



# UNESP

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



## Gabarito: UNESP

2025 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

O quadro clínico descreve um recém-nascido (RN) pré-termo tardio (35 semanas) que apresenta sinais clássicos de desconforto respiratório (gemência, batimento de aleta nasal e tiragens) aos 12 minutos de vida. A gemência expiratória é um mecanismo compensatório em que o RN fecha parcialmente a glote para tentar manter a pressão expiratória final e evitar o colapso alveolar.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O objetivo na reanimação e estabilização neonatal não é manter a saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) acima de 95%. Valores entre 85% e 95% são adequados após os 10 minutos de vida. O oxigênio inalatório isolado trata a hipoxemia, mas não resolve a causa mecânica do desconforto (necessidade de recrutamento alveolar), que é o que o paciente sinaliza ao apresentar gemência e tiragens.

b) Incorreta. O cateter nasal de oxigênio oferece fluxo, mas não garante a pressão positiva contínua necessária para estabilizar os alvéolos e aumentar a capacidade residual funcional. Além disso, não há indicação imediata de antibioticoterapia, pois a história clínica (pré-eclâmpsia e cesárea) sugere mais fortemente Taquipneia Transitória do RN ou Doença da Membrana Hialina, e não necessariamente um quadro infeccioso (sepse neonatal precoce).

c) Correta. O CPAP (pressão positiva contínua em vias aéreas) é a conduta de escolha para o RN que apresenta desconforto respiratório, mas mantém saturação adequada. Ele fornece a pressão necessária para manter os alvéolos abertos, substituindo o esforço da gemência e reduzindo o trabalho respiratório. Como a SatO<sub>2</sub> do paciente está em 94% (dentro do alvo esperado para 12 minutos de vida), deve-se utilizar ar comprimido (FiO<sub>2</sub> a 21%), evitando os riscos da hiperóxia e do estresse oxidativo.

d) Incorreta. Embora o suporte com CPAP esteja correto, não há justificativa para iniciar com uma concentração de oxigênio de 30% se o RN já atinge 94% em ar ambiente. O uso de oxigênio suplementar deve ser criterioso e guiado pela oximetria de pulso. Além disso, a temperatura axilar de 36,6 °C está dentro da normalidade (36,5 °C a 37,5 °C), não havendo necessidade imediata de aumentar a temperatura do berço.

---

## Questão 2

Para analisar esta questão, devemos focar nos dados clínicos e na história da amamentação. O recém-nascido (RN) tem 10 dias de vida e apresenta sinais claros de uma amamentação ineficaz: a mãe relata dor ao amamentar (sugerindo pega incorreta), o bebê mama pouco, está sempre com fome e não recuperou o peso de nascimento (ainda está com 2.600 g, enquanto nasceu com 2.800 g).

A icterícia que surge ou se intensifica devido à baixa ingestão de leite é conhecida como icterícia do aleitamento materno ou hiperbilirrubinemia por baixa ingesta. A falta de aporte calórico e a desidratação relativa levam ao aumento da circulação entero-hepática da bilirrubina, pois o trânsito intestinal mais lento permite que a bilirrubina conjugada seja reabsorvida no intestino.

Alternativa A: Incorreta. A icterícia do leite materno (diferente da icterícia por baixa ingesta) ocorre em bebês que estão amamentando bem e ganhando peso adequadamente, geralmente surgindo após a primeira semana de vida devido a componentes do próprio leite. Além disso, a recomendação de banhos de sol para tratamento de icterícia caiu em desuso e não é preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria devido à baixa eficácia e aos riscos de exposição à radiação UV e variações térmicas.

Alternativa B: Correta. O quadro clínico de dor mamilar, fome constante do RN e perda de peso tardia aponta para uma técnica de amamentação inadequada. O diagnóstico é hiperbilirrubinemia relacionada à baixa ingesta. A conduta correta é corrigir a técnica de amamentação (posicionamento e pega) para garantir que o bebê receba o leite necessário e monitorar o peso e os níveis de bilirrubina em um retorno breve.

Alternativa C: Incorreta. Não existe incompatibilidade sanguínea ABO neste caso. Para haver incompatibilidade ABO, a mãe deve ser do grupo O e o RN do grupo A ou B. Aqui, a mãe é A+ e o RN é O+. Além disso, a icterícia por hemólise costuma aparecer precocemente, nas primeiras 24 a 48 horas de vida.

Alternativa D: Incorreta. Suspender o aleitamento materno, mesmo na suspeita de icterícia do leite materno, é uma conduta excepcional e raramente necessária. No caso descrito, o problema não é o leite em si, mas a quantidade que o bebê está conseguindo ingerir. A suspensão do aleitamento prejudicaria ainda mais o vínculo e a produção de leite da mãe.

### Questão 3

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um recém-nascido (RN) pré-termo moderado (33 semanas) e de muito baixo peso (1400 g), apresentando desconforto respiratório em uso de CPAP com fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) elevada (50%). Além disso, apresenta hipotermia leve (36 °C) e hipoglicemia grave (HGT de 25 mg/dL). Este cenário exige cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), recurso que maternidades de nível secundário geralmente não possuem.

Alternativa (a) Incorreta:

O RN não está estável. A presença de hipoglicemia severa (25 mg/dL), a hipotermia e a necessidade de FiO<sub>2</sub> de 50% para manter a saturação de 90% indicam instabilidade metabólica, térmica e respiratória. Além disso, o peso inferior a 1500 g e a prematuridade são indicações formais de monitorização em nível terciário (UTIN).

Alternativa (b) Incorreta:

Embora o uso de FiO<sub>2</sub> de 50% no CPAP indique que o RN pode estar falhando na ventilação não invasiva e possa vir a precisar de intubação e surfactante, a decisão de intubar para transporte deve ser individualizada. O erro principal da alternativa é focar apenas na intubação, ignorando que a transferência só deve ocorrer após a estabilização hemodinâmica, térmica e metabólica (correção da hipoglicemia).

Alternativa (c) Incorreta:

O escore TRIPS (Transport Risk Index of Physiologic Stability) ou sua variante Ca-TRIPS são ferramentas utilizadas para avaliar a estabilidade fisiológica do RN e o risco de mortalidade antes e depois do transporte. No entanto, a necessidade de transferência é determinada pela condição clínica e pela incapacidade do serviço de origem de oferecer o suporte necessário (UTIN), e não pelo resultado de um escore de risco.

Alternativa (d) Correta:

Esta alternativa resume os princípios fundamentais do transporte neonatal seguro preconizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pelo Ministério da Saúde. O transporte nunca deve ser imediato em um paciente instável; deve-se primeiro aplicar os princípios de estabilização (como o mnemônico S.T.A.B.L.E.: açúcar/glicemia, temperatura, via aérea, pressão arterial, exames laboratoriais e suporte emocional). No caso em tela, é imperativo corrigir a glicemia e a temperatura antes de colocar o RN na ambulância. Além disso, a transferência exige a garantia de vaga no destino (regulação) e o consentimento formal dos responsáveis legais.

