT. Independentemente do que aconteça após a randomização (não adesão, desistências, mudanças de grupo ou erros de administração), o paciente deve ser analisado dentro do grupo para o qual foi originalmente sorteado. Isso reflete melhor a realidade da prática clínica (efetividade) e minimiza o risco de que diferenças nos resultados sejam causadas por perdas seletivas de pacientes, em vez do tratamento em si.

Alternativa d: Incorreta. O princípio da ITT proíbe a exclusão de pacientes que não aderiram ao tratamento. Se o paciente foi acompanhado até o final, seus dados devem ser computados no grupo original de alocação. Excluir os não aderentes distorce os resultados, pois a falta de adesão pode estar diretamente ligada à tolerância ou falta de efeito do tratamento testado.

Questão 42

Para entender esta questão, precisamos revisar os conceitos fundamentais de bioestatística aplicados aos testes de hipótese: a hipótese nula (H_0), que geralmente nega a existência de um efeito ou diferença, e a hipótese alternativa (H_1), que afirma a existência de um efeito.

Análise da Afirmativa I: Incorreta. O valor de p (p -valor) indica a probabilidade de os resultados encontrados terem ocorrido meramente ao acaso, assumindo-se que a hipótese nula seja verdadeira. Na prática médica e científica, o ponto de corte (nível de significância) mais utilizado é 0,05 (5%). Para que um resultado seja considerado estatisticamente significativo, o valor de p deve ser MENOR que 0,05. Um valor de p maior que 0,05 sugere que não há evidência suficiente para descartar o acaso; portanto, o resultado não é estatisticamente significativo.

Análise da Afirmativa II: Correta. O Erro Tipo I, também chamado de erro alfa ou falso positivo, acontece quando o pesquisador rejeita a hipótese nula, concluindo que existe uma diferença entre grupos ou um efeito de um tratamento quando, na realidade, essa diferença não existe (a hipótese nula era verdadeira). É o erro de afirmar uma descoberta que é falsa.

Análise da Afirmativa III: Correta. O Erro Tipo II, também chamado de erro beta ou

falso negativo, ocorre quando o pesquisador falha em rejeitar a hipótese nula, concluindo que não há diferença ou efeito quando, na verdade, essa diferença ou efeito existe (a hipótese nula era falsa). Geralmente, isso acontece em estudos com amostras pequenas, que não possuem poder estatístico suficiente para detectar a diferença real.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta, pois a afirmativa I está errada.
- b) Incorreta, pois a afirmativa I está errada.
- c) Correta, pois as definições de Erro Tipo I e Erro Tipo II apresentadas em II e III estão tecnicamente exatas.
- d) Incorreta, pois a afirmativa I está errada.

Gabarito: Letra (c).

Questão 43

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para interpretar corretamente este estudo de coorte, devemos analisar dois parâmetros fundamentais da bioestatística: o Risco Relativo (RR) e o Intervalo de Confiança (IC).

1. Risco Relativo (RR) de 1,20: O RR é uma medida de associação que compara a incidência do desfecho entre expostos e não expostos. Um RR de 1,0 indica que não há diferença de risco entre os grupos (valor de nulidade). Um RR maior que 1,0 indica que a exposição é um fator de risco. No caso desta questão, o RR de 1,20 significa que o uso de anticoncepcionais orais está associado a um risco 20% maior de desenvolver câncer de mama.

2. Intervalo de Confiança de 95% (1,14 a 1,26): O IC indica a precisão da estimativa e a significância estatística. Para que um resultado seja estatisticamente significativo em medidas de associação como o RR, o intervalo de confiança não deve conter o valor 1,0. Como o intervalo apresentado (1,14 a 1,26) está totalmente acima de 1,0, concluímos que o aumento de risco observado é real e estatisticamente significativo, com um nível de confiança de 95%.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

O valor do Risco Relativo (1,20) aponta para um aumento do risco, e o Intervalo de Confiança (1,14 a 1,26) confirma que esse aumento é estatisticamente significativo, pois ambos os limites do intervalo estão acima de 1,0. Portanto, o uso de

anticoncepcionais é um fator de risco significativo no estudo em questão.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

Alternativa a) Está incorreta porque o estudo encontrou uma associação positiva (RR de 1,20) e significativa, o que refuta a ideia de inexistência de associação.

Alternativa c) Está incorreta porque, para indicar proteção, o Risco Relativo deveria ser menor que 1,0 (por exemplo, RR de 0,80), indicando que a exposição reduziria a incidência da doença, o que não ocorreu neste caso.

Alternativa d) Está incorreta porque a significância estatística (demonstrada pelo intervalo de confiança que não cruza o valor 1,0) serve justamente para sugerir que a associação observada provavelmente não ocorreu ao acaso, mas reflete uma associação real na população estudada.

Questão 44

GABARITO: A alternativa correta é a letra (b).

COMENTÁRIOS:

A heterogeneidade em uma meta-análise refere-se à variabilidade entre os resultados dos estudos incluídos. O índice I^2 é a métrica mais utilizada para quantificar essa inconsistência:

- De 0% a 25%: Baixa heterogeneidade.
- De 25% a 50%: Heterogeneidade moderada.
- Acima de 50%: Alta heterogeneidade.

Um I^2 de 75% indica que a maior parte da variação nos resultados decorre de diferenças reais entre os estudos (seja por características dos pacientes, dosagens ou metodologia), e não meramente ao acaso.

Alternativa a) Incorreta. Ignorar a heterogeneidade é um erro grave na prática da Medicina Baseada em Evidências. Quando os estudos são muito divergentes, a média simples entre eles (resultado combinado) pode ser enganosa e não representar a realidade clínica de nenhum subgrupo específico.

Alternativa b) Correta. Este é o manejo padrão em revisões sistemáticas. Quando a heterogeneidade é alta, os pesquisadores devem realizar análises de subgrupos ou metarregressões para tentar identificar qual variável (ex.: idade, tempo de tratamento, gravidade da doença) está causando a divergência. A análise de

sensibilidade também é fundamental para verificar se a exclusão de estudos com maior risco de viés altera significativamente os resultados.

Alternativa c) Incorreta. Adicionar mais estudos não garante a redução da heterogeneidade. Se os novos estudos também forem diversificados em suas populações ou métodos, o índice I^2 pode permanecer alto ou até aumentar. A heterogeneidade trata da consistência dos dados, e não do tamanho da amostra.

Alternativa d) Incorreta. A presença de alta heterogeneidade não significa que a intervenção não funciona ou que não há associação. Significa apenas que o efeito observado não é uniforme entre os diferentes estudos. O papel do pesquisador é explicar essa variação, e não simplesmente descartar os achados como inexistentes.

Questão 45

Definição de Falácia Ecológica:

A falácia ecológica, também conhecida como viés ecológico, ocorre quando um pesquisador ou observador faz inferências sobre indivíduos baseando-se em associações observadas em dados de nível populacional ou de grupos (dados agregados). O erro fundamental é assumir que uma correlação existente entre variáveis em um grupo deve, necessariamente, aplicar-se a cada indivíduo pertencente a esse grupo.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. Esta alternativa apresenta o exemplo clássico de falácia ecológica. Os dados iniciais são agregados por nações (países com maior consumo de peixe). A partir dessa observação de grupo, conclui-se algo sobre o risco individual (indivíduos que comem peixe têm menos doenças). Essa conclusão é falaciosa porque, sem dados individuais, não podemos afirmar que as mesmas pessoas que consomem peixe são as mesmas que não desenvolvem a doença. Outros fatores sociais, econômicos ou ambientais do país podem estar influenciando o desfecho, independentemente do consumo individual de peixe.

Alternativa b: Incorreta. Neste cenário, a observação inicial já é feita em nível individual (pessoas que consomem mais vegetais). Se a premissa parte do comportamento individual e a conclusão também se refere ao risco individual, não há mudança de nível de análise. Portanto, não se configura uma falácia ecológica, embora a afirmação possa estar sujeita a outros tipos de vieses de seleção ou de confusão.

Alternativa c: Incorreta. Concluir que todos os indivíduos de uma comunidade são fisicamente ativos apenas porque a comunidade tem alta atividade física é um erro de generalização excessiva ou erro de composição. A falácia ecológica, no contexto epidemiológico, refere-se especificamente à atribuição de uma associação de risco ou proteção (relação entre exposição e desfecho) do grupo para o indivíduo, e não apenas a uma estimativa de prevalência de um comportamento.

Alternativa d: Incorreta. Semelhante à alternativa anterior, este é um caso de generalização determinística. Afirmar que todos os residentes sofrerão de uma doença é uma interpretação errônea de probabilidade e risco. A falácia ecológica trata da tradução de uma correlação estatística observada em grandes áreas para o risco de uma pessoa específica, o que é sutilmente diferente de uma previsão absoluta de que 100% da população será afetada.

Questão 46

O ajuste para variáveis de confusão é um passo fundamental na análise de estudos observacionais para garantir que a associação observada entre uma exposição e um desfecho seja fidedigna.

Alternativa a: Incorreta. O erro aleatório refere-se à variabilidade estatística que ocorre por acaso e é reduzido, principalmente, pelo aumento do tamanho da amostra. O ajuste de variáveis de confusão foca na redução do erro sistemático, também conhecido como viés de confusão, que compromete a validade do estudo independentemente do tamanho da amostra.

Alternativa b: Incorreta. A representatividade de um estudo em relação à população-alvo é garantida por processos de amostragem adequados, o que confere validade externa à pesquisa. O controle de confundimento foca na validade interna, ou seja, na veracidade da relação causa-efeito dentro daquela amostra específica.

Alternativa c: Correta. Esta é a definição clássica do controle de confusão. Uma variável de confusão é aquela que está associada tanto à exposição (obesidade) quanto ao desfecho (hipertensão), mas não faz parte da cadeia causal direta entre eles. Por exemplo, a idade avançada ou o sedentarismo podem estar associados tanto ao ganho de peso quanto ao aumento da pressão arterial. Se o pesquisador não ajustar a análise para esses fatores, ele pode atribuir erroneamente à obesidade um efeito que, na verdade, é causado pela idade ou pela falta de exercício. O ajuste permite isolar o efeito real da obesidade sobre a hipertensão.

Alternativa d: Incorreta. O objetivo da ciência é reduzir a incerteza e a variabilidade desnecessária para obter estimativas precisas e confiáveis. Aumentar a variabilidade

tornaria o intervalo de confiança mais largo e os resultados menos conclusivos, o que dificultaria a aplicação prática dos achados na medicina baseada em evidências.

Questão 47

Alternativa (a) Correta: Esta alternativa apresenta as definições clássicas utilizadas na epidemiologia clínica e na medicina baseada em evidências. A eficácia avalia se uma intervenção (como um fármaco ou vacina) funciona em um cenário ideal e controlado, típico de ensaios clínicos randomizados, onde os pacientes são selecionados por critérios rigorosos e a adesão ao tratamento é monitorada de perto. Já a efetividade analisa se essa mesma intervenção funciona na prática médica rotineira e no mundo real, onde os pacientes são diversos, possuem comorbidades e a adesão ao tratamento pode variar.

Alternativa (b) Incorreta: Na metodologia científica, os termos não são sinônimos. Eles representam diferentes níveis de avaliação de uma tecnologia em saúde. Uma intervenção pode demonstrar alta eficácia em estudos controlados, mas apresentar baixa efetividade quando aplicada em larga escala na população geral devido a dificuldades logísticas ou efeitos colaterais não tolerados.

Alternativa (c) Incorreta: A definição está equivocada. A eficácia não é uma medida de adesão, mas sim do resultado clínico alcançado sob condições ótimas. Embora a adesão seja um fator crucial para a efetividade (pois no mundo real o paciente pode esquecer de tomar a medicação), a distinção técnica entre os dois termos baseia-se no cenário de aplicação (controlado vs. real) e não apenas no comportamento do paciente.

Alternativa (d) Incorreta: O conceito que relaciona o benefício clínico ao custo da intervenção é a Eficiência. A eficiência busca entender se o investimento financeiro e de recursos vale o resultado obtido. A eficácia foca apenas no benefício biológico/clínico sob condições ideais, sem considerar a análise de custos ou a alocação de recursos financeiros.

Questão 48

A curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e a análise da área sob a curva (AUC) são ferramentas essenciais para medir o desempenho de testes diagnósticos que utilizam variáveis contínuas, como dosagens laboratoriais.

Explicação das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A correlação entre dois testes avalia se eles variam de forma

conjunta (por exemplo, se quando um aumenta, o outro também aumenta), o que geralmente é feito por coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. A curva ROC foca na capacidade discriminatória do teste entre indivíduos doentes e sadios.

Alternativa b: Incorreta. A prevalência é a frequência da doença em uma população em determinado momento. A curva ROC utiliza parâmetros como sensibilidade e especificidade, que são características intrínsecas do teste e, em princípio, não dependem da prevalência da doença na população testada.

Alternativa c: Correta. Esta é a principal aplicação clínica e estatística da curva ROC. Ao plotar a sensibilidade (eixo Y) versus o complementar da especificidade (1 - especificidade, no eixo X) para todos os valores possíveis de um teste, a curva permite identificar o valor que melhor equilibra esses dois parâmetros. Esse ponto, muitas vezes identificado pelo Índice de Youden, é o ponto de corte (*cut-off*) ideal para classificar um resultado como normal ou patológico.

Alternativa d: Incorreta. A sensibilidade e a especificidade são as coordenadas utilizadas para construir a curva. Embora a curva ajude a visualizar esses valores, sua importância reside na análise global da acurácia do teste e na definição do melhor limiar de decisão, e não meramente no cálculo isolado desses dois índices, que pode ser feito por uma tabela de contingência 2x2 simples.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 49

Para compreender por que o Ensaio Clínico Randomizado (ECR) é considerado o padrão-ouro na hierarquia das evidências para intervenções, é fundamental entender o papel da randomização. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A capacidade de generalizar um resultado para a população (validade externa) e o tamanho da amostra são importantes em qualquer desenho de estudo. No entanto, uma amostra grande em um estudo de coorte não elimina os erros sistemáticos (vieses). Um estudo pode ser grande e generalizável, mas ainda assim estar errado se houver fatores de confusão não controlados.

Alternativa b) Incorreta. Embora o investigador defina a intervenção e o controle antes do início do estudo (a priori), isso por si só não garante a ausência de fatores de confusão. Em estudos de coorte, os pacientes recebem intervenções baseadas na prática clínica real, o que frequentemente introduz o viés de seleção ou de indicação (em que pacientes mais graves recebem um tratamento específico, por exemplo), dificultando a comparação direta.

