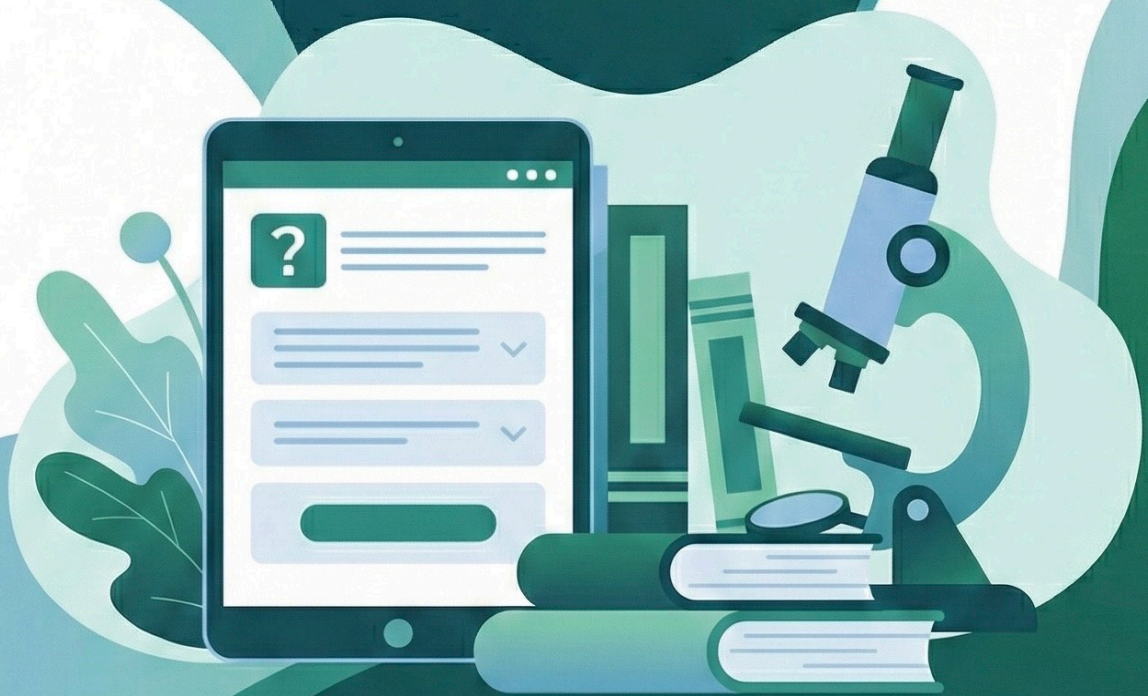


# Hospital adventista Silvestre

GABARITO | 2026 | RJ | 100 Questões



## Gabarito: Hospital adventista Silvestre

2026 | RJ

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Esta questão aborda o protocolo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) para o manejo de ritmos chocáveis (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso).

De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA), a administração de antiarrítmicos está indicada quando a arritmia persiste após o terceiro choque. A amiodarona é a droga de escolha preferencial, embora a lidocaína também seja uma alternativa aceitável.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O protocolo prevê apenas duas doses de amiodarona durante a ressuscitação na fase de parada cardiorrespiratória. Além disso, a segunda dose deve ser de 150 mg, e não de 300 mg.

Alternativa b) Correta. Conforme o algoritmo do ACLS, a primeira dose de amiodarona deve ser de 300 mg em bolus (geralmente administrada após o terceiro choque). Caso o ritmo persista após novo ciclo e choque, uma segunda dose de 150 mg em bolus deve ser administrada (geralmente após o quinto choque).

Alternativa c) Incorreta. Embora a primeira dose esteja correta (300 mg), a segunda dose deve ser a metade da inicial (150 mg), e não uma repetição da dose plena de 300 mg.

Alternativa d) Incorreta. O protocolo oficial recomenda apenas duas doses durante o atendimento da parada. A administração de doses subsequentes não faz parte do algoritmo padrão de ressuscitação para ritmos chocáveis.

Alternativa e) Incorreta. A amiodarona é amplamente indicada e fundamental no manejo da FV/TVsp refratária. Embora possua efeitos cronotrópicos e inotrópicos negativos, seu benefício na estabilização elétrica do miocárdio em casos de arritmias letais supera esses riscos no contexto da PCR.

Resumo do protocolo para amiodarona na PCR:

- Momento: Após o 3º choque.
  - 1ª dose: 300 mg (diluída em 20 ml de soro glicosado 5% ou soro fisiológico, em bolus rápido).
  - 2ª dose: 150 mg (se o ritmo persistir).
-

## Questão 2

Para compreender os achados laboratoriais da anemia ferropriva, devemos analisar como o corpo armazena e transporta o ferro. A anemia ferropriva representa o estágio em que as reservas de ferro se esgotaram, comprometendo a produção de hemoglobina.

A ferritina é a principal proteína de reserva de ferro. Quando seus níveis estão baixos, isso reflete diretamente a redução dos estoques corporais de ferro. Embora o ponto de corte possa variar levemente entre referências, o valor de ferritina abaixo de 30 ng/mL é amplamente aceito como um marcador altamente específico para deficiência de ferro.

A saturação de transferrina indica a porcentagem de ferro ligado à proteína que o transporta no sangue (transferrina). Na deficiência de ferro, o ferro sérico diminui e a capacidade total de ligação do ferro (TIBC) geralmente aumenta como resposta compensatória. Isso resulta em uma queda na saturação de transferrina, tipicamente para valores inferiores a 20%.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Valores de ferritina maiores que 30 ng/mL e saturação de transferrina acima de 20% são encontrados em indivíduos com estoques de ferro normais.
- b) Incorreta. Apesar de a ferritina estar baixa, a saturação de transferrina acima de 20% não é o achado típico da anemia instalada, na qual a oferta de ferro para a medula óssea já está prejudicada.
- c) Incorreta. A saturação de transferrina acima de 20% é considerada normal. Além disso, a afirmação de que não se considera a ferritina é falsa, pois ela é o parâmetro mais sensível e fidedigno para diagnosticar a depleção dos estoques de ferro.
- d) Incorreta. Ferritina maior que 30 ng/mL com saturação de transferrina baixa (menor que 20%) é um padrão frequentemente observado na anemia de doença crônica (anemia da inflamação), na qual o ferro existe no corpo, mas está "sequestrado" nos estoques e não fica disponível para a circulação.
- e) Correta. Esta alternativa descreve o perfil clássico da anemia ferropriva: Ferritina baixa (indicando ausência de reserva) e Saturação de Transferrina baixa (indicando escassez de ferro circulante para a produção de novas hemácias).

### Questão 3

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) com 5 horas de evolução, NIHSS de 15 (déficit neurológico moderado a grave) e presença de fibrilação atrial. A angiotomografia confirmou uma oclusão de grande vaso (artéria cerebral média proximal).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O fato de o tempo de início dos sintomas ser superior a 4,5 horas contraindica a trombólise endovenosa convencional, mas não exclui a possibilidade de reperfusão por outros métodos. O paciente tem uma oclusão proximal de grande vaso documentada, o que o torna candidato à terapia endovascular.

Alternativa b: Incorreta. A janela terapêutica para a administração do trombolítico endovenoso (alteplase) é de até 4,5 horas a partir do início dos sintomas (ou do último momento visto normal). Como o paciente já possui 5 horas de evolução, o risco de sangramento supera o benefício da terapia endovenosa.

Alternativa c: Correta. Para pacientes com oclusão de grandes vasos da circulação anterior (como a porção proximal da artéria cerebral média), a trombectomia mecânica é o tratamento de escolha quando o procedimento pode ser iniciado dentro de uma janela de 6 horas. Mesmo que o paciente tenha perdido a janela para a alteplase (4,5h), ele ainda se beneficia enormemente da desobstrução mecânica do vaso até as 6 horas de evolução (nível de evidência 1A). Atualmente, essa janela pode ser estendida até 24 horas em casos selecionados por critérios de imagem avançada, mas nas primeiras 6 horas a indicação é baseada apenas na oclusão proximal e escala de ASPECTS favorável (baixa hipodensidade na TC inicial).

Alternativa d: Incorreta. A anticoagulação plena com heparina na fase aguda do AVE isquêmico não é recomendada, pois aumenta o risco de transformação hemorrágica da área infartada sem oferecer benefícios claros na redução de novos eventos ou melhora do desfecho neurológico imediato. A presença de fibrilação atrial exigirá anticoagulação crônica, mas esta deve ser iniciada após a fase aguda (geralmente após alguns dias, dependendo da extensão do infarto).

Alternativa e: Incorreta. Há indicação clara de reperfusão por via endovascular (trombectomia). Quanto à aspirina, ela é recomendada para quase todos os pacientes com AVE isquêmico agudo, devendo ser iniciada após as primeiras 24 horas se o paciente for submetido à trombólise, ou de imediato se não houver terapia de reperfusão ou contraindicações. Negar qualquer conduta de reperfusão neste caso

prejudica o prognóstico do paciente.

## Questão 4

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de anemia megaloblástica, caracterizada por anemia (Hemoglobina 7,4 g/dL) com Volume Corpuscular Médio (VCM) elevado (119 fL) e presença de neutrófilos hipersegmentados no sangue periférico. O diferencial mais importante aqui é entre a deficiência de vitamina B12 (cobalamina) e a de ácido fólico.

Três pontos fundamentais direcionam para a deficiência de vitamina B12:

1. Sintomas neurológicos: A perda de memória e as parestesias são manifestações típicas da carência de B12, devido à desmielinização dos cordões posteriores e laterais da medula espinhal. A deficiência de ácido fólico não costuma cursar com alterações neurológicas.
2. Antecedente cirúrgico: A gastrectomia subtotal ocorrida há 10 anos é o fator causal direto. A absorção da vitamina B12 depende do ácido clorídrico (para liberar a vitamina dos alimentos) e do fator intrínseco (produzido pelas células parietais do estômago) para sua absorção no íleo distal. Sem o estômago ou com sua área reduzida, a absorção fica gravemente comprometida.
3. Tempo de evolução: Os estoques corporais de B12 são vastos e levam de 3 a 10 anos para se esgotarem após a interrupção da absorção, o que coincide perfeitamente com o histórico de 10 anos de pós-operatório do paciente.

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

A causa é a deficiência de cobalamina (vitamina B12), justificada pela clínica neurológica e pelo antecedente de gastrectomia. O tratamento deve ser feito preferencialmente por via parenteral (intramuscular), pois o paciente não possui a fisiologia gástrica necessária para absorver a vitamina via oral de forma eficaz (falta de fator intrínseco e acidez).

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Embora a deficiência de ácido fólico cause anemia macrocítica e hipersegmentação de neutrófilos, ela não justifica os sintomas neurológicos apresentados. Além disso, o histórico de gastrectomia aponta especificamente para o metabolismo da B12.

Alternativa B: O diagnóstico da deficiência está correto, porém a via enteral (oral) não é a mais apropriada para um paciente gastrectomizado com sintomas

neurrológicos. Em casos de má absorção grave ou manifestações neurrológicas, a reposição parenteral é mandatória para garantir a biodisponibilidade e a reversão dos sintomas.

Alternativa C: A deficiência de ferro causa anemia microcítica (VCM baixo), e não macrocítica (VCM alto), como a observada neste paciente (119 fL).

Alternativa D: Assim como na alternativa anterior, a deficiência de ferro não condiz com o achado laboratorial de macrocitose e hipersegmentação de neutrófilos. Além disso, o ferro não justifica a parestesia e a perda de memória.

---

## Questão 5

Esta questão aborda as complicações agudas da transfusão sanguínea, exigindo o diagnóstico diferencial entre as principais reações transfusionais.

A paciente apresenta um quadro de insuficiência respiratória aguda (dispneia e dessaturação), acompanhado de febre (38,4 °C) e infiltrado alveolar bilateral na radiografia de tórax, surgindo 30 minutos após o início da transfusão. Esse conjunto de sinais e sintomas é clássico da Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão, conhecida pela sigla TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury).

Alternativa (a) Incorreta. A sepse bacteriana por contaminação da bolsa de sangue pode causar febre e choque, mas o quadro clínico seria marcado por uma instabilidade hemodinâmica mais grave e sistêmica. Embora possa evoluir com desconforto respiratório, o infiltrado pulmonar bilateral súbito associado à transfusão direciona o diagnóstico primariamente para TRALI.

Alternativa (b) Correta. A TRALI é definida como uma lesão pulmonar aguda (edema pulmonar não cardiogênico) que ocorre durante ou até 6 horas após a transfusão. É causada por anticorpos presentes no plasma do doador que reagem com os leucócitos do receptor, levando à ativação de neutrófilos nos pulmões e dano endotelial capilar. Os critérios principais são hipoxemia de início agudo e infiltrado pulmonar bilateral ao raio X, frequentemente acompanhados de febre e hipotensão. A presença de febre é um divisor de águas importante para diferenciá-la da sobrecarga circulatória.

Alternativa (c) Incorreta. A Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (TACO) é um diagnóstico diferencial importante, especialmente em idosos com insuficiência cardíaca, como no caso desta paciente. No entanto, a TACO é um edema pulmonar cardiogênico (por excesso de volume). Diferente da TRALI, a TACO geralmente cursa com hipertensão arterial, ausência de febre e responde bem a diuréticos. A febre de

38,4 °C relatada na questão torna a TRALI muito mais provável que a TACO.

Alternativa (d) Incorreta. A Reação Hemolítica Aguda ocorre por incompatibilidade ABO. Embora cause febre, o quadro costuma ser acompanhado de dor lombar, dor abdominal, hipotensão e sinais claros de hemólise intravascular, como icterícia e hemoglobinúria (urina escura). O enunciado nega explicitamente icterícia, dor abdominal e alteração na cor da urina, descartando essa hipótese.

Alternativa (e) Incorreta. A reação hipotensiva é caracterizada por uma queda súbita e isolada da pressão arterial logo no início da transfusão, sem relação direta com infiltrados pulmonares ou febre, sendo mediada frequentemente por bradicininas (comum em pacientes em uso de inibidores da ECA). Não justifica os achados radiológicos e respiratórios descritos.

---

## Questão 6

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente de 68 anos com um quadro de sangramento mucocutâneo (gengivorragia, petéquias e equimoses) de início agudo. O dado mais importante do hemograma é a trombocitopenia isolada (plaquetas de  $47.000/\text{mm}^3$ ), uma vez que a hemoglobina e os leucócitos estão dentro da normalidade. A ausência de organomegalias (esplenomegalia ou hepatomegalia) e de linfadenopatias reforça a hipótese de uma patologia restrita às plaquetas, sem caráter infiltrativo ou de hiperesplenismo.

### DIAGNÓSTICO: PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)

A PTI é definida pela destruição periférica de plaquetas mediada por autoanticorpos, resultando em plaquetopenia isolada. Em adultos, o diagnóstico é de exclusão. Diferente das crianças, em que a conduta pode ser apenas observação, em adultos com contagens de plaquetas abaixo de  $30.000$  a  $50.000/\text{mm}^3$  associadas a sintomas hemorrágicos, o tratamento está indicado. A primeira linha terapêutica consiste no uso de corticosteroides, sendo a prednisona na dose de  $1 \text{ mg/kg/dia}$  a escolha clássica.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A Púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite de pequenos vasos (IgA) que tipicamente apresenta contagem de plaquetas normal ou até elevada. Clinicamente, caracteriza-se por púrpura palpável (principalmente em membros inferiores), artralgia, dor abdominal e comprometimento renal. Não condiz

com o quadro de plaquetopenia da paciente.

Alternativa b) Incorreta. Embora o diagnóstico de Púrpura Trombocitopênica Imune esteja correto, a conduta de observação clínica não é a mais adequada para este caso. A paciente apresenta sangramento mucoso ativo (gengivorragia) e é idosa, o que aumenta o risco de complicações hemorrágicas graves. Em adultos sintomáticos com plaquetas nesse nível, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado.

Alternativa c) Incorreta. Conforme explicado na alternativa A, a Púrpura de Henoch-Schönlein cursa com plaquetas normais, o que invalida o diagnóstico diante de um hemograma com 47.000 plaquetas.

Alternativa d) Correta. A paciente preenche os critérios para PTI (trombocitopenia isolada e exame físico sem outras citopenias ou organomegalias). A presença de sangramento mucoso (gengivorragia) justifica o início imediato da corticoterapia com prednisona 1 mg/kg/dia para elevar a contagem plaquetária e reduzir o risco hemorrágico.

Alternativa e) Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é uma emergência médica caracterizada por uma pêntade: anemia hemolítica microangiopática (com presença de esquizócitos), trombocitopenia, febre, alterações neurológicas e disfunção renal. A paciente em questão possui hemoglobina normal (13 g/dL) e não apresenta sinais de hemólise ou disfunção multiorgânica, o que afasta PTT. A plasmaferese seria o tratamento de escolha se o diagnóstico fosse PTT.

---

## Questão 7

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crônica que faz parte do grupo das espondiloartrites, afetando predominantemente o esqueleto axial (coluna vertebral e articulações sacroilíacas). O diagnóstico e a compreensão da doença baseiam-se na diferenciação entre a dor mecânica e a dor inflamatória, além do reconhecimento de manifestações extra-articulares.

Alternativa A (Dactilite): A dactilite, ou dedo em salsicha, é a inflamação difusa de um dedo das mãos ou dos pés. Embora seja um achado clássico da Artrite Psoriásica, ela pode ocorrer em qualquer uma das espondiloartrites, incluindo a Espondilite Anquilosante, especialmente quando há envolvimento de articulações periféricas.

Alternativa B (Uveíte anterior): Esta é a manifestação extra-articular mais comum da Espondilite Anquilosante, acometendo cerca de 25 a 30 por cento dos pacientes ao longo da vida. Manifesta-se geralmente como um quadro agudo, unilateral, com dor, fotofobia e vermelhidão ocular.

Alternativa C (Dor à palpação do tendão de Aquiles): A entesite, que é a inflamação no local onde tendões e ligamentos se inserem no osso, é considerada a lesão básica das espondiloartrites. O tendão de Aquiles e a fásia plantar são os sítios mais frequentemente acometidos, causando dor importante à palpação e ao caminhar.

Alternativa D (HLA-B27 positivo): O antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 apresenta uma forte associação com a Espondilite Anquilosante. Cerca de 90 por cento dos pacientes brancos com a doença possuem esse marcador. Apesar de não ser um critério obrigatório ou isoladamente diagnóstico, sua presença em um paciente jovem com dor lombar crônica aumenta significativamente a probabilidade da doença.

Alternativa E (Dor lombar baixa que melhora com o repouso): Esta alternativa descreve uma característica de dor lombar MECÂNICA (como em casos de hérnia de disco ou bico de papagaio). Na Espondilite Anquilosante, a dor é obrigatoriamente INFLAMATÓRIA. A dor lombar inflamatória possui critérios bem definidos: melhora com a atividade física, PIORA ou não apresenta melhora com o repouso, costuma despertar o paciente na segunda metade da noite e está associada a uma rigidez matinal prolongada (geralmente superior a 30 minutos). Portanto, um paciente com EA dificilmente apresentará melhora dos sintomas ao repousar; pelo contrário, o repouso prolongado tende a agravar a rigidez e o desconforto.

---

### Questão 8

O quadro clínico apresentado (mulher de 48 anos, poliartrite simétrica de grandes e pequenas articulações com duração superior a 6 semanas, fator reumatoide positivo e provas de atividade inflamatória elevadas) é diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR). O tratamento da AR baseia-se no uso das Drogas Modificadoras do Curso da Doença (DMARDs ou MMCDs), que têm a capacidade de reduzir a atividade inflamatória, prevenir a erosão óssea e evitar a incapacidade funcional.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Ciclofosfamida: Incorreta. É um agente alquilante citotóxico potente, utilizado em casos graves de lúpus eritematoso sistêmico ou vasculites sistêmicas. Na Artrite Reumatoide, seu uso é excepcional, reservado apenas para complicações extra-articulares muito graves, como a vasculite reumatoide sistêmica, não sendo considerada uma droga modificadora padrão para o quadro articular.

b) Naproxeno: Incorreta. O naproxeno é um anti-inflamatório não esteroide (AINE). Embora seja útil no controle sintomático inicial da dor e do edema articular, os AINEs

não têm a capacidade de interferir na progressão da doença ou evitar o dano radiológico (erosões). Portanto, não são modificadores do curso da doença.

c) Azatioprina: Incorreta. É um imunossupressor que pode ser utilizado em diversas doenças autoimunes, mas não faz parte do grupo principal de drogas modificadoras de primeira ou segunda linha para a artrite reumatoide. Seu papel na AR é limitado e geralmente focado em manifestações extra-articulares específicas.

d) Hidroxicloroquina: Correta. É classificada como uma Droga Modificadora do Curso da Doença (DMARD) sintética convencional. É indicada para casos de AR com baixa atividade de doença ou como parte da "terapia tripla" (associada ao metotrexato e à sulfassalazina). Entre as opções listadas, é a única droga consagrada no manejo da AR com o objetivo de modificar o curso natural da patologia.

e) Pregabalina: Incorreta. É um modulador de canais de cálcio utilizado principalmente para dor neuropática e fibromialgia. Não possui efeito anti-inflamatório e não atua no mecanismo fisiopatológico da Artrite Reumatoide, servindo apenas como adjuvante no manejo de dor crônica, se necessário.

---

## Questão 9

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: MIOSITE POR CORPÚSCULOS DE INCLUSÃO (IBM)

O caso clínico apresenta um quadro clássico de Miosite por Corpúsculos de Inclusão (IBM). Esta patologia é a miopatia inflamatória mais comum em pacientes com mais de 50 anos, sendo mais frequente no sexo masculino. O que a diferencia das demais miosites é o seu caráter insidioso (evolução lenta ao longo de anos) e o padrão de fraqueza muscular, que é tipicamente assimétrico e envolve tanto a musculatura proximal quanto a distal. Os sinais patognomônicos descritos na questão são a atrofia e fraqueza dos flexores profundos dos dedos e da musculatura anterior da perna (levando a tropeços). Além disso, a disfagia é um sintoma comum e a doença é notavelmente conhecida por sua má resposta ao tratamento com corticoides e imunossupressores.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A polimiosite é uma doença que cursa com fraqueza muscular simétrica e predominantemente proximal (cinturas escapular e pélvica). Diferente do caso relatado, ela costuma ter um início mais rápido (subagudo) e apresenta uma boa resposta inicial ao uso de corticosteroides. Não costuma poupar a musculatura distal nem ser assimétrica.

Alternativa b) Incorreta. A dermatomiosite também se caracteriza por fraqueza proximal e simétrica, mas sua principal marca são as alterações dermatológicas, como o heliotropo (erupção violácea nas pálpebras) e as pápulas de Gottron (lesões avermelhadas sobre as articulações dos dedos). A ausência de lesões cutâneas e a presença de acometimento distal assimétrico afastam este diagnóstico.

Alternativa c) Correta. A miosite por corpúsculos de inclusão preenche todos os critérios do enunciado: paciente idoso, fraqueza distal e assimétrica (especialmente flexores dos dedos e tibial anterior), disfagia e refratariedade ao tratamento imunossupressor convencional. O aumento das enzimas musculares costuma ser leve a moderado, o que também condiz com o quadro.

Alternativa d) Incorreta. A miosite necrosante imunomediada manifesta-se com fraqueza proximal simétrica de início agudo ou subagudo, geralmente com níveis de creatinofosfoquinase (CK) muito elevados (frequentemente acima de 10 vezes o valor normal). Embora possa ser de difícil tratamento, o padrão clínico e de distribuição da fraqueza é distinto da IBM.

Alternativa e) Incorreta. A artrite reumatoide é uma doença inflamatória autoimune que ataca primariamente a sinóvia das articulações, causando dor, edema articular e rigidez matinal. Embora possa causar atrofia muscular secundária por desuso ou inflamação sistêmica, não apresenta o padrão de miopatia distal e proximal assimétrica com aumento isolado de enzimas musculares como descrito no caso.

---

### Questão 10

O caso clínico descreve um paciente masculino de 52 anos com a tríade clássica da estenose aórtica importante: síncope (ocorrida durante esforço físico), angina (dor precordial aos esforços que melhora com o repouso) e dispneia (embora não explicitada, a presença de B4 sugere disfunção diastólica por hipertrofia).

A análise do sopro é fundamental para o diagnóstico. O sopro sistólico de intensidade 4+/6+ no segundo espaço intercostal direito (foco aórtico) é característico da estenose aórtica. O fato de o sopro reduzir de intensidade com a manobra de Valsalva confirma essa suspeita, pois essa manobra reduz o retorno venoso e, conseqüentemente, o volume de sangue que passa pela valva estenótica, diminuindo o ruído. A presença de um segundo sopro sistólico no ápice (quinto espaço intercostal) pode representar o fenômeno de Gallavardin, que é a irradiação do sopro da estenose aórtica para a região mitral, onde ele assume um timbre mais agudo ou musical. O eletrocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda (HVE) corrobora a sobrecarga de pressão crônica imposta ao ventrículo.

Alternativa a: Incorreta. A ruptura de cordoalha tendínea causa insuficiência mitral aguda. O quadro clínico seria de edema agudo de pulmão súbito e instabilidade hemodinâmica, com sopro sistólico apical irradiado para a axila, e não um quadro crônico de angina e síncope aos esforços com sopro em foco aórtico.

Alternativa b: Incorreta. A cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva é um importante diagnóstico diferencial, pois também causa síncope, angina e sopro sistólico. No entanto, o sopro da cardiomiopatia hipertrófica tipicamente aumenta de intensidade com a manobra de Valsalva (pois a redução do volume ventricular acentua a obstrução do fluxo de saída), enquanto na estenose aórtica o sopro diminui. Além disso, o sopro da hipertrófica costuma ser mais audível na borda esternal esquerda baixa.

Alternativa c: Incorreta. A comunicação interatrial (CIA) geralmente apresenta um desdobramento fixo da segunda bulha (B2) e um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar (segundo espaço intercostal esquerdo) devido ao hiperfluxo pulmonar, o que não condiz com a localização do sopro e a sintomatologia de angina e síncope do paciente.

Alternativa d: Correta. Conforme analisado, os sintomas de esforço (angina e síncope), a localização do sopro no foco aórtico, a resposta à manobra de Valsalva, a presença de B4 e os sinais de HVE no ECG formam o conjunto clássico da estenose aórtica.

Alternativa e: Incorreta. Embora o infarto agudo do miocárdio cause dor precordial, a descrição de dor que melhora em repouso (angina estável) associada a um sopro sistólico de longa data e síncope durante o futebol direciona o diagnóstico para uma etiologia valvar estrutural e não para um evento isquêmico agudo primário. No IAM, o sopro poderia surgir como complicação (insuficiência mitral por disfunção papilar), mas não explicaria todo o quadro clínico apresentado.

---

## Questão 11

### ANÁLISE DA QUESTÃO E DA ESPIROMETRIA

Para identificar o distúrbio ventilatório, devemos seguir um roteiro sistemático de interpretação da prova de função respiratória (espirometria):

#### 1. Avaliação do Índice de Tiffeneau (VEF1/CVF):

O primeiro passo é dividir o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) pela Capacidade Vital Forçada (CVF).

Cálculo:  $1,70 / 2,00 = 0,85$  (85%).

Como o valor está acima de 0,70 (ou 70%), descartamos um distúrbio obstrutivo. Nos distúrbios obstrutivos, o paciente tem dificuldade em exalar o ar rapidamente, o que reduz o VEF1 proporcionalmente mais que a CVF, resultando em um índice baixo.

### 2. Avaliação da Capacidade Vital Forçada (CVF):

Observamos que a CVF da paciente é de 2,00, enquanto o normal esperado para ela seria 3,31.