#### Questão 4

A vitamina K e a Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN)

O recém-nascido (RN) apresenta uma deficiência fisiológica de vitamina K ao nascimento devido a três fatores principais: a baixa transferência placentária dessa vitamina, a ausência de microbiota intestinal (responsável pela síntese de vitamina K<sub>2</sub>) e o baixo teor de vitamina K no leite materno. A vitamina K é essencial para a ativação dos fatores de coagulação II, VII, IX e X. A administração rotineira de vitamina K injetável (geralmente 1 mg por via intramuscular) logo após o nascimento é a conduta padrão para prevenir a Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN), atualmente também chamada de Sangramento por Deficiência de Vitamina K (SDVK).

Análise das alternativas:

- a) Correta. A forma clássica da doença hemorrágica ocorre entre o 2º e o 7º dia de vida. Ela está diretamente relacionada à deficiência de vitamina K decorrente da baixa ingestão e da falta de profilaxia no momento do nascimento. É a forma que a administração da vitamina K intramuscular no pós-parto imediato visa prevenir com maior eficácia e impacto epidemiológico. O RN da questão é de termo e peso adequado, perfil típico para o desenvolvimento da forma clássica caso não receba a profilaxia.
- b) Incorreta. A plaquetopenia aloimune neonatal é uma condição imunológica na qual anticorpos maternos (IgG) atravessam a placenta e destroem as plaquetas do feto/recém-nascido. Essa patologia envolve as plaquetas e não os fatores de coagulação dependentes de vitamina K. Portanto, a vitamina K não tem papel preventivo ou terapêutico nessa doença.
- c) Incorreta. A forma precoce da doença hemorrágica manifesta-se nas primeiras 24 horas de vida. Ela está quase sempre associada ao uso materno de drogas que interferem no metabolismo da vitamina K, como anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína), anticoagulantes (varfarina) ou tuberculostáticos (rifampicina, isoniazida). Como o sangramento ocorre muito cedo, muitas vezes a dose de vitamina K aplicada ao nascimento não é capaz de preveni-lo a tempo, sendo recomendada, em alguns casos de risco, a suplementação para a gestante no final da gravidez.
- d) Incorreta. A forma tardia ocorre entre a 2ª e a 12ª semana de vida (podendo chegar até o 6º mês). Embora a dose de vitamina K ao nascimento também ajude a reduzir o risco da forma tardia, esta é mais frequentemente associada a condições de má absorção intestinal (como atresia de vias biliares ou fibrose cística) ou ao aleitamento materno exclusivo sem a profilaxia adequada. No entanto, o objetivo primário e clássico da prescrição imediata da vitamina K em um RN saudável, como o

do enunciado, é evitar a forma clássica, que ocorre na primeira semana de vida. Além disso, a forma clássica é a manifestação mais comum da deficiência quando não há profilaxia.

### Questão 5

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) sobre a prevenção da anemia ferropriva na infância.

Análise do caso clínico:

O lactente nasceu a termo (37 a 42 semanas) e com peso adequado (3.020 g, ou seja, maior que 2.500 g). Ele esteve em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, momento em que as reservas de ferro começam a se esgotar e a demanda metabólica aumenta, exigindo a suplementação profilática.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Antigamente, acreditava-se que o aleitamento materno exclusivo por si só protegia contra a anemia até o sexto mês e que a introdução de alimentos ricos em ferro supriria a demanda. No entanto, as diretrizes atuais da SBP (desde 2018) recomendam a suplementação universal para todos os lactentes a partir dos 6 meses, independentemente do tipo de dieta ou da ausência de fatores de risco, para garantir o aporte necessário até os 2 anos de idade.

Alternativa b) Correta. Esta é a recomendação oficial da SBP para lactentes nascidos a termo e com peso superior a 2.500 g: iniciar a suplementação de 1 mg/kg/dia de ferro elementar aos 6 meses de vida (ao iniciar a alimentação complementar) e manter até os 24 meses de idade. A administração deve ser feita, preferencialmente, longe das mamadas (cerca de 1 hora antes ou após), pois o cálcio do leite pode reduzir a absorção do ferro.

Alternativa c) Incorreta. A dose de 2 mg/kg/dia de ferro elementar é indicada para recém-nascidos prematuros ou aqueles que nasceram com baixo peso (menos de 2.500 g), começando geralmente aos 30 dias de vida. Para o paciente em questão (termo e peso normal), a dose profilática é de 1 mg/kg/dia. Além disso, o horário de administração importa para otimizar a absorção.

Alternativa d) Incorreta. A suplementação não depende da suspensão do aleitamento materno. Pelo contrário, ela deve ser feita simultaneamente à manutenção do aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar, uma vez que o teor de ferro nos alimentos de transição e no leite materno pode não ser suficiente

para cobrir as necessidades diárias nessa fase de crescimento acelerado.

### Questão 6

O caso clínico apresenta um lactente de 20 dias com um resultado de TSH de 15 mUI/L no teste do pezinho. No Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Brasil, valores de TSH em papel de filtro entre 10 e 20 mUI/L são considerados limítrofes ou suspeitos, exigindo obrigatoriamente uma confirmação diagnóstica com coleta de sangue venoso para dosagem de TSH e T4 livre antes de iniciar o tratamento.

ALTERNATIVA A: Está incorreta. Embora os testes do pezinho, orelhinha, linguinha e coraçãozinho sejam garantidos pelo SUS, a conduta clínica proposta está equivocada. Para um TSH de 15 mUI/L, não se deve iniciar a levotiroxina imediatamente sem antes obter os resultados da coleta venosa confirmatória. Além disso, o prazo de 15 dias mencionado para a coleta é excessivamente longo; a confirmação deve ser solicitada em caráter de urgência para evitar danos ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

ALTERNATIVA B: Está correta. Esta alternativa descreve com precisão as seis doenças que compõem a triagem neonatal básica oferecida na vasta maioria dos municípios brasileiros atualmente: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme (e outras hemoglobinopatias), fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. A conduta de realizar anamnese, exame físico e coleta de TSH e T4L periférico é o protocolo padrão para investigar um resultado alterado na triagem.

ALTERNATIVA C: Está incorreta. A Lei 14.154/2021 estabeleceu a ampliação do teste do pezinho para até 53 doenças, dividida em etapas. A 5ª etapa, de fato, inclui a atrofia muscular espinhal (AME), porém essa ampliação ainda está em fase de implementação técnica e logística, não sendo a realidade da maioria das cidades brasileiras até o momento. Além disso, a tireoglobulina não é um exame de primeira linha para a confirmação do hipotireoidismo congênito.

ALTERNATIVA D: Está incorreta. Embora mencione a triagem genética, que faz parte do plano de expansão do PNTN, a alternativa B é mais completa e fidedigna à realidade atual do programa na maior parte do país. O foco principal da questão é o conhecimento sobre quais doenças são rotineiramente testadas e qual o manejo clínico imediato para o resultado de TSH fornecido.

Em resumo, diante de um TSH de triagem entre 10 e 20 mUI/L, o médico deve realizar a avaliação clínica e solicitar exames laboratoriais venosos (TSH e T4 livre)

para confirmar se há hipotireoidismo congênito antes de prescrever a levotiroxina sódica.

## Questão 7

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA DENGUE

Para resolver essa questão, é fundamental dominar o protocolo de manejo da dengue do Ministério da Saúde. A classificação de risco é dividida em grupos (A, B, C e D) baseada em sinais de alerta, gravidade e condições especiais.