Alternativa c) Incorreta. O efeito Hawthorne refere-se à mudança de comportamento dos participantes por estarem sendo observados em um estudo. Esse fenômeno pode afetar tanto o ECR quanto o estudo de coorte. O que protege o ECR contra o viés de aferição e observação é o cegamento (ou mascaramento), e não o fato de os grupos serem observados igualmente.

Alternativa d) Correta. Esta é a essência do ECR. A randomização (alocação aleatória) é a única ferramenta capaz de distribuir de forma equilibrada entre os grupos de intervenção e controle tanto as variáveis que conhecemos (como idade, sexo e comorbidades) quanto aquelas que não conhecemos ou não podemos medir (como fatores genéticos ou comportamentais). Quando os grupos começam o estudo sendo virtualmente idênticos em relação a esses fatores de confusão, qualquer diferença observada no desfecho final pode ser atribuída com segurança à intervenção realizada, estabelecendo uma relação de causalidade. Em amostras suficientemente grandes, a probabilidade de um fator de confusão estar mais presente em um grupo do que em outro é minimizada pela sorte (acaso).

Questão 50

Para compreender essa questão, é fundamental revisar os níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark e o conceito posterior de prevenção quaternária. A prevenção terciária foca em reduzir o impacto de uma doença já estabelecida, prevenindo complicações, minimizando sequelas e promovendo a reabilitação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa descreve a prevenção quaternária. O objetivo desse nível é identificar indivíduos em risco de excesso de medicalização, protegendo-os de intervenções médicas desnecessárias ou potencialmente prejudiciais e evitando a iatrogenia.

b) Incorreta. O rastreamento (screening) do câncer de colo uterino é um exemplo clássico de prevenção secundária. A prevenção secundária atua na fase em que a doença já está presente no organismo, mas ainda é assintomática (fase pré-clínica), visando ao diagnóstico precoce e tratamento imediato para aumentar as chances de cura.

c) Incorreta. A vacinação é uma medida de prevenção primária. Esse nível de prevenção atua no período pré-patogênico, ou seja, antes de a doença se instalar, focando no controle de fatores de risco e na proteção específica do indivíduo para evitar que o processo patológico se inicie.

d) Correta. O linfedema é uma sequela ou complicação decorrente do tratamento do câncer de mama (como a linfadenectomia axilar). O diagnóstico e o tratamento dessa condição visam reduzir a incapacidade, prevenir o agravamento do quadro e reabilitar a paciente. Portanto, enquadra-se perfeitamente na definição de prevenção terciária, que busca melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade em pacientes com doenças ou danos já consolidados.

Questão 51

Para organizar o sistema de saúde de um município de pequeno porte (15.000 habitantes), o gestor deve focar na estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a capacitação em diversidade e o respeito à equidade sejam fundamentais e façam parte das diretrizes do SUS, essas são ações de educação permanente e aprimoramento da qualidade do atendimento. Elas não constituem a estratégia estrutural prioritária para a organização inicial do sistema municipal como um todo.

Alternativa b) Incorreta. A contratualização de serviços hospitalares foca no nível secundário ou terciário de atenção. Tentar resolver 100% das filas hospitalares sem organizar a base do sistema é uma estratégia reativa, de alto custo e pouco resolutiva a longo prazo, pois não atua na prevenção e no manejo ambulatorial das condições crônicas.

Alternativa c) Incorreta. A hierarquização é um princípio organizativo do SUS que já deve ser seguido por norma constitucional e operacional. No entanto, citar apenas a hierarquização é algo genérico. A questão pede uma estratégia prática de organização. Para que a hierarquização funcione, a base (Atenção Básica) precisa estar solidamente estabelecida.

Alternativa d) Correta. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário do Ministério da Saúde para a organização da Atenção Primária no Brasil. Em um município de 15.000 habitantes, atingir 100% de cobertura pela ESF permite que toda a população tenha uma equipe de referência próxima de sua residência. A ESF é capaz de resolver cerca de 80% a 85% dos problemas de saúde da comunidade, além de ordenar o fluxo para especialistas e exames, garantindo a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. É a base necessária para que todos os outros princípios

do SUS sejam aplicados de forma eficiente.

Questão 52

A questão aborda a importância da gestão da informação e da integração dos serviços dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O enunciado descreve um instrumento que promove a continuidade do cuidado e serve como base para o planejamento e a avaliação das ações de saúde.

Alternativa (a) Incorreta: As Conferências de Saúde são instâncias de participação social que ocorrem a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas. Embora sejam fundamentais para a democracia no SUS, elas não são um instrumento de uso sistemático e contínuo para o fluxo de informações clínicas ou planejamento cotidiano de intervenções técnicas, como descreve o texto.

Alternativa (b) Incorreta: Os Sistemas de Notificação da Vigilância em Saúde (como o SINAN) são essenciais para o monitoramento de doenças e agravos. No entanto, o enunciado foca na democratização da informação entre profissionais e comunidade como um suporte para o planejamento integral da rede e a avaliação de impacto assistencial, indo além do caráter epidemiológico restrito das notificações compulsórias.

Alternativa (c) Incorreta: A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro comunicador e a porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ela utiliza diversos instrumentos, mas a APS em si é uma estratégia de organização do sistema e um nível de atenção, não sendo classificada apenas como um "dispositivo" ou "instrumento de informação" isolado, conforme a descrição técnica da questão.

Alternativa (d) Correta: O documento de referência e contrarreferência é a ferramenta que materializa a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (regionalização). Ele permite que as informações sobre o diagnóstico, tratamento e conduta de um paciente transitem de forma descentralizada entre os profissionais. Esse fluxo sistemático de dados clínicos e gerenciais é o que permite aos gestores identificar vazios assistenciais, planejar a oferta de serviços (prioridades) e avaliar se as intervenções na rede estão sendo eficazes para a comunidade. É o elo que garante a integralidade e a democratização do conhecimento técnico sobre o usuário dentro da rede.

Questão 53

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I: CORRETA. Esta assertiva apresenta a definição oficial adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) reconhecem que o processo saúde-doença vai muito além da biologia individual, sendo moldado pelas condições sociais em que as pessoas estão inseridas ao longo de toda a vida.

Afirmativa II: CORRETA. Os determinantes não surgem ao acaso; eles são fruto de escolhas macroestruturais. Isso inclui desde o sistema econômico vigente e as agendas de desenvolvimento de um país até as normas sociais e o sistema político. Essas "forças" ditam a distribuição de poder, dinheiro e recursos, o que impacta diretamente as condições de vida da população.

Afirmativa III: CORRETA. Os DSS são divididos em determinantes estruturais (que geram a estratificação social, como renda e educação) e determinantes intermediários (condições de vida e trabalho). A literatura em Saúde Coletiva é clara ao apontar que a distribuição desigual dessas condições é a causa raiz das iniquidades em saúde, que são as diferenças de saúde evitáveis, injustas e desnecessárias entre grupos populacionais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A afirmativa III também está perfeitamente correta ao relacionar os DSS às iniquidades em saúde.

Alternativa b) Incorreta. A afirmativa I não pode ser excluída, pois traz o conceito-base e a definição primordial dos DSS.

Alternativa c) Incorreta. A afirmativa II é essencial para entender que os determinantes são moldados por decisões políticas e econômicas, estando também correta.

Alternativa d) Correta. Todas as afirmativas são complementares e descrevem com precisão o conceito, a origem e o impacto dos Determinantes Sociais da Saúde conforme o modelo da Comissão da OMS sobre o tema.

Questão 54

Os Princípios de Ariadne surgiram como um guia prático para médicos de família e generalistas lidarem com a complexidade do cuidado em pacientes com multimorbidade (duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo). O foco é evitar que o excesso de diretrizes clínicas específicas para cada doença leve à polifarmácia inadequada ou tratamentos conflitantes.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a (Correta): Este item reflete o princípio da Interação. Em pacientes com múltiplas doenças, é vital mapear todas as condições de saúde e os tratamentos em curso (incluindo o que outros especialistas prescrevem). Isso permite identificar interações medicamento-medicação ou medicamento-doença, garantindo a segurança do paciente e evitando a fragmentação do cuidado.

Alternativa b (Incorreta e Gabarito): O erro desta alternativa está na descrição da habilidade de comunicação. Os Princípios de Ariadne e o Método Clínico Centrado na Pessoa defendem a tomada de decisão compartilhada e a autonomia. A ideia de que o paciente deve se render ao argumento médico ou ser envolvido emocionalmente para ser manipulado fere a ética da relação médico-paciente. A comunicação deve servir para criar um plano comum, e não para impor a vontade do profissional por meio de persuasão emocional.

Alternativa c (Correta): Refere-se ao princípio da Individualização. Na multimorbidade, seguir cegamente diretrizes de uma única doença pode ser prejudicial. O médico deve considerar o contexto social, a capacidade funcional, cognitiva e financeira do paciente para ajustar as metas terapêuticas, tornando o plano de cuidado exequível e benéfico para aquele indivíduo específico.

Alternativa d (Correta): Refere-se aos princípios de Priorização e Acordo. Muitas vezes, o que é prioridade biológica para o médico (ex: um nível rigoroso de hemoglobina glicada) não é a prioridade do paciente (ex: conseguir caminhar sem dor). Estabelecer metas realistas e pactuadas entre médico, paciente e cuidadores evita o sobretratamento e foca na qualidade de vida e nos desfechos que o paciente realmente valoriza.

Questão 55

Para compreender essa questão, devemos retomar os quatro componentes clássicos do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), conforme proposto por Stewart et al. Vamos analisar cada afirmativa:

AFIRMATIVA I: ESTÁ CORRETA. O primeiro componente do MCCP é Explorar a Saúde, a Doença e a Experiência da Pessoa com a Doença. Ele busca integrar o diagnóstico médico (disease - aspectos objetivos) com a experiência subjetiva do paciente (illness). Para isso, o médico utiliza ferramentas como o mnemônico SIFE (Sentimentos, Ideias, Função e Expectativas), fazendo perguntas facilitadoras para que o paciente expresse como a doença afeta sua vida e quais são suas aspirações em relação ao cuidado.

AFIRMATIVA II: ESTÁ CORRETA. O segundo componente é Entender a Pessoa como um Todo. Ele propõe que o indivíduo não seja visto de forma isolada, mas inserido em contextos. O contexto próximo inclui a família, o apoio social e o ambiente imediato. O contexto distante envolve a cultura, a comunidade, o sistema de saúde e a economia. Avaliar o ciclo de vida individual e o ciclo de vida familiar é fundamental para entender as crises esperadas e as pressões que o paciente enfrenta naquele momento.

AFIRMATIVA III: ESTÁ INCORRETA. O terceiro componente é Elaborar um Plano Comum de Manejo (ou Pactuação). O objetivo descrito está correto: médico e paciente devem concordar sobre a natureza do problema, as metas do tratamento e os papéis de cada um. No entanto, a afirmação de que este componente apresenta o menor nível de evidência é falsa. Pelo contrário, a pactuação e a decisão compartilhada são pilares com robustas evidências científicas, demonstrando melhora direta na adesão ao tratamento, na satisfação do paciente e nos resultados clínicos finais.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

A) CORRETA. Como vimos, apenas as afirmativas I e II apresentam conceitos e bases teóricas condizentes com a literatura do Método Clínico Centrado na Pessoa.

B) INCORRETA. A afirmativa III invalida esta opção devido ao erro sobre o nível de evidência científica do terceiro componente.

C) INCORRETA. A afirmativa II está correta, mas a III está incorreta, o que torna a alternativa falsa.

D) INCORRETA. Nem todas estão corretas, pois a afirmativa III traz uma informação

inverídica sobre a base de evidências do método.

GABARITO: Alternativa A.

Questão 56

CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA ABORDAGEM FAMILIAR

Para resolver esta questão, é necessário dominar as ferramentas de avaliação familiar (Genograma e Ecomapa) e as novas configurações familiares descritas na literatura da Medicina de Família e Comunidade.

1. ECOMAPA (2): É o instrumento que avalia o sistema extrafamiliar. Ele identifica as relações da família ou de um indivíduo com o meio social (trabalho, escola, igreja, serviços de saúde, vizinhança). Sua principal função é visualizar a rede de apoio social e as trocas de energia entre a família e o ambiente.

2. FAMÍLIAS MONOPARENTAIS (3): São núcleos formados por apenas um dos pais e seus filhos. Os desafios típicos incluem o gerenciamento do luto (pela perda ou separação), a necessidade de manter o vínculo com o genitor ausente e o risco de "parentificação" dos filhos, onde a fronteira entre as gerações se torna tênue devido à sobrecarga do único cuidador.

3. GENOGRAMA (1): É a representação gráfica da árvore genealógica, abrangendo idealmente três gerações. Ele fornece dados sobre a estrutura familiar, datas de eventos vitais, doenças prevalentes e a qualidade dos vínculos afetivos. É uma ferramenta dinâmica que ajuda o médico a identificar padrões de comportamento e saúde que se repetem ao longo do tempo.

4. FAMÍLIAS RECONSTITUÍDAS (4): Também chamadas de famílias mosaicadas ou *blended families*, surgem quando um ou ambos os parceiros trazem filhos de relacionamentos anteriores para a nova união. A adaptação é complexa, pois envolve a integração de histórias familiares distintas e a gestão de vínculos com ex-parceiros que continuam exercendo funções parentais.

ASSOCIAÇÃO DAS COLUNAS:

- A primeira lacuna refere-se à rede social e de apoio no meio onde habitam: (2) Ecomapa.
- A segunda lacuna refere-se a núcleos com apenas um membro do casal e problemas de fronteiras geracionais: (3) Famílias monoparentais.
- A terceira lacuna refere-se ao mapa visual de informações estruturais e funcionais

ao longo do tempo: (1) Genograma.

- A quarta lacuna refere-se a adultos com casamentos e filhos anteriores: (4) Famílias reconstituídas.

A sequência correta é 2 - 3 - 1 - 4.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) 2 - 3 - 1 - 4. Alternativa correta. Apresenta a correspondência exata entre os termos e suas definições técnicas utilizadas na Atenção Primária.

b) 1 - 3 - 2 - 4. Alternativa incorreta. Erra ao inverter as definições de Genograma e Ecomapa. O Genograma foca na estrutura interna e histórico familiar, enquanto o Ecomapa foca na relação com o meio externo.

c) 2 - 4 - 1 - 3. Alternativa incorreta. Embora identifique corretamente o Ecomapa e o Genograma, inverte os conceitos de famílias monoparentais e reconstituídas.

d) 1 - 4 - 2 - 3. Alternativa incorreta. Apresenta erro em todas as associações, trocando tanto as ferramentas de avaliação quanto os tipos de constituição familiar.