Cálculo do percentual do previsto:  $(2,00 / 3,31) \times 100 = 60,4\%$ .

Valores de CVF abaixo de 80% do previsto, associados a um índice de Tiffeneau normal ou elevado, definem o Distúrbio Ventilatório Restritivo (DVR).

### 3. Avaliação da Resposta ao Broncodilatador (BD):

Para ser considerado um distúrbio reversível, deve haver um aumento de pelo menos 12% E 200 ml no VEF1 ou na CVF após o uso do medicamento.

No VEF1: passou de 1,70 para 1,74 (ganho de apenas 40 ml e 2,3%).

Na CVF: passou de 2,00 para 2,10 (ganho de apenas 100 ml e 5%).

Portanto, o distúrbio não é reversível.

## CORRELAÇÃO CLÍNICA

A paciente apresenta tosse seca, dispneia aos esforços, taquipneia e crepitações (estertores em velcro) ao exame físico. Esse quadro é típico de doenças pulmonares intersticiais. A Pneumonia Intersticial Não Específica (PINE) é uma forma de doença intersticial que causa fibrose ou inflamação no parênquima pulmonar, levando à restrição (o pulmão fica "rígido" e pequeno) e não responde a broncodilatadores, pois o problema não é o calibre dos brônquios, mas sim o tecido pulmonar.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. Embora a sarcoidose possa causar um padrão restritivo, o teste de broncodilatador foi negativo neste caso (não houve reversibilidade significativa nos parâmetros espirométricos). Além disso, as restrições por doenças do parênquima pulmonar raramente apresentam reversibilidade imediata ao broncodilatador.

b) INCORRETA. O índice de Tiffeneau de 0,85 exclui o diagnóstico de asma brônquica (distúrbio obstrutivo), no qual esperaríamos uma relação VEF1/CVF menor que 0,70.

c) INCORRETA. O enfisema pulmonar é uma forma de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Como o índice de Tiffeneau da paciente é normal, o padrão não é obstrutivo.

d) INCORRETA. Além de o padrão não ser obstrutivo, a DPOC clássica é caracterizada

por uma obstrução que não é totalmente reversível, e a questão menciona um padrão restritivo.

e) CORRETA. O padrão espirométrico é restritivo (Tiffeneau normal com CVF baixa), não houve resposta significativa ao broncodilatador (não reversível) e a Pneumonia Intersticial Não Específica justifica perfeitamente os achados clínicos de dispneia, tosse seca e crepitações.

---

## Questão 12

O quadro clínico descrito — disfunção renal de instalação rápida, anasarca e oligoanúria — caracteriza a Síndrome de Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva (GNRP). O achado histopatológico de crescentes na biópsia renal confirma esse diagnóstico sindrômico.

O passo fundamental para definir a etiologia da GNRP é o padrão da imunofluorescência (IF) na biópsia:

1. Padrão Linear: Sugere Doença Antimembrana Basal Glomerular (Doença de Goodpasture).
2. Padrão Granular: Indica deposição de imunocomplexos (como no Lúpus, Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica ou Nefropatia por IgA).
3. Padrão Pauci-imune: Caracteriza-se pela ausência ou raridade de depósitos de imunoglobulinas ou complemento.

No caso clínico, a imunofluorescência é pauci-imune. Esse padrão é fortemente associado às vasculites sistêmicas de pequenos vasos, como a Poliangeíte Microscópica e a Granulomatose com Poliangeíte (antiga Wegener). O marcador sorológico desses quadros é o ANCA (Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos).

Análise das alternativas:

a) Anticorpo anticardiolipina: Incorreto. É um marcador da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), que se associa a fenômenos trombóticos e perdas gestacionais, podendo causar microangiopatia trombótica renal, mas não glomerulonefrite crescêntica pauci-imune.

b) Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): Correto. Como discutido, o ANCA (seja o padrão P-ANCA/antimieloperoxidase ou C-ANCA/antiproteinase 3) é o exame de escolha para investigar vasculites de pequenos vasos que se manifestam como glomerulonefrite crescêntica com imunofluorescência negativa ou mínima (pauci-imune).

c) Anticorpos antimembrana basal glomerular (Anti-GBM): Incorreto. Embora causem GNRP, o padrão de imunofluorescência seria linear, e não pauci-imune.

d) Anticorpos antirreceptor de fosfolipase A2 (Anti-PLA2R): Incorreto. É um marcador específico da Nefropatia Membranosa Primária, que se manifesta tipicamente como síndrome nefrótica de evolução mais lenta, apresentando depósitos granulares na imunofluorescência.

e) Anti-DNA: Incorreto. É o marcador do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). A nefrite lúpica, quando grave, pode cursar com crescentes, porém a imunofluorescência apresentaria um padrão granular intenso (conhecido como padrão de \*full-house\*), devido ao depósito de imunocomplexos.

---

### Questão 13

Para compreender o quadro clínico da hipertensão renovascular por estenose unilateral de artéria renal, é fundamental analisar a fisiopatologia do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA).

Quando ocorre uma estenose hemodinamicamente significativa em apenas uma das artérias renais, o rim afetado percebe uma queda na pressão de perfusão (isquemia relativa). Como resposta, as células justaglomerulares desse rim secretam grandes quantidades de renina. A renina inicia uma cascata que culmina no aumento da angiotensina II e, conseqüentemente, da aldosterona.

A aldosterona atua nos túbulos renais promovendo a reabsorção de sódio e a excreção de potássio (K<sup>+</sup>) e de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>). A perda urinária de potássio leva à hipocalemia, enquanto a perda de íons hidrogênio resulta em alcalose metabólica.

Em relação à função renal, na estenose unilateral, o rim contralateral (que não possui estenose) está exposto a níveis elevados de angiotensina e à pressão arterial sistêmica. Esse rim saudável consegue compensar a perda de função do rim estenosado, mantendo a filtração glomerular global. Portanto, os níveis de ureia e creatinina séricas permanecem, em regra, dentro da normalidade (função renal preservada).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como explicado, o hiperaldosteronismo secundário gera hipocalemia e alcalose metabólica, enquanto a presença de um rim contralateral

Íntegro garante a manutenção da função renal global.

Alternativa b) Incorreta. O excesso de aldosterona promove a eliminação de potássio na urina, o que causa hipocalcemia, e não hipercalemia.

Alternativa c) Incorreta. A ativação do SRAA gera alcalose metabólica (pela perda de H+) e não acidose. Além disso, a função renal costuma estar preservada nos quadros unilaterais.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa descreve o oposto do esperado para todos os parâmetros: o paciente apresenta hipocalcemia (e não hiper), alcalose (e não acidose) e função renal preservada (e não alterada).

Alternativa e) Incorreta. Embora acerte os distúrbios de potássio e o equilíbrio ácido-base, a função renal em casos estritamente unilaterais com rim contralateral sadio não costuma estar alterada. A alteração da função renal (elevação de creatinina) sugeriria estenose bilateral, estenose em rim único ou doença renal parenquimatosa associada.

---

### Questão 14

A rasburicase é uma enzima urato-oxidase recombinante. Sua principal aplicação clínica ocorre no contexto da Oncologia e Hematologia, especificamente na prevenção e no tratamento da Síndrome de Lise Tumoral (SLT). A SLT é uma emergência oncológica causada pela destruição maciça de células neoplásicas, resultando na liberação de grandes quantidades de potássio, fósforo e ácidos nucleicos (que são metabolizados em ácido úrico) na circulação.

Mecanismo de ação: A rasburicase catalisa a oxidação do ácido úrico em alantóina. A alantóina é um metabólito significativamente mais solúvel que o ácido úrico (cerca de 5 a 10 vezes mais), o que facilita sua excreção renal e previne a nefropatia por urato, uma das complicações graves da lise tumoral. Diferente do alopurinol, que apenas inibe a formação de novo ácido úrico, a rasburicase promove a degradação do ácido úrico já presente no plasma.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o fósforo aumente drasticamente na Síndrome de Lise Tumoral (hiperfosfatemia) devido à ruptura celular, a rasburicase não possui ação sobre esse mineral. O controle do fósforo é feito com hidratação e quelantes.

b) Incorreta. Na lise tumoral, ocorre frequentemente hipocalcemia (redução do cálcio)

secundária à precipitação do fósforo de cálcio nos tecidos. A rasburicase não atua no metabolismo do cálcio.

c) Incorreta. Os triglicerídeos não estão relacionados ao mecanismo de ação da rasburicase nem são marcadores típicos da Síndrome de Lise Tumoral.

d) Correta. A rasburicase é utilizada especificamente para reduzir os níveis de ácido úrico, convertendo-o em alantoina, sendo a terapia de escolha em casos de hiperuricemia severa ou em pacientes de alto risco para SLT.

e) Incorreta. O sódio não sofre ação direta da rasburicase. Alterações de sódio em pacientes oncológicos costumam estar relacionadas a outras condições, como a SIADH ou volemia, e não ao metabolismo do urato.

---

## Questão 15

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente em questão apresenta uma síndrome de compressão medular, caracterizada clinicamente pela dor lombar, fraqueza muscular progressiva com perda da capacidade de deambular e nível sensitivo em T11. No contexto de um homem idoso (72 anos), a causa mais comum de compressão medular neoplásica são as metástases ósseas de tumores sólidos.

O ponto-chave para a resolução desta questão reside na descrição radiológica: múltiplas lesões osteoblásticas e erosão de pedículos vertebrais. As metástases ósseas podem ser divididas em dois padrões principais: líticas (que destroem o osso, gerando áreas de menor densidade) e blásticas ou escleróticas (que estimulam a formação de osso novo e desorganizado, gerando áreas de maior densidade).

### POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA

No sexo masculino, o câncer de próstata é o principal tumor primário responsável por metástases ósseas de padrão predominantemente osteoblástico. Diante de um achado radiológico de esclerose óssea e erosão de pedículos (o que sugere infiltração maligna) em um homem de 72 anos, a investigação do câncer de próstata através da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) é o passo inicial mais provável e com maior rendimento diagnóstico.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS

Alternativa A: Radiografia de tórax. Serve para investigar neoplasia de pulmão.

Embora o câncer de pulmão seja uma causa frequente de metástase vertebral, suas lesões são tipicamente osteolíticas (destrutivas) e não osteoblásticas.

Alternativa B: Ultrassonografia de tireoide. O câncer de tireoide pode causar metástases ósseas, mas estas costumam ser puramente osteolíticas e hipervascularizadas, além de ser uma etiologia menos prevalente que a próstata nesta faixa etária.

Alternativa D: Eletroforese de proteínas séricas. Este exame é fundamental na investigação de Mieloma Múltiplo (presença de pico monoclonal). Contudo, o Mieloma apresenta-se radiologicamente com lesões osteolíticas clássicas (lesões em saca-bocado) e, nas fases iniciais, raramente acomete os pedículos vertebrais, o que contraria o achado da questão.

Alternativa E: Alfafetoproteína. É o marcador utilizado para rastreamento e acompanhamento de carcinoma hepatocelular e alguns tumores de células germinativas. Nenhuma dessas patologias é a causa clássica de lesões vertebrais blásticas em idosos.

## RESUMO PARA ESTUDO

1. Lesões Osteoblásticas (Blásticas) no Homem: Pensar primariamente em Câncer de Próstata.
2. Lesões Osteolíticas no Idoso: Pensar em Mieloma Múltiplo, Câncer de Pulmão ou Câncer de Rim.
3. Compressão Medular em Idoso: É uma emergência médica que exige diagnóstico etiológico rápido para evitar sequelas motoras definitivas.

## Questão 16

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), com FE = 32%, iniciada após um evento isquêmico (infarto do miocárdio). Segundo as diretrizes atuais (brasileiras e internacionais), o tratamento medicamentoso da ICFER visa não apenas o controle de sintomas (congestão), mas principalmente a redução da mortalidade cardiovascular e diminuição das taxas de hospitalização.

O tratamento padrão-ouro atual baseia-se na "quádrupla terapia", composta por:

1. Inibidores da ECA (ou BRA, ou INRA);
2. Betabloqueadores específicos (Carvedilol, Bisoprolol ou Succinato de Metoprolol);
3. Antagonistas do receptor mineralocorticoide (Espironolactona);

#### 4. Inibidores da SGLT2 (Dapagliflozina ou Empagliflozina).

##### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora o Enalapril (iECA), o Carvedilol (betabloqueador) e a Hidralazina (quando associada ao nitrato em contextos específicos) reduzam a mortalidade, a Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico utilizado para controle de volemia e pressão arterial, não possuindo evidência de redução de mortalidade na insuficiência cardíaca.

Alternativa b) Incorreta. O Enalapril, o Carvedilol e a Espironolactona são pilares que reduzem a mortalidade. No entanto, a Furosemida é um diurético de alça essencial para o manejo da congestão (edema e dispneia), mas seu papel é puramente sintomático, não interferindo na sobrevida a longo prazo.

Alternativa c) Correta. Todas as medicações listadas nesta alternativa comprovadamente reduzem a mortalidade cardiovascular na ICFeR:

- Dapagliflozina (iSGLT2): Demonstrou redução de morte cardiovascular e hospitalização nos estudos DAPA-HF.
- Espironolactona: Reduz mortalidade em pacientes com ICFeR sintomática (estudo RALES).
- Carvedilol: Um dos betabloqueadores de escolha que reduz significativamente o risco de morte.
- Losartana (BRA): Utilizada para bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com benefício em sobrevida similar aos iECA.

Alternativa d) Incorreta. A Espironolactona e o Carvedilol reduzem a mortalidade. Contudo, a Digoxina é utilizada para controle de frequência na fibrilação atrial ou para reduzir hospitalizações em pacientes que persistem sintomáticos, mas não reduz a mortalidade. A Furosemida, como já mencionado, tem foco no alívio sintomático da congestão.

Alternativa e) Incorreta. A Losartana e a combinação de Hidralazina com Nitrato são terapias que reduzem a mortalidade. Entretanto, a Semaglutida (agonista do receptor de GLP-1), apesar de excelente benefício cardiovascular em diabéticos e obesos, ainda não é considerada uma terapia de primeira linha para redução de mortalidade especificamente no contexto da ICFeR dentro dos consensos atuais de cardiologia para este perfil de paciente. Além disso, a combinação de Losartana + Hidralazina/Nitrato não é o esquema padrão inicial.

## Questão 17

### COMENTÁRIO TÉCNICO

O caso clínico descreve uma paciente com uso crônico de corticoide em dose imunossupressora (20 mg/dia de prednisona), o que leva à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Em situações de estresse agudo, como uma infecção (colecistite) e um procedimento cirúrgico, o corpo exige níveis elevados de cortisol que a adrenal suprimida não consegue produzir. Isso resulta na crise adrenal aguda, uma emergência médica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipercalemia (aumento do potássio) é um achado possível, mas a alteração da glicemia na insuficiência adrenal é a hipoglicemia. O cortisol é um hormônio contrainsulínico; sua falta reduz a gliconeogênese e aumenta a sensibilidade à insulina, levando à queda dos níveis de açúcar no sangue.

b) Correta. A hipotensão arterial é o sinal clínico mais importante e comum da crise adrenal, sendo frequentemente refratária à reposição de líquidos e dependente da reposição de corticoide para ser revertida. A hiponatremia (sódio baixo) ocorre devido à perda renal de sódio e à secreção de hormônio antidiurético (ADH) estimulada pela falta de cortisol.

c) Incorreta. Apesar de a hipoglicemia ocorrer, a linfocitose não é um sinal de alerta primário ou específico para o diagnóstico de crise adrenal no ambiente cirúrgico. Os sinais hemodinâmicos e eletrolíticos são muito mais soberanos para a suspeição clínica.

d) Incorreta. O erro está no termo hipocalemia. Na insuficiência adrenal, o esperado é a tendência à hipercalemia (potássio elevado), devido à menor excreção renal desse íon, especialmente se houver comprometimento concomitante da ação mineralocorticoide.

e) Incorreta. Convulsão e hiper-reflexia não são manifestações clássicas da insuficiência adrenal aguda. O quadro típico envolve choque, prostração, dor abdominal, náuseas e febre, podendo evoluir para coma se não tratado, mas não tipicamente com hiper-reflexia.

Gabarito: Letra B.

## Questão 18

O diagnóstico da Febre Reumática Aguda (FRA) é fundamentado nos Critérios de Jones, que foram revisados pela última vez pela American Heart Association (AHA) em 2015. Para facilitar a memorização, os critérios são divididos em Maiores e Menores. Os critérios maiores são aqueles com alta especificidade para a doença, enquanto os menores são mais sensíveis, porém menos específicos.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

#### ALTERNATIVA A (GABARITO)

A febre, independentemente do valor da temperatura (seja maior ou igual a 38,5 graus Celsius em populações de baixo risco ou maior ou igual a 38,0 graus Celsius em populações de moderado/alto risco), é classificada como um CRITÉRIO MENOR. Ela reflete a resposta inflamatória sistêmica, mas não é específica o suficiente para ser um critério maior. Portanto, esta é a alternativa que responde corretamente à questão.

#### ALTERNATIVA B

A Coreia de Sydenham é um CRITÉRIO MAIOR. Manifesta-se por movimentos involuntários, bruscos, fraqueza muscular e instabilidade emocional. É uma manifestação tardia da febre reumática e, devido à sua alta especificidade, sua presença isolada pode ser suficiente para o diagnóstico em determinados contextos, mesmo na ausência de outros critérios.

#### ALTERNATIVA C

O Eritema Marginado é um CRITÉRIO MAIOR. Trata-se de uma manifestação cutânea rara, caracterizada por manchas avermelhadas com bordas nítidas e centro claro (aspecto anular ou serpiginoso), que não causam coceira e ocorrem preferencialmente no tronco e na parte proximal dos membros.

#### ALTERNATIVA D

Os Nódulos Subcutâneos são considerados CRITÉRIO MAIOR. São pequenos nódulos firmes, indolores e móveis, localizados geralmente sobre superfícies extensoras de articulações (como cotovelos e joelhos) ou proeminências ósseas. Estão frequentemente associados à presença de cardite grave.

#### ALTERNATIVA E

A Poliartrite Migratória é o CRITÉRIO MAIOR mais comum na fase aguda. Caracteriza-se pela inflamação de grandes articulações (joelhos, tornozelos, cotovelos e punhos) que "salta" de uma articulação para outra. Vale ressaltar que, na revisão de 2015, para populações de moderado e alto risco, a monoartrite ou a poliartralgia também podem ser aceitas como critérios maiores, mas a poliartrite

migratória permanece como a descrição clássica do critério maior articular.

#### RESUMO DOS CRITÉRIOS DE JONES (MAIORES):

1. Cardite (clínica ou subclínica pelo ecocardiograma).
2. Artrite (Poliartrite migratória).
3. Coreia de Sydenham.
4. Eritema Marginado.
5. Nódulos Subcutâneos.

#### RESUMO DOS CRITÉRIOS DE JONES (MENORES):

1. Febre.
2. Artralgia.
3. Elevação de reagentes de fase aguda (VHS ou PCR).
4. Prolongamento do intervalo PR no eletrocardiograma.

---

### Questão 19

Alternativa a) CORRETA. Este é um conceito fundamental no manejo da pancreatite aguda: os valores absolutos da amilase e da lipase não possuem correlação com o prognóstico. Um paciente pode apresentar níveis enzimáticos altíssimos e ter uma evolução clínica leve, enquanto outro pode ter elevações discretas e desenvolver uma forma grave e necrosante. O diagnóstico exige níveis acima de três vezes o limite superior da normalidade, mas a gravidade é determinada por critérios clínicos, laboratoriais de disfunção orgânica (como os de Ranson ou APACHE II) e exames de imagem.

Alternativa b) INCORRETA. A lipase é mais sensível e mais específica que a amilase para o diagnóstico de pancreatite aguda. Além disso, a lipase possui uma meia-vida mais longa, permanecendo elevada no sangue por cerca de 7 a 14 dias, enquanto a amilase costuma retornar ao normal em 3 a 5 dias.

Alternativa c) INCORRETA. O sinal de Grey-Turner é caracterizado por equimoses (coloração azulada/violácea) nos flancos. A descrição de coloração azulada na região periumbilical refere-se ao sinal de Cullen. Ambos são sinais clínicos raros que indicam hemorragia retroperitoneal, frequentemente associados a quadros de pancreatite necro-hemorrágica grave.

Alternativa d) INCORRETA. A epidemiologia da pancreatite aguda mostra que a grande maioria dos casos (aproximadamente 80%) possui curso leve e edematoso, com boa resposta ao tratamento conservador e baixa mortalidade. A forma grave, necrosante ou com falência orgânica, ocorre em cerca de 20% dos pacientes.

Alternativa e) INCORRETA. Embora o potássio seja monitorado, ele não faz parte dos critérios clássicos de prognóstico. O distúrbio eletrolítico citado nos Critérios de Ranson como fator de gravidade após as primeiras 48 horas é a queda do cálcio sérico (hipocalcemia < 8 mg/dL). A redução do cálcio ocorre devido à saponificação da gordura retroperitoneal pela liberação de enzimas pancreáticas, sendo um marcador de gravidade do processo inflamatório.

## Questão 20

A escolha entre a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e a intervenção coronariana percutânea (angioplastia) baseia-se em evidências de redução de mortalidade, alívio de sintomas e complexidade da anatomia coronariana.

A alternativa (a) está incorreta porque, no cenário da angina estável crônica, o objetivo primordial da revascularização é o controle dos sintomas anginosos. Grandes estudos, como o trial ISCHEMIA, demonstraram que uma estratégia invasiva inicial (seja por cirurgia, seja por angioplastia) não reduz a mortalidade total ou o risco de infarto do miocárdio quando comparada ao tratamento clínico otimizado na população geral de pacientes estáveis.

A alternativa (b) está incorreta. Uma estenose de 50% em uma artéria coronária (com exceção do tronco da coronária esquerda) não é considerada hemodinamicamente significativa. Sem a presença de isquemia documentada em testes funcionais, não há indicação de revascularização, e muito menos benefício de sobrevida com a cirurgia.

A alternativa (c) está incorreta. Uma lesão de 60% na artéria circunflexa, de forma isolada, não atinge os critérios para indicação cirúrgica visando à melhora de mortalidade. Nesses casos de doença arterial coronariana uniarterial que não envolvem a porção proximal da artéria descendente anterior, a angioplastia ou o tratamento clínico são as condutas de escolha.

A alternativa (d) está incorreta. De acordo com o estudo OAT (Occluded Artery Trial), a revascularização de uma artéria culpada totalmente ocluída após 24 a 72 horas do infarto agudo do miocárdio, em pacientes que já estão estáveis e assintomáticos, não reduz a ocorrência de morte, reinfarto ou insuficiência cardíaca, não havendo indicação para o procedimento.

A alternativa (e) está correta e representa o cenário clássico de benefício da cirurgia sobre a angioplastia. A presença de lesão severa no tronco da coronária esquerda associada à disfunção ventricular esquerda (fração de ejeção de 30%) é uma das principais indicações de classe I para a cirurgia de revascularização do miocárdio.

Nesses pacientes de alto risco e com anatomia complexa, a cirurgia oferece uma proteção superior contra eventos isquêmicos e apresenta uma redução robusta na mortalidade a longo prazo em comparação ao tratamento percutâneo ou clínico, conforme sustentado pelos estudos STICH e SYNTAX.

## Questão 21

A anatomia cirúrgica do fígado é fundamentada na divisão de Couinaud, que utiliza a distribuição vascular (veia porta e artéria hepática) e a drenagem venosa (veias hepáticas) para dividir o órgão em oito segmentos funcionalmente independentes.

Para a definição das hepatectomias, é fundamental diferenciar o fígado direito do fígado esquerdo. Essa divisão não ocorre no ligamento falciforme, mas sim na Linha de Cantlie, um plano imaginário que vai da veia cava inferior até a fossa da vesícula biliar. Tudo o que está à esquerda dessa linha compõe o hemifígado esquerdo.

Na hepatectomia esquerda anatômica, o cirurgião remove todo o hemifígado esquerdo, o que compreende obrigatoriamente os segmentos II, III e IV. O segmento IV é subdividido em IVa (superior) e IVb (inferior, também chamado de lobo quadrado).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Os segmentos II e IV são do lado esquerdo, mas o segmento V pertence ao lobo direito (setor anterior direito).

Alternativa b) Incorreta. O segmento I corresponde ao lobo caudado, que é anatomicamente independente e possui drenagem venosa própria diretamente para a veia cava. Embora possa ser retirado em hepatectomias complexas, ele não define a hepatectomia esquerda padrão. Além disso, a alternativa esquece o segmento IV.

Alternativa c) Correta. A hepatectomia esquerda completa remove os segmentos II e III (que ficam à esquerda do ligamento falciforme) e o segmento IV (medial, situado entre o ligamento falciforme e a linha de Cantlie), incluindo suas subdivisões superior (IVa) e inferior (IVb).

Alternativa d) Incorreta. Os segmentos V e VI fazem parte do hemifígado direito.

Alternativa e) Incorreta. A retirada apenas dos segmentos II e III é chamada de lobectomia esquerda (ou segmentectomia lateral esquerda). Para ser considerada uma hepatectomia esquerda completa, o segmento IV deve ser incluído.

Contexto Clínico: O caso apresenta uma paciente com adenoma hepático volumoso (14 cm). Em mulheres, adenomas maiores que 5 cm têm indicação cirúrgica formal pelo risco de ruptura, hemoperitônio e transformação maligna. O uso de anticoncepcionais orais (ACO) é um fator de risco clássico para o desenvolvimento dessa neoplasia benigna.

---

## Questão 22

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clássico de escroto agudo na adolescência. Diante de dor testicular súbita e edema em um jovem de 14 anos, a torção testicular é a principal hipótese a ser descartada, pois trata-se de uma emergência urológica onde o tempo de isquemia determina a viabilidade do órgão.

Alternativa (a) Incorreta: A pesquisa de neoplasia não é prioridade no pronto-socorro para dor aguda, já que tumores testiculares costumam se manifestar como massas indolores. Já a infecção (orquiepididimite) é menos comum nessa faixa etária sem atividade sexual e o foco inicial deve ser sempre a exclusão de causas isquêmicas.

Alternativa (b) Incorreta: Tratar empiricamente como orquiepididimite com anti-inflamatórios é um erro comum e perigoso. Se houver torção do cordão espermático, o atraso no diagnóstico definitivo causado pela falsa sensação de segurança do tratamento clínico levará à necrose testicular e perda do órgão.

Alternativa (c) Incorreta: A torção da hidátide de Morgagni é um diagnóstico diferencial frequente e mais benigno, mas a conduta de apenas observação só é segura após o examinador ter certeza de que não há torção do testículo. Como o exame físico foi difícil e pouco colaborativo, a observação isolada é uma conduta negligente.

Alternativa (d) Correta: O USG com Doppler de bolsa escrotal é o exame de escolha na emergência para diferenciar a torção testicular (caracterizada pela ausência ou redução acentuada de fluxo ao Doppler) de processos inflamatórios (onde o fluxo costuma estar aumentado). É um exame rápido, acessível e fundamental quando o exame físico é inconclusivo para definir a necessidade de intervenção cirúrgica imediata.

Alternativa (e) Incorreta: A ressonância magnética (RNM) é um exame de alta complexidade, demorado e desnecessário para este cenário. No escroto agudo, a agilidade é essencial e o Doppler é superior em disponibilidade e rapidez. Além disso, o risco de hematoma é mínimo, dado que o paciente negou trauma.