1. GRUPO A: Pacientes sem sinais de alerta, sem condições clínicas especiais, sem risco social e com prova do laço negativa.
2. GRUPO B: Pacientes sem sinais de alerta, mas que apresentam prova do laço positiva OU condições clínicas especiais (como idade menor que 2 anos ou maior que 65 anos, gestantes, portadores de comorbidades ou em situação de risco social).
3. GRUPO C: Pacientes com presença de qualquer sinal de alerta (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia, sangramento de mucosa, entre outros).
4. GRUPO D: Pacientes com sinais de choque, desconforto respiratório ou disfunção grave de órgãos.

### ANÁLISE DOS PACIENTES DO CASO

**MENINA (1 ano e 3 meses):** Embora esteja estável e com prova do laço negativa, a idade inferior a 2 anos é considerada uma condição clínica especial pelo Ministério da Saúde. Portanto, ela deve ser classificada obrigatoriamente no GRUPO B. Pacientes do grupo B exigem, obrigatoriamente, a coleta de hemograma completo (para avaliar hematócrito e plaquetas) e devem permanecer em observação/TRO supervisionada até o resultado dos exames.

**IRMÃO (4 anos):** Tem mais de 2 anos, não apresenta sinais de alerta, está hidratado, com sinais vitais normais e prova do laço negativa. Não possui condições clínicas especiais mencionadas. Portanto, ele é classificado no GRUPO A. O tratamento é domiciliar, com hidratação oral vigorosa e orientação sobre sinais de alerta.

### JUSTIFICATIVA DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: INCORRETA.** Erra ao classificar a menina como Grupo A. Crianças menores de 2 anos são automaticamente Grupo B devido ao maior risco de complicações e dificuldade de avaliação clínica de sinais precoces de choque.

Alternativa B: CORRETA. Classifica corretamente a menina no Grupo B e o irmão no Grupo A. Para a menina, indica a conduta correta de coletar hematócrito e iniciar terapia de reidratação oral (TRO) supervisionada no serviço de saúde enquanto aguarda o resultado. Para o irmão, indica o tratamento domiciliar e a observação de sinais de alerta.

Alternativa C: INCORRETA. Erra ao indicar a coleta de hematócrito para ambos de forma obrigatória pelo protocolo. No Grupo A (irmão), a coleta de exames laboratoriais fica a critério médico ou conforme a situação epidemiológica local, não sendo mandatória para a conduta inicial. Além disso, a conduta para o Grupo B (menina) exige que o resultado do hematócrito seja verificado antes da alta para casa.

Alternativa D: INCORRETA. Erra ao classificar o irmão como Grupo B. Ele não possui os critérios necessários para tal classificação (tem mais de 2 anos e prova de laço negativa). Também está incorreta a orientação de hidratação venosa imediata apenas se o hematócrito estiver alterado, pois a primeira escolha no Grupo B, na ausência de sinais de alerta, é a via oral supervisionada.

---

## Questão 8

Para analisar esta questão, devemos considerar o perfil clínico do paciente: um menino de 8 anos com encefalopatia crônica (paralisia cerebral) e uso crônico de valproato de sódio. Esses pacientes compõem um grupo de risco para distúrbios do metabolismo ósseo e deficiências nutricionais.

Análise dos parâmetros laboratoriais para a idade (8 anos):

1. Hemoglobina (Hb): O valor de referência para crianças de 6 a 12 anos é superior a 11,5 g/dL.
2. Ferritina: Reflete os estoques de ferro. Valores acima de 15 ng/mL são geralmente considerados normais para descartar ferropenia em crianças saudáveis, embora alguns consensos sugiram manter acima de 30 ng/mL em condições crônicas.
3. Vitamina D (25-OH): Em pacientes de grupos de risco (como usuários de anticonvulsivantes ou com doenças neurológicas), o nível ideal deve estar acima de 30 ng/mL. Valores entre 20 e 29 ng/mL são considerados insuficientes e abaixo de 20 ng/mL são definidos como deficiência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Os valores de Hb (12,2 g/dL), ferro sérico (93 mcg/dL) e ferritina (33 ng/mL) estão dentro da normalidade, descartando anemia ou ferropenia. No entanto, a vitamina D em 20 ng/mL caracteriza deficiência/insuficiência para este

paciente de risco (uso de valproato e encefalopatia), justificando o diagnóstico de deficiência de vitamina D. A conduta de suplementar 1.000 UI por dia por 3 meses é adequada para a correção e manutenção dos níveis em uma criança dessa faixa etária.

Alternativa b) Incorreta. Embora a Hb de 11,5 g/dL esteja no limite inferior da normalidade, a ferritina de 30 ng/mL e o ferro sérico de 93 mcg/dL estão normais. Portanto, o diagnóstico de anemia ferropriva está incorreto, pois não há evidência de depleção de estoques de ferro.

Alternativa c) Incorreta. Uma vitamina D de 33 ng/mL é considerada normal (suficiente), mesmo para grupos de risco. Além disso, uma Hb de 12,2 g/dL descarta o diagnóstico de anemia. Portanto, não há indicação para as suplementações propostas.

Alternativa d) Incorreta. Semelhante à alternativa b, os níveis de ferro e ferritina apresentados (ferro 93, ferritina 30) são incompatíveis com o diagnóstico de anemia ferropriva. Além disso, a vitamina D em 33 ng/mL está normal.

Resumo didático:

O ponto-chave da questão é identificar que o uso de valproato de sódio interfere no metabolismo da vitamina D, exigindo níveis séricos mais altos (acima de 30 ng/mL) e vigilância constante. Como os exames de ferro estavam normais em todas as opções onde o diagnóstico era anemia, a única alternativa logicamente consistente entre exames, diagnóstico e conduta é a que foca na hipovitaminose D.

---

## Questão 9

A questão descreve um quadro clínico clássico de escarlatina, uma doença exantemática causada pelas exotoxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A). O paciente apresenta a tríade de febre alta, faringite estreptocócica e o exantema característico.

O exantema da escarlatina é classicamente descrito como micropapular, conferindo à pele uma textura de lixa (pele de ganso). O enunciado traz dois sinais clínicos patognomônicos que confirmam o diagnóstico:

1. Sinal de Filatov: palidez ao redor da boca (região perioral) que contrasta com a face avermelhada.
2. Sinal de Pastia: acentuação do exantema nas áreas de dobras cutâneas (como as pregas cubitais e poplíteas), formando linhas hemorrágicas que não desaparecem à digitopressão.