Questão 57

Alternativa (a) Incorreta: O conceito apresentado está invertido. A autonomia não se refere à execução, mas sim à capacidade de autogoverno, de tomar decisões e de exercer sua própria vontade e convicções. A capacidade de realizar algo com os próprios meios (execução física ou funcional) é o que define a independência.

Alternativa (b) Incorreta: Esta alternativa descreve, na verdade, o conceito de autonomia. A independência é a capacidade de realizar as atividades do cotidiano (como banhar-se, vestir-se ou gerir as próprias finanças) sem o auxílio de terceiros. Um idoso pode ter autonomia (decidir o que quer), mas não ter independência (precisar de ajuda física para executar a tarefa).

Alternativa (c) Correta: A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou avaliação multidimensional do idoso é a pedra angular da Geriatria. Ela vai além do modelo biomédico tradicional, que foca apenas em doenças, e busca entender o indivíduo de forma holística. Para isso, avalia obrigatoriamente múltiplos domínios, como a capacidade funcional, cognição, humor, estado nutricional, polifarmácia, suporte social, condições ambientais e, cada vez mais, a espiritualidade, visando manter a funcionalidade e qualidade de vida.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a perda de memória recente e a função visuoespacial sejam indicadores importantes de declínio cognitivo, não existe evidência científica robusta ou consenso que sustente o rastreamento cognitivo universal e rotineiro em idosos assintomáticos (aqueles sem queixas próprias ou de familiares). Grandes órgãos internacionais, como a USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force), consideram a evidência insuficiente para recomendar o rastreio populacional sistemático na ausência de sintomas.

Questão 58

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. A compressão digital direta das narinas (pressionando a parte cartilaginosa do nariz) é a medida inicial e fundamental no manejo da epistaxe. Deve ser mantida de forma contínua por 10 a 15 minutos. Essa manobra é eficaz para estancar sangramentos originados no plexo de Kiesselbach, que é o local de origem de cerca de 90% das epistaxes (epistaxe anterior).

Afirmativa II: Está incorreta. O paciente com epistaxe jamais deve ser colocado em posição de 180 graus (deitado). A conduta correta é manter o paciente sentado, com o corpo e a cabeça levemente inclinados para frente. O posicionamento em 180 graus favorece o escoamento de sangue para a orofaringe e hipofaringe, aumentando o risco de aspiração para as vias aéreas e a deglutição de sangue, o que pode provocar náuseas e vômitos.

Afirmativa III: Está correta. Uma vez que o sangramento foi controlado, seja por compressão ou cauterização química, é preconizado que o paciente permaneça em observação clínica por um período curto, geralmente entre 30 a 60 minutos. Esse tempo é necessário para garantir que a hemostasia esteja estável e que não haverá recidiva imediata do sangramento antes que o paciente receba alta com as orientações de cuidados domiciliares.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa III também está correta conforme os protocolos de urgência e emergência.
- b) Incorreta. A afirmativa II descreve uma conduta contraindicada.
- c) Correta. Identifica adequadamente que a compressão (I) e o período de observação (III) são as condutas preconizadas.
- d) Incorreta. Inclui a afirmativa II, que está clinicamente errada.

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

Questão 59

O caso clínico descreve um paciente com sintomas de revivescência (pesadelos e lembranças recorrentes), esquiva (evitar situações de resgate) e alterações cognitivas (prejuízo de memória e concentração) após exposição a eventos traumáticos graves.

O ponto fundamental para a definição diagnóstica nesta questão é o tempo de evolução. Os sintomas surgiram e persistiram por quatro meses após o evento. No Transtorno de Estresse Agudo (TEA), os sintomas ocorrem em um período de 3 dias a 1 mês após o trauma. Quando os sintomas ultrapassam a duração de um mês, o diagnóstico passa a ser de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Quanto ao tratamento, as diretrizes de prática clínica estabelecem os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) como a primeira linha farmacológica para o TEPT. Os benzodiazepínicos devem ser evitados como tratamento principal, pois não tratam os sintomas nucleares do transtorno, podem causar dependência e potencialmente interferem no processo de extinção do medo necessário na psicoterapia.

Sobre o tempo de manutenção, após a remissão dos sintomas, recomenda-se a continuidade do tratamento medicamentoso por um período de 12 meses para prevenir recaídas e garantir a estabilização neurobiológica do paciente.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O diagnóstico de transtorno de estresse agudo é limitado ao primeiro mês pós-trauma. Além disso, benzodiazepínicos não são a medicação de escolha para o tratamento de longo prazo.
- b) Incorreta. Embora o uso de ISRS esteja correto para sintomas persistentes, o diagnóstico de estresse agudo não se aplica a um quadro que já dura quatro meses.
- c) Incorreta. O diagnóstico está correto (TEPT), mas o uso de benzodiazepínicos como indicação principal e o período de apenas 6 meses de manutenção estão em desacordo com os protocolos para casos graves de TEPT.
- d) Correta. O preenchimento das lacunas reflete adequadamente o diagnóstico de TEPT (pela duração superior a 1 mês), o uso de ISRS (padrão-ouro farmacológico) e o tempo de manutenção de 12 meses (indicado para prevenir recidivas).

Associação com a imagem:

A fotografia ilustra o cenário de atuação do profissional descrito na questão

(bombeiro em operação de resgate aéreo durante as enchentes de 2024). A imagem reforça a natureza do evento estressor: o contato direto com situações de perigo de morte e sofrimento humano intenso, que são os gatilhos clássicos para o desenvolvimento do TEPT em profissionais de resgate.

Questão 60

O caso clínico descreve uma paciente de 68 anos que desenvolveu um quadro compatível com um Episódio Depressivo Maior após um estressor psicossocial grave (a catástrofe climática no Rio Grande do Sul, ilustrada pela imagem de devastação). Para identificar o subtipo ou especificador correto, devemos analisar os sintomas vegetativos e comportamentais apresentados.

a) Incorreta. O Transtorno Depressivo Maior com sintomas ansiosos (ou com "especificador de angústia ansiosa") exige a presença de pelo menos dois sintomas, como: sentir-se tenso, inquieto, ter dificuldade de concentração devido à preocupação, ter medo de que algo terrível aconteça ou sentir que pode perder o controle. Embora a paciente tenha dificuldade de concentração, o quadro é dominado por sintomas vegetativos "invertidos" e sensibilidade interpessoal, que apontam para outra classificação.

b) Incorreta. As características melancólicas são marcadas por uma perda quase completa de prazer ou falta de reatividade a estímulos agradáveis, associadas a insônia terminal (acordar cedo demais), anorexia ou perda de peso significativa, culpa excessiva e lentificação psicomotora. A paciente apresenta o oposto: ganho de peso e excesso de sono.

c) Correta. O Transtorno Depressivo Maior com características atípicas é definido no DSM-5 pela presença de reatividade do humor (o humor melhora em resposta a eventos positivos, o que é sugerido pelo contexto clínico de sensibilidade interpessoal) acompanhada de dois ou mais dos seguintes critérios: 1. Aumento do apetite ou ganho de peso (paciente ganhou > 15%); 2. Hipersonia (paciente sente-se muito sonolenta durante o dia); 3. Paralisia de chumbo (sensação de peso nos braços ou pernas); 4. Padrão duradouro de sensibilidade à rejeição interpessoal que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo. A paciente apresenta exatamente esse conjunto de sintomas.

d) Incorreta. O especificador de "características mistas" é utilizado quando o paciente apresenta sintomas maníacos ou hipomaníacos durante o episódio depressivo (como loquacidade, fuga de ideias, grandiosidade ou redução da necessidade de sono), o que não é relatado no caso.

A imagem aérea da devastação no Vale do Taquari contextualiza o gatilho ambiental para o transtorno. No entanto, o diagnóstico específico baseia-se na fenomenologia dos sintomas (ganho de peso, hipersonia e paralisia de chumbo), que classicamente definem o subtipo atípico.

Questão 61

Essa paciente apresenta um quadro de trabalho de parto prematuro (35 semanas) associado à amniorrexe prematura (ruptura de membranas há 24 horas). Além disso, há presença de líquido amniótico meconial e o status para estreptococo do grupo B (GBS) é desconhecido, uma vez que o pré-natal foi incompleto.

Alternativa a) Incorreta. A tocólise (inibição das contrações) e a corticoterapia antenatal para maturação pulmonar são indicadas, rotineiramente, até as 34 semanas de gestação. Como a paciente está com 35 semanas, em trabalho de parto ativo (5 cm de dilatação e contrações regulares) e apresenta ruptura de membranas há 24 horas, não há indicação de postergar o parto.

Alternativa b) Incorreta. A presença de líquido amniótico meconial não é, isoladamente, uma indicação de cesariana. O mecônio sinaliza a necessidade de monitoração rigorosa do bem-estar fetal (como a cardiotocografia ou ausculta intermitente frequente). Se a frequência cardíaca fetal está normal (136 bpm no caso) e o trabalho de parto está progredindo, a via vaginal é preferencial.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa contém um erro técnico grave. Embora a paciente tenha indicação de profilaxia intraparto para o GBS (por ser um parto pré-termo com bolsa rota há mais de 18 horas e sem rastreo prévio), o medicamento correto é a penicilina G cristalina (aquosa) por via intravenosa, e não a penicilina G benzatina. A penicilina benzatina é de uso exclusivamente intramuscular e sua administração intravenosa pode ser fatal.

Alternativa d) Correta. Diante de uma gestação de 35 semanas (prematuro tardio) em trabalho de parto estabelecido, a conduta obstétrica é permitir a evolução do parto. Devido à presença de mecônio e ao tempo de bolsa rota, é fundamental garantir que o feto mantenha boa vitalidade durante o processo. Se o bem-estar fetal estiver preservado, acompanha-se a evolução clínica para o parto vaginal. Vale ressaltar que a profilaxia para GBS deveria ser iniciada com a droga correta (penicilina cristalina ou ampicilina), mas, entre as opções apresentadas, a estratégia de vigilância fetal e acompanhamento do parto é a correta.

Questão 62

O diabetes melito na gestação, seja ele prévio ou gestacional, impõe riscos significativos quando não há um controle glicêmico adequado. A hiperglicemia materna atravessa a barreira placentária, gerando hiperinsulinismo fetal e diversas alterações metabólicas.

Alternativa a: Incorreta. Embora as malformações fetais (comuns no diabetes prévio mal controlado no início da gestação) e a cetoacidose materna (especialmente no diabetes tipo 1) sejam complicações possíveis, o oligodrâmnio não é típico do diabetes. O diabetes geralmente causa polidrâmnio (excesso de líquido amniótico) devido à diurese osmótica fetal secundária à hiperglicemia.

Alternativa b: Incorreta. O óbito fetal e a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (o excesso de insulina fetal retarda a maturação pulmonar) são complicações clássicas. No entanto, a inserção baixa de placenta não possui relação fisiopatológica com o diabetes melito, estando associada a outros fatores, como cicatrizes uterinas prévias e tabagismo.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa agrupa três complicações diretamente ligadas ao mau controle glicêmico. O óbito fetal pode ocorrer devido à hipóxia crônica e alterações metabólicas; a distocia de ombro é uma consequência da macrosomia fetal (crescimento excessivo do tronco e ombros em relação à cabeça); e o abortamento está fortemente vinculado ao descontrole glicêmico durante o primeiro trimestre, afetando a embriogênese.

Alternativa d: Incorreta. O polidrâmnio é uma complicação esperada. Contudo, a corioamnionite está mais relacionada à ruptura prolongada de membranas e infecções ascendentes, e o trabalho de parto precipitado não é uma complicação do diabetes. Pelo contrário, o diabetes está mais associado a falhas na indução do parto e partos distócicos devido ao tamanho fetal.

Questão 63

ANÁLISE DO TRAÇADO

O exame apresentado é uma cardiotocografia (CTG) que registra, na parte superior, a frequência cardíaca fetal (FCF) e, na parte inferior, a atividade uterina (tocodinamometria).

A análise técnica dos parâmetros revela:

- Linha de base: Situada em torno de 130 a 140 batimentos por minuto (bpm).
- Variabilidade: Observa-se que, especialmente na segunda metade do traçado (lado direito), a amplitude das oscilações é muito elevada, ultrapassando 25 bpm (picos

que vão de 125 a 155 bpm em um curto intervalo). Esse achado caracteriza a variabilidade acentuada, também chamada de padrão saltatório.

- Desacelerações: Não há evidência de desacelerações periódicas (DIPs) repetitivas ou patológicas no trecho exposto.

- Padrão Sinusoide: Não está presente. O padrão sinusoide é uma oscilação suave, regular e ondulada (como uma onda senoidal), típica de quadros graves como anemia fetal profunda. O traçado da imagem é "serrilhado" e irregular.

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS

Afirmativa I (CORRETA): A variabilidade é classificada como acentuada quando a amplitude da oscilação da frequência cardíaca fetal é superior a 25 bpm. No traçado, as flutuações rápidas entre 120 e 155 bpm confirmam essa classificação.

Afirmativa II (INCORRETA): A descrição "poucas DIPs" é imprecisa e clinicamente inadequada para a interpretação de uma CTG. Além disso, o traçado não mostra desacelerações típicas (como DIP I, II ou variáveis) que justifiquem essa observação como um achado definidor do exame.

Afirmativa III (INCORRETA): O padrão sinusoide é caracterizado por uma linha de base em forma de onda senoidal, com frequência de 3 a 5 ciclos por minuto e ausência de variabilidade normal. O traçado em questão apresenta variabilidade aumentada e um aspecto serrilhado, o que descarta o padrão sinusoide.

Afirmativa IV (INCORRETA conforme o gabarito): Segundo os critérios da ACOG/NICHD, uma cardiotocografia com variabilidade acentuada (saltatória) não preenche os requisitos para a Categoria I (que exige variabilidade moderada), sendo tecnicamente classificada como Categoria II. No entanto, o gabarito oficial da questão considera apenas a afirmativa I como correta. Isso ocorre porque muitas bancas focam na descrição morfológica mais evidente do traçado (o padrão saltatório) e podem desconsiderar classificações de categorias quando há uma descrição técnica (item I) que define perfeitamente a imagem.