---

### Questão 23

Para compreender a questão, devemos focar no perfil epidemiológico e no contexto clínico da paciente: idosa, em pós-operatório de cirurgia ortopédica (fratura de fêmur) e em uso de analgésicos (provavelmente opioides). Esse cenário é o "estudo de caso" clássico para a Síndrome de Ogilvie.

A alternativa (b) está correta porque a Síndrome de Ogilvie, ou Pseudo-obstrução Colônica Aguda, caracteriza-se por uma dilatação maciça do cólon sem que haja uma obstrução mecânica (física). Ela ocorre frequentemente em pacientes idosos, hospitalizados, com distúrbios eletrolíticos, após traumas ou cirurgias de grande porte (especialmente ortopédicas, pélvicas ou cardíacas) e pelo uso de medicamentos que reduzem a motilidade intestinal, como os opioides. O quadro clínico de dor, distensão abdominal importante e parada de eliminação de flatos e fezes é típico dessa condição.

A alternativa (a) está incorreta porque, embora a idade e a falta de rastreio por colonoscopia sejam fatores de risco para o câncer colorretal, o adenocarcinoma de cólon costuma ter uma evolução mais crônica. Uma obstrução aguda por tumor geralmente não teria uma relação tão direta e imediata com o pós-operatório de uma fratura de fêmur.

A alternativa (c) está incorreta porque o Megacólon Tóxico é uma complicação grave de doenças inflamatórias intestinais (como a retocolite ulcerativa) ou colites infecciosas graves (como por *C. difficile*). Ele exige a presença de sinais de toxicidade sistêmica, como febre, taquicardia, leucocitose e instabilidade hemodinâmica, que não foram descritos no enunciado.

A alternativa (d) está incorreta porque, apesar de a paciente possuir uma cirurgia prévia (abdominoplastia), as bridas ou aderências costumam causar obstrução de intestino delgado. O contexto de idosa acamada, trauma ósseo e uso de analgésicos é muito mais sugestivo de uma alteração funcional (pseudo-obstrução) do que de uma causa mecânica por aderências.

A alternativa (e) está incorreta porque a Colite Pseudomembranosa é causada pela toxina do *Clostridioides difficile*, geralmente após o uso de antibióticos. O sintoma principal é a diarreia profusa, e não a parada de eliminação de fezes e flatos, embora em casos muito graves possa evoluir com íleo paralítico ou megacólon tóxico.

## Questão 24

A Classificação de Hinchey é uma ferramenta essencial na prática médica para estratificar a gravidade da diverticulite aguda e orientar a conduta terapêutica. Ela se baseia na extensão do processo infeccioso e na presença de complicações como abscessos e peritonite.

Alternativa a) Estágio I: Correta. No Estágio I de Hinchey, a infecção está localizada. Ele corresponde à presença de um abscesso pericólico ou mesentérico pequeno e confinado. Vale lembrar que, na classificação modificada, o Estágio I é subdividido em Ia (apenas inflamação e fleimão) e Ib (abscesso pericólico propriamente dito). Portanto, o abscesso pericólico é a definição clássica do Estágio I.

Alternativa b) Estágio II: Incorreta. O Estágio II refere-se a abscessos maiores que não estão mais restritos à região do cólon acometido. São abscessos à distância, que podem ser pélvicos, retroperitoneais ou em outros pontos da cavidade abdominal, geralmente necessitando de drenagem percutânea se forem maiores que 3 a 4 cm.

Alternativa c) Estágio III: Incorreta. Este estágio representa uma progressão grave da doença, caracterizada por peritonite purulenta generalizada. Isso ocorre quando um abscesso se rompe para a cavidade peritoneal, espalhando pus por todo o abdome, mas sem a presença de fezes. O tratamento aqui é cirúrgico de urgência.

Alternativa d) Estágio IV: Incorreta. O Estágio IV é a forma mais severa da doença, correspondendo a peritonite fecal generalizada. Ocorre quando há uma perfuração livre da parede do cólon, permitindo o extravasamento de conteúdo fecal para a cavidade abdominal. É uma emergência cirúrgica de alta mortalidade.

Alternativa e) Estágio V: Incorreta. A classificação de Hinchey, tanto na sua forma original quanto nas suas modificações consagradas (como a de Wasvary ou Kaiser), possui apenas quatro estágios. O Estágio V não existe nesta escala clínica.

---

## Questão 25

A questão exige o conhecimento de sinais clássicos do exame físico abdominal e sua associação com patologias específicas. No contexto da pancreatite aguda grave (necro-hemorrágica), ocorre extravasamento de sangue e enzimas pancreáticas para o espaço retroperitoneal.

Alternativa a) Incorreta. O sinal de Rovsing é caracterizado pela dor referida na fossa ilíaca direita quando se realiza a compressão da fossa ilíaca esquerda. É um sinal clínico sugestivo de apendicite aguda.

Alternativa b) Correta. O sinal de Grey-Turner consiste na presença de equimoses (manchas roxas) localizadas nos flancos. Esse achado é decorrente do sangramento retroperitoneal que disseca através das fáscias musculares até atingir o tecido subcutâneo lateral. É um sinal de gravidade e, embora raro, é clássico da pancreatite hemorrágica. Outro sinal relacionado é o sinal de Cullen (equimose periumbilical).

Alternativa c) Incorreta. O sinal de Blumberg é a dor à descompressão súbita da parede abdominal, especificamente no ponto de McBurney. Indica irritação do peritônio parietal, sendo muito comum na apendicite aguda ou em casos de peritonite.

Alternativa d) Incorreta. O sinal de Jobert é a presença de timpanismo à percussão na região do hipocôndrio direito (onde normalmente se encontra a maciez hepática). Esse sinal indica pneumoperitônio, geralmente causado pela perfuração de uma víscera oca, como no caso de úlceras pépticas perfuradas.

Alternativa e) Incorreta. O nome Charcot está associado à tríade de Charcot, que consiste em dor no hipocôndrio direito, icterícia e febre com calafrios. É o conjunto de sintomas clássico da colangite aguda (infecção das vias biliares), não tendo relação direta com a hemorragia pancreática.

---

## Questão 26

### ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente de 50 anos que, após uma tireoidectomia total, desenvolve rouquidão e dispneia progressiva no pós-operatório imediato. Em cirurgias cervicais, o surgimento de desconforto respiratório agudo deve ser tratado prontamente como um hematoma cervical compressivo até que se prove o contrário. O acúmulo de sangue nos espaços profundos do pescoço exerce pressão direta sobre a traqueia e compromete a drenagem linfática e venosa da laringe, levando ao edema de glote e à obstrução total das vias aéreas.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA):

A conduta imediata diante de um hematoma cervical expansivo é a garantia da via aérea (seja por intubação orotraqueal ou descompressão rápida à beira do leito através da abertura dos pontos da pele) seguida de reabordagem cirúrgica. A reoperação é necessária para identificar o ponto de sangramento, realizar a hemostasia e drenar os coágulos que estão causando a compressão mecânica.

Alternativa B (INCORRETA):

A aspiração com agulha é inadequada por dois motivos principais: primeiro, o sangue em um hematoma pós-operatório geralmente está coagulado, o que impede sua aspiração por agulhas finas; segundo, a dispneia indica uma compressão importante que requer descompressão ampla e imediata, não apenas uma punção. Além disso, seromas costumam surgir mais tardiamente e raramente causam desconforto respiratório agudo.

Alternativa C (INCORRETA):

Apenas observar a paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem intervir é um erro grave. O hematoma compressivo é uma emergência dinâmica; a compressão tende a aumentar rapidamente, podendo levar à asfixia e morte em poucos minutos. A intervenção deve ser ativa e imediata.

Alternativa D (INCORRETA):

Embora o corticoide possa ser utilizado para reduzir o edema inflamatório das pregas vocais ou da laringe, ele não tem efeito sobre a compressão extrínseca causada por um hematoma. Usá-lo como conduta principal mascara o problema e retarda o tratamento definitivo, colocando a vida da paciente em risco.

Alternativa E (INCORRETA):

A lesão do nervo laríngeo recorrente bilateral pode causar obstrução respiratória por paralisia das pregas vocais em adução. No entanto, o termo traqueostomia eletiva está incorreto, pois se houvesse uma obstrução aguda por lesão nervosa, a traqueostomia seria de urgência (caso a intubação não fosse possível). Além disso, a principal suspeita diagnóstica em um pós-operatório imediato com dispneia progressiva é o hematoma, que deve ser descartado ou tratado antes de se considerar causas puramente neurológicas.

---

## Questão 27

A questão descreve um paciente com quadro clínico clássico de neoplasia de esôfago (idade avançada, tabagismo, disfagia progressiva e perda de peso) com lesão vegetante em terço médio identificada na endoscopia. Uma vez feito o diagnóstico, o passo seguinte é o estadiamento para definir a conduta terapêutica.

Alternativa a) Incorreta. A radiografia contrastada (esofagograma) é útil para avaliar a localização, a extensão longitudinal da lesão e o grau de estenose, mas não fornece informações sobre a profundidade de invasão na parede do esôfago ou o acometimento de linfonodos, não servindo para o estadiamento TNM.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia computadorizada é mandatória no

estadiamento para avaliar metástases à distância (estádio M) e a relação do tumor com órgãos vizinhos. Entretanto, a TC tem baixa sensibilidade para diferenciar os estádios iniciais de invasão da parede (T1 a T3) e para avaliar linfonodos pequenos, sendo inferior ao ultrassom endoscópico no estadiamento local.

Alternativa c) Incorreta. O PET-CT é um exame excelente para detectar metástases à distância ocultas e para avaliar a resposta à quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. Contudo, não possui resolução espacial suficiente para o estadiamento local detalhado da parede esofágica.

Alternativa d) Incorreta. A broncoscopia é um exame complementar importante especificamente para tumores localizados no terço médio e superior do esôfago, com o objetivo de excluir a invasão da árvore traqueobronquial (que classificaria o tumor como T4b, contraindicando a cirurgia imediata). No entanto, não é o melhor exame para o estadiamento geral da lesão.

Alternativa e) Correta. O ultrassom endoscópico (ecoendoscopia) é considerado o padrão-ouro para o estadiamento local do câncer de esôfago. Ele é o exame com maior acurácia para determinar a profundidade de invasão do tumor nas camadas da parede esofágica (estádio T) e para avaliar a presença de linfonodos regionais suspeitos (estádio N), permitindo inclusive a realização de punção por agulha fina para confirmação diagnóstica de linfonodos ou lesões adjacentes. Essas informações são fundamentais para decidir se o paciente é candidato a tratamento endoscópico, cirurgia direta ou tratamento neoadjuvante.

---

## Questão 28

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um histórico de colelitíase (pedras na vesícula) e desenvolve um quadro de icterícia (coloração amarelada de pele e mucosas) e colúria (urina escura), o que caracteriza uma síndrome colestática. O fato de a dor ceder com analgésicos comuns e a ausência de sintomas sistêmicos, como febre ou instabilidade hemodinâmica, apontam para uma obstrução mecânica das vias biliares sem a presença de infecção ou inflamação grave estabelecida até o momento.

Análise das Alternativas:

a) Pancreatite aguda: Embora a pancreatite de origem biliar possa cursar com icterícia, o quadro clínico clássico envolve uma dor abdominal de forte intensidade, persistente, muitas vezes descrita em barra ou com irradiação para o dorso, que dificilmente cederia prontamente com analgésicos orais. Além disso, costuma cursar com sinais de resposta inflamatória sistêmica.

b) Coledocolitíase: Esta é a alternativa correta. A coledocolitíase ocorre quando um cálculo migra da vesícula biliar para o ducto colédoco, obstruindo o fluxo da bile para o duodeno. Essa obstrução causa o acúmulo de bilirrubina direta no sangue, resultando em icterícia e colúria. A dor é do tipo cólica biliar, que pode ser intermitente e aliviada por analgésicos, e a ausência de febre diferencia este quadro da colangite.

c) Hepatite aguda: As hepatites agudas podem causar icterícia e colúria, porém o mecanismo é a lesão direta dos hepatócitos (icterícia hepatocelular) e não a obstrução mecânica. Geralmente, pacientes com hepatite apresentam pródromos como mal-estar acentuado, náuseas, anorexia e fadiga, além de não possuírem uma relação direta tão imediata com histórico de colelitíase e dor tipo cólica.

d) Colangite: A colangite é uma infecção bacteriana das vias biliares, geralmente secundária a uma obstrução. Para o diagnóstico clínico, baseamo-nos na Tríade de Charcot: dor abdominal, icterícia e FEBRE. Como o enunciado afirma explicitamente que o paciente não apresenta outros sintomas sistêmicos (como febre ou calafrios), o diagnóstico de colangite é menos provável que o de coledocolitíase simples.

e) Vesícula em porcelana: Trata-se de uma calcificação da parede da vesícula biliar, decorrente de inflamação crônica. É frequentemente um achado de exame de imagem e está associada a um risco aumentado de adenocarcinoma de vesícula. Por si só, a vesícula em porcelana não causa icterícia ou colúria, a menos que haja uma complicação obstrutiva associada, como um cálculo no colédoco.

---

## Questão 29

O caso clínico apresenta uma paciente idosa e hipertensa com aneurisma de aorta abdominal (AAA) de 6 cm de diâmetro. A decisão entre o acompanhamento clínico e a intervenção cirúrgica baseia-se no risco de ruptura do aneurisma comparado ao risco cirúrgico da paciente.

Para pacientes assintomáticos, os critérios clássicos para indicação de cirurgia eletiva (seja por técnica aberta ou endovascular) são: diâmetro maior ou igual a 5,5 cm em homens ou maior ou igual a 5,0 cm em mulheres; ou, ainda, um crescimento rápido, definido como aumento maior que 0,5 cm em seis meses ou maior que 1,0 cm em um ano.

Alternativa a: Incorreta. O acompanhamento semestral é indicado apenas para aneurismas que ainda não atingiram o limite de intervenção (geralmente entre 4,0 e 5,4 cm em homens). Como a paciente possui um aneurisma de 6 cm, o risco de

ruptura é considerável, tornando a cirurgia a conduta imediata necessária.

Alternativa b: Incorreta. O controle pressórico e da frequência cardíaca (duplo produto), bem como a cessação do tabagismo e o controle do colesterol, são medidas fundamentais para reduzir a expansão do aneurisma e o risco cardiovascular global. No entanto, essas medidas não anulam a necessidade de correção mecânica quando o vaso já atingiu um diâmetro crítico.

Alternativa c: Correta. A paciente é mulher e apresenta um aneurisma de 6 cm, ultrapassando o limite de 5,0 cm recomendado para o sexo feminino. Nesta dimensão, a intervenção eletiva é a conduta padrão para prevenir a ruptura espontânea, que apresenta altíssima mortalidade.

Alternativa d: Incorreta. A arteriografia não é o exame padrão para decidir a conduta ou medir o diâmetro do aneurisma. Como ela avalia apenas a luz do vaso, pode subestimar o tamanho real da lesão caso haja trombos murais (sangue coagulado na parede). A tomografia computadorizada já realizada é o padrão-ouro para o planejamento terapêutico.

Alternativa e: Incorreta. A cineangiocoronariografia avalia as artérias coronárias no coração. Embora pacientes com aneurisma de aorta frequentemente possuam doença arterial coronariana associada devido aos fatores de risco comuns, este exame não é o tratamento nem a conduta direta para o problema na aorta abdominal.

---

## Questão 30

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO

O caso apresenta uma paciente idosa, com demência e quadro de obstrução intestinal baixa (distensão abdominal e vômitos). O ponto-chave para o diagnóstico é o achado tomográfico do sinal do grão de café (também conhecido como sinal do U invertido ou sinal do ás de espadas), que é patognomônico de volvo de sigmoide. Trata-se da torção do cólon sigmoide sobre o seu próprio eixo mesentérico, causando obstrução em alça fechada.

A paciente apresenta sinais de gravidade e instabilidade hemodinâmica: hipotensão com necessidade de aminas vasoativas, acidose metabólica e lactato aumentado. Esses achados sugerem fortemente sofrimento de alça (isquemia ou necrose intestinal) e sepse de foco abdominal.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A isquemia mesentérica aguda costuma se manifestar com dor abdominal desproporcional ao exame físico e, na tomografia, apresentaria falhas de enchimento vascular ou pneumatose intestinal, mas não o sinal do grão de café, que é típico de uma obstrução mecânica por volvo.

Alternativa B (Incorreta): Embora o diagnóstico de volvo de sigmoide esteja correto, a conduta de colonoscopia descompressiva é indicada apenas para pacientes estáveis e sem sinais de irritação peritoneal ou necrose. Na presença de instabilidade hemodinâmica e acidose (sinais de sofrimento de alça), a descompressão endoscópica é contraindicada pelo alto risco de perfuração e retardo no tratamento definitivo.

Alternativa C (Incorreta): A colite isquêmica é uma condição geralmente relacionada a hipofluxo em áreas de transição vascular (como a flexura esplênica). Não causa a imagem de grande distensão em alça fechada caracterizada pelo sinal do grão de café. O tratamento inicial é suporte e não apenas antibioticoterapia.

Alternativa D (Incorreta): A neoplasia de cólon é a principal causa de obstrução intestinal em idosos, mas o achado tomográfico específico do sinal do grão de café direciona o diagnóstico para volvo. A cirurgia de Hartmann (proctossigmoidectomia com colostomia terminal) pode até ser a técnica utilizada durante a cirurgia do volvo se houver necrose, mas o diagnóstico inicial da questão é volvo.

Alternativa E (Correta): O diagnóstico é volvo de sigmoide com base no sinal do grão de café. A conduta deve ser a laparotomia exploradora imediata porque a paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica e sofrimento intestinal (hipotensão, necessidade de aminas e acidose com lactato alto). Nesses casos, a abordagem cirúrgica é mandatária para ressecção da alça desvitalizada.

#### ASSOCIAÇÃO COM IMAGEM

O sinal do grão de café refere-se a uma enorme alça do cólon sigmoide repleta de ar, que se dobra sobre si mesma, assemelhando-se ao formato de um grão de café gigante que aponta em direção ao quadrante superior direito ou epigástrico no exame de imagem. No contexto de choque e acidose, essa imagem confirma uma emergência cirúrgica.

### Questão 31

O diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) fundamenta-se na análise do líquido ascítico, sendo definido pela presença de uma contagem de polimorfonucleares (PMN) igual ou superior a 250 células/mm<sup>3</sup>. No caso clínico descrito, o paciente apresenta 273 PMN/mm<sup>3</sup>, o que confirma a condição. Além disso, a piora da encefalopatia hepática é uma manifestação clínica frequente e, muitas vezes, o único sinal de um processo infeccioso em pacientes cirróticos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A peritonite secundária é sugerida quando há uma fonte intra-abdominal de infecção, como a perfuração de uma víscera oca. Ela costuma apresentar contagens de PMN extremamente elevadas, frequentemente acima de 10.000/mm<sup>3</sup>, e critérios bioquímicos específicos no líquido ascítico, como níveis muito baixos de glicose e LDH elevado, o que não foi relatado.

Alternativa b) Correta. É o diagnóstico mais provável, pois o paciente é cirrótico conhecido e apresenta sinais sistêmicos de descompensação (encefalopatia e dispneia). O resultado da paracentese com 273 PMN/mm<sup>3</sup> ultrapassa o limite de 250 células/mm<sup>3</sup>, estabelecendo o diagnóstico de PBE, que é a infecção bacteriana mais comum nessa população.

Alternativa c) Incorreta. A bacteriascite é caracterizada pelo achado de cultura positiva no líquido ascítico, porém com uma contagem de polimorfonucleares inferior a 250/mm<sup>3</sup>. Como o valor encontrado foi 273/mm<sup>3</sup>, o quadro já se classifica como peritonite.

Alternativa d) Incorreta. Agudização da cirrose é um termo genérico para qualquer descompensação do quadro clínico. Embora a PBE seja um gatilho para a agudização, a questão solicita o diagnóstico específico baseado no achado laboratorial da paracentese.

Alternativa e) Incorreta. Na ascite neoplásica, a contagem de PMN costuma ser baixa, com predomínio de células mononucleares (linfócitos). Além disso, o líquido geralmente apresenta proteínas totais elevadas e a confirmação é feita pela citologia oncótica positiva, o que não se correlaciona com o quadro de um cirrótico por vírus C com neutrofilia no líquido.

### Questão 32

Alternativa a: Esta afirmação está correta. A doença renal policística autossômica dominante (DRPAD) é a condição sistêmica mais frequentemente associada aos cistos hepáticos. A prevalência desses cistos aumenta com a idade, sendo encontrados na grande maioria dos pacientes adultos que possuem a mutação genética renal.

Alternativa b: Esta é a alternativa incorreta e o gabarito da questão. Existem dois erros conceituais nesta frase: primeiro, na doença policística, os cistos renais costumam ser detectados antes dos hepáticos. Segundo, os cistos não envolvem com a idade. Pelo contrário, a história natural da doença mostra um aumento progressivo no número e no tamanho dos cistos ao longo da vida, processo que pode ser acelerado por fatores como o uso de estrogênios em mulheres.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. Diferente de doenças como a cirrose, a doença policística hepática preserva o parênquima funcionante entre os cistos. Por esse motivo, os testes de função hepática (como albumina, bilirrubinas e provas de coagulação) permanecem normais na imensa maioria dos casos, mesmo quando o fígado apresenta um volume muito aumentado.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A maior parte dos portadores de cistos hepáticos não apresenta qualquer sintoma. Entretanto, quando os cistos são muito numerosos ou grandes, o fígado pode atingir proporções massivas, causando sintomas mecânicos por compressão de órgãos adjacentes, resultando em dor abdominal, distensão e saciedade precoce.

Alternativa e: Esta afirmação é considerada correta para fins de prova. Como a função hepática é preservada e não há desenvolvimento de cirrose ou hipertensão portal na doença policística isolada, o transplante de fígado não é indicado rotineiramente. Embora possa ser considerado em casos excepcionais e extremos de compressão mecânica incapacitante, a regra geral é que a ausência de falência do órgão ou de cirrose não justifica os riscos de um transplante.

---

### Questão 33

A questão aborda uma complicação comum após cirurgias gástricas, especialmente o bypass gástrico em Y de Roux: a síndrome de dumping. Essa síndrome ocorre devido ao esvaziamento gástrico rápido de alimentos com alta osmolaridade para o intestino delgado.

Análise das alternativas:

a) Correta. A síndrome de dumping precoce ocorre tipicamente entre 15 e 60 minutos após a refeição. A fisiopatologia envolve a passagem rápida de quimo hiperosmolar para o duodeno ou jejuno, o que provoca um deslocamento de fluido do compartimento intravascular para o lúmen intestinal. Isso gera distensão intestinal e a liberação de hormônios vasoativos (como serotonina e bradicinina), resultando em sintomas gastrointestinais (dor abdominal, diarreia) e vasomotores (palpitações, sudorese, fraqueza, taquicardia), exatamente como descrito no caso.

b) Incorreta. A síndrome de dumping tardio ocorre mais tarde, geralmente entre 1 a 3 horas após a refeição. Ela é causada por uma resposta insulínica exagerada à absorção rápida de carboidratos simples, levando a uma hipoglicemia reacional. Embora os sintomas de sudorese e palpitações possam ser semelhantes, o tempo de 1 hora citado na questão é o limite superior do dumping precoce e a explicação clássica para o quadro agudo logo após comer.

c) Incorreta. A síndrome da alça aferente é uma complicação mecânica que ocorre em reconstruções do tipo Billroth II. Caracteriza-se por obstrução da alça aferente, levando a dor epigástrica pós-prandial que melhora subitamente com vômitos biliosos (que não contêm comida). Não se manifesta com o quadro vasomotor descrito.

d) Incorreta. A hipotensão ortostática é a queda da pressão arterial ao adotar a posição em pé. Embora cause tontura e fraqueza, não guarda relação direta com o período pós-prandial imediato em pacientes pós-bypass gástrico como causa primária dos sintomas relatados.

e) Incorreta. A hipoglicemia é o mecanismo subjacente ao dumping tardio, e não ao precoce. No dumping precoce, os sintomas são decorrentes da mudança de fluidos e mediadores hormonais, e não da queda glicêmica. Portanto, "hipoglicemia" isoladamente não define o diagnóstico clínico completo para o tempo de 1 hora pós-refeição neste contexto.

---

### Questão 34

A questão aborda os epônimos das hérnias da parede abdominal, um tema frequente em provas de cirurgia. O caso descreve o achado transoperatório do apêndice cecal inflamado dentro de um saco herniário inguinal, o que define a hérnia de Amyand.

Alternativa (a) Incorreta. A hérnia de Littré é definida pela presença do divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Embora também envolva uma estrutura "apendicular" vestigial, o epônimo é específico para o divertículo.

Alternativa (b) Incorreta. A hérnia de Richter ocorre quando apenas uma parte da circunferência da borda antimesentérica da alça intestinal fica presa no anel herniário. É uma condição perigosa, pois pode levar à isquemia e necrose da parede intestinal sem causar obstrução intestinal completa, retardando o diagnóstico.

Alternativa (c) Correta. A hérnia de Amyand é o termo utilizado para descrever a presença do apêndice vermiforme (esteja ele inflamado ou não) dentro de uma hérnia inguinal. O nome é uma homenagem a Claudius Amyand, cirurgião que realizou a primeira apendicectomia documentada em 1735, justamente em um caso de apendicite dentro de um saco herniário inguinal. Nota importante: se o apêndice estivesse dentro de uma hérnia femoral (crural), o nome correto seria hérnia de Garengeot.

Alternativa (d) Incorreta. A hérnia por deslizamento acontece quando um órgão retroperitoneal (como o ceco, o cólon sigmoide ou a bexiga) faz parte da própria parede do saco herniário, e não apenas está contido nele.

Alternativa (e) Incorreta. Não existe a denominação "hérnia de Charcot" na literatura cirúrgica. O epônimo de Charcot é amplamente reconhecido na medicina pela tríade de Charcot (relacionada à colangite aguda) ou pela artropatia de Charcot, mas não descreve um tipo de hérnia.

---

### Questão 35

A classificação de Lauren é fundamental para o estudo do adenocarcinoma gástrico, dividindo-o em dois tipos principais com características clínicas e histológicas bem distintas: o tipo intestinal e o tipo difuso.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. A metaplasia intestinal é o precursor clássico do adenocarcinoma do tipo intestinal, seguindo a cascata de Correa (gastrite crônica atrófica -> metaplasia intestinal -> displasia -> carcinoma). O tipo difuso não possui relação com a metaplasia intestinal e geralmente surge de uma mucosa gástrica sem essas alterações prévias.

b) INCORRETA. O tipo difuso é o que apresenta o pior prognóstico. Ele é caracterizado por um comportamento biológico muito mais agressivo, com disseminação linfonodal e peritoneal precoce e um padrão de crescimento infiltrativo que dificulta o diagnóstico precoce e a ressecção cirúrgica com margens livres.

c) CORRETA. Esta é a marca histológica do tipo difuso. Devido à perda da expressão

de moléculas de adesão celular (como a E-caderina), as células perdem a coesão e acumulam mucina intracitoplasmática. Esse acúmulo de muco empurra o núcleo para a periferia da célula, conferindo o aspecto característico de anel de sinete.

d) INCORRETA. O tipo intestinal é o mais comum em pacientes idosos e está associado a fatores ambientais e dietéticos. O tipo difuso, embora possa ocorrer em idosos (como no caso do enunciado), é o tipo histológico predominante quando o câncer gástrico acomete pacientes jovens, tendo também uma distribuição mais equilibrada entre os sexos.

e) INCORRETA. O tipo difuso é caracteristicamente infiltrativo e mal delimitado, podendo levar ao quadro de linite plástica (estômago com parede rígida e espessada). O tipo intestinal é que costuma se apresentar de forma mais delimitada, seja como uma massa polipoide, vegetante ou uma úlcera com bordas nítidas (classificações de Borrmann I e II).