Além disso, a descrição da língua saburrosa com papilas evidentes corresponde à

fase inicial da língua em morango, típica da doença.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A mononucleose infecciosa cursa com febre, faringite e linfonodomegalia (frequentemente em cadeia posterior), mas o exantema que surge após o uso inadvertido de amoxicilina é do tipo maculopapular e não apresenta os sinais de Pastia e Filatov. O tratamento para mononucleose é de suporte (sintomáticos).

b) Incorreta. Embora o paciente esteja em uso de amoxicilina há 24 horas, os sinais específicos (faringite com placas, sinal de Filatov e sinal de Pastia) indicam uma etiologia infecciosa bacteriana (escarlatina) e não uma reação alérgica medicamentosa (farmacodermia).

c) Incorreta. O sarampo apresenta um pródromo marcado por sintomas catarrais (tosse, coriza, conjuntivite), manchas de Koplik e um exantema maculopapular morbiliforme que se inicia na linha do cabelo e progride de forma craniocaudal, o que difere do quadro descrito. A vitamina A é o tratamento padrão para sarampo, mas o diagnóstico clínico não corresponde.

d) Correta. O diagnóstico de escarlatina é clínico, baseado na faringite e no exantema micropapular com os sinais de Pastia e Filatov. O tratamento de escolha é a erradicação do *Streptococcus pyogenes* com antibióticos, sendo a penicilina benzatina a opção clássica e eficaz para prevenir complicações como a febre reumática.

---

## Questão 10

O teste do coraçãozinho (triagem neonatal por oximetria de pulso) é uma ferramenta essencial para a detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ele deve ser realizado em recém-nascidos (RN) clinicamente estáveis, com idade gestacional acima de 34 semanas, entre 24 e 48 horas de vida.

Análise dos dados do RN:

- Saturação no membro superior direito (MSD): 96% (pré-ductal).
- Saturação no membro inferior (MIE): 91% (pós-ductal).
- Diferença entre as medidas: 5%.

Para que o teste seja considerado NORMAL, o RN deve apresentar:

1. Saturação maior ou igual a 95% em ambas as extremidades (MSD e um dos

membros inferiores);

2. Diferença menor ou igual a 3% entre as medidas dos membros superior e inferior.

Como o RN apresenta uma saturação de 91% no membro inferior (abaixo de 95%) e uma diferença de 5% entre os membros (acima de 3%), o resultado é considerado alterado.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O resultado não é normal. O RN só poderia receber alta se os critérios de normalidade fossem atingidos (SatO<sub>2</sub> maior ou igual a 95% e diferença menor ou igual a 3%).

b) Incorreta. O RN com teste alterado não deve receber alta. Cardiopatias críticas podem levar ao choque ou óbito após o fechamento do canal arterial; por isso, a investigação deve ser concluída ainda no ambiente hospitalar.

c) Incorreta. O ecocardiograma imediato é indicado quando a saturação é menor ou igual a 89% em qualquer um dos membros na primeira aferição. Para resultados entre 90% e 94% ou com diferença maior ou igual a 4%, o protocolo exige a repetição do exame.

d) Correta. De acordo com o fluxograma da SBP, caso o primeiro exame seja alterado (SatO<sub>2</sub> entre 90% e 94% ou diferença maior ou igual a 4%), deve-se repetir a aferição em 1 hora. Podem ser feitas até três aferições com intervalo de 1 hora. Se, após a terceira medida, o resultado persistir alterado, o teste é considerado positivo, e o ecocardiograma deve ser realizado em até 24 horas. No caso da questão, o valor de 91% e a diferença de 5% enquadram-se perfeitamente na necessidade de repetição em 1 hora.

---

## Questão 11

Para resolver essa questão, precisamos analisar as recomendações das diretrizes de pediatria (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria) sobre a aferição da pressão arterial (PA) na infância e os métodos utilizados.

Análise da indicação:

De acordo com os consensos atuais, a medida da pressão arterial deve ser realizada anualmente em todas as crianças a partir dos 3 anos de idade em consultas de rotina. Antes dessa idade, a aferição da PA só está indicada em situações específicas de risco, tais como: história de prematuridade, baixo peso ao nascer, internação em

UTI neonatal, cardiopatias congênitas, doenças renais, urológicas, uso de medicamentos que alteram a PA ou outras condições sistêmicas associadas à hipertensão. No caso da paciente em questão, ela tem apenas 20 dias de vida, nasceu a termo (39 semanas) e, embora tenha sido Grande para a Idade Gestacional (GIG), não apresenta fatores de risco que justifiquem a medida da PA em uma consulta de rotina. Portanto, a indicação não é necessária.

Análise da escolha do aparelho:

O método oscilométrico (aparelho automático) é amplamente aceito e considerado adequado para o rastreamento da pressão arterial em pediatria, especialmente em lactentes e recém-nascidos, devido à facilidade técnica em comparação ao método auscultatório (que é difícil de realizar em bebês pequenos). Embora o padrão-ouro para confirmação de hipertensão seja a auscultação, o aparelho oscilométrico é uma escolha tecnicamente adequada para a triagem.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A indicação não é necessária, pois a criança tem menos de 3 anos e não possui fatores de risco. A escolha do aparelho, porém, estaria adequada.
- b) Incorreta. A indicação não é necessária. Além disso, a escolha do aparelho oscilométrico é considerada adequada para essa faixa etária.
- c) Correta. A medida da PA não é indicada rotineiramente para bebês de 20 dias sem comorbidades ou fatores de risco específicos (a indicação não é necessária). Caso houvesse indicação, o uso do aparelho oscilométrico seria tecnicamente apropriado para o procedimento (a escolha é adequada).
- d) Incorreta. Embora a indicação realmente não seja necessária, a escolha do aparelho oscilométrico é correta e adequada para o rastreio em pediatria, invalidando a segunda parte da alternativa.

---

## Questão 12

A análise do caso clínico revela uma paciente de 10 anos com sinais claros de cronicidade. A queixa de inapetência, palidez e baixo rendimento escolar há 6 meses, associada a uma anemia importante (Hb: 7,5 g/dL) e déficit de crescimento (percentil 25 para a idade), aponta para um processo de longa data. O ponto crucial para o diagnóstico diferencial entre injúria aguda e doença crônica é o exame de imagem: o ultrassom mostra rins de tamanhos diminuídos e sem diferenciação córtico-medular, achados clássicos de Doença Renal Crônica (DRC). Além disso, a densidade urinária de 1001 indica perda da capacidade de concentração urinária, comum em doenças

tubulointersticiais crônicas.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

a) Incorreta. A injúria renal aguda se manifestaria com rins de tamanho normal ou aumentados ao ultrassom e uma história clínica súbita. A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) é uma síndrome nefrítica grave com perda rápida de função renal (dias ou semanas), geralmente apresentando hematúria dismórfica e proteinúria maciça, o que não condiz com a evolução de 6 meses e os achados estruturais crônicos nos rins.

b) Incorreta. A síndrome hemolítica urêmica (SHU), seja típica ou atípica, é uma causa de injúria renal aguda. Caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática (presença de esquizócitos), trombocitopenia e insuficiência renal aguda. Embora a paciente tenha anemia e plaquetas no limite inferior, a imagem renal de rins reduzidos e a história pregressa de refluxo confirmam a natureza crônica da doença.

c) Incorreta. Embora a paciente apresente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na faixa etária pediátrica, a hipertensão costuma ser secundária a uma doença de base. No caso em questão, a HAS é uma consequência da Doença Renal Crônica, e não a causa primária. A história de infecções urinárias e correção de refluxo direciona para uma etiologia malformativa.

d) Correta. O diagnóstico é de Doença Renal Crônica (DRC) baseado nos sintomas constitucionais prolongados, anemia normocítica e normocrômica (por deficiência de eritropoietina) e, fundamentalmente, pelos rins diminuídos com perda de diferenciação no ultrassom. A causa básica são as anomalias congênitas do trato urinário (CAKUT), especificamente a nefropatia do refluxo. A paciente tem história de refluxo vésico-ureteral e infecções urinárias febris na primeira infância, que causaram cicatrizes renais e progressão para falência renal crônica. Esta é a principal causa de DRC na população pediátrica.