CONCLUSÃO:

Considerando que a única afirmativa inquestionável e descritiva do traçado é a primeira, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 64

Alternativa A: Esta afirmação está correta. A marcha anserina, também conhecida como marcha de pato ou ganso, é uma alteração biomecânica clássica da gestação. Ela decorre da mudança no centro de gravidade da mulher, que se desloca para frente devido ao crescimento uterino, e da maior frouxidão dos ligamentos pélvicos (sínfise púbica e articulações sacroilíacas) sob influência do hormônio relaxina. Para manter o equilíbrio, a gestante afasta os pés e oscila o tronco lateralmente ao caminhar.

Alternativa B: Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. A gestação é caracterizada como um estado diabetogênico, no qual ocorre um AUMENTO progressivo da resistência periférica à insulina, e não uma diminuição. Esse processo é mediado por hormônios contrainsulínicos produzidos principalmente pela placenta, como o lactogênio placentário humano (hPL), o cortisol, a prolactina e a progesterona. Essa resistência aumenta ao longo do segundo trimestre e atinge seu ápice no terceiro trimestre, visando desviar o suprimento de glicose para o crescimento fetal.

Alternativa C: Esta afirmação está correta. Ocorre uma retenção hídrica total de cerca de 6 a 8 litros ao longo da gravidez, distribuída nos compartimentos intra e extracelulares. Esse aumento é mediado pela queda da osmolaridade plasmática e pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O volume plasmático expande-se significativamente (cerca de 45 a 50%) para suportar a demanda metabólica e a perfusão útero-placentária.

Alternativa D: Esta afirmação está correta. Há um aumento real na massa de glóbulos vermelhos na gestação (cerca de 20 a 30%), estimulado pelo aumento da secreção de eritropoetina pelos rins e pela ação do lactogênio placentário. Vale lembrar que, como o volume plasmático aumenta proporcionalmente mais do que a massa de hemácias, ocorre o processo de hemodiluição, conhecido como anemia fisiológica da gestação.

Questão 65

A técnica de esvaziamento uterino por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é considerada o padrão-ouro para o tratamento do abortamento de primeiro trimestre, sendo preferível à curetagem simples por apresentar menores taxas de complicações, como perfuração uterina e sinéquias (Síndrome de Asherman), além de menor tempo hospitalar e, muitas vezes, dispensar anestesia geral. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Embora o primeiro trimestre tecnicamente se estenda até 12

ou 13 semanas e 6 dias, o uso da AMIU não é recomendado "independentemente da idade gestacional" dentro desse período. Existe um limite técnico relacionado ao volume do conteúdo uterino e ao diâmetro das cânulas que torna o procedimento seguro apenas até um determinado ponto.

Alternativa b) Incorreta. O limite de 10 semanas é excessivamente restritivo. Tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto o Ministério da Saúde do Brasil e a FEBRASGO orientam que a AMIU pode ser realizada com segurança em gestações de até 12 semanas.

Alternativa c) Correta. Esta é a alternativa que descreve a prática clínica recomendada. A AMIU é indicada para gestações com idade gestacional de até 12 semanas. Após esse período, o feto começa a apresentar centros de ossificação significativos. Tentar aspirar partes ósseas através das cânulas de AMIU aumenta drasticamente o risco de oclusão do instrumento, esvaziamento incompleto e, principalmente, perfuração da parede uterina pelos fragmentos ósseos durante a manipulação, além de o volume uterino poder exceder a capacidade de vácuo da seringa (60 ml).

Alternativa d) Incorreta. A AMIU não é reservada apenas para a doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme). Ela é a técnica de escolha para o manejo do abortamento incompleto, retido, inevitável ou infectado em ambiente hospitalar, desde que respeitado o limite da idade gestacional. No caso específico da mola, a aspiração é preferível à curetagem pelo menor risco de perfuração em um útero geralmente mais amolecido e friável, mas seu uso é universal na obstetrícia de primeiro trimestre.

Questão 66

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

I. INCORRETA: O valor de hCG quantitativo é um critério importante para o sucesso do tratamento medicamentoso com metotrexato, porém o limite habitualmente utilizado na literatura e nos protocolos clínicos é de 5.000 UI/mL, e não 3.500 UI/mL. Além disso, o nível de hCG não é o único critério; a ausência de atividade cardíaca embrionária e o tamanho da massa anexial também são fundamentais. O termo "somente" torna a afirmação restritiva e incorreta conforme os protocolos mais aceitos.

II. CORRETA: Em qualquer quadro de gestação ectópica, a instabilidade hemodinâmica (sinais de choque hipovolêmico, como taquicardia e hipotensão) é uma indicação absoluta de intervenção cirúrgica imediata. Nesses casos, a paciente

geralmente apresenta ruptura tubária e hemoperitônio vultoso, o que impossibilita o tratamento clínico ou a conduta expectante.

III. INCORRETA: O limite de 3,5 cm (ou 4,0 cm em alguns protocolos) para a massa anexial é um critério utilizado para indicar o tratamento clínico com metotrexato, e não para limitar a via de acesso cirúrgico. A laparoscopia é a via de preferência para o tratamento cirúrgico da gestação ectópica em pacientes estáveis, independentemente do tamanho da massa, desde que haja viabilidade técnica e equipamento disponível.

IV. CORRETA: O uso do metotrexato exige obrigatoriamente que a paciente esteja hemodinamicamente estável. Como o medicamento leva tempo para agir e o risco de ruptura tubária persiste durante o tratamento, pacientes instáveis devem ser operadas imediatamente. A estabilidade é um pré-requisito básico de segurança para o manejo medicamentoso.

CONCLUSÃO:

Estão corretas as afirmativas II e IV, o que valida a alternativa (c) como a resposta correta da questão. O tratamento da gestação ectópica deve sempre priorizar a segurança da paciente, reservando o tratamento medicamentoso para casos selecionados (estabilidade, hCG baixo, massa pequena e sem batimentos cardíacos fetais) e a cirurgia para casos de instabilidade ou falha/contraindicação ao metotrexato.

Questão 67

A alternativa (a) está correta. A medida do comprimento do colo uterino por meio da ultrassonografia transvaginal, idealmente realizada entre a 18ª e a 24ª semana de gestação, é a principal estratégia de rastreamento para o risco de trabalho de parto pré-termo (TPP). Em pacientes assintomáticas com colo curto (definido pela maioria dos protocolos como menor ou igual a 25 mm), o uso de progesterona vaginal demonstrou reduzir significativamente a incidência de parto prematuro e a morbidade neonatal.

A alternativa (b) está incorreta. A história de prematuridade espontânea em gestação anterior é um dos fatores de risco mais importantes para um novo episódio. Nesses casos, a progesterona é formalmente indicada como medida preventiva, independentemente da medida do colo uterino na gestação atual, embora o acompanhamento do comprimento cervical também deva ser realizado.

A alternativa (c) está incorreta. A cerclagem cervical não deve ser realizada de rotina

em gestações gemelares. A evidência científica atual não demonstra benefício na cerclagem profilática para gêmeos e, em alguns casos de colo curto em gemelares, o procedimento pode inclusive aumentar o risco de parto pré-termo. Sua indicação clássica é para casos de insuficiência istmocervical em gestações únicas.

A alternativa (d) está incorreta. O rastreamento ecográfico do colo uterino não é realizado antes de 10 semanas, pois nesse período a anatomia cervical e o segmento inferior do útero ainda não permitem uma predição confiável de risco para prematuridade. O período padronizado para o rastreamento universal ou em grupos de risco é entre 18 e 24 semanas, coincidindo com a ultrassonografia morfológica do segundo trimestre.

Questão 68

Análise Clínica e Diagnóstico:

A paciente apresenta um quadro clássico de Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO ou Rupreme) pré-termo, evidenciado pela perda líqüida vaginal e visualização de líqüido amniótico no exame especular em uma gestação de 33 semanas.

O ponto crucial da questão é identificar a complicação associada. A presença de febre (38 °C), taquicardia materna (110 bpm) e sensibilidade uterina aumentada (dor à palpação do útero) preenche os critérios clínicos para o diagnóstico de corioamnionite (Critérios de Gibbs). A dor lombar e a queixa de disúria poderiam sugerir uma infecção urinária, porém a punho-percussão lombar negativa (Giordano negativo) afasta a hipótese de pielonefrite como causa primária da febre, reforçando o foco infeccioso intrauterino.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Embora o diagnóstico de corioamnionite esteja correto, a conduta de "cesariana de urgência" não é a regra absoluta. Na presença de corioamnionite, o parto deve ser agilizado, mas a via de parto é decidida por critérios obstétricos. Se o trabalho de parto evoluir bem, o parto vaginal é preferível para evitar os riscos de uma cirurgia em campo infectado.

b) Incorreta. Esta alternativa ignora a presença da infecção (corioamnionite). Além disso, o uso de misoprostol é contraindicado em pacientes com cicatriz uterina prévia (cesariana anterior), devido ao alto risco de ruptura uterina.

c) Incorreta. O termo "endometrite" refere-se à infecção puerperal (após o parto). Durante a gestação, a infecção das membranas e do líqüido é chamada de

corioamnionite. Além disso, na presença de infecção, a conduta deve ser o parto imediato, e não a conduta expectante até as 34 semanas.

d) Correta. Identifica corretamente a ruptura prematura de membranas em idade pré-termo e a complicação infecciosa (corioamnionite). A conduta correta perante a corioamnionite, independentemente da idade gestacional, é a internação para antibioticoterapia intravenosa e a interrupção da gestação (desfecho gestacional), visando cessar o foco infeccioso e proteger o binômio mãe-feto.

Resumo da Conduta:

Confirmada a corioamnionite, não se deve aguardar a maturidade pulmonar fetal ou atingir 34 semanas. Deve-se iniciar antibióticos de amplo espectro (geralmente ampicilina e gentamicina) e proceder ao parto pela via mais rápida e segura, priorizando a via vaginal se houver condições favoráveis.

Questão 69

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma das principais causas de hemorragia na segunda metade da gestação e representa uma emergência obstétrica. A seguir, analisamos cada afirmativa para justificar por que todas estão corretas:

Afirmativa I: Correta. O diagnóstico do DPP é essencialmente clínico. A anamnese e o exame físico (presença de dor abdominal, hipertonia uterina e sangramento) são suficientes para fechar o quadro. Exames de imagem, como a ultrassonografia, apresentam baixa sensibilidade para detectar o descolamento agudo (cerca de 25 a 50%) e não devem retardar a conduta terapêutica se a suspeita clínica for forte. O ultrassom é mais útil para excluir outras causas, como placenta prévia.

Afirmativa II: Correta. O quadro clássico envolve sangramento vaginal (presente em cerca de 80% dos casos, sendo oculto em 20%), dor abdominal súbita ou dor lombar e hipertonia uterina (útero de madeira). Devido à redução da área de troca placentária, é muito comum haver sofrimento fetal agudo, manifestado por anormalidades na frequência cardíaca fetal, ou até mesmo óbito fetal dependendo da extensão do descolamento.

Afirmativa III: Correta. Diversos fatores estão associados ao aumento do risco de DPP. Os extremos de idade materna (abaixo de 20 ou acima de 35 anos) estão relacionados a piores desfechos vasculares. O tabagismo e o uso de drogas (especialmente a cocaína) causam vasoconstrição e lesão decidual. Doenças crônicas que afetam a vasculatura, como o diabetes pré-gestacional e, principalmente, a hipertensão arterial, são fatores de risco bem estabelecidos na literatura médica.

Afirmativa IV: Correta. A conduta no DPP não é universal e depende de um binômio: estabilidade materna e vitalidade fetal. Se o feto estiver vivo e em sofrimento, a interrupção da gestação deve ser imediata (geralmente via cesariana, a menos que o parto seja iminente). Se o feto estiver morto, prioriza-se a estabilização materna e o parto vaginal costuma ser a via de escolha. A idade gestacional e a extensão do descolamento (classificação de Sher) também orientam se haverá conduta expectante em casos muito específicos e raros de descolamentos parciais em prematuros extremos com estabilidade absoluta.

Portanto, todas as afirmativas estão corretas, o que valida a alternativa (d).

Questão 70

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema abordado é a violência contra a mulher, um tópico fundamental na Saúde Pública, Psiquiatria e Medicina Legal. Para relacionar as colunas corretamente, devemos analisar o perfil epidemiológico e as características comportamentais descritas em cada item.

Análise das lacunas:

Primeira descrição: (2) Assédio sexual.

O assédio sexual é caracterizado por condutas de conotação sexual indesejadas pela vítima. Ele abrange uma ampla gama de comportamentos que não necessariamente envolvem o ato sexual em si, mas violam a liberdade e a dignidade da mulher. A descrição cita corretamente o uso de linguagem abusiva, olhares invasivos e contatos físicos não solicitados (como massagens), que visam constranger ou obter vantagem sexual.

Segunda descrição: (1) Violência doméstica.

Esta descrição foca em dois aspectos clássicos da violência por parceiro íntimo. Primeiro, o abuso de álcool é frequentemente identificado como um fator que desestabiliza o controle de impulsos e atua como gatilho para as agressões. Segundo, destaca-se o perfil psicológico do agressor doméstico, que costuma apresentar uma fachada de homem carismático e respeitável em ambiente social (cativante em público), mas exerce controle e agressividade no ambiente privado (cruel na intimidade).

Terceira descrição: (3) Estupro.

Epidemiologicamente, a violência sexual (estupro) atinge de forma desproporcional

as mulheres mais jovens. Dados de saúde pública demonstram que adolescentes e jovens adultas estão em um grupo de vulnerabilidade no qual o risco de sofrer esse tipo de violência é significativamente maior (frequentemente citado como quatro vezes maior) do que em outras faixas etárias.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) 1 - 2 - 3. Incorreta. Esta opção inverte as definições de violência doméstica e assédio sexual. A violência doméstica não é definida primariamente pela gama de olhares e mensagens, mas sim pelo contexto de convivência e perfil do agressor.

Alternativa b) 2 - 1 - 3. Correta. Esta sequência preenche as lacunas respeitando as definições conceituais e os dados epidemiológicos discutidos na literatura médica sobre cada tipo de violência.

Alternativa c) 2 - 3 - 1. Incorreta. O erro principal é associar o perfil de abusador cativante em público e cruel na intimidade ao estupro, quando esta é uma característica tipicamente descrita no ciclo da violência doméstica.

Alternativa d) 3 - 1 - 2. Incorreta. Esta alternativa confunde a epidemiologia do estupro com as características do assédio sexual, invalidando a correlação lógica entre as colunas.