Resumo comparativo:

Tipo Intestinal: Células organizadas em glândulas, associado a H. pylori e dieta, comum em idosos, melhor prognóstico.

Tipo Difuso: Células em anel de sinete (descoesas), associado a mutações genéticas (CDH1), comum em jovens, pior prognóstico, padrão infiltrativo.

---

### Questão 36

Esta questão aborda os sinais clássicos de disseminação metastática do adenocarcinoma gástrico, conhecidos como epônimos semiológicos. Esses sinais indicam, na maioria das vezes, uma doença em estágio avançado (IV).

Análise das alternativas:

a) Nódulo de Krukenberg: Incorreta. Refere-se à metástase para os ovários, geralmente bilateral. Ocorre por disseminação transcelômica (peritoneal) e é caracterizado histologicamente pela presença de células em anel de sinete.

b) Nódulo de Sister Mary Joseph: Correta. É o nome dado à metástase cutânea na região umbilical, manifestando-se como um nódulo palpável, endurecido e, por vezes, ulcerado no umbigo. Recebe este nome em homenagem à enfermeira que observou a relação entre o nódulo umbilical e neoplasias intra-abdominais avançadas.

c) Nódulo de Virchow: Incorreta. É o aumento do linfonodo supraclavicular esquerdo. Sua presença indica disseminação linfática à distância através do ducto torácico,

sendo um sinal de inoperabilidade no câncer gástrico.

d) Nódulo de Troisier: Incorreta. Frequentemente usado como sinônimo do Nódulo de Virchow, o sinal de Troisier refere-se especificamente ao achado clínico do linfonodo supraclavicular esquerdo endurecido e aumentado em pacientes com câncer abdominal.

e) Metástase de Blumer: Incorreta. Também chamada de Prateleira de Blumer (Blumer's shelf), refere-se ao implante tumoral no fundo de saco de Douglas (espaço retovesical em homens ou retouterino em mulheres). Esse depósito é detectado através do toque retal ou vaginal como uma massa ou "prateleira" endurecida.

---

### Questão 37

#### COMENTÁRIO TÉCNICO

O carcinoma de células renais (CCR) possui uma característica biológica marcante: a capacidade de invadir o sistema venoso por contiguidade, formando um trombo tumoral que progride da veia renal para a veia cava inferior (VCI). Isso ocorre em cerca de 4% a 10% dos casos. O ponto crucial para esta questão é compreender que a invasão da veia cava, por si só, não classifica a doença como incurável ou metastática. Se não houver metástases a distância, a cirurgia radical com intenção curativa continua sendo a conduta de escolha, independentemente da extensão do trombo venoso.

#### DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O tratamento padrão para o câncer renal com invasão de veia cava é a nefrectomia radical associada à trombectomia. O procedimento exige uma técnica cirúrgica complexa que envolve o controle vascular cuidadoso da veia cava (acima e abaixo do trombo) e da veia renal contralateral. Esse controle é fundamental para evitar que fragmentos do tumor se soltem durante a manipulação, o que causaria uma embolia pulmonar tumoral maciça, além de prevenir hemorragias graves durante a abertura da veia (cavotomia) para a retirada do trombo.

Alternativa B (INCORRETA): O carcinoma renal é conhecido por ser um tumor quimiorresistente, ou seja, não responde bem à quimioterapia convencional. Embora o uso de terapias-alvo (como inibidores de tirosina quinase) e imunoterapia tenha evoluído para casos metastáticos, não existe indicação de quimioterapia neoadjuvante por 4 semanas como conduta de primeira linha para redução de trombo venoso visando cirurgia.

Alternativa C (INCORRETA): A radioterapia paliativa é utilizada apenas para o controle de sintomas, como dor em metástases ósseas ou compressões no sistema nervoso central. O tumor primário renal é radiorresistente, e a radioterapia não tem papel no tratamento da invasão vascular em pacientes com potencial de cura cirúrgica.

Alternativa D (INCORRETA): A embolização da artéria renal por radiologia intervencionista pode ser utilizada ocasionalmente como um procedimento pré-operatório para diminuir a vascularização de tumores muito volumosos e facilitar a cirurgia, mas nunca como tratamento isolado ou principal para a invasão da veia cava.

Alternativa E (INCORRETA): Esta opção assume erroneamente que o paciente é terminal ou apenas paliativo. A invasão da veia cava é uma extensão local da doença e não impede a cirurgia com intenção curativa. Além disso, a combinação de radioterapia e quimioterapia é ineficaz para o tratamento definitivo do carcinoma de células renais.

---

### Questão 38

A questão descreve um caso clássico de sangramento intestinal baixo em pediatria. Os pontos-chave para o raciocínio clínico são a idade do paciente (8 anos), o caráter indolor do sangramento e o fato de a colonoscopia ser normal.

Alternativa a) Diverticulite aguda: Incorreta. Esta é uma condição tipicamente observada em adultos e idosos, resultante da inflamação de divertículos colônicos. Manifesta-se com dor abdominal intensa (geralmente em quadrante inferior esquerdo), febre e alterações no hábito intestinal, o que não condiz com o quadro de sangramento indolor e colonoscopia normal em uma criança.

Alternativa b) Pólipo infantil: Incorreta. Os pólipos juvenis são a causa mais comum de sangramento retal indolor na infância. No entanto, a grande maioria desses pólipos (cerca de 80% a 90%) está localizada no retossigmoide. Portanto, se o paciente apresentasse um pólipo, ele certamente teria sido visualizado durante a colonoscopia.

Alternativa c) Intussuscepção: Incorreta. A intussuscepção intestinal é a causa mais comum de obstrução intestinal em lactentes (geralmente entre 5 e 12 meses de vida). O quadro clínico é agudo e dramático, caracterizado por dor abdominal em cólica intermitente, massa abdominal palpável e fezes com aspecto de "geleia de morango" (sangue misturado com muco). Não é um quadro de sangramento isolado e indolor.

Alternativa d) Doença de Crohn: Incorreta. A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. Em crianças, costuma cursar com dor abdominal, diarreia crônica, perda de peso e atraso no crescimento. Além disso, a colonoscopia com ileoscopia geralmente revela sinais de inflamação, ulcerações ou o aspecto de "pedras de calçamento" na mucosa, o que contradiz a colonoscopia normal do enunciado.

Alternativa e) Divertículo de Meckel: Correta. O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, resultante da falha no fechamento do ducto onfalomesentérico. Sua apresentação clássica em crianças é o sangramento intestinal baixo, maciço e indolor. O sangramento ocorre porque o divertículo frequentemente contém mucosa gástrica ectópica que secreta ácido clorídrico, causando ulceração da mucosa ileal adjacente. Como o divertículo se localiza no íleo distal (intestino delgado), ele está fora do alcance habitual da colonoscopia convencional, o que explica por que o exame resulta normal. O diagnóstico padrão-ouro nesses casos é a cintilografia com tecnécio-99m (mapeamento de mucosa gástrica ectópica).

---

### Questão 39

A questão descreve uma complicação clássica do pós-operatório de grandes cirurgias torácicas e esofágicas: a lesão do ducto torácico. O diagnóstico é fundamentado no contexto cirúrgico, no aspecto visual do líquido drenado e nos achados laboratoriais específicos.

Alternativa (a) Incorreta. O empiema é o acúmulo de pus no espaço pleural, geralmente associado a quadros infecciosos ou deiscências de anastomose com contaminação bacteriana. Embora o pus possa ter uma aparência turva, ele não apresenta níveis de triglicerídeos tão elevados. Bioquimicamente, o empiema cursa com pH baixo, glicose baixa e presença de bactérias ou leucócitos em grande quantidade.

Alternativa (b) Correta. O quilotórax é a presença de quilo no espaço pleural decorrente de uma ruptura, laceração ou obstrução do ducto torácico. O aspecto leitoso é característico e ocorre devido à alta concentração de quilomícrons e gorduras absorvidas pelo sistema linfático intestinal. O critério laboratorial definitivo é a dosagem de triglicerídeos no líquido pleural: valores acima de 110 mg/dL são altamente sugestivos (no caso, 300 mg/dL confirmam o diagnóstico). O volume de 1L/dia classifica o quadro como uma fístula de alto débito, o que frequentemente exige intervenção cirúrgica ou medidas dietéticas rigorosas.

Alternativa (c) Incorreta. O hemotórax é definido pelo acúmulo de sangue na

cavidade pleural. O aspecto macroscópico seria hemático (avermelhado vivo ou escuro) e não leitoso. O diagnóstico seria confirmado por um hematócrito do líquido pleural superior a 50 por cento do hematócrito sanguíneo.

Alternativa (d) Incorreta. Exsudato é um termo genérico que classifica líquidos pleurais ricos em proteínas e lactato desidrogenase (LDH), seguindo os Critérios de Light. Embora o quilo seja tecnicamente um exsudato, a alternativa (b) é a resposta correta por ser o diagnóstico específico da patologia descrita, enquanto exsudato é apenas uma categoria ampla de derrame.

Alternativa (e) Incorreta. O derrame pleural metastático ou neoplásico costuma ter aspecto serossanguinolento ou citrino (amarelado transparente). Ele é causado pela invasão de células cancerígenas na pleura. O diagnóstico é feito por citologia oncológica ou biópsia de pleura, e não pela dosagem de triglicerídeos.

---

### Questão 40

O preparo pré-operatório do paciente com feocromocitoma é um tema clássico em provas de residência e baseia-se na fisiopatologia da secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) pelo tumor. Essas substâncias atuam nos receptores alfa-adrenérgicos (promovendo vasoconstrição) e beta-adrenérgicos (promovendo aumento da frequência cardíaca e vasodilatação periférica).

A regra de ouro é: o bloqueio alfa deve sempre preceder o bloqueio beta. Se iniciarmos um betabloqueador isoladamente, bloquearemos os receptores beta-2 (responsáveis pela vasodilatação), deixando os receptores alfa-1 totalmente livres para a ação das catecolaminas. Isso resulta em uma vasoconstrição periférica intensa e sem oposição, o que pode levar a uma crise hipertensiva grave e potencialmente fatal.

Portanto, inicia-se o alfabloqueador (como fenoxibenzamina ou doxazosina) cerca de 7 a 14 dias antes da cirurgia. O betabloqueador (como o propranolol) só é adicionado posteriormente, caso o paciente apresente taquicardia ou arritmias, e somente após o bloqueio alfa estar efetivo.

Análise das alternativas:

a) Hidratação - bloqueio alfa - bloqueio beta: Embora a expansão volêmica com hidratação e dieta rica em sódio seja fundamental no preparo (pois esses pacientes costumam ter o volume intravascular contraído pela vasoconstrição crônica), a alternativa C é considerada a resposta mais direta e padrão para a sequência farmacológica de bloqueio adrenérgico exigida em concursos. Além disso, a

hidratação vigorosa geralmente é intensificada após o início do alfabloqueio, quando a vasodilatação começa a ocorrer.

b) Bloqueio beta - bloqueio alfa: Incorreta. Esta sequência é perigosa e contraindicada, pois o bloqueio beta inicial causaria uma crise hipertensiva por ação alfa-adrenérgica sem oposição.

c) Bloqueio alfa - bloqueio beta: Correta. Esta é a sequência clássica e obrigatória para garantir a estabilidade hemodinâmica do paciente antes e durante o ato cirúrgico.

d) Apenas bloqueio beta: Incorreta. O uso isolado de betabloqueadores no feocromocitoma pode precipitar crises hipertensivas graves.

e) Metilprednisolona - bloqueio beta: Incorreta. Corticosteroides não fazem parte do protocolo de preparo para feocromocitoma e o uso de betabloqueador sem o prévio alfabloqueio está errado.

---

## Questão 41

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma criança de 2 anos que apresentava um canal de crescimento estável (percentil 25) e, subitamente, apresentou uma queda importante para o percentil 3 de estatura. É fundamental notar que o peso e o perímetro cefálico estão preservados, o que sugere que o problema não é nutricional imediato (onde o peso costuma cair antes da estatura). Quando uma criança cruza canais de crescimento (descendo nos percentis), a primeira suspeita deve ser erro de medida ou uma desaceleração real da velocidade de crescimento.

### DISCUSSÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Correta: A medida da estatura, especialmente na transição entre medir a criança deitada e em pé (que ocorre por volta dos 2 anos), está sujeita a erros técnicos. Além disso, uma única medida alterada não define patologia. A conduta inicial mais prudente é repetir a aferição em um intervalo curto (geralmente de 3 a 4 meses) para confirmar se houve erro de medição ou se a velocidade de crescimento está realmente comprometida. Se a queda for confirmada, inicia-se a investigação.

Alternativa (b) Incorreta: Iniciar uma investigação endócrina imediata (solicitando exames como IGF-1, GH ou idade óssea) é precoce e gera custos e ansiedade

desnecessários antes da confirmação da tendência de crescimento. O primeiro passo é sempre validar o dado antropométrico.

Alternativa (c) Incorreta: O aumento calórico seria indicado se houvesse déficit de ganho ponderal (baixo peso). Como o peso da criança permanece no percentil habitual, a causa da baixa estatura provavelmente não é uma carência nutricional primária.

Alternativa (d) Incorreta: A escoliose pode reduzir a estatura aferida em casos graves, mas não é a conduta inicial ou o screening indicado para uma criança de 2 anos com queda de percentil. O foco deve ser a avaliação da velocidade de crescimento linear.

Alternativa (e) Incorreta: Aguardar a próxima consulta anual (daqui a 1 ano) é uma conduta negligente. Se a criança estiver realmente com uma deficiência hormonal ou doença sistêmica, o atraso no diagnóstico prejudicará o prognóstico estatural final. O intervalo de 3 meses é o ideal para avaliar a velocidade de crescimento.

---

## Questão 42

A estenose hipertrófica do piloro causa uma obstrução na saída do estômago, levando a vômitos persistentes de conteúdo puramente gástrico (não bilioso). Para compreender o distúrbio ácido-base resultante, deve-se analisar a composição do suco gástrico, que é rico em ácido clorídrico (HCl), potássio (K+) e água.

Quando o paciente vomita repetidamente o conteúdo gástrico, ocorrem as seguintes alterações:

1. Perda de íons hidrogênio (H<sup>+</sup>): A redução de H<sup>+</sup> no organismo eleva o pH sanguíneo, resultando em ALCALOSE METABÓLICA.
2. Perda de íons cloreto (Cl<sup>-</sup>): A perda direta de cloro no vômito reduz sua concentração sérica, caracterizando o estado HIPOCLOREÊMICO.
3. Desidratação e hipocalemia: A perda de água e potássio ativa mecanismos compensatórios renais. Na tentativa de reabsorver sódio para expandir o volume, o rim acaba excretando mais H<sup>+</sup> e K<sup>+</sup>, perpetuando a alcalose (fenômeno conhecido como acidúria paradoxal).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A estenose pilórica leva à perda de ácidos, gerando alcalose, e não acidose.
- b) Correta. A perda de HCl (ácido clorídrico) define a alcalose metabólica pela queda

de H<sup>+</sup> e a hipoclorêmica pela queda de Cl<sup>-</sup>.

c) Incorreta. Acidose metabólica com ânion gap aumentado é típica de estados como cetoacidose diabética ou uremia, o oposto do que ocorre na estenose do piloro.

d) Incorreta. O distúrbio primário é metabólico (perda de fluidos gástricos) e não respiratório. Além disso, o quadro é de alcalose.

e) Incorreta. Embora seja uma alcalose metabólica, ela é hipoclorêmica. A hiperclorêmia (cloro alto) costuma estar associada a acidoses metabólicas com ânion gap normal (hiperclorêmicas).

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 43

O quadro clínico descrito — aumento de volume intermitente na região inguinal que surge ao choro e é redutível ao exame — é clássico de uma hérnia inguinal indireta. Na pediatria, essa patologia ocorre devido à falha no fechamento do conduto peritoniovaginal.

Diferentemente da hérnia umbilical, a hérnia inguinal na criança nunca regride espontaneamente e apresenta um alto risco de encarceramento (quando o conteúdo fica preso) e estrangulamento (isquemia), sendo esse risco maior quanto mais jovem for o lactente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A observação clínica para resolução espontânea é a conduta padrão para hérnias umbilicais, que frequentemente fecham sozinhas até os 4 ou 5 anos. Hérnias inguinais não fecham sozinhas e exigem tratamento cirúrgico.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico da hérnia inguinal é eminentemente clínico. O ultrassom só é solicitado em casos de dúvida diagnóstica (como para diferenciar de hidrocele ou linfonodomegalias). O acompanhamento clínico por 6 meses é perigoso, pois o risco de complicações agudas é elevado nesse período.

Alternativa c) Correta. Uma vez diagnosticada, a hérnia inguinal no lactente tem indicação de cirurgia (herniorrafia). Como a hérnia está redutível e indolor, a cirurgia pode ser agendada de forma eletiva, mas deve ser feita precocemente para prevenir o encarceramento. Se a hérnia estivesse encarcerada (não redutível), a conduta seria a redução manual ou cirurgia de urgência.

Alternativa d) Incorreta. A hérnia inguinal é um defeito anatômico congênito, não uma condição infecciosa. Portanto, o uso de antibióticos não tem qualquer papel no

tratamento.

Alternativa e) Incorreta. O uso de faixas, fundas ou outros dispositivos de contenção é terminantemente contraindicado. Além de não corrigirem o defeito, podem causar lesões na pele, atrofia da musculatura local, aderências e dificultar o procedimento cirúrgico definitivo, além de mascarar um possível encarceramento.

#### **Questão 44**

O caso clínico descreve uma apresentação clássica do eritema infeccioso, também conhecido como quinta doença, causado pelo parvovírus B19. Os sinais patognomônicos são a face esbofetada (eritema malar) seguida por um exantema rendilhado ou reticulado no tronco e membros.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O quadro não sugere escarlatina. A escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*\*, apresenta-se com febre alta, dor de garganta, exantema micropapular ("em lixa"), sinal de Pastia (acentuação nas dobras) e língua em framboesa. O tratamento com penicilina é indicado para a escarlatina, mas não tem efeito em infecções virais como a do parvovírus B19.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta prioritária. O parvovírus B19 tem tropismo pelos precursores eritroides na medula óssea. Se uma gestante suscetível (IgG negativa) for infectada, o vírus pode atravessar a placenta e atingir o feto, causando anemia grave, hidropisia fetal e óbito fetal, especialmente quando a infecção ocorre antes da 20ª semana, embora o risco persista durante a gestação. A sorologia da mãe (IgM e IgG) define se ela já é imune ou se houve infecção recente, orientando o seguimento com ultrassonografias seriadas para monitorar sinais de sofrimento fetal.

Alternativa (c) Incorreta: O isolamento da criança é desnecessário neste momento. A fase de transmissibilidade do parvovírus B19 ocorre no período prodrômico (sintomas respiratórios leves e febre), que precede o aparecimento do exantema. Quando surgem a "face esbofetada" e o rendilhado cutâneo, o fenômeno é mediado por imunocomplexos e a criança já não é mais contagiosa.

Alternativa (d) Incorreta: Não existe tratamento antiviral específico para o eritema infeccioso em crianças imunocompetentes. O tratamento é apenas de suporte e sintomático, pois a doença costuma ser benigna e autolimitada no paciente pediátrico.

Alternativa (e) Incorreta: Em crianças previamente hípidas, o parvovírus B19 causa

apenas uma queda transitória e assintomática da hemoglobina. O risco de crise aplástica grave ocorre apenas em pacientes com doenças hematológicas prévias (como anemia falciforme ou esferocitose). Não há indicação de encaminhamento de emergência para uma criança com exantema clássico e bom estado geral.

Conclusão: O foco da questão não é o manejo da criança (que é benigno), mas sim a proteção fetal, dada a exposição da gestante a um vírus potencialmente teratogênico para a linhagem eritroide do feto.

## Questão 45

Para resolver esta questão, devemos identificar os agentes etiológicos citados e correlacioná-los com as classes de medicamentos adequadas para o tratamento de cada um.

O quadro apresenta uma infecção mista por dois tipos de parasitas:

1. *Ascaris lumbricoides*: Um helminto (nematódeo), conhecido popularmente como lombriga.
2. *Giardia lamblia*: Um protozoário flagelado.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tiabendazol é um anti-helmíntico mais indicado para o tratamento de estrogiloidíase e larva migrans cutânea, sendo mais tóxico que outras opções para ascaridíase. O praziquantel é utilizado para o tratamento de trematódeos (como o *Schistosoma mansoni*) e cestódeos (como a *Taenia*), não tendo ação contra *Ascaris* ou *Giardia*.

Alternativa b) Correta. O albendazol é um benzimidazólico de amplo espectro, sendo uma das drogas de primeira escolha para o tratamento da ascaridíase (*Ascaris lumbricoides*). O metronidazol é um derivado nitroimidazólico, considerado o tratamento clássico e eficaz para a giardíase (*Giardia lamblia*). Portanto, esta combinação cobre adequadamente ambos os parasitas identificados no exame.

Alternativa c) Incorreta. O itraconazol é um medicamento antifúngico, não possuindo atividade contra helmintos ou protozoários intestinais. O secnidazol é um nitroimidazólico eficaz contra a *Giardia*, mas a presença do antifúngico torna a alternativa errada para o caso.

Alternativa d) Incorreta. O levamisol é um agente imunomodulador que também possui ação anti-helmíntica específica contra o *Ascaris lumbricoides*. No entanto, o praziquantel, como mencionado anteriormente, é indicado para esquistossomose e

teníase, não possuindo atividade contra a *Giardia lamblia*.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa apresenta um caráter não científico ao mencionar as fases da lua, o que não possui qualquer embasamento na prática médica baseada em evidências.

Resumo do tratamento:

Diante de uma poliparasitose envolvendo helmintos e protozoários, a escolha terapêutica deve contemplar drogas com espectros de ação distintos ou uma droga de amplo espectro que cubra ambos (como a nitazoxanida). No contexto das alternativas oferecidas, a associação de albendazol e metronidazol é a conduta farmacológica mais precisa e consagrada na literatura médica.

---

## Questão 46

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um adolescente com lesões clássicas de Eritema Multiforme (EM), caracterizadas como lesões em alvo ou "íris" (eritematosas com centro purpúrico ou vesiculoso). A localização em extremidades (dorso das mãos e dos pés) e a ausência de acometimento de mucosas definem o quadro como Eritema Multiforme Menor. O enunciado estabelece uma relação causal importante: a infecção recente por *Mycoplasma pneumoniae*, que é, ao lado do vírus Herpes Simplex (HSV), um dos principais gatilhos para o desenvolvimento do EM.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. O uso de corticoides sistêmicos no Eritema Multiforme é controverso. No caso do EM Menor (sem acometimento mucoso), eles geralmente não são indicados, pois a doença é autolimitada e o corticoide não altera significativamente a evolução, podendo, inclusive, mascarar infecções subjacentes.

b) Incorreta. Embora o anti-histamínico possa ser usado para alívio sintomático (suporte) se houver prurido, a alternativa é incompleta. A questão fornece o gatilho específico (*Mycoplasma pneumoniae*), e o tratamento da infecção de base é fundamental para a resolução do quadro e a prevenção da progressão.

c) Incorreta. A internação hospitalar é reservada para casos de Eritema Multiforme Maior (com acometimento de mucosas), nos quais há dor intensa, dificuldade de deglutição/hidratação ou necessidade de cuidados com feridas extensas. No EM Menor, o tratamento é ambulatorial.

d) Correta. Esta é a conduta mais adequada. O Eritema Multiforme é uma reação de hipersensibilidade mediada por células a um antígeno. Ao identificar o *Mycoplasma pneumoniae* como o provável agente etiológico, o tratamento direcionado (geralmente com macrolídeos) é indicado para tratar a infecção respiratória. Associado a isso, oferecem-se cuidados de suporte (analgésicos e cuidados locais) para as lesões cutâneas, que tendem a regredir espontaneamente em 2 a 4 semanas.

e) Incorreta. A imunoglobulina endovenosa (IVIG) é uma terapia de alta complexidade e custo, utilizada em casos graves de Síndrome de Stevens-Johnson ou Necrólise Epidérmica Tóxica (que são diagnósticos diferenciais distintos do EM), e não possui indicação no manejo do Eritema Multiforme Menor.

---

### Questão 47

A questão descreve um quadro clássico de migrânea (enxaqueca) com aura. A aura consiste em sintomas neurológicos focais e reversíveis que geralmente precedem a fase de dor. O fenômeno visual relatado pela paciente de 16 anos, com duração de 20 minutos e formato de "luzes em zigue-zague", é a manifestação mais comum dessa condição.

Alternativa (a) Incorreta: A paralisia do VI par craniano (nervo abducente) causa diplopia horizontal (visão dupla) por incapacidade de realizar a abdução do olho. É um sinal de comprometimento neurológico que pode indicar hipertensão intracraniana ou neuropatia, não correspondendo ao fenômeno visual de zigue-zague descrito.

Alternativa (b) Incorreta: Embora fosfenos sejam percepções de flashes de luz, eles costumam ser breves e inespecíficos. Na síncope iminente (pré-síncope), o paciente geralmente relata escurecimento visual generalizado ("visão preta") ou turvação por hipoperfusão cerebral, e não fenômenos visuais estruturados em zigue-zague seguidos de cefaleia unilateral.

Alternativa (c) Correta: O termo técnico para as luzes em zigue-zague que se expandem no campo visual é "escotoma cintilante" ou "espectro de fortificação". É o sintoma patognomônico da aura visual da enxaqueca. Tipicamente, dura entre 5 e 60 minutos e é seguido por uma cefaleia pulsátil, frequentemente unilateral, o que preenche exatamente os critérios diagnósticos apresentados no caso.

Alternativa (d) Incorreta: O nistagmo é um movimento involuntário, rítmico e oscilatório dos olhos. É um sinal objetivo observado pelo médico durante o exame físico e não uma queixa subjetiva de percepção de luzes pelo paciente.

Alternativa (e) Incorreta: Por definição, a aura da enxaqueca é um fenômeno transitório e reversível. A presença de alterações visuais permanentes obrigaria a investigação de outras patologias graves, como infarto cerebral (AVC isquêmico na área visual) ou descolamento de retina, o que não condiz com a descrição do desaparecimento dos sintomas antes do início da dor.

## Questão 48

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve um lactente de 2 meses de idade com queixa de regurgitações frequentes desde o nascimento. O ponto fundamental para a resolução da questão é a interpretação do estado geral da criança em relação aos sintomas. O lactente está em aleitamento materno exclusivo e apresenta um exame físico sem anormalidades. Embora os pais demonstrem angústia, o crescimento e o desenvolvimento parecem seguir um curso esperado para a idade, sem sinais de alerta (red flags).

O Refluxo Gastroesofágico (RGE) fisiológico, também conhecido como lactente regurgitador ou golfador, é uma condição extremamente comum, atingindo o pico de incidência entre 2 e 4 meses de vida. Decorre da imaturidade do esfíncter esofágico inferior, associada a uma dieta exclusivamente líquida e ao decúbito horizontal prolongado.