---

### Questão 13

A descrição clínica apresentada refere-se classicamente à urticária. As lesões descritas são as urticas, que se caracterizam por serem elevadas (pápulas ou placas), apresentarem edema central e um halo eritematoso reflexo. Uma característica fundamental da urticária é a sua efemeridade: cada lesão individual dura menos de 24 horas, desaparecendo sem deixar cicatrizes ou marcas, o que corrobora o trecho da questão que menciona o retorno da pele ao normal em 12 horas.

Na infância, a urticária aguda (definida como aquela que dura até 6 semanas) tem

como principais causas as infecções, especialmente as virais (vias aéreas superiores e trato gastrointestinal), superando as causas alimentares ou medicamentosas nesta faixa etária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O quadro clínico de lesões edematosas e evanescentes define a urticária. O termo "aguda" aplica-se ao tempo de evolução, e a etiologia infecciosa é, estatisticamente, a causa mais comum em pacientes pediátricos.

Alternativa b) Incorreta. O angioedema ocorre nas camadas mais profundas da derme e no tecido subcutâneo. Clinicamente, manifesta-se como um inchaço mais difuso, muitas vezes doloroso ou com sensação de queimação, e sem o eritema e o prurido típicos da urtica superficial. Embora a alergia ao leite possa causar urticária, a descrição das lesões e a frequência etiológica favorecem a alternativa A.

Alternativa c) Incorreta. O dermatografismo é um tipo de urticária física desencadeada pelo atrito ou fricção na pele. Embora seja uma forma de urticária, a questão descreve um quadro clínico mais sugestivo de uma crise espontânea aguda, e a etiologia infecciosa é globalmente mais prevalente que o dermatografismo em crises agudas infantis.

Alternativa d) Incorreta. Como mencionado, a descrição não corresponde ao angioedema. Além disso, reações a picadas de inseto (estrófulo) costumam gerar pápulas firmes e persistentes que duram dias, e não lesões que desaparecem completamente em 12 horas.

---

## Questão 14

Texto Original:

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, que afeta o trato respiratório. No cenário de aumento de casos no Brasil, as medidas de controle baseiam-se fundamentalmente na manutenção de altas coberturas vacinais e na proteção dos grupos mais vulneráveis, especialmente os lactentes menores de seis meses, que apresentam maior risco de complicações e óbito.

Alternativa A (Correta): Esta alternativa descreve com precisão as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O esquema primário para crianças é feito com a vacina Pentavalente (DTP + HepB + Hib) aos 2, 4 e 6 meses de idade. Os reforços são realizados com a vacina DTPw aos 15 meses e aos 4 anos. Além disso, a estratégia de vacinação com a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) em

gestantes (a partir da 20ª semana), puérperas (até 45 dias após o parto, caso não tenham se vacinado na gestação) e profissionais de saúde é fundamental para a transferência de anticorpos transplacentários e para evitar a transmissão da bactéria para os recém-nascidos (estratégia casulo). Recentemente, o Ministério da Saúde também incluiu profissionais que atuam em berçários e creches no grupo da dTpa.

Alternativa B (Incorreta): Embora a vigilância epidemiológica seja crucial para identificar surtos, a principal medida preventiva em saúde pública para o controle da coqueluche é a vacinação. Ainda que tenha havido uma melhora discreta na cobertura vacinal em 2023, os níveis ainda permanecem abaixo da meta de 95%, o que justifica a ênfase na imunização ativa.

Alternativa C (Incorreta): As ações de alerta, investigação de contatos e tratamento oportuno (geralmente com azitromicina ou claritromicina) são medidas de controle secundário e bloqueio de transmissão. No entanto, sozinhas, elas não são suficientes para conter o aumento de casos em nível populacional sem a sustentação da imunidade coletiva via vacinação.

Alternativa D (Incorreta): Apesar de descrever corretamente o calendário infantil de rotina (Pentavalente e reforços com DTPw), a alternativa é considerada incompleta frente à alternativa A. Para prevenir óbitos em lactentes jovens (que ainda não completaram o esquema primário), a vacinação da gestante com dTpa é a intervenção mais eficaz, pois garante a proteção passiva do bebê nos primeiros meses de vida.

---

## Questão 15

### Análise do Caso Clínico

O quadro descreve um lactente de 5 meses com pneumonia arrastada, que não respondeu adequadamente à antibioticoterapia convencional. A persistência dos sintomas, associada à febre vespertina (ao entardecer) e às imagens radiológicas (que mostram uma consolidação extensa no hemitórax esquerdo com áreas sugestivas de cavitação ou destruição parenquimatosa nas imagens B e perfil), levanta uma forte suspeita de tuberculose (TB) na infância. Em crianças pequenas, a tuberculose frequentemente se apresenta como uma pneumonia que não melhora, sendo fundamental a investigação de contatos domiciliares e o uso de métodos diagnósticos específicos.

### Análise das Alternativas

Alternativa a) Incorreta. O principal erro está na coleta de escarro. Um lactente de 5

meses não consegue expectorar voluntariamente; logo, a coleta de escarro com baciloscopia é inviável nessa faixa etária. Além disso, a vacinação BCG não deve ser realizada em uma criança com suspeita de doença ativa; a vacina é preventiva e não terapêutica.

Alternativa b) Incorreta. Embora a fibrose cística (pesquisa de sódio e cloro no suor) e imunodeficiências sejam diagnósticos diferenciais para pneumonias de repetição ou arrastadas, a história clínica de febre vespertina e a imagem radiológica são muito mais sugestivas de tuberculose. Esta alternativa foca em uma investigação geral de doenças crônicas, negligenciando a principal suspeita epidemiológica no Brasil (TB).

Alternativa c) Correta. Esta alternativa propõe a conduta padrão para o diagnóstico de tuberculose na infância.

1. Coleta de lavado gástrico: como lactentes engolem a secreção pulmonar, o lavado gástrico é o método de escolha para obter material para análise.
2. TRM-TB (Teste Rápido Molecular): é o exame de escolha atual pelo Ministério da Saúde pela sua alta sensibilidade e rapidez em detectar o complexo *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à rifampicina.
3. Esquema RIP: o tratamento para tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos no Brasil é composto por rifampicina (R), isoniazida (I) e pirazinamida (P) por 2 meses, seguido de RI por 4 meses (o etambutol é evitado nessa faixa etária pelo risco de neurite óptica de difícil monitoramento).
4. Investigação epidemiológica: solicitar raio X e escarro da mãe é essencial, pois quase sempre a criança é infectada por um adulto próximo (caso-índice).
5. Triagem para HIV: é obrigatória em todos os pacientes com diagnóstico de TB devido à alta taxa de coinfeção.

Alternativa d) Incorreta. Embora proponha o lavado gástrico corretamente, o erro reside no esquema terapêutico citado (rifampicina, isoniazida e etambutol). Conforme as diretrizes brasileiras, o esquema para menores de 10 anos é o RIP (sem etambutol). Além disso, a coleta de líquido não é indicada de rotina, a menos que haja sinais de irritação meníngea ou comprometimento do sistema nervoso central, o que não foi descrito no caso.