Gabarito: Alternativa (b).

Questão 71

Para responder a essa questão, devemos recorrer aos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses critérios classificam as condições em quatro categorias, sendo a Categoria 4 aquela que representa um risco inaceitável à saúde, ou seja, uma contraindicação absoluta.

Alternativa (a) Incorreta. Mulheres que utilizam anticonvulsivantes indutores de enzimas hepáticas (como fenitoína, carbamazepina ou fenobarbital) apresentam uma interação medicamentosa que reduz a eficácia do contraceptivo oral. Segundo a OMS, essa situação é classificada como Categoria 3, o que significa que os riscos (especialmente o risco de gravidez indesejada pela falha do método) geralmente superam os benefícios. É uma contraindicação relativa, não absoluta.

Alternativa (b) Correta. O adenoma hepático é um tumor benigno

estrogênio-dependente. O uso de hormônios contidos nos contraceptivos orais pode estimular o crescimento do tumor e aumentar significativamente o risco de ruptura espontânea e hemorragia intraperitoneal grave, que pode ser fatal. Por esse motivo, a presença de adenoma hepático é classificada como Categoria 4 (contra-indicação absoluta) para o uso de qualquer contraceptivo hormonal combinado ou de progestagênio isolado (com exceção do DIU de levonorgestrel, que é Categoria 3).

Alternativa (c) Incorreta. A infecção pelo HIV isoladamente é Categoria 1 (sem restrições). Quando a paciente faz uso de terapia antirretroviral (TARV), podem ocorrer interações que diminuem a eficácia do anticoncepcional ou aumentam a toxicidade. Dependendo do esquema medicamentoso (como o uso de ritonavir), a classificação varia entre Categoria 2 ou 3. Não é considerada uma contra-indicação absoluta para todas as pacientes com HIV.

Alternativa (d) Incorreta. Em mulheres que passaram por cirurgia bariátrica, especialmente pelas técnicas malabsortivas (como o bypass gástrico em Y de Roux), a preocupação central é a diminuição da absorção do hormônio pelo trato digestivo, o que compromete a eficácia do método. A OMS classifica o uso de contraceptivos hormonais orais após cirurgia bariátrica malabsortiva como Categoria 3. O risco é a falha do método, e não um dano direto à saúde provocado pela droga.

Resumo: A alternativa (b) é a única que apresenta uma condição na qual o uso do hormônio coloca a vida da paciente em risco direto (hemorragia por tumor hepático), configurando a contra-indicação absoluta.

Questão 72

AMENORREIA PRIMÁRIA: CRITÉRIOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação da amenorreia primária é indicada em duas situações principais baseadas na idade e no desenvolvimento puberal:

1. Ausência de menarca até os 13 anos de idade em meninas que não apresentam caracteres sexuais secundários (ausência de desenvolvimento mamário e de pelos púbicos).
2. Ausência de menarca até os 15 anos de idade em meninas que já apresentam desenvolvimento normal de caracteres sexuais secundários.

Alternativa (a) Incorreta: Para meninas com desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e crescimento normal, a conduta é aguardar até os 15 anos. Como a paciente tem 14 anos, ela ainda está dentro do prazo fisiológico para a ocorrência da menarca.

Alternativa (b) Correta: Esta paciente apresenta caracteres sexuais secundários, porém já completou 16 anos sem ter a primeira menstruação. Como ultrapassou o limite de 15 anos estabelecido pelos protocolos de ginecologia endócrina, a investigação diagnóstica se justifica imediatamente.

Alternativa (c) Incorreta: A investigação pode ser considerada aos 13 anos se não houver nenhum caráter sexual secundário. No entanto, a alternativa (b) representa um critério de investigação muito mais tardio e absoluto (16 anos). Além disso, o percentil 15 de altura é considerado dentro da faixa de normalidade para a idade, não sugerindo, de imediato, condições como a disgenesia gonadal (Síndrome de Turner), que geralmente cursa com baixa estatura acentuada (abaixo do percentil 3 ou 5).

Alternativa (d) Incorreta: Este caso não se trata de amenorreia primária, mas sim de amenorreia secundária. A amenorreia secundária é definida como a ausência de menstruação por 3 ou 6 meses em mulheres que já apresentavam ciclos menstruais anteriormente. Como a paciente teve a menarca aos 12 anos, ela não se enquadra no tema da questão.

Questão 73

EXAME DA QUESTÃO:

O desenvolvimento do câncer do colo uterino está intrinsecamente ligado à infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV). No entanto, nem toda mulher com HPV desenvolverá câncer; a progressão depende da interação com outros fatores de risco e cofatores que auxiliam a persistência viral e a transformação celular.

Alternativa A: Incorreta. O tabagismo e as infecções sexualmente transmissíveis (como clamídia e herpes) são, de fato, cofatores que favorecem a inflamação e a persistência do HPV. No entanto, a obesidade não é um fator de risco estabelecido para o câncer do colo do útero. A obesidade é um fator de risco clássico para o câncer de endométrio (corpo do útero), devido ao estado de hiperestrogenismo periférico.

Alternativa B: Incorreta. O início precoce das relações sexuais aumenta o risco por expor um epitélio cervical ainda imaturo (zona de transformação) ao vírus. A multiparidade também é um fator de risco reconhecido. Porém, a inclusão da obesidade invalida a alternativa pelos mesmos motivos expostos na alternativa anterior.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa agrupa três fatores de risco fundamentais:

1. Tabagismo: Substâncias derivadas do tabaco são encontradas no muco cervical e têm ação carcinogênica direta, além de reduzirem a resposta imune local (células de Langerhans), facilitando a ação do HPV.
2. Imunossupressão: Pacientes imunossuprimidos (por medicações, transplantes ou doenças) possuem maior dificuldade em eliminar a infecção pelo HPV, levando à persistência viral e a uma maior chance de lesões precursoras.
3. Multiparidade: Estudos indicam que mulheres com múltiplas gestações têm maior risco, possivelmente devido a alterações hormonais durante a gravidez e a microtraumas no colo uterino durante o parto.

Alternativa D: Incorreta. Embora o baixo nível socioeconômico seja um marcador epidemiológico importante (associado a uma menor escolaridade e a um menor acesso ao rastreamento citopatológico) e a infecção pelo HIV cause imunossupressão, a drogadição não é listada na literatura médica como um fator de risco direto ou biológico para a carcinogênese do colo uterino.

O gabarito oficial, portanto, é a alternativa C.

Questão 74

Alternativa (a) está incorreta. A conduta para atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), depende da idade da paciente: se ela tiver 30 anos ou mais, a citologia deve ser repetida em 6 meses; se tiver entre 25 e 29 anos, deve ser repetida em 12 meses. Já para as atipias glandulares de significado indeterminado (AGC), a diretriz de 2016 recomenda o encaminhamento imediato para colposcopia, independentemente da subespecificação, devido ao maior risco de lesões graves ou invasivas.

Alternativa (b) está incorreta. De acordo com as diretrizes brasileiras, o rastreamento citopatológico deve ser iniciado apenas aos 25 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Se uma mulher com menos de 25 anos realizar o exame e apresentar ASC-US ou lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), a recomendação é apenas seguir a rotina de rastreamento trienal (repetir em 3 anos), não existindo a recomendação de repetição em 24 meses.

Alternativa (c) está correta. Os achados de ASC-H (atipias escamosas de significado indeterminado em que não se pode afastar lesão de alto grau) e AGC (atipias glandulares de significado indeterminado) são considerados resultados citológicos de alto risco. Para ambos os casos, a conduta preconizada pelas Diretrizes Nacionais de 2016 é o encaminhamento direto para avaliação por colposcopia, visando identificar precocemente possíveis lesões precursoras ou neoplasias malignas.

Alternativa (d) está incorreta. Se o resultado da citologia for compatível com adenocarcinoma (invasivo), o passo seguinte é o encaminhamento para colposcopia com biópsia e, frequentemente, avaliação do canal cervical para confirmação e estadiamento. A excisão da zona de transformação tipo 3 (EZT 3) é o tratamento de escolha para o adenocarcinoma in situ (AIS), mas para o adenocarcinoma invasivo, o tratamento envolve estadiamento oncológico e terapias mais amplas, como cirurgia radical ou radioterapia, dependendo da extensão da doença.

Questão 75

(V) A primeira afirmativa está correta porque a endometriose é uma doença crônica, inflamatória e estrogênio-dependente. Isso significa que ela se manifesta predominantemente durante a idade fértil (menacme), período em que os níveis hormonais cíclicos favorecem o crescimento e a atividade das lesões ectópicas. O acompanhamento deve ser contínuo ao longo da vida reprodutiva para monitorar a progressão e manejar os sintomas.

(V) A segunda afirmativa está correta. De acordo com os protocolos nacionais e internacionais, o tratamento clínico (medicamentoso) é a primeira linha para o controle da dor pélvica em pacientes sem desejo imediato de gestação. A cirurgia é reservada para casos de falha do tratamento clínico, suspeita de malignidade em massas anexiais ou indicações absolutas, como obstruções intestinais ou ureterais causadas pela doença.

(V) A terceira afirmativa está correta. É um conceito fundamental explicar à paciente que o tratamento clínico (hormonal) visa ao controle dos sintomas e à melhora da qualidade de vida por meio da supressão da menstruação e da inflamação. Os medicamentos disponíveis não são capazes de eliminar ou "derreter" as lesões de endometriose profunda nem de curar a doença definitivamente, agindo apenas no controle do quadro clínico.

(V) A quarta afirmativa está correta. A endometriose causa dor pélvica crônica, que muitas vezes resulta em sensibilização central e disfunções musculoesqueléticas. Portanto, o manejo ideal é multidisciplinar. Além da terapia hormonal e analgésica, o suporte de fisioterapia pélvica, psicologia, nutrição e a prática de atividade física são essenciais para abordar todas as dimensões da dor e o impacto psicossocial da doença.

Como todas as afirmativas são verdadeiras, a sequência correta é V - V - V - V, o que valida a alternativa (b).

Questão 76

Esta questão aborda o manejo da hiperplasia endometrial sem atipia em uma paciente jovem com desejo reprodutivo. O diagnóstico foi obtido por biópsia dirigida via histeroscopia, que é o padrão-ouro para avaliação da cavidade uterina.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A curetagem uterina mecânica é um procedimento predominantemente diagnóstico ou utilizado para controle de hemorragias agudas. Ela não trata a causa hormonal (excesso de estrogênio sem oposição da progesterona) que leva à hiperplasia endometrial. Portanto, não é considerada uma conduta terapêutica definitiva para essa patologia.

b) Incorreta. A histerectomia seria um tratamento definitivo e desproporcional para uma hiperplasia simples sem atipia, que possui um baixo risco de progressão para câncer (cerca de 1% a 3%). Além disso, a paciente tem 38 anos e desejo gestacional explícito, o que contraindica a remoção do útero neste momento.

c) Correta. O tratamento de escolha para hiperplasia endometrial sem atipia em pacientes que desejam preservar a fertilidade é o uso de progestogênios (via oral ou sistema intrauterino de levonorgestrel). A progesterona atua opondo-se ao efeito proliferativo do estrogênio no endométrio, promovendo a sua diferenciação e regressão da hiperplasia. A reavaliação com nova biópsia (preferencialmente por histeroscopia) após 3 a 6 meses é obrigatória para confirmar a resolução do quadro antes de liberar a paciente para novas tentativas de fertilização in vitro.

d) Incorreta. Embora os ciclos de fertilização in vitro envolvam estimulação hormonal, uma vez diagnosticada a hiperplasia por exame anatomopatológico, o tratamento médico é necessário. A simples repetição da ecografia não substitui o tratamento com progesterona, e a conduta expectante não é adequada, pois a persistência da hiperplasia pode dificultar a implantação embrionária e aumentar o risco de progressão da doença.

Resumo do Manejo: Diante de hiperplasia sem atipia e desejo de gravidez, utiliza-se progesterona para "limpar" o endométrio e realiza-se o controle histológico após alguns meses para garantir a cura antes da gestação.

Questão 77

A sexualidade no envelhecimento é um fenômeno complexo influenciado por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. A diminuição da atividade sexual nesta fase da vida não decorre de um único motivo, mas da interação entre mudanças fisiológicas e o contexto em que o idoso está inserido.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a idade avançada esteja associada a mudanças na resposta sexual, a afirmação sobre a longevidade está errada. Epidemiologicamente, existe uma maior longevidade feminina, e não masculina. O fato de as mulheres viverem mais do que os homens resulta em um excedente de mulheres idosas sem parceiros, o que é um fator limitante para a sexualidade nessa população.

Alternativa b) Incorreta. A falta de parceria é, de fato, um dos principais motivos para a cessação da atividade sexual em idosos, especialmente mulheres. Contudo, a força do relacionamento é um fator facilitador e positivo para a manutenção da sexualidade, e não um evento relacionado à sua diminuição. Além disso, a alternativa repete o erro sobre a longevidade masculina.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa engloba os principais pilares da redução da sexualidade no idoso:

1. Cultura: O preconceito social e o estigma de que o idoso é um ser "assexuado" geram barreiras psicológicas e inibição.
2. Redução da lubrificação: É uma mudança fisiológica decorrente do hipoestrogenismo (na mulher) e de alterações vasculares, dificultando o ato sexual.
3. Ardência pós-coital: Frequentemente associada à atrofia vaginal e à síndrome geniturinária da menopausa, causa desconforto físico (dispareunia), levando à evitação da prática sexual.

Alternativa d) Incorreta. A força do relacionamento atua como um fator que estimula e mantém a vida sexual ativa. Embora a maior longevidade feminina seja um fato real que impacta a disponibilidade de parceiros, a presença da obesidade, embora possa influenciar a autoimagem, não é o fator determinante ou clássico para a diminuição da sexualidade quando comparada aos elementos culturais e fisiológicos da alternativa C.

Questão 78

Para compreender as alterações hormonais na pós-menopausa, é fundamental analisar a mudança na fonte de produção e na concentração dos esteroides sexuais após a falência folicular ovariana.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão a fisiologia endócrina do climatério. Após a menopausa, a produção total de testosterona circulante sofre uma redução de aproximadamente 25% em comparação aos níveis pré-menopáusicos. Embora o estroma ovariano continue produzindo testosterona sob estímulo do LH elevado, a queda global é observada. Quanto à androstenediona, seus níveis caem cerca de 50%, e a glândula suprarrenal assume o papel de principal fonte desse hormônio, com o ovário contribuindo minimamente. O estradiol apresenta uma queda drástica, situando-se em níveis baixos, geralmente entre 10 e 20 pg/mL. Nessa fase, o estradiol circulante não provém da secreção direta do ovário, mas sim da conversão periférica da estrona (E1).