Análise das alternativas:

a) Esofagite eosinofílica: Incorreta. É uma doença inflamatória crônica mediada por antígenos (geralmente alimentares). É mais comum em crianças maiores, adolescentes e adultos. Quando ocorre em lactentes, costuma cursar com recusa alimentar importante, irritabilidade intensa e dificuldade de ganho de peso, o que não condiz com o exame físico normal deste paciente.

b) Intolerância alimentar: Incorreta. É um termo inespecífico. A intolerância à lactose, por exemplo, manifesta-se com diarreia osmótica, distensão abdominal, flatulência e assadura perianal, sintomas que não foram descritos no caso.

c) Refluxo Gastroesofágico fisiológico: Correta. É a principal suspeita diagnóstica. A regurgitação sem sinais de complicações (como perda de peso, anemia, sintomas respiratórios ou irritabilidade que impeça a alimentação) caracteriza o RGE fisiológico. O choro relatado pode ser apenas a percepção dos pais ou uma manifestação inespecífica da idade, já que o exame físico é normal e a criança

mantém o aleitamento materno exclusivo.

d) Alergia ao leite de vaca (APLV): Incorreta. Embora a APLV possa se manifestar em crianças em aleitamento materno exclusivo (por meio da passagem de proteínas da dieta materna para o leite), ela geralmente apresenta sinais acompanhantes, como dermatite atópica, irritabilidade persistente, presença de sangue ou muco nas fezes ou baixo ganho ponderal.

e) Refluxo Gastroesofágico patológico: Incorreta. Também chamada de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), essa condição é diagnosticada quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas problemáticos ou complicações, tais como esofagite, baixo ganho de peso, episódios de apneia ou pneumonias de repetição. Como o exame físico do lactente é normal e ele mantém o aleitamento materno, não há critérios para classificá-lo como patológico neste momento.

---

### Questão 49

A questão aborda o manejo do refluxo gastroesofágico em lactentes, diferenciando as medidas posturais e comportamentais das intervenções medicamentosas ou dietéticas mais agressivas.

Alternativa a: Incorreta. O uso de inibidores da bomba de prótons (IBP) não é a conduta inicial para o refluxo fisiológico (comum nos primeiros meses de vida). O tratamento farmacológico é reservado para a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) confirmada, que apresenta complicações como esofagite, irritabilidade persistente ou déficit de crescimento.

Alternativa b: Incorreta. O aleitamento materno deve ser sempre priorizado. A introdução de fórmulas com espessantes (fórmulas AR) é uma medida de segunda linha, indicada apenas para lactentes que não estão em aleitamento materno exclusivo e que não apresentaram melhora com as medidas posturais básicas.

Alternativa c: Incorreta. A posição prona (de bruços) é um fator de risco importante para a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). Por segurança, a recomendação atual é que todos os bebês durmam em posição supina (de barriga para cima), independentemente de apresentarem refluxo.

Alternativa d: Incorreta. Não há evidência científica que sustente que a restrição de condimentos na dieta da mãe nutriz melhore o refluxo do bebê. Alterações na dieta materna só são indicadas quando há suspeita de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), com a exclusão de leite e derivados.

Alternativa e: Correta. Esta é uma medida não farmacológica fundamental e segura. Manter o bebê em posição vertical após a mamada utiliza a gravidade para auxiliar o esvaziamento gástrico e dificultar o retorno do conteúdo para o esôfago, reduzindo significativamente a frequência dos episódios de regurgitação.

### Questão 50

A amamentação é a estratégia isolada de maior impacto na redução da mortalidade infantil; porém, em situações específicas de risco de transmissão vertical de patógenos graves, ela deve ser interrompida. No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde são claras quanto às contraindicações absolutas.

Alternativa a) Incorreta. A rubéola não contraindica o aleitamento materno. Embora o vírus possa ser isolado no leite, não há evidências de danos ao lactente por essa via, e a transmissão costuma ocorrer por via respiratória antes mesmo do diagnóstico clínico.

Alternativa b) Incorreta. A caxumba (parotidite infecciosa) também não é uma contraindicação para amamentar. O vírus pode estar presente no leite, mas a transmissão por essa via não é considerada clinicamente significativa para o bebê.

Alternativa c) Incorreta. No caso do vírus Zika, embora o genoma viral tenha sido detectado em amostras de leite materno, não há evidências documentadas de transmissão do vírus para o lactente por meio da amamentação. Por isso, órgãos como a OMS e o Ministério da Saúde recomendam a manutenção do aleitamento.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros principais no contexto da questão: primeiro, a tuberculose é uma doença bacteriana (causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*) e não viral. Segundo, a amamentação não é contraindicada de forma absoluta. Se a mãe estiver em fase bacilífera (transmissível), ela deve amamentar usando máscara cirúrgica e higienizar as mãos, ou o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê. O recém-nascido deve receber quimioprofilaxia primária conforme o protocolo nacional.

Alternativa e) Correta. A infecção pelos vírus linfotrópicos de células T humanas tipos 1 e 2 (HTLV-1 e HTLV-2) é uma contraindicação absoluta e definitiva para a amamentação. O risco de transmissão vertical pelo leite materno é alto (estimado entre 15% e 25%) e a infecção pode levar ao desenvolvimento de patologias graves e incuráveis a longo prazo, como a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) e a paraparesia espástica tropical (PET/HAM). No Brasil, mães soropositivas para HTLV devem ser orientadas a não amamentar e têm direito a receber fórmula infantil gratuitamente pelo SUS até, pelo menos, os 6 meses de vida da criança. Vale lembrar

que a outra contraindicação viral absoluta no país é o HIV.

---

### **Questão 51**

Análise detalhada da questão:

O objetivo da questão é identificar a alternativa INCORRETA sobre o manejo da sífilis congênita segundo as normas do Ministério da Saúde.

Alternativa a) Correta. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, o tratamento da gestante é considerado inadequado para fins de avaliação do recém-nascido se: não foi realizado com penicilina benzatina, se o esquema terapêutico foi incompleto ou se o tratamento foi finalizado há menos de 30 dias antes do parto.

Alternativa b) Correta. A penicilina benzatina é a única droga com eficácia comprovada na travessia da barreira placentária em concentrações terapêuticas para tratar o feto. Portanto, qualquer esquema que não utilize penicilina é considerado inadequado para o tratamento fetal.

Alternativa c) Correta. O Ministério da Saúde determina que a triagem para sífilis deve ser realizada no primeiro e terceiro trimestres da gestação, no momento da internação para o parto ou em casos de abortamento e perda fetal, visando o diagnóstico precoce e a prevenção da transmissão vertical.

Alternativa d) INCORRETA (Gabarito). Esta afirmação é falsa porque a grande maioria dos recém-nascidos com sífilis congênita (cerca de 60% a 90%) é assintomática ao nascimento. As manifestações clínicas, como a rinite sifilítica, lesões cutâneo-mucosas e alterações ósseas, podem surgir mais tarde, geralmente nas primeiras semanas de vida. Por isso, a triagem laboratorial e o seguimento são fundamentais mesmo em bebês que parecem saudáveis.

Alternativa e) Correta. Mesmo que a mãe tenha sido adequadamente tratada e o recém-nascido apresente exame físico normal e VDRL menor que o materno (ou negativo), o protocolo exige que a criança receba acompanhamento ambulatorial regular para monitoramento clínico e sorológico, garantindo que não ocorra a manifestação tardia da doença.

---

## Questão 52

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um menino de 11 anos com altura de 1,31 m, o que corresponde a um desvio padrão (DP) de -1. É fundamental notar que, tecnicamente, ele não possui baixa estatura, pois esta é definida como altura abaixo de -2 DP para a idade e o sexo. Além disso, apresenta atraso da idade óssea (8 anos para uma idade cronológica de 11 anos) e exame físico compatível com estágio pré-puberal (testículos de 3 mL).

Nesse cenário, as duas principais hipóteses diagnósticas para um crescimento lento com atraso da idade óssea são a Baixa Estatura Familiar e o Atraso Constitucional do Crescimento e da Puberdade (ACCP). No ACCP, o ritmo de crescimento é normal para a idade óssea, mas há um atraso na maturação biológica.

O parâmetro clínico mais importante para diferenciar variantes da normalidade de condições patológicas na endocrinologia pediátrica é a Velocidade de Crescimento (VC).

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

A avaliação da velocidade de crescimento é o "padrão-ouro" inicial para qualquer investigação de distúrbio do crescimento. Como o paciente está dentro dos limites de normalidade estatística (-1 DP) e possui idade óssea atrasada, o acompanhamento por 6 a 12 meses para calcular a VC determinará se o crescimento é fisiológico (VC normal) ou se há uma patologia subjacente (VC baixa), como deficiência de GH ou hipotireoidismo. Sem a VC, não se pode afirmar que há um problema de saúde.

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

a) Solicitar hemograma, urina I, exame de fezes: Embora façam parte da triagem inicial para doenças sistêmicas que causam baixa estatura, esses exames seriam indicados se o paciente estivesse abaixo de -2 DP ou se já houvesse evidência de queda na velocidade de crescimento. No momento, o passo clínico mais prudente e diagnóstico é a observação da evolução do crescimento.

b) Prescrever GH como teste terapêutico: Esta conduta é contraindicada. O hormônio do crescimento (GH) tem indicações precisas e não deve ser usado como "teste" sem diagnóstico firmado de deficiência de GH ou de outras condições autorizadas (como síndrome de Turner ou restrição de crescimento intrauterino sem recuperação).

c) Solicitar dosagem do hormônio do crescimento (GH): A dosagem basal de GH não

tem valor diagnóstico, pois o hormônio é secretado em pulsos, principalmente durante o sono. Para diagnosticar a deficiência de GH, seriam necessários testes de estímulo, que só são solicitados após a constatação de uma velocidade de crescimento baixa.

e) Dosagem de TSH, IgE e GH sensível: O TSH é um exame útil na triagem, mas a dosagem de IgE não tem relação direta com a investigação de baixa estatura (salvo suspeita muito específica de alergias graves que causem má absorção). "GH sensível" não é um termo ou exame padrão para essa investigação inicial. Novamente, a clínica (velocidade de crescimento) precede esses exames laboratoriais em um paciente com -1 DP.

### Questão 53

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um recém-nascido de 2 meses com sinais de insuficiência adrenal aguda (crise perdedora de sal) e virilização. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Virilização: A hipertrofia de clitóris em uma criança do sexo feminino indica exposição excessiva a andrógenos durante o desenvolvimento fetal.
2. Distúrbios Eletrolíticos: A hiponatremia (Na 129) associada à hipercalemia (K 7,0) é o achado clássico da deficiência de mineralocorticoides (aldosterona).
3. Hipoglicemia: Reflete a deficiência de glicocorticoides (cortisol).
4. Baixo ganho ponderal e hipoatividade: Sintomas inespecíficos de má perfusão e desidratação crônica por perda renal de sódio.

O fato de ter nascido em casa sugere que a criança não realizou ou não teve o resultado do teste do pezinho em tempo hábil, que rastreia essa patologia.

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

A Hiperplasia Congênita da Suprarrenal (HCS) é causada, em mais de 90% dos casos, pela deficiência da enzima 21-hidroxilase. Essa deficiência bloqueia a síntese de cortisol e aldosterona. O acúmulo de precursores é desviado para a via de produção de andrógenos, causando a virilização da genitália externa em fetos do sexo feminino. A falta de aldosterona leva à perda de sódio e retenção de potássio, enquanto a falta de cortisol gera hipoglicemia e choque. É uma emergência médica.

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

a) Síndrome de Ménière: É uma patologia do ouvido interno que causa vertigem,

zumbido e perda auditiva, acometendo tipicamente adultos. Não possui relação com genitália ambígua ou distúrbios metabólicos neonatais.

b) Síndrome de Down: É uma trissomia do cromossomo 21. Embora apresente hipotonia e possa ter dificuldades de sucção, manifesta-se com fenótipo característico (fendas palpebrais oblíquas, prega palmar única, face plana). Não causa virilização nem o perfil eletrolítico de perda de sal descrito.

d) Erro inato do metabolismo (EIM): Embora a HCS seja tecnicamente um erro inato da esteroidogênese adrenal, o termo "EIM" nas provas costuma referir-se a doenças do metabolismo de aminoácidos, carboidratos ou ácidos graxos. Nenhuma delas explicaria a hipertrofia de clitóris. A alternativa (c) é mais específica e precisa.

e) Sepses - Infecção bacteriana aguda: A sepsis neonatal pode causar hipoatividade, dificuldade de sucção e hipoglicemia. No entanto, a sepsis não justifica a genitália ambígua (hipertrofia de clitóris). A HCS é um importante diagnóstico diferencial de sepsis em recém-nascidos que não respondem adequadamente à antibioticoterapia e apresentam distúrbios de sódio e potássio.

---

## Questão 54

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico apresentado é típico da Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), também conhecida como Vasculite por IgA. Trata-se da vasculite mais comum na infância, ocorrendo predominantemente em crianças entre 3 e 10 anos. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se na presença de púrpura palpável (obrigatório) associada a pelo menos um dos seguintes critérios: dor abdominal, artrite ou artralgia, e envolvimento renal. O relato de uma infecção de vias aéreas superiores precedente é um fator desencadeante clássico descrito em cerca de 50% dos casos.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A meningococemia é uma doença infecciosa grave e fulminante. Embora possa apresentar petéquias e púrpuras, o paciente evolui rapidamente com febre alta, sinais de sepsis, instabilidade hemodinâmica e grave comprometimento do estado geral. A paciente do caso encontra-se em bom estado geral e com sinais vitais preservados, o que afasta essa hipótese.

Alternativa b) Incorreta. A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) caracteriza-se clinicamente por petéquias e equimoses decorrentes da baixa contagem de

plaquetas. Diferente da PHS, as lesões da PTI não são palpáveis. Além disso, a PTI não costuma cursar com dor abdominal ou artrite.

Alternativa c) Incorreta. A Febre Maculosa é uma doença febril aguda causada pela *Rickettsia rickettsii*. O exantema geralmente começa nos punhos e tornozelos, progredindo de forma centrípeta, e costuma ser acompanhado de febre alta, cefaleia intensa e mialgia importante, o que não condiz com a estabilidade clínica da paciente.

Alternativa d) Incorreta. O eritema nodoso manifesta-se como nódulos subcutâneos eritematosos, firmes e muito dolorosos, localizados tipicamente na face anterior das pernas (região pré-tibial). Não se apresenta como púrpura palpável e não explica os sintomas abdominais.

Alternativa e) Correta. A Púrpura de Henoch-Schönlein preenche todos os critérios do caso: paciente em idade escolar, antecedente de quadro gripal, púrpura palpável em membros inferiores (vasculite de pequenos vasos), artrite de tornozelos e dor abdominal decorrente de vasculite mesentérica. O bom estado geral reforça o caráter inflamatório e autolimitado da doença na maioria dos casos.

---

### Questão 55

A radiografia de tórax e abdome apresentada é um caso clássico de hérnia diafragmática congênita, especificamente do tipo Bochdalek (posterolateral), que ocorre mais frequentemente no lado esquerdo. A imagem revela diversas imagens radiolúcidas circulares no hemitórax esquerdo, que representam alças intestinais preenchidas por ar dentro da cavidade torácica. Observa-se também um importante desvio do mediastino e das estruturas cardíacas para o lado direito, além da presença de uma sonda orogástrica cuja extremidade se localiza no tórax, confirmando que o conteúdo abdominal está herniado.

Alternativa A: Correta. O diagnóstico é de hérnia diafragmática. No recém-nascido, a presença de ruídos hidroaéreos no tórax, o desconforto respiratório imediato e o achado radiológico de alças intestinais no hemitórax com desvio do mediastino fecham o diagnóstico. O abdome costuma apresentar-se escavado (pobre em gás) devido à transposição das vísceras.

Alternativa B: Incorreta. A estenose hipertrófica do piloro é uma patologia que surge geralmente entre a 3ª e a 6ª semana de vida, manifestando-se com vômitos não biliosos em jato. Radiograficamente, pode-se observar uma distensão da bolha gástrica, mas não há passagem de conteúdo abdominal para a cavidade torácica.

Alternativa C: Incorreta. O neuroblastoma é um tumor sólido derivado da crista neural, comumente localizado nas adrenais ou na cadeia simpática. Na radiografia, apresentar-se-ia como uma massa de densidade de partes moles, muitas vezes com calcificações finas, mas sem o aspecto de "bolhas de ar" característico das alças intestinais.

Alternativa D: Incorreta. O tumor de Wilms (nefroblastoma) é um tumor renal maligno da infância. Ele se manifesta clinicamente como uma massa abdominal palpável e, na radiografia, aparece como um efeito de massa que desloca as alças intestinais adjacentes, mas não causa herniação para o tórax.

Alternativa E: Incorreta. O pneumomediastino é a presença de ar livre no mediastino. Radiologicamente, ele é visualizado como linhas de ar que contornam a silhueta cardíaca ou elevam o timo (sinal da vela ou sinal do spinnaker). O aspecto de múltiplas imagens císticas e o desvio mediastinal maciço por conteúdo sólido/gasoso (alças) não correspondem a esse diagnóstico.

---

## Questão 56

A alternativa correta é a letra (a).

A questão descreve a Manobra de Ortolani, um componente essencial do exame físico do recém-nascido para o rastreio da Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDH). O objetivo deste procedimento é reduzir um quadril que esteja previamente luxado (fora da cavidade articular). Durante a manobra, o examinador flexiona os quadris e joelhos do bebê a 90 graus e, em seguida, realiza a abdução das coxas (afasta os joelhos). Caso a cabeça do fêmur esteja deslocada, esse movimento a força de volta para dentro do acetábulo, gerando uma sensação de ressalto ou um clique palpável pelo examinador, o que caracteriza o teste como positivo.

Abaixo, a explicação das alternativas incorretas:

b) Teste de Moro: Trata-se de um reflexo primitivo do recém-nascido que avalia a integridade do sistema nervoso. É desencadeado por um estímulo súbito (como um barulho ou simulação de queda), resultando em abdução e extensão dos membros superiores, seguidas por adução e flexão (movimento de abraço). Não possui relação com a avaliação articular do quadril.

c) Exame de Denver: A Escala de Denver (ou Denver II) é um instrumento de triagem utilizado para acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança desde o nascimento até os seis anos. Ela avalia quatro áreas: pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosso. Não é uma manobra de exame físico

ortopédico.

d) Teste de Dick: É um exame clínico histórico utilizado para determinar a suscetibilidade de um indivíduo à escarlatina, causada pela toxina do \*Streptococcus pyogenes\*. Consiste na observação de uma reação cutânea após a aplicação intradérmica da toxina.

e) Prova de Adson: É um teste ortopédico utilizado na prática clínica com adultos para diagnosticar a Síndrome do Desfiladeiro Torácico. O teste avalia a compressão da artéria subclávia por meio da palpação do pulso radial enquanto o paciente realiza manobras de inspiração e rotação do pescoço. Não tem aplicação na rotina neonatal para avaliação de quadris.

---

### Questão 57

Análise do caso clínico:

O quadro descreve um lactente de sete meses apresentando sintomas de obstrução de vias aéreas inferiores, caracterizados por tosse, chiado (sibilância), taquipneia e sinais de esforço respiratório (dificuldade para respirar). Na prática pediátrica, o primeiro episódio de sibilância em uma criança com menos de dois anos de idade, frequentemente precedido por sintomas gripais, é a definição clássica de Bronquiolite Viral Aguda.

Alternativa (a) IVAS: Incorreta. As Infecções de Vias Aéreas Superiores, como o resfriado comum, envolvem apenas o trato respiratório superior (nariz e garganta). Embora possam apresentar tosse e coriza, não cursam com chiado no peito, taquipneia ou desconforto respiratório, que são sinais de comprometimento das vias aéreas inferiores.

Alternativa (b) Pneumonia no lactente: Incorreta. A pneumonia é uma causa importante de taquipneia e tosse em lactentes, mas o achado típico à ausculta pulmonar são os estertores finos (crepitantes) e não o chiado (sibilância) disseminado. A sibilância sugere obstrução brônquica, mais comum na bronquiolite.

Alternativa (c) bronquiolite: Correta. Esta é a principal causa de sibilância e desconforto respiratório no primeiro ano de vida, sendo causada majoritariamente pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O quadro clínico de instalação aguda com chiado e taquipneia em um lactente de sete meses é a apresentação típica da doença.

Alternativa (d) OMA: Incorreta. A Otite Média Aguda é uma infecção do ouvido médio

que geralmente causa dor (otalgia), febre e irritabilidade. Não é uma patologia pulmonar e, portanto, não justifica os achados de chiado e dificuldade respiratória.

Alternativa (e) Infecção por *Bordetella pertussis*: Incorreta. A coqueluche manifesta-se tipicamente com tosse paroxística (em acessos) seguida por um guincho inspiratório, podendo haver cianose ou vômitos pós-tosse. Embora possa causar desconforto, não se apresenta classicamente com o chiado (sibilância) descrito no enunciado.

### Questão 58

O caso clínico descrito sugere um quadro de Bronquiolite Viral Aguda (BVA), que é a infecção das vias aéreas inferiores mais comum em lactentes, geralmente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O manejo dessa patologia é amplamente discutido em concursos e residências, focando na ausência de terapias específicas e na importância do suporte clínico.

Alternativa d (Correta): O tratamento da Bronquiolite Viral Aguda é fundamentalmente de suporte. Como se trata de uma infecção viral autolimitada, o objetivo é manter a estabilidade do paciente enquanto o corpo combate o vírus. Isso inclui a oxigenoterapia (indicada se a saturação de oxigênio estiver persistentemente abaixo de 90% a 92%), a manutenção do estado de hidratação (seja por via oral ou endovenosa, caso o lactente apresente desconforto respiratório que impeça a amamentação segura) e outras medidas de suporte, como a monitorização respiratória.

Alternativas a e b (Incorretas): Por ser uma doença de etiologia viral, o uso de antibióticos não traz benefícios e não deve ser realizado de forma rotineira. A antibioticoterapia só seria considerada em casos de infecção bacteriana secundária comprovada (como pneumonia bacteriana ou otite média aguda), o que não é o padrão da doença. Além disso, a vacinação é uma medida de prevenção primária e não faz parte do tratamento do quadro agudo.

Alternativa c (Incorreta): A Intubação Orotraqueal (IOT) imediata é uma medida extrema reservada para pacientes em insuficiência respiratória grave, exaustão muscular ou apneias persistentes que não respondem a medidas menos invasivas, como o uso de cateter de alto fluxo ou CPAP. Não é a conduta inicial nem a mais comum para a maioria dos casos internados.

Alternativa e (Incorreta): Embora a lavagem nasal com soro fisiológico e a aspiração de vias aéreas superiores sejam fundamentais para desobstruir a via aérea do lactente (que é preferencialmente um respirador nasal), essa alternativa é

considerada incompleta. Em um contexto de prova onde se pergunta pelo tratamento do caso, a tríade de oxigênio, hidratação e suporte (alternativa d) abrange melhor as necessidades clínicas do paciente com comprometimento do trato respiratório inferior.

## Questão 59

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O quadro descrito de uma criança de 6 anos com perda de peso, poliúria, polidipsia, vômitos, desidratação e hálito cetônico é a apresentação clássica da Cetoacidose Diabética (CAD), frequentemente como manifestação inicial do Diabetes Mellitus tipo 1. O manejo inicial da CAD segue protocolos rígidos para evitar complicações graves, como o edema cerebral.

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

A conduta inicial na cetoacidose diabética prioriza a estabilização hemodinâmica e a correção da desidratação. O primeiro passo é a expansão volêmica com solução salina isotônica (Soro Fisiológico 0,9%). A insulina só deve ser iniciada após a primeira hora de hidratação venosa. Isso ocorre porque a hidratação inicial ajuda a reduzir a glicemia e a osmolaridade plasmática de forma gradual, além de melhorar a perfusão renal. O início precoce da insulina junto com a hidratação pode causar uma queda brusca na osmolaridade, aumentando o risco de edema cerebral. Por isso, a conduta correta é iniciar a hidratação e avaliar a necessidade de insulina regular em infusão contínua sequencialmente.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): O uso de bicarbonato de sódio é proscrito na rotina do tratamento da CAD pediátrica. Ele só é considerado em casos de acidose extrema (pH menor que 6,9) com comprometimento da contratilidade miocárdica, pois seu uso indiscriminado está associado ao aumento do risco de edema cerebral e hipocalcemia.

Alternativa (c): Soluções hipertônicas não são indicadas para a hidratação inicial; o padrão é a solução isotônica. Além disso, a insulina NPH tem ação intermediária e não deve ser usada no tratamento da CAD em ambiente de emergência, onde se utiliza exclusivamente a insulina regular (ação curta) por via venosa para um controle preciso. O uso de insulina em bolus também é contraindicado em crianças pelo risco de queda rápida da glicemia.

Alternativa (d): Soluções glicosadas hipotônicas não devem ser usadas no início do tratamento. No começo, o paciente já apresenta hiperglicemia severa. O uso de soluções hipotônicas logo de cara favorece a entrada de água para o meio intracelular de forma rápida, o que pode levar ao edema cerebral.

Alternativa (e): A glicose só é adicionada ao plano de hidratação venosa quando a glicemia atinge níveis próximos a 200-250 mg/dL. O objetivo de adicionar glicose nesse momento é manter a infusão de insulina para bloquear a cetogênese sem causar hipoglicemia. Portanto, não faz parte da conduta inicial imediata.

### Questão 60

A questão aborda o reconhecimento precoce do edema cerebral, uma complicação grave e potencialmente fatal, classicamente associada ao tratamento da cetoacidose diabética (especialmente em crianças), mas que representa, de forma geral, um quadro de hipertensão intracraniana (HIC) aguda.

O principal mecanismo fisiopatológico que explica os sinais vitais nessa condição é o Reflexo de Cushing. Quando a pressão intracraniana aumenta, a perfusão cerebral fica comprometida. Como resposta compensatória para manter o fluxo sanguíneo cerebral, o organismo eleva a pressão arterial sistêmica (hipertensão). Essa elevação da pressão arterial é detectada pelos barorreceptores, que estimulam o sistema nervoso parassimpático via nervo vago, resultando em uma diminuição da frequência cardíaca (bradicardia).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A taquicardia é um sinal de desidratação, choque ou dor, mas não é o sinal de alerta esperado para edema cerebral em progressão. A manutenção de reflexos é um achado normal, enquanto o edema cerebral costuma evoluir com alterações de reflexos e do nível de consciência.

Alternativa b) Incorreta. A hipotensão não é esperada no edema cerebral; o organismo reage com hipertensão para tentar vencer a resistência imposta pela pressão intracraniana aumentada.

Alternativa c) Incorreta. Conforme explicado, o edema cerebral cursa com bradicardia reflexa, e não taquicardia. A miose (pupilas contraídas) pode ocorrer em lesões neurológicas específicas, mas não é o sinal de alerta cardinal comparado à alteração dos sinais vitais.

Alternativa d) Incorreta. A hipotensão invalida a alternativa. Embora a midríase (pupila dilatada) possa ocorrer em casos de herniação cerebral (fase tardia do edema), a hipotensão não faz parte da fisiopatologia da hipertensão intracraniana.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os sinais de alerta. A

bradicardia e a hipertensão compõem dois terços da Tríade de Cushing (o terceiro elemento seria a alteração respiratória). A cefaleia é o sintoma clínico inicial mais comum, resultante da distensão das meninges e vasos sanguíneos pela pressão elevada. Portanto, diante de um paciente em tratamento que desenvolve cefaleia intensa associada a mudanças nos sinais vitais (aumento da PA e queda da frequência cardíaca), a suspeita de edema cerebral deve ser imediata.

### Questão 61

O entrelaçamento fetal, também conhecido como colisão de mentos ou "locked twins", é uma complicação obstétrica rara, mas grave, que ocorre exclusivamente no parto vaginal de gestações gemelares.