#### Associação com a Imagem

A imagem A mostra uma opacidade densa ocupando quase todo o hemitórax esquerdo. As imagens B e de perfil mostram que, após o tratamento inicial com antibióticos, a lesão persiste e apresenta áreas de radiotransparência internas, o que sugere necrose de liquefação ou cavitação, achados que, em um lactente com febre vespertina, reforçam drasticamente a hipótese de tuberculose pulmonar.

## Questão 16

A questão apresenta um caso clássico de Pitiríase Versicolor, uma infecção fúngica superficial comum em adolescentes e adultos jovens, causada por leveduras do gênero *Malassezia*.

Análise das imagens:

A Figura A mostra múltiplas máculas hipocrômicas (claras) e algumas levemente eritematosas, que confluem formando grandes manchas no dorso. Essa apresentação clínica, associada à cronicidade e à ausência de sintomas, é característica da doença. A Figura B exibe o exame micológico direto (geralmente preparado com KOH), no qual se observa o clássico padrão de "macarrão com almôndegas": a associação de hifas curtas (ou pseudo-hifas) e agrupamentos de esporos arredondados.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. Embora a terbinafina seja um excelente antifúngico, ela não é eficaz contra a *Malassezia* quando administrada por via oral, pois não atinge concentrações terapêuticas suficientes no estrato córneo para combater esse fungo específico. O tratamento de escolha para casos extensos costuma ser o uso de antifúngicos azólicos orais (como itraconazol ou fluconazol) ou antifúngicos tópicos.

b) Incorreta. A Pitiríase Versicolor é, de fato, uma micose superficial, porém não é causada por dermatófitos (como os gêneros *Trichophyton*, *Microsporum* ou *Epidermophyton*). Ela é causada por leveduras lipofílicas do gênero *Malassezia*, que fazem parte da microbiota normal da pele.

c) Incorreta. O sinal de Nikolsky consiste no descolamento da epiderme ao exercer pressão lateral sobre a pele sã e é característico de doenças bolhosas acantolíticas, como o Pênfigo Vulgaris, ou da Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica. Na Pitiríase Versicolor, os sinais semiológicos típicos são o sinal de Zileri (descamação ao estiramento da pele) e o sinal de Besnier (descamação após raspagem com a unha ou cureta).

d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o achado microscópico da Figura B. O exame micológico direto da Pitiríase Versicolor revela a presença de esporos agrupados (cachos de uva) e filamentos curtos, curvos e septados, frequentemente referidos como pseudo-hifas ou hifas curtas, confirmando o diagnóstico.

### Questão 17

O quadro clínico descrito, que associa surdez neurosensorial e nefrite progressiva em um paciente jovem, é a apresentação clássica da Síndrome de Alport. Esta patologia é causada por defeitos genéticos na síntese das cadeias do colágeno tipo IV, que é um componente estrutural essencial das membranas basais presentes nos rins (membrana basal glomerular), na cóclea e nos olhos.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa A - Incorreta: A Síndrome de Pendred é uma desordem genética que causa perda auditiva neurosensorial precocemente, mas sua principal associação extracoclear é com disfunções da tireoide, como o bócio e, eventualmente, o hipotireoidismo. Não há relato de comprometimento renal progressivo nesta síndrome.

Alternativa B - Correta: A Síndrome de Alport manifesta-se tipicamente na infância ou adolescência com hematúria persistente, evoluindo para proteinúria e falência renal progressiva (nefrite). A perda auditiva é neurosensorial, bilateral e costuma afetar inicialmente as frequências mais altas (agudas). Em muitos casos, também ocorrem alterações oculares, como o lenticone anterior. A forma mais comum de herança é a ligada ao cromossomo X, o que explica a maior gravidade dos sintomas no sexo masculino.

Alternativa C - Incorreta: A Síndrome de Usher caracteriza-se pela combinação de perda auditiva neurosensorial e deficiência visual progressiva causada pela retinite pigmentar. É uma das principais causas de surdocegueira hereditária, porém não cursa com glomerulopatia ou nefrite.

Alternativa D - Incorreta: A Síndrome de Waardenburg é uma condição que envolve perda auditiva neurosensorial associada a distúrbios de pigmentação. Os sinais clínicos incluem o topete branco (poliose), íris de cores diferentes (heterocromia), manchas claras na pele e distopia canthorum (afastamento do canto interno dos olhos). Não possui relação com doença renal progressiva.

---

### Questão 18

A análise deste caso clínico deve focar na epidemiologia pediátrica, na localização anatômica da lesão e nos achados semiológicos.

O paciente de 8 anos apresenta uma síndrome cerebelar clássica (marcha atáxica, dismetria, decomposição de movimentos e reflexos pendulares) associada a sinais de hipertensão intracraniana progressiva (cefaleia e vômitos). A ressonância magnética

(RM) revela uma volumosa massa expansiva localizada na fossa posterior (cerebelo), comprimindo o quarto ventrículo, o que justifica a hidrocefalia obstrutiva e a sintomatologia apresentada.

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. O glioblastoma multiforme é um tumor de alto grau (grau IV da OMS), extremamente agressivo, mas que acomete predominantemente adultos entre as 5ª e 6ª décadas de vida, localizando-se usualmente nos hemisférios cerebrais (supratentorial). Sua ocorrência na fossa posterior em crianças é muito rara.

b) INCORRETA. O neuroblastoma é um dos tumores sólidos mais comuns da infância, porém ele se origina de células da crista neural do sistema nervoso simpático, sendo mais frequentemente encontrado na glândula adrenal ou na cadeia simpática abdominal/torácica. Ele não é um tumor primário do sistema nervoso central. O examinador pode ter tentado confundir o candidato com o meduloblastoma, que é um tumor neuroectodérmico primitivo comum nesta faixa etária e localização, mas "neuroblastoma" refere-se à doença extracraniana.

c) CORRETA. O astrocitoma pilocítico (grau I da OMS) é o tumor primário do sistema nervoso central mais comum na infância. Sua localização preferencial é o cerebelo. O quadro clínico de evolução subaguda (duas semanas) com sinais cerebelares e hipertensão intracraniana é típico. Na imagem de RM, embora existam variações, é clássica a presença de uma lesão cística com um nódulo mural que capta contraste, ou uma massa sólida/cística heterogênea na fossa posterior, como demonstrado. É um tumor de crescimento lento e com excelente prognóstico após ressecção cirúrgica.

d) INCORRETA. Meningiomas são tumores extra-axiais, geralmente benignos, que se originam das células meningoteliais da aracnoide. São tumores típicos de adultos, com maior incidência em mulheres. A ocorrência em crianças é rara e, quando acontece, geralmente está associada a síndromes genéticas como a Neurofibromatose tipo 2. Além disso, a imagem mostra uma massa nitidamente intra-axial no cerebelo.

Associação com a imagem: A RM de encéfalo mostra uma volumosa lesão expansiva na fossa posterior, ocupando grande parte do cerebelo e deslocando o tronco encefálico anteriormente. Essa localização é o "ponto-chave" para o diagnóstico de astrocitoma pilocítico em uma criança de 8 anos com ataxia.