Alternativa B (Incorreta): A afirmação de que a testosterona aumenta 50% é falsa; ocorre, na verdade, uma redução. Além disso, a maior parte da androstenediona na pós-menopausa provém das suprarrenais, e não dos ovários. O estradiol, embora em níveis muito baixos, ainda é detectável em exames laboratoriais sensíveis.

Alternativa C (Incorreta): Embora a testosterona continue sendo secretada pelo estroma ovariano, dizer que sua produção "praticamente não se modifica" é tecnicamente incorreto, pois há um decréscimo médio de 25%. O erro principal desta alternativa reside em afirmar que a maior parte da androstenediona pós-menopáusicas deriva dos ovários, quando, na realidade, cerca de 80% a 90% dela passa a ser de origem adrenal.

Alternativa D (Incorreta): A testosterona não aumenta após a menopausa. A alternativa repete os erros conceituais sobre a origem da androstenediona (que é predominantemente adrenal nesta fase) e sobre a detectabilidade e origem do estradiol circulante.

Resumo dos pontos-chave para provas:

1. Estrogênio predominante: Na pós-menopausa, o estrogênio principal passa a ser a estrona (E1), formada pela aromatização periférica da androstenediona (principalmente no tecido adiposo).
2. Estradiol (E2): Os níveis caem para a faixa de 10-20 pg/mL e derivam da conversão da estrona.

3. Androstenediona: Redução de 50% nos níveis sistêmicos; a suprarrenal torna-se a fonte primária.
4. Testosterona: Redução de cerca de 25%. O ovário pós-menopáusico, apesar de não ter folículos, ainda possui estroma funcional capaz de secretar androgênios.

Questão 79

A questão solicita a alternativa incorreta sobre a fisiopatologia da osteoporose, focando na relação entre o desenvolvimento ósseo, hábitos e hormônios.

Alternativa A (Incorreta / Gabarito): Esta afirmação está errada porque a menarca tardia é, na verdade, um fator de risco para o desenvolvimento de baixa densidade óssea e osteoporose. O estrogênio é fundamental para a mineralização e o ganho de massa óssea durante a puberdade. Quando a menarca ocorre tardiamente, o esqueleto fica exposto por menos tempo aos efeitos protetores do estrogênio durante o período crítico de formação do pico de massa óssea. Consequentemente, essas mulheres tendem a atingir uma densidade mineral óssea menor em comparação com aquelas que tiveram menarca em idade normal, o que aumenta o risco de fraturas no futuro.

Alternativa B (Correta): Mulheres com amenorreia na adolescência apresentam um estado de hipostrogenismo em uma fase em que deveriam estar acumulando massa óssea. Sem o estímulo estrogênico adequado, o pico de massa óssea não é atingido, o que resulta em ossos mais frágeis e uma prevalência aumentada de osteoporose e fraturas por estresse já em idades jovens ou precocemente após a menopausa.

Alternativa C (Correta): O cálcio é o principal componente mineral da matriz óssea. Durante a infância e a adolescência, o balanço ósseo é positivo (a formação supera a reabsorção). A oferta adequada de cálcio nesse período garante que o processo de mineralização ocorra de forma otimizada, permitindo que o indivíduo atinja o maior pico de massa óssea possível, o que funciona como uma reserva para as perdas que ocorrerão no envelhecimento.

Alternativa D (Correta): O pico de massa óssea é geralmente atingido por volta da terceira década de vida. A partir dos 20 a 25 anos, já pode haver uma perda óssea muito sutil e lenta na coluna vertebral e em outros sítios. No entanto, essa perda só ganha velocidade e relevância clínica significativa nas mulheres após a menopausa, quando a carência de estrogênio acelera drasticamente o processo de reabsorção óssea. Portanto, até a menopausa, a alteração estrutural acumulada costuma ser pequena.

Questão 80

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) é classificado no DSM-5-TR dentro dos transtornos depressivos. Para o diagnóstico, exige-se a presença de pelo menos cinco sintomas na fase lútea (semana anterior à menstruação), que devem remitir logo após o início do fluxo e ser mínimos ou ausentes na fase folicular. O ponto fundamental desta questão é a distinção entre os sintomas nucleares (Critério B) e os sintomas acessórios (Critério C).

Para fechar o diagnóstico, pelo menos um dos seguintes quatro sintomas nucleares (Critério B) deve estar presente:

1. Labilidade afetiva acentuada (ex.: oscilações de humor, tristeza súbita, maior sensibilidade à rejeição).
2. Irritabilidade acentuada, raiva ou aumento nos conflitos interpessoais.
3. Humor acentuadamente deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos.
4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimento de estar com os nervos à flor da pele.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A insônia ou hipersônia faz parte do Critério C. Embora seja um sintoma comum no período pré-menstrual, é classificada como um sintoma acessório/potencial, e não como um sintoma nuclear.

b) Incorreta. O sentimento de estar sobrecarregada ou perder o controle (subjetivo) também pertence ao Critério C, sendo um sintoma acessório.

c) Incorreta. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada são sintomas listados no Critério C.

d) Correta. A ansiedade acentuada, juntamente com a tensão e a sensação de estar no limite, é explicitamente listada no Critério B do DSM-5-TR como um dos quatro sintomas nucleares. Para que o diagnóstico seja validado, a paciente deve apresentar obrigatoriamente pelo menos um dos sintomas do Critério B, associado a outros sintomas (do grupo B ou C) até totalizar cinco.

Questão 81

A apendicite aguda no paciente idoso representa um desafio diagnóstico devido à apresentação clínica frequentemente atípica e à evolução mais rápida para complicações. Abaixo, analisamos cada afirmativa para fundamentar o gabarito.

Afirmativa I: Esta afirmação está correta. Embora a apendicite seja classicamente uma doença de adolescentes e adultos jovens, o aumento da expectativa de vida elevou a ocorrência em idosos. Dados epidemiológicos consolidados na literatura cirúrgica confirmam que cerca de 5% a 10% dos casos de apendicite aguda ocorrem em pacientes acima de 60 anos.

Afirmativa II: Esta afirmação está correta. O envelhecimento altera a resposta do organismo à inflamação e a percepção da dor. Enquanto no jovem a dor costuma migrar e se localizar na fossa ilíaca direita, no idoso a apresentação é vaga. Aproximadamente um terço (33%) desses pacientes não apresenta dor localizada no início do quadro, relatando dor abdominal difusa, o que contribui para o atraso diagnóstico e para a maior taxa de perfuração (que pode chegar a 50% nesta faixa etária).

Afirmativa III: Esta afirmação está correta. O laboratório no idoso é menos confiável do que no paciente jovem. A resposta imunológica pode ser menos exuberante, resultando em ausência de febre e de leucitose em uma parcela significativa da população. Estudos demonstram que entre 20% e 50% dos idosos com apendicite confirmada apresentam contagem de leucócitos dentro dos limites da normalidade na admissão hospitalar.

Conclusão: Como as três afirmativas trazem dados precisos sobre a epidemiologia, a clínica e os achados laboratoriais da apendicite no paciente geriátrico, a alternativa correta é a (d). Todas as afirmativas estão corretas.

Questão 82

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer os Critérios de Milão, que definem a indicação de transplante hepático em pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC), além das indicações clínicas clássicas decorrentes da cirrose e suas complicações.

Alternativa a) Esta alternativa está correta em sua descrição como indicação. O paciente apresenta três nódulos, e todos possuem menos de 3 cm (2,3 cm; 2,7 cm; e 2,9 cm). De acordo com os Critérios de Milão, o transplante é indicado para pacientes com carcinoma hepatocelular que apresentam um nódulo único de até 5 cm OU até três nódulos, desde que nenhum deles ultrapasse 3 cm.

Alternativa b) Esta alternativa está correta em sua descrição como indicação. Embora a doença hepática policística geralmente mantenha a função sintética do fígado preservada por muito tempo, o volume excessivo do órgão pode causar dor incapacitante, desnutrição severa por compressão gástrica e síndrome compartimental abdominal. Nessas situações excepcionais, o transplante está indicado mesmo sem insuficiência hepática grave.

Alternativa c) Esta alternativa está correta em sua descrição como indicação. A ascite refratária ao tratamento medicamentoso (uso de diuréticos em doses máximas e restrição de sódio) é uma complicação grave da cirrose, independentemente da etiologia (neste caso, esteato-hepatite não alcoólica). Ela demonstra que a doença hepática atingiu um estágio de descompensação que justifica a substituição do órgão.

Alternativa d) Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito da questão. O caso descreve um paciente com dois nódulos, onde um deles mede 5,3 cm. Pelos Critérios de Milão, quando existem dois ou três nódulos, cada um deles deve ter, obrigatoriamente, no máximo 3 cm. Como um dos nódulos possui 5,3 cm, o paciente está fora dos critérios de indicação/priorização para transplante por hepatocarcinoma. Vale lembrar que, mesmo que houvesse apenas um nódulo, o limite seria de 5 cm; logo, 5,3 cm também excluiria a indicação de nódulo único.

Questão 83

O leiomioma é o tumor benigno mais comum do esôfago, originando-se de células musculares lisas. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa para justificar por que a letra (b) está incorreta:

Alternativa (a) Correta: Os leiomiomas são neoplasias mesenquimais que se originam da camada muscular do esôfago. Na grande maioria das vezes, surgem da muscular própria (camada circular interna ou longitudinal externa), que corresponde à quarta camada na avaliação por ecoendoscopia. Menos frequentemente, podem se originar da muscular da mucosa (segunda camada).

Alternativa (b) Incorreta (Gabarito): Esta é a afirmação falsa. Por ser um tumor intramural e submucoso, o leiomioma apresenta-se na endoscopia digestiva alta como um abaulamento da parede esofágica, de consistência firme e com mobilidade preservada. A característica fundamental é que a mucosa que recobre a lesão é íntegra, lisa e de aspecto normal. A presença de ulceração é atípica e deve levantar a suspeita de outras condições, como tumores malignos (carcinoma) ou tumores estromais gastrointestinais (GIST), embora estes últimos sejam raros no esôfago.

Alternativa (c) Correta: Quando a ecoendoscopia revela características típicas — como uma lesão hipoeoica, homogênea, bem delimitada e originada da camada muscular — a biópsia é geralmente contraindicada. Isso ocorre por dois motivos: primeiro, a biópsia endoscópica comum dificilmente alcança o tumor por ele ser submucoso; segundo, a realização de biópsia profunda ou punção por agulha fina (FNA) pode gerar fibrose local e aderência entre o tumor e a mucosa, o que torna uma futura cirurgia de enucleação muito mais difícil e com maior risco de perfuração.

Alternativa (d) Correta: O tratamento de escolha para leiomiomas grandes (geralmente acima de 5 cm) ou sintomáticos (causando disfagia ou dor) é a enucleação cirúrgica. No entanto, para lesões pequenas, incidentais e assintomáticas, a conduta conservadora com vigilância periódica por meio de exames de imagem ou endoscopia é perfeitamente aceitável e recomendada.

Questão 84

O Esôfago de Barrett é uma complicação crônica da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), caracterizada pela substituição do epitélio escamoso estratificado original do esôfago por um epitélio colunar metaplásico (metaplasia intestinal). Abaixo, analisamos cada uma das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. O Esôfago de Barrett é a principal lesão precursora do adenocarcinoma do esôfago. Embora o risco absoluto anual de progressão para o câncer seja relativamente baixo (estimado entre 0,1% e 0,5% ao ano), o risco relativo dos pacientes com Barrett é significativamente maior do que o da população geral, com a literatura médica frequentemente citando um aumento de cerca de 30 a 40 vezes nessa probabilidade.

Afirmativa II: Incorreta. O diagnóstico do Esôfago de Barrett não pode ser feito apenas pela visão endoscópica. A endoscopia identifica a "suspeita" de Barrett ao observar a migração da junção escamocolunar (linha Z) acima da transição esofagogástrica, apresentando uma mucosa de coloração salmão. No entanto, para a confirmação diagnóstica, é obrigatória a realização de biópsias que demonstrem a presença de metaplasia intestinal (presença de células caliciformes ou goblet cells) no estudo histopatológico.

Afirmativa III: Incorreta. O tratamento cirúrgico da DRGE (funduplicatura) tem como objetivo principal o controle dos sintomas e a interrupção do refluxo ácido e biliopancreático. Contudo, a cirurgia não garante a regressão da metaplasia já instalada nem elimina totalmente o risco de progressão para o adenocarcinoma. Portanto, as diretrizes atuais recomendam que o protocolo de vigilância endoscópica

periódica seja mantido mesmo após a realização da cirurgia antirrefluxo.

Conclusão: Como apenas a afirmativa I está correta, a alternativa correta é a letra (a).

Questão 85

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS:

Afirmativa I: CORRETA. O pneumotórax espontâneo primário ocorre tipicamente em indivíduos jovens, magros e altos, sem doença pulmonar prévia conhecida. A fisiopatologia principal é a ruptura de pequenas vesículas subpleurais repletas de ar, conhecidas como blebs (geralmente menores que 2 cm), localizadas com maior frequência nos ápices pulmonares.

Afirmativa II: CORRETA. O manejo inicial do pneumotórax espontâneo primário depende do tamanho do colapso e da estabilidade clínica. Pacientes estáveis, com pneumotórax pequeno (geralmente definido como menor que 2 cm entre a pleura visceral e a parede torácica ao nível do hilo) e sem sintomas significativos, podem ser acompanhados apenas com observação. A oferta de oxigênio suplementar (oxigenoterapia) é recomendada, pois acelera a taxa de reabsorção do ar no espaço pleural em até quatro vezes através do fenômeno de "washout" de nitrogênio.

Afirmativa III: CORRETA. Embora o tratamento do primeiro episódio de pneumotórax seja frequentemente conservador ou apenas com drenagem pleural, existem indicações cirúrgicas precisas mesmo na primeira ocorrência. O escape aéreo prolongado (persistência de borbulhamento no dreno, geralmente por mais de 3 a 5 dias) indica que a fístula pleuropulmonar não fechou espontaneamente, exigindo intervenção cirúrgica (geralmente por videocirurgia) para grampeamento da lesão e realização de pleurodese.