Para que o entrelaçamento ocorra, é necessário um cenário mecânico específico: o primeiro feto deve estar em apresentação pélvica, e o segundo, em apresentação cefálica. Durante o trabalho de parto, conforme o corpo do primeiro feto (pélvico) desce pelo canal de parto, seu queixo (mento) acaba se prendendo ou "enganchando" no queixo do segundo feto (cefálico), que está tentando entrar na bacia. Isso impede a progressão de ambos e torna o parto vaginal impossível, exigindo intervenção cirúrgica imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Quando ambos os fetos estão em apresentação pélvica, o risco de entrelaçamento de mentos não existe, pois as cabeças são as últimas partes a descer e não há o encaixe simultâneo que gera o bloqueio.

Alternativa b) Incorreta. Se o primeiro feto é cefálico, sua cabeça (a maior parte) já terá passado pelo canal de parto antes que o segundo feto (pélvico) comece a descer de forma a oferecer risco de obstrução cervical.

Alternativa c) Incorreta. Dois fetos em apresentação cefálica costumam ter o desfecho de parto vaginal mais favorável, sem risco de colisão de queixos, pois as cabeças entram na bacia de forma sequencial.

Alternativa d) Correta. Esta é a configuração clássica para o entrelaçamento. A cabeça do segundo gemelar (que está em apresentação cefálica) ocupa o espaço da bacia antes que a cabeça do primeiro gemelar (que está saindo em apresentação pélvica) consiga passar. Os queixos se travam acima do estreito superior da bacia.

Alternativa e) Incorreta. Fetos em situação transversa (córmica) não conseguem progredir para o parto vaginal espontâneo. A indicação de cesariana é absoluta antes

mesmo de se considerar qualquer tipo de entrelaçamento mecânico no canal de parto.

## Questão 62

A investigação da infertilidade conjugal deve ser iniciada de forma simultânea para o homem e para a mulher após 12 meses de tentativas (ou 6 meses se a mulher tiver mais de 35 anos). No caso apresentado, o casal tenta há 3 anos, o que torna a investigação obrigatória. A propedêutica básica foca em quatro pilares: fator masculino, fator ovulatório, fator tuboperitoneal e fator uterino.

Análise dos itens:

Item I - Dosagem de progesterona no 21º dia do ciclo: Correto. Este exame avalia o fator ovulatório. A coleta realizada na fase lútea média (aproximadamente no 21º dia em ciclos de 28 dias) confirma se ocorreu a ovulação. Níveis acima de 3 ng/mL indicam ovulação, sendo um passo essencial na triagem inicial, mesmo em mulheres com ciclos regulares.

Item II - Espermograma: Correto. Avalia o fator masculino. É um exame fundamental e deve ser solicitado logo no início. O fato de o homem já possuir filhos de outro relacionamento não exclui a necessidade do exame, uma vez que a fertilidade masculina pode se alterar ao longo do tempo por diversos motivos, como surgimento de varicocele, infecções ou exposição a toxinas.

Item III - Histerossalpingografia: Correto. Avalia o fator tuboperitoneal e a cavidade uterina. É o exame padrão-ouro inicial para verificar a permeabilidade das tubas uterinas. Caso as tubas estejam obstruídas, o encontro do espermatozoide com o óvulo fica impossibilitado, configurando uma causa comum de infertilidade.

Item IV - Laparoscopia: Incorreto. Embora seja um excelente método diagnóstico e terapêutico, a laparoscopia é um procedimento cirúrgico invasivo e com custos elevados. Por isso, não faz parte da investigação inicial ("propedêutica básica"). Ela é reservada para casos específicos, como quando os exames iniciais são normais (infertilidade sem causa aparente) ou quando há suspeita clínica de endometriose e aderências pélvicas.

Análise das alternativas:

- a) I, II e III: Correta. Engloba os exames fundamentais da triagem básica inicial para o casal.
- b) Apenas I: Incorreta. A investigação seria incompleta, ignorando os fatores

masculino e tubário.

c) I e III: Incorreta. Omite o fator masculino, que é responsável por cerca de 40% dos casos de infertilidade.

d) II e IV: Incorreta. Inclui um exame invasivo de segunda linha (laparoscopia) e omite a avaliação da ovulação e das tubas.

e) Apenas IV: Incorreta. A laparoscopia não é o primeiro passo na investigação de um casal infértil sem queixas álgicas ou exames prévios alterados.

---

### Questão 63

A Neoplasia Lobular in situ (NLIS) é classicamente considerada um marcador de risco para o desenvolvimento de câncer de mama invasivo em ambas as mamas, e não necessariamente uma lesão precursora direta e localizada, como ocorre no Carcinoma Ductal in situ (CDIS). Por esse motivo, o achado incidental de NLIS em uma cirurgia estética (mamoplastia redutora) exige uma abordagem voltada para a redução de risco global e acompanhamento rigoroso.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A quadrantectomia seguida de radioterapia é o tratamento padrão para o Carcinoma Ductal in situ (CDIS) ou para o carcinoma invasivo inicial. A NLIS, por ser um marcador de risco multicêntrico e bilateral, não se beneficia de tratamentos locais agressivos como a radioterapia, que não impede o surgimento de novas lesões em outros quadrantes ou na mama contralateral.

b) Incorreta. A mastectomia com biópsia de linfonodo sentinela é uma conduta excessiva para um achado de neoplasia lobular in situ. A mastectomia redutora de risco (bilateral) poderia ser discutida apenas em casos selecionados de altíssimo risco genético associado, mas não é a conduta de escolha inicial. Além disso, não há indicação de avaliação axilar (linfonodo sentinela) para lesões lobulares in situ, pois elas não possuem potencial de metastatização linfonodal.

c) Incorreta. Conforme mencionado, a biópsia de linfonodo sentinela não tem papel na NLIS. A radioterapia adjuvante também não é indicada, pois a NLIS é vista como um indicador de risco para ambos os parênquimas mamários, e não uma doença que exige controle local por radiação.

d) Correta. O tamoxifeno, na dose de 20 mg/dia por 5 anos, é a conduta de escolha para a quimioprevenção em pacientes com lesões de alto risco, como a Neoplasia Lobular in situ. O uso desta medicação reduz significativamente (em cerca de 50%) o risco de desenvolvimento futuro de carcinoma invasivo em ambas as mamas. Como a paciente tem 44 anos (pré-menopausa), o tamoxifeno é o modulador seletivo do

receptor de estrogênio indicado.

e) Incorreta. Embora o controle clínico e mamográfico/ultrassonográfico seja obrigatório para essas pacientes, o enunciado pede a "melhor conduta" diante do diagnóstico histopatológico de uma lesão de alto risco. Apenas observar seria uma conduta passiva; a adição da quimioprevenção com tamoxifeno oferece um benefício adicional comprovado na redução da incidência de câncer de mama invasivo.

Em relação à margem coincidente mencionada no enunciado: diferentemente do CDIS, na NLIS clássica, as margens cirúrgicas comprometidas ou coincidentes não exigem reexcisão, reforçando que o tratamento não foca na margem local, mas sim na redução do risco sistêmico das mamas. O termo "Grau 3" ou NLIS pleomórfica pode sugerir um comportamento mais agressivo, mas em um achado incidental de mamoplastia sem lesão radiológica residual, a quimioprevenção permanece como o pilar terapêutico.

---

## Questão 64

Análise do Cenário Clínico:

A paciente encontra-se no primeiro trimestre de gestação, período em que o rastreamento ultrassonográfico (realizado entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias) é fundamental para avaliar o risco de cromossomopatias. Os três achados descritos — translucência nucal (TN) aumentada, ausência de osso nasal e alteração do ducto venoso — são marcadores ultrassonográficos clássicos que, quando presentes, elevam significativamente o risco de aneuploidias, como a Síndrome de Down (trissomia do 21), a Síndrome de Edwards (trissomia do 18) e a Síndrome de Patau (trissomia do 13). Diante de marcadores de alto risco no rastreamento, a conduta indicada é oferecer um exame diagnóstico invasivo para análise do cariótipo fetal.

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A amniocentese é um método diagnóstico invasivo realizado geralmente a partir da 15ª ou 16ª semana de gestação. Aguardar até a 20ª semana para realizar o exame retardaria o diagnóstico desnecessariamente, uma vez que a paciente já apresenta alterações graves no primeiro trimestre que permitem uma investigação mais precoce.

Alternativa b) Incorreta. Nenhum marcador ultrassonográfico de rastreamento é patognomônico (ou seja, exclusivo e confirmatório) de uma síndrome específica. Esses achados indicam um risco aumentado, mas o diagnóstico definitivo só é feito através do estudo dos cromossomos (cariótipo). Além disso, esses mesmos

marcadores podem aparecer em outras trissomias ou até em fetos com cromossomos normais que possuam malformações cardíacas.

Alternativa c) Correta. A biópsia de vilo corial (BVC) é o procedimento invasivo de escolha para o primeiro trimestre de gestação, podendo ser realizada entre a 11ª e a 14ª semana. Como a paciente já apresenta alterações no exame morfológico desse período, a BVC permite a coleta de material placentário para o estudo do cariótipo fetal, oferecendo um diagnóstico definitivo de forma precoce.

Alternativa d) Incorreta. Embora a combinação desses três marcadores eleve drasticamente o risco estatístico, as chances de aneuploidia não chegam ao intervalo de 95% a 99%. Muitos fetos com translucência nucal aumentada ou ducto venoso alterado podem ter um cariótipo normal, embora esses indivíduos ainda tenham um risco aumentado para malformações cardíacas estruturais.

Alternativa e) Incorreta. A cordocentese é a coleta de sangue fetal através da punção do cordão umbilical. É um procedimento técnico mais complexo, com maiores taxas de perda fetal, e geralmente é realizado apenas após a 18ª ou 20ª semana de gestação. Não é o exame de primeira linha para diagnóstico citogenético quando alterações são detectadas no primeiro trimestre.

---

### Questão 65

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de placenta prévia: sangramento vaginal vermelho-vivo, indolor e espontâneo, em uma gestante hemodinamicamente estável. O ponto fundamental para a resolução desta questão é identificar os fatores de risco associados: a paciente possui duas cesáreas prévias e uma placenta de inserção baixa na parede anterior. Essa combinação (cicatriz uterina prévia + placenta anterior sobre a cicatriz) aumenta exponencialmente o risco de Espectro da Placenta Acreta (acretismo placentário).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A transfusão de concentrado de hemácias é reservada para casos de instabilidade hemodinâmica, choque hemorrágico ou anemia grave com repercussão clínica. Como a paciente se encontra estável, a prioridade é a monitorização e o diagnóstico preciso.

Alternativa b) Incorreta. O toque vaginal é formalmente contraindicado em casos de suspeita de placenta prévia ou sangramento vaginal na segunda metade da gestação sem diagnóstico definido. O procedimento pode causar um descolamento placentário adicional e desencadear uma hemorragia catastrófica.

Alternativa c) Incorreta. O beta-hCG é um marcador utilizado para o diagnóstico de gestação inicial, acompanhamento de abortamento ou doença trofoblástica, não tendo utilidade em uma gestação de 28 semanas para avaliar a vitalidade. Embora a cardiocografia seja útil para a avaliação fetal, ela não aborda a principal complicação estrutural sugerida pela história clínica (acretismo).

Alternativa d) Incorreta. A gestação está com 28 semanas (prematuridade extrema). Diante da estabilidade materna e da ausência de sofrimento fetal agudo, a conduta deve ser expectante e conservadora para aumentar a idade gestacional. A interrupção imediata só estaria indicada em caso de hemorragia materna incessante ou comprometimento grave da vitalidade fetal.

Alternativa e) Correta. A principal preocupação em uma gestante com múltiplas cesáreas e placenta anterior baixa é o acretismo placentário. O ultrassom obstétrico com Doppler é o exame de eleição (padrão-ouro inicial) para avaliar a interface entre a placenta e o miométrio, buscando sinais de invasão anormal. O diagnóstico pré-natal dessa condição é crucial para planejar um parto seguro, preferencialmente em centro terciário com equipe multidisciplinar e reserva de sangue, visando reduzir a mortalidade materna por hemorragia.

---

## Questão 66

Para entender essa questão, é fundamental diferenciar os tipos de incontinência urinária, especialmente a definição de incontinência funcional e as causas transitórias.

A incontinência funcional ocorre quando o sistema urinário da paciente está teoricamente íntegro, mas fatores externos — físicos ou cognitivos — a impedem de chegar ao banheiro a tempo ou de realizar o ato miccional de forma adequada. Já as causas transitórias são condições reversíveis que podem ser lembradas pelo mnemônico DIAPPERS (Delirium, Infecção, Atrofia vaginal, Farmacológicos, Psicológicos, Excesso de débito urinário, Restrição de mobilidade e Constipação/Stool).

Alternativa (a) Incorreta: A observação de perda urinária ao esforço (como a tosse) é o sinal clínico clássico da Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Ela geralmente decorre de hiper mobilidade uretral ou deficiência esfinteriana intrínseca, sendo uma causa anatômica, e não funcional ou transitória.

Alternativa (b) Correta: Esta é a alternativa que define a incontinência funcional ou transitória no contexto da geriatria. A gonartrose bilateral (artrose nos joelhos) causa

dor e limitação importante da marcha. Se a paciente tem o desejo de urinar, mas não consegue se locomover com rapidez suficiente até o sanitário devido à restrição física, classifica-se como incontinência funcional. No mnemônico DIAPPERS, isso corresponde ao "R" de Restrição de mobilidade.

Alternativa (c) Incorreta: Uma cirurgia ginecológica recente poderia, em tese, causar uma incontinência transitória por processo inflamatório ou infecção, mas também poderia sugerir uma lesão iatrogênica (como uma fístula). No entanto, não é um fator que, por si só, sugira "funcionalidade" da mesma forma que a restrição de mobilidade apresentada na alternativa (b).

Alternativa (d) Incorreta: O esvaziamento incompleto e a presença de resíduo pós-miccional elevado são características da Incontinência por Transbordamento. Neste caso clínico, poderia estar relacionada à cistopatia diabética (neuropatia autonômica afetando o detrusor), o que caracteriza uma alteração crônica, e não funcional/transitória.

Alternativa (e) Incorreta: O prolapso de parede vaginal anterior (cistocele) é um defeito anatômico do assoalho pélvico. Embora frequentemente associado à incontinência urinária de esforço ou a sintomas obstrutivos, ele representa uma alteração estrutural permanente, não se enquadrando em causas funcionais ou transitórias.

---

### Questão 67

A vaginose bacteriana é uma disbiose da flora vaginal caracterizada pela substituição dos lactobacilos por uma proliferação excessiva de bactérias anaeróbias, especialmente a *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp* e *Atopobium vaginae*. O tratamento padrão de primeira escolha é realizado com o metronidazol, que pode ser administrado por via oral ou vaginal.

A alternativa correta é a letra (c). A clindamicina, um antibiótico da classe das lincosamidas, é a principal alternativa farmacológica ao metronidazol para o tratamento da vaginose bacteriana. Ela é indicada em casos de alergia ou intolerância aos nitroimidazóis, ou conforme a preferência da paciente e disponibilidade do serviço de saúde. Pode ser utilizada na forma de creme vaginal a 2% ou por via oral.

A alternativa (a) está incorreta porque o secnidazol pertence à mesma família do metronidazol (nitroimidazóis). Embora seja uma opção terapêutica eficaz, inclusive com a facilidade da dose única, ele não é considerado a alternativa clássica de escolha quando se busca uma opção distinta da classe dos nitroimidazóis.

As alternativas (b), (d) e (e) estão incorretas porque miconazol, fenticonazol e clotrimazol são medicamentos antifúngicos da classe dos azóis. Essas drogas são indicadas exclusivamente para o tratamento da candidíase vulvovaginal e não possuem atividade antibacteriana contra os agentes causadores da vaginose bacteriana. Portanto, não servem como substitutos ao metronidazol nesta patologia.

---

### Questão 68

Análise das proposições:

Item I: Correto. O uso de cocaína é um fator de risco clássico para o descolamento prematuro de placenta (DPP) devido ao seu efeito vasoconstritor agudo e espasmo vascular. As trombofilias, como a mutação do fator V de Leiden, também aumentam o risco, pois predisõem a fenômenos trombóticos na circulação uteroplacentária, comprometendo a fixação da placenta.

Item II: Correto (conforme o gabarito oficial). Esta afirmação baseia-se na conduta de urgência para interromper a liberação de tromboplastina para a corrente sanguínea materna, o que previne ou estanca a evolução da Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD). Embora na prática clínica o parto vaginal possa ser considerado em fetos mortos com mãe estabilizada, muitas bancas de concurso consideram a resolução imediata por cesariana como a via indicada para evitar o agravamento da coagulopatia, que pode se instalar em um intervalo muito curto (cerca de 2 horas).

Item III: Correto. No descolamento com hemorragia oculta (quando o sangue não se exterioriza pelo colo uterino), a pressão do hematoma retroplacentário faz com que o sangue infiltre as fibras do miométrio. Esse processo causa a apoplexia uteroplacentária, tecnicamente chamada de útero de Couvelaire, que pode levar à atonia uterina no pós-parto.

Item IV: Incorreto. A hidratação inicial é feita com cristaloides para estabilização hemodinâmica, mas ela não deve ser exclusiva. O DPP grave frequentemente cursa com anemia aguda e distúrbios de coagulação, exigindo a reposição de componentes sanguíneos (como concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e crioprecipitado) para tratar o choque hipovolêmico e a coagulopatia.

Portanto, as afirmações I, II e III estão corretas, o que valida a alternativa (e).

---

## Questão 69

### EXPLICAÇÃO DO PROCESSO FISIOPATOLÓGICO

A avaliação da vitalidade fetal por meio da dopplervelocimetria segue uma lógica cronológica baseada na adaptação do feto à redução progressiva da oferta de oxigênio, geralmente decorrente de insuficiência placentária. Para acertar essa questão, é necessário compreender a ordem das respostas hemodinâmicas fetais:

1. **ARTÉRIA UMBILICAL (AUMB):** É o primeiro parâmetro a se alterar. Ela reflete a resistência vascular da placenta. À medida que a placenta se deteriora, a resistência ao fluxo sanguíneo aumenta, dificultando a passagem de sangue do feto para a mãe. No Doppler, isso se manifesta inicialmente pelo aumento dos índices de pulsatilidade, podendo evoluir para a diástole zero (quando o fluxo para durante a diástole) e, em casos graves, diástole reversa.

2. **ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA (ACM):** É o parâmetro intermediário e representa um mecanismo de compensação. Quando o feto detecta a queda na oxigenação (hipoxemia), ele redireciona o fluxo sanguíneo para órgãos vitais, como o cérebro, coração e glândulas adrenais. Para isso, ocorre uma vasodilatação na artéria cerebral média para facilitar a chegada de sangue oxigenado ao sistema nervoso central. Esse fenômeno é conhecido como centralização fetal ou efeito "brain-sparing". No Doppler, observa-se uma queda na resistência desse vaso.

3. **DUCTO VENOSO (DV):** É o parâmetro tardio e um indicador de gravidade extrema. Ele reflete o estado hemodinâmico do coração fetal e o equilíbrio ácido-básico. Quando o ducto venoso apresenta alteração (especialmente a onda a zero ou reversa), significa que o feto está em acidose grave e apresenta falência das câmaras cardíacas direitas. É o último marcador a se alterar antes do óbito fetal iminente, sendo crucial para decidir o momento da interrupção da gravidez em fetos prematuros.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A (CORRETA):** Apresenta a sequência fisiopatológica exata: primeiro a resistência placentária (AUMB), seguida pela resposta compensatória de proteção cerebral (ACM) e, finalmente, a descompensação cardíaca e acidose (DV).

**Alternativa B (INCORRETA):** O Ducto Venoso é um marcador de fase terminal e risco de óbito, não sendo o primeiro parâmetro a se alterar na hipóxia progressiva.

**Alternativa C (INCORRETA):** Inverte totalmente a ordem lógica, sugerindo que o marcador de gravidade máxima (DV) ocorreria antes da resistência placentária

(AUMB).

Alternativa D (INCORRETA): Embora identifique corretamente a Artéria Umbilical como o início do processo, inverte a ordem final. A centralização (ACM) ocorre sistematicamente antes da alteração do Ducto Venoso.

Alternativa E (INCORRETA): Sugere que a centralização cerebral (ACM) ocorreria antes da alteração na resistência umbilical. Na prática, a vasodilatação cerebral é uma resposta ao insulto que se inicia na placenta (AUMB).

---

## Questão 70

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente em questão apresenta o quadro clássico do câncer de endométrio tipo I: mulher na pós-menopausa com sangramento vaginal anormal e presença de fatores de risco como obesidade, diabetes e hipertensão (que compõem a síndrome metabólica, associada ao hiperestrogenismo periférico). O espessamento endometrial de 9 mm em mulheres na pós-menopausa é um sinal de alerta (o ponto de corte geralmente é de 4 a 5 mm), e a biópsia confirmou o Adenocarcinoma Endometriode Grau 1 (G1), que é o tipo histológico mais comum e de melhor prognóstico.

O tratamento para o câncer de endométrio é fundamentalmente cirúrgico, servindo tanto para o tratamento definitivo quanto para o estadiamento da doença.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Em casos de câncer de endométrio, a histerectomia deve ser obrigatoriamente total (remoção do corpo e do colo uterino). A histerectomia subtotal é contraindicada, pois o câncer pode se estender ao colo do útero e sua permanência impede o tratamento adequado e o acompanhamento oncológico.

Alternativa B: Incorreta. A alternativa propõe apenas a salpingectomia (retirada das trompas). No tratamento cirúrgico do câncer de endométrio, é necessária a salpingo-ooforectomia bilateral (retirada de trompas e ovários). A remoção dos ovários é indispensável devido ao risco de metástases microscópicas, tumores síncronos e pela necessidade de eliminar a fonte de estrogênio.

Alternativa C: Incorreta. Repete o erro de propor uma histerectomia subtotal, o que não é aceitável em cirurgia oncológica para esta patologia.

Alternativa D: Incorreta. Assim como a alternativa B, peca ao sugerir apenas a

salpingectomia. Além disso, a linfadenectomia pélvica e periaórtica sistemática é um tema de debate para tumores G1 (baixo risco), sendo muitas vezes substituída pela pesquisa de linfonodo-sentinela ou omitida se não houver invasão miometrial profunda, mas a ausência da ooforectomia já invalida a opção.

Alternativa E: Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. O estadiamento cirúrgico inicial para o câncer de endométrio consiste na Histerectomia Total Extrafascial + Salpingo-ooforectomia Bilateral + Coleta de Lavado Peritoneal. É importante observar que, embora a classificação da FIGO de 2009 tenha retirado o lavado peritoneal dos critérios de estadiamento propriamente ditos, ele continua sendo uma etapa recomendada na técnica cirúrgica para avaliação de prognóstico e é frequentemente cobrado em concursos e provas de residência como parte do procedimento padrão.

---

### Questão 71

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro de dor abdominal e sangramento vaginal com teste de gravidez positivo (beta-hCG de 700 mIU/ml). O ultrassom transvaginal não mostra sinais de gestação intrauterina nem massas anexiais. Este cenário é classificado como uma Gravidez de Localização Indeterminada (PUL - Pregnancy of Unknown Location).

O conceito fundamental para resolver esta questão é a Zona Discriminatória do beta-hCG. Este termo refere-se ao nível de beta-hCG a partir do qual um saco gestacional deve ser obrigatoriamente visualizado no útero por meio da ultrassonografia transvaginal em uma gestação normal. Na maioria das diretrizes, esse valor varia entre 1.500 e 3.500 mIU/ml.

Como o valor da paciente (700 mIU/ml) está abaixo da zona discriminatória, a ausência de saco gestacional no útero é um achado esperado para uma gestação muito inicial. Nestes casos, em pacientes hemodinamicamente estáveis, a conduta correta é aguardar e monitorar a evolução laboratorial.

Alternativa (a) Incorreta: O metotrexato é uma medicação quimioterápica usada no tratamento clínico da gestação ectópica íntegra. Não se deve iniciar esse tratamento sem um diagnóstico confirmado ou uma suspeita muito alta baseada em critérios específicos, pois a paciente pode ter uma gestação intrauterina viável que ainda não atingiu o tempo de ser vista ao ultrassom.

Alternativa (b) Incorreta: A videolaparoscopia é uma intervenção cirúrgica invasiva. Ela é indicada em casos de instabilidade hemodinâmica (que sugere ruptura de gestação ectópica) ou quando há massa anexial evidente com forte suspeita

diagnóstica que exija tratamento cirúrgico. A paciente do caso está estável e não possui massas visíveis.

Alternativa (c) Correta: Em pacientes estáveis com beta-hCG abaixo da zona discriminatória e ultrassom inconclusivo, a conduta padrão é repetir a dosagem de beta-hCG em 48 horas. Em uma gestação intrauterina viável, espera-se que o nível de beta-hCG aumente significativamente (geralmente dobrando ou subindo pelo menos 35-50% a cada 48 horas). Se os níveis caírem, indica-se uma gestação não evolutiva (abortamento). Se subirem de forma lenta ou em platô, a suspeita de gestação ectópica aumenta.

Alternativa (d) Incorreta: Repetir a ultrassonografia em apenas 24 horas é um intervalo muito curto. As alterações morfológicas da gestação demoram mais tempo para serem percebidas ao exame de imagem. A evolução bioquímica (dosagem hormonal) em 48 horas é o parâmetro mais fidedigno para guiar o raciocínio clínico neste momento.

Alternativa (e) Incorreta: O esquema de antibióticos mencionado (cefexetina e doxiciclina) é utilizado para o tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Embora a DIP cause dor pélvica, o foco da questão é o diagnóstico diferencial de uma gravidez inicial com sangramento e dor, onde a prioridade é definir a localização e viabilidade da gestação.

---

## Questão 72

A questão aborda o diagnóstico sorológico da toxoplasmose na gestação, um tema recorrente em provas de residência. Para resolver este caso, é fundamental correlacionar a idade gestacional com os resultados dos exames de anticorpos e o teste de avides.

Análise do cenário clínico:

A gestante está na 10ª semana (primeiro trimestre) e apresenta IgG e IgM reagentes. Quando ambos são positivos, surge a dúvida se a infecção foi adquirida durante a gestação ou se é uma infecção antiga, já que o IgM pode permanecer positivo por meses ou até anos (IgM residual). O teste de avides da IgG é a ferramenta indicada para esclarecer esse tempo de infecção, desde que realizado no primeiro trimestre (até 16 semanas).

Significado da Avides:

Um teste de alta avides realizado no primeiro trimestre indica que a infecção ocorreu há, pelo menos, 3 a 4 meses. Como a paciente está na 10ª semana de gestação, uma infecção ocorrida há mais de 12 semanas certamente aconteceu antes da concepção.

Portanto, não há risco de transmissão vertical para o feto neste caso.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A interrupção da gravidez por malformações fetais ou doenças infecciosas não é permitida pela legislação brasileira. Além disso, neste caso específico, sequer existe infecção ativa ou risco fetal.

b) Incorreta. A amniocentese para realização de PCR do líquido amniótico é indicada para diagnosticar infecção fetal quando há confirmação ou suspeita forte de infecção materna aguda durante a gestação. Como a gravidez alta exclui infecção recente, esse procedimento invasivo é desnecessário.

c) Incorreta. O esquema com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico é o tratamento de escolha para a infecção fetal confirmada (PCR positivo no líquido amniótico) ou suspeita muito alta após o primeiro trimestre. Não se aplica a uma paciente com infecção pregressa.

d) Correta. Como a gravidez é alta e o teste foi feito antes de 16 semanas de gestação, conclui-se que a paciente adquiriu toxoplasmose antes de engravidar. Ela possui imunidade e não há risco de transmissão para o bebê. A conduta é apenas tranquilizar o casal e seguir o pré-natal de baixo risco.

e) Incorreta. A espiramicina é utilizada como profilaxia para evitar a transmissão vertical quando a infecção materna aguda é confirmada ou quando a gravidez é baixa/indeterminada no primeiro trimestre. Como a infecção é antiga (passada), a medicação não tem indicação.