## Questão 19

A questão apresenta um quadro clínico de rinossinusite aguda que evoluiu com complicações graves. O paciente apresenta sinais de acometimento orbital (edema palpebral, perda visual e diminuição da motilidade ocular) associados a sinais de gravidade sistêmica e neurológica (febre alta e sinais meníngeos).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Trombose do seio cavernoso (Correta): Esta é a complicação intracraniana mais temida das infecções sinusais e orbitais. O seio cavernoso recebe a drenagem venosa da face e da órbita. A presença de oftalmoplegia (diminuição da motilidade ocular), perda visual e, crucialmente, sinais meníngeos e febre alta indica que a infecção ultrapassou os limites da órbita e atingiu o sistema nervoso central. A trombose do seio cavernoso frequentemente causa paralisia de nervos cranianos (III, IV, V1, V2 e VI) e irritação meníngea, o que justifica perfeitamente o quadro descrito.

Alternativa b) Celulite periorbital: Também chamada de celulite pré-septal, é uma infecção limitada aos tecidos moles à frente do septo orbital. Nesses casos, o paciente apresenta edema e eritema palpebral, mas a motilidade ocular, a acuidade visual e os reflexos pupilares permanecem normais. Não há sinais meníngeos nem proptose.

Alternativa c) Abscesso subperiosteal: Ocorre quando há acúmulo de pus entre a parede óssea da órbita (geralmente a lâmina papirácea) e a periórbita. Pode causar deslocamento do globo ocular (proptose) e limitação da motilidade, mas raramente evolui com sinais meníngeos ou perda visual súbita tão grave sem que haja progressão para complicações mais profundas ou intracranianas.

Alternativa d) Abscesso orbital: Caracteriza-se por uma coleção purulenta dentro da gordura orbital (pós-septal). Causa proptose acentuada, dor à movimentação ocular, diminuição da motilidade e risco de perda visual por compressão do nervo óptico. No entanto, o diagnóstico de abscesso orbital isolado não justifica os sinais meníngeos apresentados pelo paciente, que indicam obrigatoriamente extensão intracraniana.

Em resumo, a tríade de sintomas orbitais graves (oftalmoplegia e perda visual), somada a sinais de irritação meníngea e febre alta, direciona o diagnóstico para a trombose do seio cavernoso.

## Questão 20

O quadro clínico descrito é clássico de dacriostenose congênita, uma condição frequente em lactentes. Vamos analisar os achados e por que a alternativa (c) é a correta, diferenciando-a das demais opções.

Alternativa (c): Dacriostenose congênita. Esta é a alternativa correta. A dacriostenose ocorre pela obstrução do ducto nasolacrimal, geralmente devido à persistência de uma membrana na sua porção distal (válvula de Hasner). Os sinais cardinais são o lacrimejamento contínuo (epífora) e o acúmulo de secreção mucosa ou mucopurulenta, que faz com que os cílios fiquem grudados ao acordar. O sinal patognomônico citado no caso é a expressão de secreção pelo ponto lacrimal ao pressionar o canto medial (região do saco lacrimal). Como não há lesão na superfície ocular ou hiperemia importante, o diagnóstico clínico é confirmado.

Alternativa (a): Glaucoma congênito. Embora o glaucoma congênito também cause lacrimejamento, ele costuma vir acompanhado de uma tríade clássica: epífora, fotofobia (sensibilidade à luz) e blefaroespasma (contração involuntária das pálpebras). Além disso, no exame físico, notaríamos buphtalmia (olho aumentado de tamanho) e edema de córnea (aspecto turvo ou azulado), achados que não estão presentes no caso clínico.

Alternativa (b): Conjuntivite química. Esta condição ocorre quase exclusivamente nas primeiras 24 a 48 horas de vida do recém-nascido, sendo uma reação inflamatória ao uso do nitrato de prata (método de Credé) para prevenção de oftalmia neonatal. O paciente da questão tem 7 meses, o que exclui essa hipótese cronologicamente.

Alternativa (d): Oftalmia neonatal. A oftalmia neonatal refere-se a conjuntivites infecciosas agudas (causadas principalmente por clamídia ou gonococo) que ocorrem no primeiro mês de vida. Elas se manifestam com forte hiperemia conjuntival, edema palpebral importante e secreção purulenta abundante. O paciente em questão está fora da faixa etária neonatal e não apresenta sinais de inflamação aguda da conjuntiva.

---

## Questão 21

Para resolver essa questão, precisamos realizar dois cálculos obstétricos fundamentais: a Idade Gestacional (IG) e a Data Provável do Parto (DPP), atentando para o fato de que o ano de 2024 é bissexto.

CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG):

A IG é calculada somando-se o número de dias decorridos entre a Data da Última

Menstruação (DUM: 26.01.24) e a data da consulta (12.03.24).

1. Janeiro: Restam 5 dias (31 menos 26).
2. Fevereiro: 2024 é ano bissexto, portanto, possui 29 dias.
3. Março: 12 dias (data da consulta).

Total de dias:  $5 + 29 + 12 = 46$  dias.

Para converter em semanas: 46 dividido por 7 resulta em 6 semanas e sobra o resto 4.

Logo, a IG é de 6 semanas e 4 dias.

#### CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP):

A DPP corresponde ao dia em que a gestação completa 40 semanas (280 dias) a partir da DUM. Podemos usar a Regra de Naegele adaptada ou a contagem direta de dias.

Pela Regra de Naegele: Somamos 7 dias ao primeiro dia da DUM e somamos 9 meses ao mês da DUM (ou subtraímos 3 meses).

Dia:  $26 + 7 = 33$ . Como janeiro tem 31 dias, o dia passa para 02 e somamos 1 mês ao resultado final.

Mês:  $01 + 9 = 10$  (Outubro). Com o ajuste do dia, passamos para o mês 11 (Novembro).

O resultado padrão seria 02/11/2024. No entanto, por ser ano bissexto e a gestação atravessar o dia 29 de fevereiro, a DPP ocorre um dia antes no calendário civil para totalizar os mesmos 280 dias de desenvolvimento fetal.

Contagem exata de 280 dias:

Janeiro: 5 dias

Fevereiro: 29 dias

Março: 31 dias

Abril: 30 dias

Mai: 31 dias

Junho: 30 dias

Julho: 31 dias

Agosto: 31 dias

Setembro: 30 dias

Outubro: 31 dias

Soma até 31 de outubro: 279 dias.

O 280.<sup>o</sup> dia (40 semanas) será 01.11.24.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Correta. Apresenta o cálculo exato da IG (46 dias = 6 semanas e 4 dias) e a DPP correta considerando o ano bissexto (280 dias após a DUM).
- b) Incorreta. A IG de 7 semanas e 2 dias (51 dias) está errada; esse erro geralmente ocorre se o examinador não subtrair corretamente os dias de janeiro ou errar a soma total. A DPP de 30.10.24 também não corresponde aos 280 dias regulamentares.
- c) Incorreta. A IG de 6 semanas e 5 dias (47 dias) erra por apenas um dia o cálculo do intervalo. A DPP 26.10.24 ignora a regra de somar os 7 dias ao dia da DUM, apenas somando 9 meses diretos.
- d) Incorreta. A IG de 7 semanas (49 dias) está incorreta. Assim como na alternativa C, a DPP 26.10.24 está errada por não aplicar corretamente a Regra de Naegele (falta a adição dos 7 dias).