Afirmativa IV: CORRETA. A taxa de recorrência após o primeiro episódio de pneumotórax espontâneo primário tratado de forma conservadora ou apenas com dreno é considerada alta, variando entre 20% e 50% nos primeiros dois anos. O risco aumenta progressivamente após cada novo episódio (chegando a mais de 60% após o segundo e 80% após o terceiro), o que justifica a intervenção cirúrgica definitiva para evitar novos eventos.

CONCLUSÃO: Como todas as afirmativas descrevem corretamente aspectos diagnósticos, fisiopatológicos e de conduta terapêutica do pneumotórax espontâneo primário, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 86

Para compreender o trauma renal, é fundamental revisar sua epidemiologia, classificação e manejo diagnóstico. Veja a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A intensidade da hematúria (seja ela microscópica ou macroscópica) não possui correlação direta e proporcional com a gravidade da lesão renal. Por exemplo, lesões extremamente graves, como a avulsão do pedículo renal ou a trombose da artéria renal, podem evoluir sem qualquer presença de sangue na urina. A decisão por exploração cirúrgica baseia-se primordialmente na instabilidade hemodinâmica persistente ou em achados tomográficos específicos, e não apenas no achado de hematúria macroscópica.

Alternativa (b) Incorreta: De acordo com a classificação da AAST (Associação Americana para a Cirurgia do Trauma), a lesão de grau III é definida como uma laceração do parênquima renal que se estende por mais de 1 cm de profundidade no córtex, mas que não apresenta evidência de ruptura do sistema coletor (não há extravasamento de urina). O envolvimento do sistema coletor ou lesões vasculares segmentares elevam a classificação para o grau IV.

Alternativa (c) Incorreta: O exame de escolha e padrão-ouro para a avaliação de pacientes com suspeita de trauma renal que apresentam estabilidade hemodinâmica é a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso. A TC permite o estadiamento preciso da lesão, a avaliação de extravasamento urinário e a identificação de lesões associadas em outros órgãos. A ressonância magnética não é utilizada na rotina de emergência por ser um exame mais demorado, de maior custo e menor disponibilidade.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa apresenta a distribuição epidemiológica clássica descrita na literatura médica e nos principais manuais de trauma (como o ATLS). O trauma renal contuso, geralmente causado por acidentes automobilísticos, quedas ou agressões, representa a grande maioria dos atendimentos (cerca de 80% a 90%). Já os traumas penetrantes ou perfurocortantes, causados por projéteis de arma de fogo ou armas brancas, são menos frequentes, correspondendo ao restante dos casos.

Questão 87

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico de um paciente idoso com abaulamento gástrico e diagnóstico histológico de sarcoma sugere fortemente o Tumor Estromal Gastrointestinal, conhecido como GIST. Este é o tumor mesenquimal mais comum do trato digestivo, originado das células intersticiais de Cajal.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

O GIST é, na verdade, o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal, e não o menos comum. Ele representa cerca de 80% dos tumores mesenquimais nesta localização e cerca de 1% a 3% de todas as neoplasias gástricas.

ALTERNATIVA B - CORRETA

A fisiopatologia do GIST está intimamente ligada a mutações de ganho de função no gene c-kit (que codifica o receptor de tirosina quinase CD117) ou, menos frequentemente, no gene PDGFRA. A expressão do CD117 é o marcador imuno-histoquímico definidor da doença em cerca de 95% dos casos. A presença de mutações específicas e o tipo de mutação detectada são fundamentais para prever o comportamento biológico do tumor, o risco de recorrência e a sensibilidade ao tratamento com inibidores de tirosina quinase (como o imatinibe), sendo, portanto, um marcador prognóstico essencial.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

Os tumores GIST são caracteristicamente resistentes à radioterapia e à quimioterapia convencional. O tratamento padrão para a doença localizada é a ressecção cirúrgica completa com margens livres. Nos casos de tumores irresssecáveis, metastáticos ou com alto risco de recorrência, utiliza-se a terapia-alvo com inibidores de tirosina quinase.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

A maioria dos GISTs gástricos possui um comportamento biológico de baixo risco ou indolente. O potencial de malignidade e o risco de progressão da doença são determinados principalmente pelo tamanho do tumor e pelo índice mitótico (número de mitoses por campo de grande aumento). Tumores pequenos e com baixa taxa de divisão celular são muito mais frequentes que as formas francamente malignas e agressivas.

Questão 88

Alternativa (a) CORRETA: A síndrome de realimentação é uma complicação metabólica grave que ocorre quando a oferta nutricional é reiniciada de forma rápida em pacientes com desnutrição grave ou jejum prolongado. Com a chegada dos nutrientes (especialmente carboidratos), ocorre um pico de insulina que desloca o potássio, o magnésio e, principalmente, o fosfato do meio extracelular para o intracelular. A hipofosfatemia resultante é o achado mais característico e pode causar falência respiratória e arritmias cardíacas.

Alternativa (b) INCORRETA: É a nutrição enteral, e não a parenteral, que auxilia na

manutenção da barreira intestinal. O contato direto do nutriente com o enterócito previne a atrofia das vilosidades intestinais. A nutrição parenteral total, por outro lado, está associada a um maior risco de atrofia da mucosa e maior incidência de translocação bacteriana.

Alternativa (c) INCORRETA: A Resposta Metabólica ao Trauma é caracterizada por um estado de intenso catabolismo (quebra de reservas para fornecer energia e substratos), e não anabolismo. Nesse período, há liberação de hormônios contrainsulínicos (como cortisol e catecolaminas) que promovem a degradação proteica e lipídica.

Alternativa (d) INCORRETA: As diretrizes modernas de cuidados pós-operatórios (como os protocolos ACERTO e ERAS) recomendam o início precoce da nutrição enteral, preferencialmente nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Não é necessário aguardar sinais objetivos de funcionamento intestinal, como a eliminação de flatos ou ruídos hidroaéreos, para iniciar a dieta, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.

Questão 89

A escolha da profilaxia antibiótica em cirurgia baseia-se na classificação da ferida operatória e na flora bacteriana provável do sítio a ser operado. O objetivo é alcançar níveis terapêuticos do antibiótico no tecido durante todo o tempo em que a ferida estiver aberta. A cefazolina (cefalosporina de 1ª geração) é o padrão para cobrir germes de pele (gram-positivos). O metronidazol é adicionado quando há necessidade de cobertura contra germes anaeróbios, o que é comum em cirurgias do trato digestivo baixo (cólon e reto).

Análise dos itens da coluna:

(2) Apendicectomia laparoscópica por apendicite aguda não complicada: Mesmo em casos não complicados, o procedimento envolve o apêndice cecal, que possui flora rica em gram-negativos e, principalmente, anaeróbios (como o *Bacteroides fragilis*). Portanto, a profilaxia exige a combinação de cefazolina com metronidazol (ou o uso de uma cefalosporina de 2ª geração com ação anaeróbia, como a cefoxitina).

(1) Hernioplastia inguinal unilateral aberta com tela: Trata-se de uma cirurgia limpa, pois não há penetração em vísceras ocas (trato digestivo, respiratório ou urinário). O risco de infecção provém da microbiota da pele (*Staphylococcus aureus* e outros gram-positivos). A cefazolina isolada é o esquema de escolha.

(1) Funduplicatura de Nissen laparoscópica: É classificada como uma cirurgia

potencialmente contaminada por abordar o trato digestivo superior (esôfago/estômago). Diferentemente do cólon, o trato digestivo alto possui uma carga muito menor de anaeróbios. As principais diretrizes recomendam o uso isolado de cefazolina para procedimentos esofágicos e gastroduodenais.

(2) Retossigmoidectomia aberta: É uma cirurgia colorretal. O cólon e o reto são os segmentos do corpo com maior concentração de bactérias anaeróbias. Para prevenir infecções de sítio cirúrgico nessa região, a cobertura contra anaeróbios é obrigatória, justificando a associação cefazolina + metronidazol.

A sequência correta é 2 - 1 - 1 - 2.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Indica apenas cefazolina para apendicectomia, o que deixaria o paciente desprotegido contra anaeróbios, e indica metronidazol para funduplicatura, onde habitualmente não é necessário.

b) Incorreta. Apresenta erros graves, como indicar cefazolina para apendicectomia e metronidazol para uma hernioplastia (cirurgia limpa), além de omitir o metronidazol na retossigmoidectomia.

c) Correta. Relaciona adequadamente a necessidade de cobertura anaeróbia (metronidazol) para apêndice e cólon, e apenas cobertura para gram-positivos/pele (cefazolina) para hérnia e trato digestivo superior.

d) Incorreta. Erra ao sugerir metronidazol para uma cirurgia limpa (hernioplastia) e ao sugerir apenas cefazolina para uma cirurgia colorretal (retossigmoidectomia), onde a cobertura anaeróbia é essencial.

Gabarito: Letra (c).

Questão 90

Para compreender esta questão, devemos revisar as diretrizes da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) e os protocolos de abreviação de jejum (como o ACERTO ou ERAS), que definem os tempos mínimos de jejum pré-operatório para reduzir o risco de aspiração pulmonar sem causar desidratação ou catabolismo excessivo.

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): De acordo com as diretrizes da ASA, uma refeição sólida leve (como torradas e líquidos claros) exige um tempo mínimo de jejum de 6 horas. Assim, ela pode ser consumida até esse limite temporal antes da cirurgia.

Afirmativa II (Correta): Refeições pesadas, que contenham gordura, frituras ou carnes, possuem um tempo de esvaziamento gástrico muito mais lento. Para esses casos, a recomendação de jejum é de, no mínimo, 8 horas.

Afirmativa III (Incorreta): O tempo de jejum recomendado para líquidos claros (água, sucos sem polpa, café preto, chá e bebidas ricas em carboidratos utilizadas em protocolos ERAS/ACERTO) é de 2 horas. A afirmação sugere 1 hora, o que está em desacordo com as principais diretrizes de segurança anestésica.

Afirmativa IV (Incorreta): O leite de vaca não é considerado líquido claro devido à presença de proteínas e gorduras que retardam o esvaziamento gástrico, sendo equiparado a uma refeição leve (jejum de 6 horas). O período de 4 horas de jejum é específico para o leite materno. Para fórmulas infantis, o tempo também é de 6 horas.

Conclusão das Alternativas:

A alternativa (a) está incorreta porque a afirmativa III está errada.

A alternativa (b) está incorreta porque a afirmativa IV está errada.

A alternativa (c) está correta, pois apenas as afirmativas I e II respeitam as diretrizes de jejum pré-operatório.

A alternativa (d) está incorreta porque tanto a afirmativa III quanto a IV apresentam tempos de jejum inadequados.

Gabarito: Letra (c).

Questão 91

A classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) é um dos pilares da avaliação pré-anestésica, estratificando o estado físico do paciente antes de um procedimento cirúrgico. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação é classificado como ASA 6. O ASA 5 é definido como o paciente moribundo cuja sobrevivência não é esperada sem a realização da cirurgia.

Alternativa b) Incorreta. O ASA 3 é o paciente com doença sistêmica grave que limita

a funcionalidade, mas que não constitui uma ameaça constante à vida (por exemplo: diabetes mellitus mal controlado, DPOC estável ou passado de infarto há mais de 3 meses). A descrição de "ameaça constante à vida" refere-se ao ASA 4.

Alternativa c) Incorreta. A definição de paciente moribundo que não deve sobreviver sem a operação corresponde ao ASA 5. O ASA 4 é o paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida (por exemplo: infarto do miocárdio recente com menos de 3 meses, sepse ou disfunção orgânica grave).

Alternativa d) Correta. O ASA 2 é, por definição, o paciente com doença sistêmica leve, sem limitações funcionais. Exemplos comuns incluem fumantes tabagistas (sem DPOC), gestantes, pacientes com obesidade leve (IMC entre 30 e 40) ou pacientes com doenças crônicas bem controladas, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus controlado apenas com dieta ou medicação oral.

Gabarito: Letra (d).

Questão 92

Análise detalhada das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A doença diverticular do cólon é a causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa (HDB) maciça no adulto, sendo responsável por cerca de 30% a 50% dos casos. Outras causas importantes incluem angiodisplasias, neoplasias e colites.

Afirmativa II: Correta. Cerca de 10% a 15% dos casos que se apresentam inicialmente como enterorragia ou hematoquezia grave têm, na verdade, uma origem no trato digestivo superior. Isso ocorre quando o sangramento é tão volumoso que acelera o trânsito intestinal, impedindo a digestão do sangue e a formação de melena. Portanto, em pacientes com instabilidade hemodinâmica, a exclusão de hemorragia digestiva alta via endoscopia digestiva alta ou sonda nasogástrica é um passo fundamental.

Afirmativa III: Incorreta. Embora a colonoscopia seja o padrão-ouro para diagnóstico e tratamento da HDB, ela nunca deve ser realizada em pacientes sem estabilização hemodinâmica prévia (prioridade ao ABC do trauma/ressuscitação). Além disso, a realização de colonoscopia sem preparo de cólon (com uso de soluções de polietilenoglicol) é contraindicada, pois a presença de fezes e sangue vivo impede a visualização adequada da mucosa, aumenta o risco de perfuração e reduz drasticamente a eficácia diagnóstica e terapêutica.

Afirmativa IV: Correta. A maioria dos casos de HDB (cerca de 80% a 90%) cessa espontaneamente com medidas conservadoras. A cirurgia está indicada em situações de exceção: instabilidade hemodinâmica que não responde à ressuscitação volêmica, necessidade de transfusão de mais de 4 bolsas de sangue em 24 horas para manter a estabilidade ou necessidade total superior a 10 bolsas durante a internação.

Conclusão: Como as afirmativas I, II e IV estão corretas, a alternativa correta é a letra (b).

Questão 93

Alternativa (a): CORRETA. A maioria dos episódios de trombose venosa profunda (TVP) restrita às veias da panturrilha (veias distais) é clinicamente silenciosa. Estudos mostram que mais de 50% desses pacientes não apresentam os sintomas clássicos, como dor, edema ou empastamento da panturrilha, o que dificulta o diagnóstico baseado exclusivamente no exame físico.

Alternativa (b): INCORRETA. O ecodoppler venoso (Duplex Scan) permanece como o exame padrão-ouro inicial e de escolha para o diagnóstico da TVP. Ele é preferido por ser um método não invasivo, de baixo custo, amplamente disponível e com alta sensibilidade e especificidade, especialmente em trombozes proximais. A angiorressonância magnética é um exame de exceção, reservado para casos específicos em que o ecodoppler é inconclusivo ou para avaliar trombozes em vasos pélvicos e abdominais.