---

### Questão 73

Esta questão aborda o diagnóstico e a conduta na Incontinência Urinária de Esforço (IUE) em uma paciente no climatério. O quadro clínico de perda urinária aos esforços (como tossir, espirrar ou carregar peso), associado ao achado de hiper mobilidade uretral ao exame físico, confirma o diagnóstico de IUE.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta/Gabarito): A colporrafia anterior (técnica de Kelly-Kennedy) é uma cirurgia indicada para a correção do prolapso da parede vaginal anterior (cistocele), mas apresenta baixas taxas de sucesso a longo prazo para o tratamento da Incontinência Urinária de Esforço propriamente dita. Atualmente, o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da IUE decorrente de hiper mobilidade uretral são os

slings de uretra média (TVT ou TOT). Portanto, dizer que a colporrafia é o procedimento de escolha para a incontinência está errado.

Alternativa B (Correta): Modificações no estilo de vida, como perda de peso em pacientes obesas, redução da ingestão de cafeína, cessação do tabagismo e controle da ingestão hídrica, são medidas eficazes que ajudam a reduzir a frequência e a gravidade dos episódios de perda urinária.

Alternativa C (Correta): O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (exercícios de Kegel) é a primeira linha de tratamento para todas as mulheres com IUE. É um tratamento não invasivo, sem efeitos colaterais significativos e com alto nível de evidência científica em termos de melhora da qualidade de vida e cura clínica.

Alternativa D (Correta): O tratamento da IUE é escalonado. Caso as medidas conservadoras (fisioterapia e mudança de hábitos) não apresentem resultados satisfatórios após um período adequado (geralmente 3 a 6 meses), o tratamento cirúrgico deve ser discutido com a paciente, levando em conta o impacto dos sintomas na sua rotina.

Alternativa E (Correta): O Sling Transobturatório (TOT) é uma técnica de sling de uretra média amplamente utilizada e eficaz para o tratamento da IUE por hiper mobilidade uretral, apresentando menores riscos de lesão vesical em comparação ao sling retropúbico (TVT). Como a paciente apresenta hiper mobilidade uretral, o TOT é uma excelente opção cirúrgica.

---

## Questão 74

Essa questão aborda a conduta diante de miomas uterinos em uma paciente que deseja engravidar. Para resolvê-la, é fundamental analisar a localização dos miomas, o tamanho do útero e, principalmente, o histórico reprodutivo da paciente.

### Análise Clínica:

A paciente tem 32 anos, é nuligesta e nunca tentou engravidar, pois usa anticoncepcional oral regularmente. Embora o útero esteja aumentado (12 semanas), os miomas descritos são pequenos (2 cm, 3 cm e 0,8 cm). O ponto-chave é que não há diagnóstico de infertilidade, uma vez que ela ainda não interrompeu o método contraceptivo para tentar a concepção.

### Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Os análogos do GnRH são utilizados temporariamente para reduzir o volume uterino e o tamanho dos miomas antes de uma cirurgia ou para controle de

sangramento grave. Eles causam um estado de hipoestrogenismo (menopausa farmacológica), o que impediria a gestação imediata e não resolveria o problema de forma definitiva, pois os miomas voltam a crescer após a suspensão do uso.

b) Correta. Esta é a conduta mais adequada porque a paciente ainda não tentou engravidar. Miomas subserosos (3 cm) e intramurais que não distorcem a cavidade endometrial (2 cm) geralmente não interferem na fertilidade. Embora o mioma submucoso (0,8 cm) possa estar associado a uma menor taxa de implantação e maior risco de abortamento, a conduta inicial para uma mulher jovem, sem histórico de infertilidade ou sintomas exuberantes (ela tem ciclos regulares sob uso de pílula), é permitir a tentativa de gestação espontânea. Caso surjam dificuldades ou complicações (como infertilidade ou abortamentos de repetição), a conduta seria revista.

c) Incorreta. A embolização da artéria uterina é contraindicada para mulheres que ainda desejam gestar. Esse procedimento pode comprometer a reserva ovariana e a vascularização do miométrio e do endométrio, aumentando o risco de complicações gestacionais graves, como acretismo placentário e restrição de crescimento fetal.

d) Incorreta. A miomectomia histeroscópica é o tratamento de escolha para miomas submucosos que causam sangramento uterino anormal ou que estão comprovadamente interferindo na fertilidade. No entanto, como a paciente ainda não tentou engravidar e o mioma é muito pequeno (menos de 1 cm), a conduta conservadora de liberar para gestar prevalece sobre a intervenção cirúrgica imediata neste cenário de prova.

e) Incorreta. A miomectomia laparoscópica seria indicada para miomas intramurais ou subserosos volumosos e sintomáticos. No caso descrito, os miomas não são grandes o suficiente para justificar uma cirurgia abdominal antes mesmo de uma tentativa de concepção, especialmente pelo risco de formação de aderências pélvicas pós-operatórias que poderiam, estas sim, causar infertilidade tubária.

#### Resumo da Conduta:

Na ausência de sintomas compressivos, dor ou sangramento refratário, e sem o diagnóstico de infertilidade (definido por um ano de tentativas sem sucesso), deve-se adotar a conduta expectante em relação aos miomas e orientar a paciente a interromper o anticoncepcional para tentar engravidar.

## Questão 75

O ponto central desta questão é o diagnóstico diferencial entre o eczema areolar e a Doença de Paget da mama. O eczema é uma condição inflamatória benigna, enquanto a Doença de Paget é uma manifestação de carcinoma ductal (in situ ou invasor).

Análise das alternativas:

a) Prurido intenso: O prurido (coceira) é um sintoma cardeal de qualquer processo eczematoso. No eczema areolar, o desejo de coçar é frequente e muitas vezes é o que leva a paciente à consulta. Portanto, é uma característica típica.

b) Ausência de resposta aos corticosteroides: Esta é a alternativa correta (a característica que NÃO é típica). Por ser um processo inflamatório/alérgico, o eczema areolar costuma apresentar uma excelente e rápida resposta ao uso de corticoides tópicos. A ausência de melhora após o tratamento clínico com corticoides é, inclusive, um sinal de alerta (red flag) que obriga o médico a realizar uma biópsia para excluir a Doença de Paget, que não regride com esse tratamento.

c) Bordos indefinidos: Lesões de eczema ou dermatites em geral tendem a apresentar margens mal delimitadas, que se "misturam" gradualmente com a pele ao redor. Em contraste, a Doença de Paget costuma ter bordos bem definidos e nítidos. Logo, bordos indefinidos são típicos do eczema.

d) Descamação do complexo aréolo-papila: A descamação é uma alteração elementar secundária muito comum nos eczemas, refletindo o processo de renovação celular acelerada e o dano à barreira cutânea. É uma característica esperada na apresentação clínica.

e) Bilateralidade: O eczema areolar está frequentemente associado à dermatite atópica e, por ser uma condição sistêmica ou de sensibilidade da pele, é comum que se manifeste nas duas mamas simultaneamente ou em períodos próximos. A Doença de Paget, por ser de origem neoplásica, é quase invariavelmente unilateral. Assim, a bilateralidade sugere fortemente um quadro benigno como o eczema.

Gabarito: Letra (b).

---

## Questão 76

O índice de Bishop é uma ferramenta clínica fundamental na obstetrícia, utilizada para avaliar as condições do colo uterino e a posição da apresentação fetal antes do início do trabalho de parto. Sua principal finalidade é determinar se o colo está maduro ou favorável, o que permite prever a probabilidade de sucesso de uma indução do parto.

Alternativa (a): Correta. O índice de Bishop pontua cinco parâmetros específicos: dilatação cervical, esvaecimento (apagamento), consistência do colo, posição do colo (anterior, médio ou posterior) e a altura da apresentação (estática fetal baseada nos planos de De Lee). Uma pontuação elevada (geralmente igual ou superior a 8) indica um colo favorável, com alta chance de o parto evoluir para a via vaginal após a indução. Pontuações baixas (geralmente menores que 6) sugerem um colo desfavorável, indicando a necessidade de métodos de amadurecimento cervical antes do uso de ocitocina.

Alternativa (b): Incorreta. A previsão do peso fetal é realizada clinicamente por meio da medida da altura uterina e das manobras de Leopold (como a Regra de Johnson), ou de forma mais precisa através da ultrassonografia obstétrica.

Alternativa (c): Incorreta. A avaliação da vitalidade e a detecção de asfixia no recém-nascido são realizadas após o nascimento por meio do Índice de Apgar e, se necessário, pela gasometria do sangue do cordão umbilical.

Alternativa (d): Incorreta. O cálculo de risco para aneuploidias (alterações cromossômicas) é feito durante o rastreio pré-natal através da medida da translucência nugal, marcadores bioquímicos maternos e testes genéticos não invasivos (NIPT).

Alternativa (e): Incorreta. O sofrimento fetal agudo é avaliado clinicamente pela ausculta dos batimentos cardíacos fetais ou por exames complementares como a cardiocotografia, que monitora a frequência cardíaca fetal em relação às contrações uterinas.

---

## Questão 77

A alternativa correta é a letra (e).

A questão apresenta uma paciente de 42 anos com mioma submucoso de 5 cm, sintomática (anemia grave com Hb 8,5 g/dL) e com o desejo específico de preservar a fertilidade. O mioma submucoso é aquele que se projeta para dentro da cavidade uterina, sendo o principal responsável por quadros de sangramento menstrual

abundante e infertilidade.

Alternativa a: Incorreta. A ablação endometrial é um procedimento que visa destruir o endométrio para reduzir o fluxo menstrual. Ela é formalmente contraindicada para mulheres que desejam gestar, pois a destruição da mucosa endometrial impede a nidadação (implantação do embrião) e pode levar a complicações obstétricas graves.

Alternativa b: Incorreta. O tratamento com análogos do GnRH promove um estado de hipostrogenismo temporário, reduzindo o volume do mioma e o sangramento. No entanto, é utilizado majoritariamente como preparo pré-operatório para melhorar a anemia e reduzir o tumor, não sendo uma terapia definitiva, já que os sintomas retornam após a interrupção do uso.

Alternativa c: Incorreta. A histerectomia total consiste na retirada completa do útero. Embora seja o tratamento definitivo para a miomatose, ela é incompatível com o desejo da paciente de preservar a fertilidade.

Alternativa d: Incorreta. A embolização das artérias uterinas é uma técnica minimamente invasiva que visa cortar o suprimento sanguíneo dos miomas. Apesar de ser uma alternativa à histerectomia, seu uso em pacientes que desejam engravidar é controverso, pois pode comprometer a reserva ovariana e a vascularização placentária em gestações futuras. A miomectomia é superior para preservação reprodutiva.

Alternativa e: Correta. A miomectomia por histeroscopia é o tratamento de escolha para miomas submucosos (especialmente os tipos 0 e 1 de FIGO) em pacientes que desejam manter o potencial reprodutivo. O procedimento é realizado por via vaginal, sem cortes abdominais, permitindo a remoção do mioma que causa o sangramento e restaurando a anatomia da cavidade uterina para uma futura gravidez. Mesmo em miomas de 5 cm, que podem exigir mais de um tempo cirúrgico, esta continua sendo a melhor opção entre as listadas.

---

## Questão 78

Análise do quadro clínico:

Estamos diante de uma gestante primigesta de 37 semanas (gestação a termo) com diagnóstico confirmado de Ruptura Prematura de Membranas Oculares (RPMO). O diagnóstico é corroborado pelo relato de perda líquida, visualização de conteúdo no especular, pH vaginal alcalino (7,5), teste de cristalização positivo e presença de oligoâmnio (ILA de 2 cm). O ponto crucial para a decisão terapêutica reside na avaliação do toque vaginal: a variedade de posição sacrotransversa esquerda indica

que a apresentação é pélvica, e o fato de estar alta e móvel aumenta o risco de complicações.

Alternativa A - INCORRETA: A indução do trabalho de parto é a conduta padrão para RPMO em gestações a termo quando o feto está em apresentação cefálica. No caso descrito, o feto está em apresentação pélvica (sacro). Em primigestas, a apresentação pélvica associada à bolsa rota é indicação de cesariana, devido ao risco de distocias e, principalmente, ao risco de prolapso de cordão umbilical, já que a apresentação não está encaixada.

Alternativa B - INCORRETA: Não se deve dar alta para uma paciente com ruptura de membranas no termo. A conduta na RPMO após 37 semanas é a interrupção da gestação, pois a manutenção da gestante com membranas rotas aumenta o risco de infecção ovular (corioamnionite) sem trazer benefícios à maturidade fetal.

Alternativa C - CORRETA: A interrupção da gestação é a conduta indicada pela idade gestacional (37 semanas). A via de escolha é a cesariana devido à apresentação pélvica em uma paciente primigesta. A situação de bolsa rota com apresentação alta e móvel torna o parto vaginal pélvico ainda mais arriscado, sendo a via alta a mais segura para o binômio mãe-feto.

Alternativa D - INCORRETA: A versão cefálica externa (VCE) é a manobra para tentar virar o feto pélvico para cefálico. Contudo, ela é formalmente contraindicada na presença de ruptura de membranas e oligoâmnio (ILA de 2 cm), pois a escassez de líquido amniótico impede a movimentação fetal segura e aumenta o risco de descolamento de placenta e sofrimento fetal.

Alternativa E - INCORRETA: A corticoterapia para maturidade pulmonar fetal é indicada apenas em gestações pré-termo, habitualmente até 34 semanas e 6 dias (ou até 36 semanas em protocolos específicos de corticoide tardio). Com 37 semanas, o feto já é considerado a termo. Além disso, a conduta expectante não se aplica neste cenário de malposição fetal e bolsa rota no termo.

---

### Questão 79

A abordagem de uma paciente com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) que deseja engravidar exige o ajuste do tratamento crônico para garantir a segurança fetal e a saúde materna.

A alternativa (a) está incorreta porque, embora a SOP esteja associada a um maior risco de complicações obstétricas (como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia) e possa causar subfertilidade por anovulação, ela não é uma contraindicação à

gestação. Com acompanhamento adequado, a maioria das pacientes consegue engravidar e ter uma gestação bem-sucedida.

A alternativa (b) está incorreta devido à recomendação de manter a espironolactona. A espironolactona possui efeito antiandrogênico e é classificada como categoria C (ou D, dependendo da diretriz) na gestação, apresentando risco de feminização de fetos masculinos. Portanto, seu uso deve ser interrompido antes de a paciente iniciar as tentativas de concepção.

A alternativa (c) está incorreta pelo mesmo motivo da anterior: a manutenção da espironolactona é contraindicada no período pré-gestacional e gestacional. Embora o início do ácido fólico e a realização do GTT (Teste Oral de Tolerância à Glicose) estejam corretos, a conduta em relação ao diurético invalida a opção.

A alternativa (d) está correta e descreve a conduta padrão. A suspensão do Anticoncepcional Combinado (ACO) é necessária para que ocorra a retomada do ciclo ovulatório. A suspensão da espironolactona é mandatória para evitar riscos teratogênicos ao feto. O início do ácido fólico (idealmente 3 meses antes da concepção) é a recomendação universal para prevenção de defeitos do tubo neural. A realização do GTT é fundamental, pois pacientes com SOP possuem um risco significativamente elevado de resistência insulínica e diabetes mellitus gestacional, devendo ser rastreadas antes mesmo de engravidarem ou no início do pré-natal.

A alternativa (e) está incorreta por dois erros principais. Primeiro, a espironolactona não deve ser mantida até a confirmação da gestação, mas sim suspensa previamente. Segundo, o ácido fólico deve ser iniciado no período pré-concepcional para garantir níveis séricos adequados durante a embriogênese inicial; iniciá-lo apenas após a confirmação da gravidez pode ser tardio para a prevenção de malformações do tubo neural.

---

## Questão 80

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (antigamente chamada de iminência de eclâmpsia). Os critérios que definem a gravidade neste caso são os sintomas de irritabilidade do sistema nervoso central (cefaleia occipital, escotomas e turvação visual) e a dor abdominal (epigastralgia), além da pressão arterial de 160 x 100 mmHg. Mesmo com exames laboratoriais normais e apenas traços de proteína na urina, a presença desses sinais clínicos é suficiente para classificar o quadro como grave. A idade gestacional é de 36 semanas.

## POR QUE A ALTERNATIVA E ESTÁ CORRETA?

A conduta na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade após a 34ª semana de gestação é a interrupção da gravidez. Antes e durante o processo de resolução, é obrigatória a administração de sulfato de magnésio para a prevenção de convulsões (eclâmpsia), conforme os protocolos nacionais e internacionais (como o da FEBRASGO). Como a gestação já atingiu 36 semanas, não há benefício em postergar o parto, visando a segurança materna.

## POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A via de parto na pré-eclâmpsia é de indicação obstétrica. A presença de pré-eclâmpsia grave, por si só, não é uma indicação absoluta de cesariana. Se as condições cervicais forem favoráveis e o bem-estar fetal estiver preservado (como indica a cardiotocografia categoria 1), o parto vaginal pode ser tentado. Além disso, a alternativa omite o uso indispensável do sulfato de magnésio.

Alternativa b: O manejo conservador (aguardar o parto espontâneo) não é indicado em casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, especialmente após as 34 semanas, devido ao alto risco de complicações maternas e fetais, como o descolamento prematuro de placenta e a progressão para eclâmpsia.

Alternativa c: O uso de corticoide para maturação pulmonar fetal é indicado apenas até a 34ª semana de gestação. Às 36 semanas, os riscos da manutenção da gravidez sob vigência de sinais de gravidade superam os benefícios da corticoterapia. A resolução não deve ser adiada para 37 semanas.

Alternativa d: Esta conduta é perigosa e tecnicamente errada. Tratar apenas os sintomas (analgésico) e a pressão (metildopa) sem interromper a gestação em um quadro de gravidade subestima o risco de morte materna e fetal. A metildopa é uma droga de ação lenta, não sendo a escolha para controle de crises hipertensivas agudas, e o aguardo do termo (37-40 semanas) é contraindicado neste cenário.

---

### Questão 81

O preenchimento do Atestado de Óbito, especificamente no campo 49 (Causas da Morte), segue uma lógica internacional padronizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para fins estatísticos e epidemiológicos. Esse campo é dividido em duas seções: Parte I e Parte II.

A Parte I é destinada a descrever a sequência de eventos que levaram diretamente à

morte. O preenchimento deve ser feito de modo que a Causa Terminal ou Imediata (o evento final) apareça na primeira linha (linha a) e a Causa Básica (a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos) apareça na última linha preenchida da Parte I.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A primeira linha da Parte I é reservada para a Causa Terminal ou Imediata, que é a doença ou estado que causou diretamente o óbito (por exemplo, choque séptico ou insuficiência respiratória).

Alternativa b: Incorreta. A Parte II é destinada às causas contribuintes, ou seja, estados patológicos que não estão na cadeia direta do evento que levou à morte, mas que colaboraram para o desfecho desfavorável. Não é nela que se registra a causa básica.

Alternativa c: Incorreta. Assim como a alternativa anterior, a Parte II não é o local para a causa básica, independentemente da linha.

Alternativa d: Correta. A Causa Básica é, por definição, a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente à morte. Para fins de tabulação epidemiológica, ela deve ser registrada na última linha preenchida da Parte I. Se a sequência tiver quatro etapas, ela ficará na linha d; se tiver apenas duas, ficará na linha b.

Alternativa e: Incorreta. O campo 49 do modelo brasileiro de Declaração de Óbito não possui uma Parte III. Ele se encerra na Parte II.

---

## Questão 82

A vigilância epidemiológica é definida legalmente no Brasil pela Lei 8.080/1990 como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle. O pilar fundamental dessa atividade é o conceito de informação para a ação.

Alternativa a) Incorreta. Programar e realizar campanhas de imunização são medidas de intervenção e controle. Elas são o resultado da aplicação dos dados coletados, mas a tarefa essencial da vigilância é o processo técnico que gera o conhecimento para que essas campanhas sejam planejadas e executadas.

Alternativa b) Correta. A essência da vigilância epidemiológica reside na coleta

(reunir informações), no processamento e na análise (interpretar) de dados sobre eventos de saúde. Esse ciclo contínuo permite identificar o comportamento das doenças na população e orientar as tomadas de decisão em saúde pública.

Alternativa c) Incorreta. O isolamento e o tratamento hospitalar são condutas assistenciais e medidas de controle de doenças transmissíveis específicas. A vigilância epidemiológica atua no nível do monitoramento populacional e na geração de dados, não se limitando ao ambiente hospitalar ou à execução direta do tratamento clínico individual.

Alternativa d) Incorreta. A educação em saúde e as campanhas publicitárias são ferramentas de prevenção e promoção da saúde. Embora a detecção de casos de notificação compulsória seja uma etapa fundamental da vigilância, a alternativa mistura funções de comunicação social com as etapas técnicas de análise de dados da vigilância.

Alternativa e) Incorreta. Esta opção mistura diferentes esferas do sistema de saúde. O atendimento primário é a modalidade de assistência clínica direta ao paciente; a vigilância sanitária foca no controle de riscos em produtos, serviços e meio ambiente; enquanto a vigilância epidemiológica foca no perfil de saúde-doença da comunidade. São áreas que se comunicam, mas possuem atribuições distintas.

---

### Questão 83

Análise do caso clínico:

O paciente de 47 anos apresenta um quadro clássico de doença ocupacional (LER/DORT). O histórico de 20 anos como operador industrial, realizando movimentos repetitivos de levantamento de carga (2 a 8 kg) acima da linha dos ombros por 1200 vezes por turno, estabelece um forte nexos causal para lesão do manguito rotador. O exame físico reforça o diagnóstico: o teste de Jobe positivo indica comprometimento do tendão supraespinal, e o arco doloroso de Simmonds (dor à abdução entre 60 e 120 graus) sugere a síndrome do impacto subacromial.

O papel do médico na CAT:

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento legal que deve ser emitido em casos de acidentes típicos, de trajeto ou doenças ocupacionais (suspeitas ou confirmadas). Por lei, a responsabilidade primordial de emissão é da empresa, no primeiro dia útil após o diagnóstico ou ocorrência. Para que a empresa cumpra essa obrigação, o médico assistente deve fornecer as informações clínicas necessárias.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) é um órgão de suporte e vigilância que auxilia em casos complexos e na investigação denexo causal, mas o encaminhamento para este centro não é o passo obrigatório para a abertura da CAT em uma Unidade Básica de Saúde. O médico da rede básica tem competência para iniciar o processo documental.

Alternativa b: Incorreta. O encaminhamento ao INSS é necessário para a realização da perícia médica caso o trabalhador precise de afastamento superior a 15 dias para receber o benefício previdenciário (auxílio-doença acidentário). No entanto, o INSS não "abre" a CAT; ele recebe a CAT já emitida para fins de perícia e direitos previdenciários.

Alternativa c: Correta. Para a abertura da CAT, o médico deve emitir um relatório ou atestado médico detalhado que contenha o diagnóstico (CID-10), a natureza da lesão e as informações sobre onexo causal (a relação da dor no ombro com a atividade de levantar peças na máquina). Com este relatório em mãos, o trabalhador solicita à empresa a formalização da CAT. Caso a empresa se recuse a emitir, o próprio médico, o sindicato ou o trabalhador podem preencher o documento, mas o fornecimento do relatório clínico é o passo inicial fundamental do médico assistente.

Alternativa d: Incorreta. Embora a ultrassonografia seja um exame útil para confirmar a extensão da lesão (ex: ruptura tendínea), o diagnóstico de LER/DORT pode ser clínico e ocupacional. A solicitação do exame é uma conduta assistencial e não um passo administrativo para a emissão da CAT.

Alternativa e: Incorreta. O início de medicamentos é uma conduta terapêutica correta para o manejo da dor, mas a tomografia computadorizada não é o exame de escolha para avaliar partes moles e tendões do ombro (os exames ideais seriam a ultrassonografia ou a ressonância magnética). Além disso, esta alternativa foca apenas no tratamento e diagnóstico, ignorando a pergunta sobre o procedimento para a CAT.

---

### Questão 84

O mesotelioma é um tumor maligno que se origina nas células do mesotélio, membrana que reveste as cavidades serosas do corpo, sendo a pleura o local mais frequentemente acometido. Na medicina ocupacional, essa patologia está intrinsecamente ligada à exposição crônica ao asbesto (também conhecido como amianto).

Alternativa a) Incorreta. A silicose é uma pneumoconiose causada pela inalação de partículas de sílica livre cristalina, comum em trabalhadores de mineração,

jateamento de areia e cerâmicas. Embora a silicose aumente o risco de câncer de pulmão e de tuberculose (silicotuberculose), ela não é a causa do mesotelioma.

Alternativa b) Incorreta. A beriliose decorre da exposição ao berílio, metal utilizado em indústrias de alta tecnologia, aeroespaciais e eletrônicas. A doença manifesta-se como uma inflamação granulomatosa crônica nos pulmões, muito semelhante à sarcoidose, sem associação direta com o mesotelioma.

Alternativa c) Incorreta. O saturnismo é o termo clínico para a intoxicação crônica pelo chumbo. Os principais sistemas afetados são o hematológico (causando anemia com pontilhado basófilo), o sistema nervoso (neuropatia periférica e encefalopatia) e os rins. Não possui relação com neoplasias pleurais.

Alternativa d) Incorreta. O hidrargirismo refere-se à intoxicação pelo mercúrio. É caracterizado por sintomas neurológicos (tremores e alterações de personalidade), distúrbios gastrointestinais e gengivite. Não é uma doença relacionada ao desenvolvimento de mesotelioma.

Alternativa e) Correta. A asbestose é a fibrose pulmonar intersticial difusa causada pela inalação das fibras de asbesto (amianto). O asbesto é o agente etiológico clássico e mais importante para o mesotelioma de pleura e de peritônio. É importante ressaltar que o risco de mesotelioma independe do tabagismo (diferente do câncer de pulmão, no qual o asbesto e o tabaco agem em sinergia) e pode surgir décadas após a exposição inicial, devido ao seu longo período de latência.

---

## Questão 85

Para resolver esta questão, é fundamental dominar os conceitos dos níveis de prevenção de Leavell & Clark, um tema recorrente em provas de Medicina Preventiva e Social.

Análise dos conceitos aplicados ao caso:

1. Rastreamento do câncer de próstata: O rastreamento (screening) consiste na realização de exames ou testes em indivíduos assintomáticos com o objetivo de detectar precocemente uma doença em seu estágio inicial (fase subclínica). De acordo com a história natural da doença, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato são as estratégias fundamentais da Prevenção Secundária.
2. Imunização e atualização do cartão de vacina: A vacinação é uma medida de proteção específica. Ela atua antes de o processo patogênico se iniciar, visando evitar que a doença ocorra. Medidas que envolvem promoção da saúde e proteção

específica (como vacinas, uso de preservativos ou quimioprofilaxia) pertencem à Prevenção Primária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a vacinação seja prevenção primária, o rastreio de câncer não o é. A prevenção primária foca em reduzir a incidência da doença removendo seus fatores causais.

Alternativa b) Incorreta. Inverte os conceitos ou os aplica de forma errônea. O rastreio não é primário e a vacinação não é secundária.

Alternativa c) Incorreta. A primeira parte (secundária para rastreio) está correta, mas a segunda parte está incorreta. A prevenção terciária foca na reabilitação e na redução de incapacidades de doenças já sintomáticas ou crônicas (como fisioterapia pós-AVC ou cuidados com o pé diabético).

Alternativa d) Incorreta. O rastreio não é prevenção terciária e a vacinação não é prevenção secundária.

Alternativa e) Correta. Identifica adequadamente que o rastreio busca o diagnóstico precoce (Prevenção Secundária) e que a vacinação busca evitar a ocorrência da doença através de proteção específica (Prevenção Primária).

Resumo dos Níveis de Prevenção:

- Primária: Evitar a doença (vacinas, educação em saúde).
- Secundária: Diagnosticar precocemente (rastreamento/screening).
- Terciária: Reabilitar e limitar sequelas (fisioterapia, reintegração social).
- Quaternária: Evitar a iatrogenia e o excesso de intervenções médicas desnecessárias.

---

## Questão 86

Para compreender esta questão, é fundamental dominar a Lei Federal nº 8.142/90, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) ao tratar da participação da comunidade e das transferências de recursos.

O Artigo 1º, § 2º, da referida lei define exatamente o papel do Conselho de Saúde. Vamos à análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A formulação de diretrizes para a política de saúde é uma competência primordial da Conferência de Saúde, que ocorre a cada quatro anos

com representação de vários segmentos sociais. O Conselho atua no dia a dia da gestão, mas as diretrizes macro são emanadas pelas Conferências.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa é a transcrição literal do texto legal (Art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90). O Conselho de Saúde tem caráter deliberativo e permanente, atuando na formulação de estratégias e, fundamentalmente, no controle da execução da política de saúde, o que inclui a fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros (como o acompanhamento do Fundo de Saúde).

Alternativa (c) Incorreta: O Conselho de Saúde é um órgão de controle e deliberação, não um órgão executor. A execução das políticas, ações e serviços de saúde é responsabilidade do Poder Executivo, ou seja, do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Secretarias Municipais de Saúde.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o Conselho de Saúde fiscalize a movimentação financeira e deva aprovar o Plano de Saúde (que contém a previsão orçamentária), ele não "decide a alocação" de forma isolada em reuniões ordinárias. A alocação de recursos públicos segue o ciclo orçamentário previsto na Constituição e em leis específicas (PPA, LDO e LOA), cabendo ao Conselho o controle e a fiscalização dessa aplicação.

Alternativa (e) Incorreta: Os conselhos de classe (como CRM, COREN, CRF) são autarquias federais com legislação própria e autonomia para fiscalizar o exercício de suas respectivas profissões. O Conselho de Saúde do SUS não possui atribuição legal para realizar investigações sobre a estrutura ou o funcionamento administrativo desses conselhos profissionais.

---

## Questão 87

Sobre a participação popular no SUS, regida principalmente pela Lei Federal n.º 8.142/1990, seguem as explicações para cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: As Conferências de Saúde reúnem-se a cada quatro anos com representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Embora suas decisões orientem o planejamento (como o Plano Plurianual e o Plano de Saúde), elas não possuem o caráter deliberativo cotidiano e administrativo que os Conselhos de Saúde detêm. Os Conselhos são órgãos permanentes que deliberam sobre a execução orçamentária e estratégias, enquanto as Conferências funcionam como grandes fóruns de consulta e apontamento de rumos.

Alternativa (b) INCORRETA: A criação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde não

são opcionais para o gestor. A Lei n.º 8.142/1990 estabelece que a existência de um Conselho de Saúde é um requisito indispensável para que estados, municípios e o Distrito Federal recebam recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (transferências fundo a fundo). Sem o Conselho, o repasse de verbas federais é suspenso.

Alternativa (c) INCORRETA: Além de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, os Conselhos têm, por lei, o papel fundamental de fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Eles devem fiscalizar os gastos, o cumprimento de metas e a qualidade dos serviços prestados.

Alternativa (d) INCORRETA: As Conferências de Saúde já existiam muito antes da criação do SUS. A primeira delas foi realizada em 1941. Outro exemplo marcante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi o grande marco do Movimento da Reforma Sanitária e serviu de base para o texto da Constituição Federal de 1988 que instituiu o SUS.

Alternativa (e) INCORRETA: A lei garante a participação dos profissionais de saúde por meio da regra da paridade. A composição de Conselhos e Conferências deve ser de 50% de representantes de usuários, 25% de representantes de trabalhadores da saúde (profissionais) e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços de saúde. Portanto, os profissionais não apenas podem participar, como possuem uma cota específica de representatividade.

---

## Questão 88

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O Decreto nº 7.508, de 2011, é um marco na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, tratando especificamente da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. Para responder a essa questão, é necessário conhecer as definições contidas no artigo 2º deste decreto.

A alternativa (c) está correta. O enunciado traz a definição literal de Região de Saúde, conforme o artigo 2º, inciso I, do Decreto nº 7.508/2011. A Região de Saúde é a base territorial para o planejamento da rede de serviços, devendo obrigatoriamente contar com ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde.

A alternativa (a) está incorreta. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é o instrumento jurídico que formaliza o acordo de colaboração entre os entes

federativos (Municípios, Estados e União) para a organização e integração das ações e serviços de saúde na região. É o documento que sela as responsabilidades, não o espaço geográfico em si.

A alternativa (b) está incorreta. O Mapa da Saúde é definido como a descrição gráfica do sistema de saúde, incluindo a capacidade instalada, recursos humanos e a oferta de serviços em determinado território. Ele serve como ferramenta de diagnóstico para auxiliar o planejamento, mas não se confunde com o conceito geográfico da região.

A alternativa (d) está incorreta. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida no decreto como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, visando garantir a integralidade da assistência. Enquanto a Região de Saúde foca no território e na gestão compartilhada entre municípios vizinhos, a RAS foca no fluxo assistencial e na continuidade do cuidado ao paciente.

A alternativa (e) está incorreta. A terminologia "Área crítica de saúde" não consta no rol de definições do artigo 2º do Decreto nº 7.508/2011. É um termo que pode ser utilizado de forma genérica em saúde pública para designar locais com piores indicadores, mas não possui a definição jurídica solicitada pela questão.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 89

Para resolver essa questão, é fundamental o conhecimento da Lei Federal n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e define as instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Análise das assertivas:

Assertiva I - Correta. De acordo com o Art. 1.º, § 1.º, da Lei n.º 8.142/90, a Conferência de Saúde deve se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde em sua respectiva esfera (municipal, estadual ou federal).

Assertiva II - Correta. O mesmo dispositivo legal estabelece que, além de avaliar a situação de saúde, a Conferência tem a função de propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Ela funciona como um fórum de debates para nortear o planejamento das ações do SUS.

Assertiva III - Incorreta. Esta assertiva descreve as características dos Conselhos de Saúde. Segundo o Art. 1.º, § 2.º, da mesma lei, o Conselho de Saúde é que possui caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. As Conferências, por sua vez, ocorrem periodicamente (ordinariamente a cada quatro anos), não sendo permanentes.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A assertiva II também está correta; portanto, a alternativa está incompleta.
- b) Incorreta. A assertiva I também está correta, tornando esta alternativa incompleta.
- c) Incorreta. A assertiva III é falsa, pois confunde as atribuições da Conferência com as do Conselho de Saúde.
- d) Correta. Apenas as assertivas I e II estão em conformidade com o texto da Lei n.º 8.142/90 no que tange às Conferências de Saúde.
- e) Incorreta. A inclusão da assertiva III torna a alternativa errada, uma vez que a Conferência não é permanente.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 90

A questão aborda as bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente as chamadas Leis Orgânicas da Saúde. O enunciado descreve exatamente o objeto da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Alternativa a) 8.080/90. Incorreta. Esta lei dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional. Embora seja a lei-base do SUS, os trechos que tratavam originalmente de financiamento e participação popular foram vetados na época de sua sanção, o que gerou a necessidade da criação de uma segunda lei para tratar especificamente desses pontos.

Alternativa b) 8.069/90. Incorreta. Esta lei corresponde ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Embora garanta direitos fundamentais à saúde para essa população específica, ela não rege a estrutura de gestão orçamentária ou as instâncias de participação comunitária do SUS.

Alternativa c) 8.142/90. Correta. Esta lei complementa a Lei 8.080/90 e foca em dois pilares fundamentais para o funcionamento do sistema: a participação da comunidade (institucionalizada através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde) e a transferência de recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e

municipal (as transferências fundo a fundo). É ela que define que os recursos serão repassados de forma regular e automática.

Alternativa d) 7.508/11. Incorreta. Este documento é um decreto presidencial e não uma lei. Sua finalidade principal é regulamentar a Lei 8.080/90, detalhando a organização das Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), o planejamento em saúde e a articulação entre os entes federados.

Alternativa e) 8.170/92. Incorreta. Esta numeração de lei não possui qualquer relação com as leis orgânicas, gestão de recursos ou participação social no SUS, servindo apenas como uma alternativa de distração na questão.

---

## Questão 91

TEMA: Bioestatística - Estudo de Coorte e Risco Relativo (RR).

A questão solicita o cálculo do Risco Relativo (RR) em um estudo de coorte. O RR é a medida de associação fundamental para estudos que acompanham grupos ao longo do tempo (estudos prospectivos), sendo definido pela razão entre a incidência do desfecho no grupo exposto e a incidência no grupo não exposto.

Passo 1: Calcular a incidência no grupo exposto (mães fumantes).

Incidência nos expostos = número de casos / total de expostos.

Incidência nos expostos =  $100 / 1.000 = 0,1$  (ou 10%).

Passo 2: Calcular a incidência no grupo não exposto (mães não fumantes).

Incidência nos não expostos = número de casos / total de não expostos.

Incidência nos não expostos =  $10 / 1.000 = 0,01$  (ou 1%).

Passo 3: Calcular o Risco Relativo (RR).

$RR = \text{Incidência nos expostos} / \text{Incidência nos não expostos}$ .

$RR = 0,1 / 0,01 = 10$ .

Interpretação: O resultado indica que os filhos de mães fumantes apresentam um risco 10 vezes maior de nascerem com baixo peso em comparação aos filhos de mães não fumantes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor 5 não corresponde à divisão das incidências encontradas (0,1 e 0,01).

b) Correta. Conforme o cálculo acima, o RR é a razão entre 10% (incidência no grupo fumante) e 1% (incidência no grupo não fumante), totalizando 10.

c) Incorreta. Este valor é matematicamente incompatível com os dados de incidência fornecidos pela questão.

d) Incorreta. Este valor não decorre da aplicação correta da fórmula de Risco Relativo para os dados apresentados.

e) Incorreta. O valor 2 estaria correto apenas se a incidência no grupo exposto fosse o dobro da do grupo não exposto (ex.: 20/1.000 e 10/1.000), o que não é o caso.

---

## Questão 92

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar as principais medidas de tendência central e como elas se comportam diante de valores atípicos, conhecidos como outliers.

Alternativa a: Incorreta. A média é a medida de tendência central mais sensível a valores extremos. Isso ocorre porque o seu cálculo utiliza o valor exato de cada observação da amostra (soma de todos os valores dividida pelo número de elementos). Se houver um único valor muito discrepante, ele puxará a média em sua direção, distorcendo a representatividade do grupo.

Alternativa b: Correta. A mediana é uma medida de posição. Para encontrá-la, colocamos os dados em ordem crescente e selecionamos o valor que divide a amostra exatamente ao meio. Por depender apenas da ordem e não do valor numérico das extremidades, ela permanece inalterada se o maior valor da amostra aumentar ou se o menor valor diminuir. Por isso, é a medida preferencial para descrever dados com distribuição assimétrica.

Alternativa c: Incorreta. O desvio-padrão não é uma medida de tendência central, mas sim uma medida de dispersão, que indica o quanto os dados variam em torno da média. Além disso, ele é altamente afetado por valores extremos, já que seu cálculo utiliza os desvios elevados ao quadrado.

Alternativa d: Incorreta. O coeficiente de variação também é uma medida de dispersão (dispersão relativa). Ele é o resultado da divisão do desvio-padrão pela média. Como utiliza duas medidas que são sensíveis a valores extremos, o coeficiente de variação também sofre grande interferência desses valores.

Alternativa e: Incorreta. A moda representa o valor que ocorre com maior frequência

em um conjunto de dados. Embora ela não seja necessariamente alterada por um valor extremo isolado, ela não é a medida clássica de robustez estatística solicitada pela questão. Em muitas amostras médicas, a moda pode nem existir (amostra amodal) ou não estar no centro da distribuição, não sendo a ferramenta de escolha para lidar com o problema da interferência de outliers em estudos epidemiológicos quando comparada à mediana.

### Questão 93

O estudo de coorte é um desenho de pesquisa observacional, longitudinal e, na maioria das vezes, prospectivo. Nele, os pesquisadores selecionam um grupo de indivíduos (a coorte) que são classificados de acordo com a presença ou ausência de uma exposição a determinado fator de risco e, a partir daí, são acompanhados ao longo do tempo para observar quem desenvolverá ou não a doença em questão.

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. Uma das principais vantagens do estudo de coorte é que ele permite o cálculo direto da incidência (número de novos casos que surgem em um intervalo de tempo). Como o estudo começa com indivíduos inicialmente saudáveis no que se refere ao desfecho estudado, qualquer caso novo identificado durante o seguimento representa a incidência da doença naquela população.

Alternativa (b): Está incorreta porque os estudos de coorte são tipicamente de difícil execução. Eles exigem o monitoramento constante de um grande número de participantes por períodos que podem durar anos ou décadas, o que demanda uma infraestrutura robusta de pesquisa.

Alternativa (c): Está incorreta. O estudo de coorte é ideal para avaliar a relação entre uma exposição e vários desfechos (doenças) diferentes. A capacidade de avaliar a relação entre uma doença e a exposição a muitos fatores simultâneos é uma característica clássica dos estudos de caso-controle, que partem de quem já está doente para investigar o passado.

Alternativa (d): Está incorreta. Devido à sua longa duração, necessidade de equipes de campo e logística para evitar perdas de seguimento, os estudos de coorte costumam ter um custo muito elevado quando comparados a estudos transversais ou de caso-controle.

Alternativa (e): Está incorreta. Para doenças raras, o estudo de coorte é ineficiente. Seria necessário acompanhar milhares de pessoas por muito tempo para que apenas alguns poucos casos da doença surgissem, inviabilizando a análise. Nesses casos, prefere-se o estudo de caso-controle, no qual já selecionamos os indivíduos que

possuem a doença rara para estudo.

---

## Questão 94

### CONCEITOS E CÁLCULO

O Número Necessário para Tratar (NNT) é um dos indicadores mais importantes da medicina baseada em evidências, pois traduz a relevância clínica de um tratamento. Ele define o número de pacientes que precisam ser tratados para prevenir um evento negativo adicional ou obter um benefício extra.

A relação entre o NNT e a Redução Absoluta do Risco (RAR) é inversamente proporcional. A fórmula matemática para o cálculo é:

$$\text{NNT} = 1 / \text{RAR}$$

Substituindo o valor fornecido pela questão (RAR = 0,30):

$$\text{NNT} = 1 / 0,30$$

$$\text{NNT} = 3,33$$

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O valor 0,3 é a própria Redução Absoluta do Risco (RAR) mencionada no enunciado. O NNT exige o cálculo do inverso desse valor.

Alternativa b) Correta. Representa o cálculo exato da divisão de 1 por 0,30. Isso significa que, neste estudo específico, é necessário tratar aproximadamente 4 pessoas (arredondando sempre para cima na prática clínica para garantir o benefício) para evitar um desfecho desfavorável.

Alternativa c) Incorreta. Este valor não corresponde ao inverso de 0,30 e não possui relação com os dados epidemiológicos apresentados.

Alternativa d) Incorreta. Valor resultante de erro de cálculo; não preenche os requisitos da fórmula do NNT.

Alternativa e) Incorreta. Este valor não tem fundamento matemático dentro das métricas de benefício de tratamento solicitadas na questão.

Gabarito: Alternativa (b).

---

### Questão 95

A questão descreve um estudo baseado na análise de prontuários (revisão de histórias clínicas) de um grupo específico de 240 pacientes que compartilham uma mesma condição: o diagnóstico de meningite bacteriana aguda. O objetivo foi descrever a evolução clínica, a taxa de letalidade e identificar variáveis associadas ao óbito dentro deste grupo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental e prospectivo, no qual os participantes são distribuídos aleatoriamente para receber ou não uma intervenção (como um novo medicamento ou procedimento). O enunciado descreve um estudo observacional e retrospectivo baseado em registros médicos já existentes.

b) Correta. Uma série de casos é um desenho de estudo descritivo que analisa um grupo de indivíduos com uma doença ou condição específica em comum. Nesse caso, foram analisados 240 pacientes com a mesma patologia. Como o estudo descreve as características e o desfecho desse grupo sem utilizar um grupo-controle (pessoas sem a doença) para comparação externa, ele se classifica como uma série de casos.

c) Incorreta. O estudo de caso-controle parte do desfecho já ocorrido (compara doentes versus não doentes) para buscar retrospectivamente exposições prévias. Embora o estudo em questão utilize prontuários, ele não selecionou um grupo de "controles" (pessoas sem meningite) para realizar a comparação de riscos, focando exclusivamente no grupo de doentes.

d) Incorreta. Uma coorte prospectiva acompanha indivíduos ao longo do tempo, partindo de uma exposição para observar quem desenvolverá o desfecho no futuro. O estudo citado é retrospectivo (revisão de histórias clínicas de pacientes já admitidos) e não acompanha indivíduos saudáveis expostos a fatores de risco.

e) Incorreta. O estudo ecológico utiliza dados agregados de populações ou grupos geográficos (como estatísticas de cidades, estados ou países) como unidade de análise, e não dados individuais. A questão foca em dados individuais de 240 pacientes específicos, o que descaracteriza o desenho ecológico.

## Questão 96

Texto Original:

A hierarquia das evidências científicas é organizada para classificar a confiabilidade dos estudos com base em sua capacidade de minimizar vieses e estabelecer relações de causalidade. A sequência deve partir de observações clínicas iniciais e opiniões subjetivas até chegar à síntese de dados experimentais controlados.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Ela respeita a ordem crescente de força de evidência. A base da pirâmide começa com a opinião de especialistas e estudos descritivos (relatos e séries de casos). Em seguida, vêm os estudos observacionais analíticos: o corte transversal (analisa exposição e desfecho simultaneamente), o caso-controle (parte do desfecho para investigar a causa) e a coorte (parte da exposição para observar o desfecho, sendo superior pela capacidade de estabelecer temporalidade). No topo, estão os estudos experimentais (ensaios clínicos aleatórios/randomizados) e, por fim, a meta-análise, que consolida os resultados de múltiplos estudos de alta qualidade.

Alternativa b: Está incorreta porque posiciona o estudo de coorte antes do estudo de caso-controle. Em uma sequência ascendente, o estudo de caso-controle deve vir antes, pois a coorte é considerada um nível de evidência superior por permitir o cálculo de incidência e o acompanhamento direto dos participantes ao longo do tempo.

Alternativa c: Está incorreta. Esta opção coloca o estudo de coorte em um nível de evidência inferior ao corte transversal e ao caso-controle. Na prática acadêmica e clínica, a coorte possui maior peso metodológico do que esses dois modelos, devendo aparecer após eles em uma lista crescente.

Alternativa d: Esta alternativa é idêntica à letra A em quase toda a sua estrutura de estudos observacionais. Contudo, a alternativa A é a que reflete a terminologia e a ordem habitualmente cobrada em provas de residência para definir a progressão dos estudos primários para os secundários (meta-análise). O ponto crítico para o candidato é identificar corretamente a sequência transversal -> caso-controle -> coorte.

Alternativa e: Está incorreta. Assim como nas alternativas B e C, o erro fundamental reside na troca de posições entre os estudos de coorte e caso-controle. A coorte deve sempre estar em uma posição de maior evidência em relação aos estudos transversais e de caso-controle.

## Questão 97

Para responder a essa questão, é fundamental compreender os conceitos básicos de indicadores demográficos e de saúde, que são frequentemente cobrados em provas de Medicina Preventiva e Social.

Alternativa (a): Correta. O Coeficiente de Natalidade Geral (ou Taxa Bruta de Natalidade) é exatamente a razão entre o número de nascidos vivos em um determinado período e a população total da mesma área no meio desse período. Geralmente, o resultado é expresso por 1.000 habitantes. Sua função é medir a frequência com que ocorrem os nascimentos em uma população global.

Alternativa (b): Incorreta. O Coeficiente Geral de Fecundidade não utiliza a população total no denominador, mas sim a população de mulheres em idade fértil (convencionalmente entre 15 e 49 anos). Ele é um indicador mais preciso do que a natalidade para medir o comportamento reprodutivo, pois foca na parcela da população que pode, efetivamente, gerar filhos.

Alternativa (c): Incorreta. O termo "Coeficiente de maternidade" não é um indicador padronizado na demografia ou na epidemiologia clássica para expressar a razão entre nascidos vivos e população total.

Alternativa (d): Incorreta. O Coeficiente Específico de Fecundidade refere-se à fecundidade de um grupo específico de mulheres, geralmente dividido por faixas etárias (por exemplo, a taxa de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos). Ele serve para analisar em qual idade a reprodução é mais frequente em determinada sociedade.

Alternativa (e): Incorreta. O termo "Percentual de nascidos vivos" é genérico e, na estatística de saúde, costuma ser utilizado para descrever proporções dentro do universo dos próprios nascimentos (como o percentual de nascidos vivos por parto cesáreo ou com baixo peso), e não a relação entre nascimentos e a população total.

Resumo: Sempre que a questão relacionar o total de nascidos vivos com a população total (homens, mulheres, crianças e idosos), o indicador em questão é o Coeficiente de Natalidade Geral. Se o denominador for restrito a mulheres em idade fértil, o indicador será o de Fecundidade.

---

### Questão 98

O Índice de Envelhecimento (IE) é um indicador demográfico fundamental para entender a transição etária de uma população. Ele expressa a relação entre o número de pessoas idosas e o número de jovens, indicando quantos idosos existem para cada grupo de 100 jovens.

Alternativa a) Correta. No Brasil, seguindo as diretrizes do IBGE e da RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde), o cálculo do Índice de Envelhecimento utiliza como numerador a população de 60 anos ou mais (critério adotado pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional do Idoso) e como denominador a população jovem, de 0 a 14 anos. O resultado é multiplicado por 100 para ser expresso em percentual.

Alternativa b) Incorreta. A idade de 65 anos é frequentemente utilizada em países desenvolvidos para definir o início da velhice, mas não é o padrão oficial para indicadores demográficos no Brasil. Além disso, a faixa etária de 0 a 20 anos para jovens não é utilizada no denominador deste índice específico.

Alternativa c) Incorreta. Embora o denominador (0 a 14 anos) esteja correto conforme a padronização demográfica, o numerador utiliza 65 anos. Para fins de provas de residência e indicadores de saúde no contexto brasileiro, o marco para o envelhecimento populacional inicia-se aos 60 anos.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa acerta o numerador (60 anos ou mais), porém erra o denominador. A população jovem considerada para este cálculo encerra-se aos 14 anos. A faixa de 0 a 20 anos não compõe o cálculo clássico do IE.

Alternativa e) Incorreta. O marco de 70 anos é utilizado em outras classificações específicas (como a quarta idade ou idosos mais velhos), mas nunca como ponto de corte inicial para o cálculo do Índice de Envelhecimento geral de uma população.

Resumo: O índice reflete a dinâmica de queda da fecundidade (menos jovens) e o aumento da longevidade (mais idosos). O padrão-ouro para o cálculo é:  $(\text{População} \geq 60 \text{ anos} / \text{População de 0 a 14 anos}) \times 100$ .

---

### Questão 99

O conceito fundamental para resolver essa questão é o de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Diferentemente da taxa de mortalidade geral, que apenas conta o número de óbitos, o APVP é um indicador de saúde que prioriza as mortes que ocorrem precocemente. Ele é calculado subtraindo-se a idade do óbito de um limite de idade preestabelecido (geralmente 70 ou 75 anos). Portanto, quanto mais jovem

for a pessoa ao falecer, maior será a contribuição desse óbito para o índice de APVP.

Acompanhe a análise das alternativas:

a) Neoplasias: As neoplasias (cânceres) representam a segunda principal causa de morte no Brasil. Embora vitimem pessoas de todas as idades, a maior concentração de óbitos ocorre em adultos maduros e idosos. Por atingirem uma faixa etária mais avançada do que os acidentes e a violência, não superam as causas externas no cálculo de APVP.

b) Doenças infecciosas e parasitárias: Com a transição epidemiológica ocorrida no último século, o impacto das doenças infectocontagiosas na mortalidade geral e no APVP reduziu-se drasticamente, sendo superado pelas doenças crônicas e pelas causas externas.

c) Causas externas: Esta é a alternativa correta. O grupo das causas externas engloba acidentes (especialmente de trânsito), homicídios e suicídios. No perfil demográfico brasileiro, esses eventos são a principal causa de morte na população jovem (adolescentes e adultos jovens, principalmente do sexo masculino). Como a morte de um jovem de 20 anos "perde" muito mais anos potenciais do que a morte de um idoso de 70 anos, as causas externas lideram isoladamente o ranking de APVP, mesmo não sendo a causa número um de mortalidade geral.

d) Doenças cardiovasculares: As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no Brasil em números absolutos. No entanto, elas costumam vitimar a população em idades mais avançadas. Assim, apesar do alto volume de mortes, cada óbito gera um APVP menor quando comparado a um óbito por causa externa em um jovem.

e) Doenças crônicas não infecciosas: Este é um grande grupo que inclui as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Embora esse conjunto responda pela maior carga de doença e pela maior parte das mortes totais, o peso individual das mortes precoces causadas pela violência e acidentes (causas externas) ainda faz com que estas últimas gerem mais anos potenciais de vida perdidos.

## Questão 100

A Curva de Nelson Moraes avalia o nível de saúde de uma população analisando a proporção de mortes em cinco faixas etárias: menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 19 anos, 20 a 49 anos e 50 anos ou mais. O formato gráfico gerado por esses dados indica a qualidade sanitária de uma região.

Quando a curva apresenta o formato de Jota Invertido (também conhecido como Tipo 2 ou formato em L), ela demonstra que a maior parte dos óbitos ocorre no primeiro ano de vida. Isso sinaliza que a população ainda sofre com condições precárias de saneamento, nutrição e assistência médica básica, resultando em um nível sanitário baixo.

Analise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O nível elevado é representado pela curva em formato de Jota (Tipo 4). Nesse modelo, a maioria das mortes se concentra no grupo de 50 anos ou mais, indicando que a população tem alta expectativa de vida e que as mortes infantis são raras.

Alternativa b: Incorreta. Esta alternativa não condiz com a terminologia técnica da classificação de Nelson Moraes para esse desenho gráfico. O formato de Jota Invertido é um indicador negativo de saúde pública.

Alternativa c: Incorreta. O nível regular é representado pela curva em formato de U ou V (Tipo 3). Esse desenho mostra uma queda na mortalidade infantil e um aumento proporcional de mortes em idosos, indicando uma fase de transição epidemiológica.

Alternativa d: Correta. O Jota Invertido é a representação clássica do nível sanitário baixo. Ele mostra que a mortalidade proporcional infantil é a mais alta entre todos os grupos etários, evidenciando falhas nas políticas de saúde e desenvolvimento social.

Alternativa e: Incorreta. O nível muito baixo é representado pela curva em formato de N (Tipo 1). Nesse caso, a mortalidade infantil é extremamente elevada e a curva apresenta uma queda ainda mais acentuada logo após o primeiro grupo etário, indicando condições de saúde ainda piores que as do Jota Invertido.