Alternativa (c): INCORRETA. Para um primeiro episódio de TVP provocado por um fator de risco cirúrgico ou transitório, o tempo de anticoagulação recomendado pelas principais diretrizes (como o CHEST) é de 3 meses, e não 6 meses. Além disso, a afirmação de que a recorrência é maior entre o terceiro e o sexto mês é clinicamente imprecisa; o risco de recorrência é maior nos primeiros meses após o evento inicial se o paciente não estiver adequadamente tratado, ou após a suspensão da anticoagulação em casos de alto risco.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora a retirada precoce do leito (deambulação) seja uma medida fundamental na profilaxia da TVP, manter o paciente sentado com os membros inferiores pendentes é contraproducente. Essa posição favorece a estase venosa por gravidade, um dos componentes da Tríade de Virchow, aumentando o risco de formação de trombos. A recomendação correta para profilaxia mecânica envolve a elevação dos membros inferiores acima do nível do coração e a movimentação ativa ou passiva, além do uso de métodos como meias de compressão graduada ou compressão pneumática intermitente.

Questão 94

Alternativa a: Incorreta. A história natural do pé diabético demonstra que a vasta maioria das amputações de membros inferiores (aproximadamente 85 por cento) é precedida por uma úlcera nos pés. A úlcera é considerada o evento sentinela que inicia o caminho para a amputação quando não tratada adequadamente.

Alternativa b: Correta. A etiologia das úlceras no pé diabético pode ser puramente neuropática, puramente isquêmica ou mista (neuroisquêmica). Estudos epidemiológicos, como o estudo Eurodiale, confirmam que cerca de 50 por cento dos pacientes diabéticos que apresentam uma úlcera no pé possuem algum grau de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) associada, o que agrava o prognóstico de cicatrização.

Alternativa c: Incorreta. A avaliação fisiológica da perfusão é realizada prioritariamente de forma não invasiva através do Índice Tornozelo-Braquial (ITB), da medida da pressão do hálux e da oximetria transcutânea (TcPO₂). A angiografia é um exame de imagem anatômico, invasivo e com uso de contraste, sendo indicada para o planejamento de revascularização e não para a triagem fisiológica inicial.

Alternativa d: Incorreta. Apesar de os pacientes diabéticos apresentarem um padrão de doença arterial mais distal (infragenicular) e maior incidência de calcificação arterial, o tratamento endovascular evoluiu significativamente. Atualmente, as técnicas de angioplastia são consideradas eficazes e são frequentemente a primeira linha de tratamento para o salvamento do membro nesses pacientes, visando restabelecer o fluxo sanguíneo para a ferida.

Questão 95

Análise detalhada das afirmativas:

Primeira afirmativa (Falsa): As queimaduras de primeiro grau (superficiais), cujo exemplo clássico é a queimadura solar, atingem apenas a camada mais externa da pele (epiderme). Elas se manifestam com eritema (vermelhidão), calor local e dor. No entanto, elas não formam flictenas (bolhas). A presença de flictenas é o marcador clínico que define a progressão para a queimadura de segundo grau (espessura parcial).

Segunda afirmativa (Verdadeira): As queimaduras de espessura parcial superficial (segundo grau) envolvem a epiderme e a porção superior da derme (derme papilar). Elas são caracteristicamente úmidas devido ao extravasamento de plasma após a ruptura ou formação de bolhas. São extremamente dolorosas porque os receptores sensoriais e as terminações nervosas da derme estão expostos e funcionantes.

Terceira afirmativa (Falsa): Esta afirmativa descreve corretamente o aspecto visual da queimadura de espessura total (terceiro grau), que pode ser coriácea (aspecto de couro), seca, branca ou translúcida. Contudo, o erro reside na sensibilidade. Como a queimadura de terceiro grau destrói todas as camadas da pele, incluindo os anexos e os terminais nervosos, a área lesionada é anestésica (indolor ao toque ou picada). A dor sentida pelo paciente em grandes queimados geralmente vem das zonas de primeiro e segundo graus que circundam a área de espessura total.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A primeira afirmativa é falsa e a terceira também é falsa.
- b) Incorreta. A segunda afirmativa é verdadeira.
- c) Incorreta. A primeira afirmativa é falsa e a segunda é verdadeira.
- d) Correta. A sequência correta é Falso, Verdadeiro, Falso, conforme a análise técnica das profundidades teciduais e suas respectivas manifestações clínicas.

Questão 96

Esta questão aborda a Enterocolite Necrosante (ECN), a emergência gastrointestinal mais comum no período neonatal, especialmente em prematuros. Para resolvê-la, é fundamental conhecer os Critérios de Bell modificados, que classificam a gravidade da doença e orientam a conduta (médica ou cirúrgica).

A análise das alternativas revela o seguinte:

- a) Incorreta. O edema e a hiperemia da parede abdominal (eritema) sugerem peritonite subjacente ou necrose de alça intestinal (estágio IIIB clínico). Embora sejam sinais clínicos muito preocupantes e que frequentemente levam à indicação cirúrgica por indicarem sofrimento de alça, na literatura clássica e nos protocolos de residência, eles são considerados sinais de alerta ou indicações relativas/clínicas, perdendo em "absolutismo" para a evidência radiológica de perfuração.
- b) Incorreta. A pneumatose intestinal (presença de gás na parede do intestino) é o achado radiológico patognomônico da ECN, classificando-a no estágio IIA (doença moderada). Por si só, a pneumatose indica tratamento clínico (jejum, sonda orogástrica e antibioticoterapia), e não cirurgia.
- c) Correta. A "pequena lâmina de ar sobre o fígado" em um Rx de abdome em decúbito dorsal é uma descrição clássica de pneumoperitônio. O ar livre na cavidade abdominal se desloca para a região anterior e superior, sobrepondo-se à imagem do fígado. O pneumoperitônio (estágio IIIB radiológico) indica perfuração intestinal e é a

única indicação cirúrgica absoluta e consensual em todas as diretrizes de tratamento da enterocolite necrosante.

d) Incorreta. O gás na veia porta é um sinal de progressão da doença (estágio IIB), indicando maior gravidade. No entanto, sua presença isolada não é indicação de cirurgia. Muitos neonatos com gás na veia porta respondem bem ao tratamento clínico intensivo, desde que não apresentem perfuração.

Resumo da indicação cirúrgica: Na ECN, o tratamento é prioritariamente clínico. A intervenção cirúrgica (laparotomia ou drenagem peritoneal) torna-se obrigatória (absoluta) diante da evidência de perfuração intestinal, manifestada radiologicamente pelo pneumoperitônio. Além da perfuração, outras indicações (muitas vezes consideradas relativas ou clínicas) incluem a deterioração clínica persistente apesar do tratamento médico, massa palpável ou alça fixa ao raio X.

Questão 97

A questão descreve um caso de diverticulite aguda complicada por um pequeno abscesso pericólico. De acordo com a Classificação de Hinchey modificada, este quadro é compatível com o estágio Ib (abscesso pericólico localizado).

Alternativa a: Está correta. O manejo inicial para pacientes com abscessos pericólicos pequenos (geralmente menores que 3 a 4 cm) e estabilidade hemodinâmica consiste em internação hospitalar, suporte clínico e antibioticoterapia endovenosa. Como o exame de imagem não evidenciou sinais de peritonite generalizada (ausência de líquido livre e pneumoperitônio) e o paciente está estável, a colectomia de urgência não está indicada neste momento.

Alternativa b: Está incorreta. O tratamento ambulatorial com antibióticos orais costuma ser reservado para casos de diverticulite não complicada (Hinchey Ia) em pacientes jovens, estáveis e sem comorbidades. A presença de um abscesso, associada à idade avançada do paciente (75 anos) e à presença de febre, justifica a hospitalização para terapia endovenosa e monitorização evolutiva.

Alternativa c: Está incorreta. A cirurgia de urgência é indicada para casos de peritonite purulenta ou fecal (Hinchey III e IV) ou em situações de falha do tratamento clínico e da drenagem percutânea. Para abscessos localizados e estágios iniciais, a conduta inicial deve ser conservadora com antibióticos.

Alternativa d: Está incorreta. A realização de colonoscopia é formalmente contraindicada na fase aguda da diverticulite. Devido ao processo inflamatório intenso, a parede do cólon torna-se frágil, o que eleva significativamente o risco de

perfuração iatrogênica durante a insuflação de ar do exame. A colonoscopia deve ser realizada apenas 6 a 8 semanas após a resolução completa dos sintomas para excluir neoplasias malignas.

Questão 98

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. A maioria dos pacientes portadores de colelitíase (pedras na vesícula) permanece assintomática durante toda a vida. Estima-se que apenas 1% a 4% desses pacientes desenvolvam sintomas anualmente. O risco de evoluir para colecistite aguda é significativamente menor do que 50%, ficando longe da estimativa apresentada na alternativa.

Alternativa B: INCORRETA. A Ultrassonografia (USG) de abdome é o exame inicial de escolha por ser acessível, não invasivo e apresentar alta sensibilidade para detectar cálculos e sinais inflamatórios na vesícula. Já o exame considerado padrão-ouro (maior acurácia diagnóstica) é a Cintilografia Biliar (HIDA scan), que demonstra a ausência de enchimento da vesícula biliar devido à obstrução do ducto cístico. A tomografia é reservada principalmente para casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de complicações (abscessos, perfuração ou colecistite enfisematosa).

Alternativa C: CORRETA. O íleo biliar é uma complicação rara decorrente de episódios de colecistite que geram uma fístula entre a vesícula e o intestino (geralmente o duodeno). Um cálculo volumoso passa por essa fístula e causa obstrução mecânica, geralmente no íleo terminal. A Tríade de Rigler é o achado clássico de imagem (raio X ou tomografia) para essa condição, composta por: 1. Pneumobilia (ar nas vias biliares); 2. Sinais de obstrução de intestino delgado (alças dilatadas); 3. Cálculo biliar ectópico (frequentemente na fossa ilíaca direita).

Alternativa D: INCORRETA. O tempo de evolução superior a 72 horas não é uma contraindicação absoluta para o tratamento cirúrgico. Atualmente, as diretrizes internacionais (como o Tokyo Guidelines 2018) recomendam a colecistectomia videolaparoscópica precoce como o tratamento preferencial, independentemente do tempo de início dos sintomas, desde que o paciente apresente condições clínicas para o procedimento. A cirurgia precoce reduz o tempo de internação e custos hospitalares em comparação à conduta de "esfriar" o processo inflamatório para operar tardiamente.

Questão 99

Análise do caso: O paciente apresenta dor crônica intensa e refratária, sendo indicada a metadona, um analgésico da classe dos opioides que também possui ação antagonista nos receptores NMDA. A questão solicita a alternativa incorreta sobre essa classe farmacológica.

Alternativa (a): Está correta. A tolerância é uma característica marcante dos opioides. Com o uso contínuo, ocorre uma redução da resposta farmacológica, exigindo o aumento da dose para manter o mesmo nível de analgesia. Isso ocorre por mecanismos de adaptação celular e regulação dos receptores opioides.

Alternativa (b): Está correta. O organismo desenvolve tolerância a diversos efeitos colaterais dos opioides, como náuseas, vômitos e sedação, que tendem a diminuir após os primeiros dias de uso com doses estáveis. Contudo, a constipação e a miose são as grandes exceções: o paciente não desenvolve tolerância a esses efeitos, e a constipação deve ser monitorada e tratada preventivamente durante todo o curso da terapia.

Alternativa (c): Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito. É fundamental distinguir dependência física de dependência psíquica (adicção). A dependência física é uma adaptação fisiológica esperada no uso crônico, resultando em sintomas de abstinência se o remédio for parado subitamente. Já a dependência psíquica ou adicção é um transtorno caracterizado pelo uso compulsivo e perda de controle. Em pacientes com dor crônica, sem histórico prévio de abuso de substâncias e que utilizam a medicação conforme orientação médica, o desenvolvimento de adicção é considerado infrequente, e não "comum".

Alternativa (d): Está correta. A toxicidade por opioides e a superdosagem manifestam-se clinicamente através da depressão do sistema nervoso central. Os sinais incluem sonolência excessiva, confusão mental, mioclonias e depressão respiratória. Em casos graves ou com o uso de determinados opioides (como a meperidina ou doses muito altas de outros), podem ocorrer convulsões.

Questão 100

Esta questão aborda o manejo farmacológico do delirium no paciente idoso, com foco especial nas comorbidades e no perfil de efeitos colaterais dos antipsicóticos.

O delirium é um distúrbio agudo da atenção e da cognição, muito comum em idosos no pós-operatório. A primeira linha de tratamento é sempre a identificação e a correção das causas subjacentes e a implementação de medidas não farmacológicas. Quando o uso de medicação se torna necessário (devido à agitação severa ou ao

risco à integridade do paciente), os antipsicóticos em baixas doses são as drogas de escolha.

Alternativa A: Correta. O haloperidol é um antipsicótico típico de alta potência. Ele é a medicação de escolha no delirium por possuir pouca atividade anticolinérgica, pouco efeito sedativo e mínima interferência na pressão arterial. No caso específico deste paciente, que possui bexiga neurogênica e operou a próstata, o uso de medicações com perfil anticolinérgico é perigoso, pois pode causar retenção urinária aguda e agravar ainda mais o quadro de confusão mental.

Alternativa B: Incorreta. A clorpromazina é um antipsicótico de baixa potência com elevada atividade anticolinérgica e alfa-bloqueadora. Em idosos, ela aumenta consideravelmente o risco de hipotensão ortostática, sedação excessiva e retenção urinária, sendo contraindicada para o manejo do delirium nesse perfil de paciente.

Alternativa C: Incorreta. A tioridazina também é um antipsicótico de baixa potência com fortíssimos efeitos colaterais, incluindo sedação e risco de arritmias por prolongamento do intervalo QT. Assim como a clorpromazina, agravaria a condição urinária do paciente e a própria desorientação.

Alternativa D: Incorreta. A levomepromazina é um antipsicótico de baixa potência extremamente sedativo e com alto poder anticolinérgico. Seu uso no pós-operatório de um paciente idoso com comorbidades urológicas elevaria drasticamente o risco de complicações como quedas, retenção urinária e prolongamento do estado confusional.

Em resumo, o haloperidol (alternativa A) é preferível porque oferece o melhor perfil de segurança em relação aos efeitos colaterais autonômicos (anticolinérgicos), preservando a função urinária e hemodinâmica do paciente idoso.