---

### Questão 22

Para compreender a recomendação vacinal desta gestante, devemos analisar cada imunizante presente na imagem do cartão vacinal e confrontá-lo com o Calendário Nacional de Vacinação da Gestante do Ministério da Saúde.

#### ANÁLISE DO CARTÃO VACINAL DA PACIENTE (DATA ATUAL: 20/06/2024)

1. Dupla Adulto (dT – Tétano e Difteria): A paciente possui duas doses registradas (jan/2020 e abr/2020). O esquema completo exige três doses. Como ela é gestante, a terceira dose deve ser obrigatoriamente a vacina dTpa.
2. dTpa (Tríplice bacteriana acelular): Embora tenha uma dose em abr/2023, a norma técnica exige uma dose de dTpa em CADA gestação, a partir da 20ª semana, para garantir a transferência de anticorpos contra a coqueluche para o feto.
3. Hepatite B: A paciente tem duas doses (jan/2020 e abr/2020). O esquema é composto por três doses (0, 1 e 6 meses). Falta, portanto, a terceira dose para completar o esquema.
4. Influenza: A última dose foi em mai/2023. A vacina da influenza é anual. Como estamos em junho de 2024, ela deve receber a dose da campanha vigente.
5. Covid-19: A última dose (4ª dose) foi em nov/2023. De acordo com as notas técnicas de 2024, gestantes fazem parte do grupo prioritário e devem receber uma dose de reforço se a última dose tiver ocorrido há mais de 6 meses. De novembro de 2023 a junho de 2024, já se passaram 7 meses.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Ao propor a terceira dose da dT e, separadamente, a dTpa, a alternativa cria uma redundância desnecessária. O mais importante é que a alternativa omite a necessidade da terceira dose da vacina contra hepatite B, que está incompleta.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa falha ao não mencionar a vacina dTpa. A vacina dTpa é obrigatória em toda gestação a partir da 20ª semana, independentemente do histórico vacinal prévio, visando à proteção do recém-nascido contra a coqueluche.

Alternativa c) Incorreta. Assim como a alternativa anterior, esta opção ignora a recomendação da vacina dTpa, que é um pilar fundamental da imunização no pré-natal. Apenas completar os esquemas de dT e hepatite B não é suficiente para a conduta obstétrica padrão.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta mais completa e adequada. Ela indica a vacinação contra influenza (anual) e Covid-19 (reforço necessário por terem se passado mais de 6 meses), orienta a completar o esquema de hepatite B com a 3ª dose faltante e programa a aplicação da dTpa a partir da 20ª semana. Vale ressaltar que a dose de dTpa aplicada na gestação servirá também para completar o esquema de três doses contra o tétano (2 doses de dT prévias + 1 dose de dTpa atual).

---

### Questão 23

O rastreamento de pacientes que apresentaram diabetes mellitus gestacional (DMG) deve ser realizado no período pós-parto, preferencialmente entre 4 e 12 semanas após o parto, por meio do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g. Fora do período gestacional, os critérios de normalidade e diagnóstico de pré-diabetes ou diabetes seguem os padrões da população geral.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a American Diabetes Association (ADA), os parâmetros para o TOTG de 75 g são:

- Normal: Jejum menor que 100 mg/dL e 2 horas menor que 140 mg/dL.
- Glicemia de jejum alterada: Jejum entre 100 e 125 mg/dL.
- Intolerância à glicose: 2 horas entre 140 e 199 mg/dL.
- Diabetes mellitus: Jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou 2 horas maior ou igual a 200 mg/dL.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora a glicemia de jejum (99 mg/dL) esteja dentro da

normalidade (abaixo de 100 mg/dL), o valor de 2 horas (155 mg/dL) excede o limite de normalidade, que é 140 mg/dL. Portanto, o exame não é considerado normal.

Alternativa b: Incorreta. Para o diagnóstico de diabetes mellitus por meio deste exame, a paciente precisaria apresentar uma glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL ou um valor de 2 horas no TOTG maior ou igual a 200 mg/dL. Os valores apresentados (99 e 155) estão abaixo desses pontos de corte.

Alternativa c: Correta. A paciente apresenta intolerância à glicose (um estágio de pré-diabetes). Essa condição é definida quando o valor da glicemia de 2 horas, após a sobrecarga de 75 g de glicose, situa-se entre 140 mg/dL e 199 mg/dL. O resultado de 155 mg/dL da paciente enquadra-se exatamente nesse critério.

Alternativa d: Incorreta. O termo "glicemia de jejum alterada" refere-se especificamente ao achado de glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL. Como o jejum da paciente foi de 99 mg/dL, ela não preenche esse critério. O distúrbio presente no caso é na tolerância à glicose após sobrecarga, e não no jejum.

Esta paciente deve ser orientada sobre a importância de mudanças no estilo de vida, como dieta balanceada e atividade física regular, além de manter o acompanhamento médico periódico, visto que o histórico de DMG e o diagnóstico atual de intolerância à glicose elevam significativamente o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 futuramente.

---

## Questão 24

Esta questão aborda o diagnóstico e a conduta inicial no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

Análise do caso clínico:

A paciente está na 11ª semana de gestação (primeiro trimestre) e apresenta uma glicemia de jejum de 94 mg/dL. De acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde e da FEBRASGO, os critérios para a interpretação da glicemia de jejum no início da gravidez (antes de 24 semanas) são:

1. Glicemia de jejum < 92 mg/dL: Normal. Deve-se aguardar para realizar o teste de sobrecarga (TOTG 75g) entre 24 e 28 semanas.
2. Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diagnóstico de Diabetes Mellitus pré-existente (Overt Diabetes).

Como a paciente apresenta 94 mg/dL, o diagnóstico de DMG já está confirmado.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG 75g) é indicado apenas para gestantes que tiveram glicemia de jejum inicial normal (inferior a 92 mg/dL). Se o valor de jejum já é diagnóstico (como os 94 mg/dL deste caso), o TOTG é desnecessário e está contraindicado para fins de diagnóstico.

Alternativa (b) Correta: Confirmado o diagnóstico de DMG, a primeira linha de tratamento é a abordagem não farmacológica. Isso inclui orientações sobre Mudança de Estilo de Vida (MEV), composta por dieta controlada e atividade física, além do automonitoramento da glicemia capilar para verificar se essas medidas serão suficientes para atingir as metas terapêuticas.

Alternativa (c) Incorreta: Esta seria a conduta se a glicemia de jejum fosse menor que 92 mg/dL. Como a paciente já ultrapassou esse valor, ela já possui o diagnóstico e não deve esperar até a 24ª semana para iniciar o acompanhamento e o controle.

Alternativa (d) Incorreta: A hemoglobina glicada não é utilizada para o diagnóstico ou para a decisão terapêutica inicial no DMG. O uso de medicamentos (como metformina ou insulina) é reservado para os casos em que o controle glicêmico não é alcançado após o período de teste com dieta e exercícios (geralmente após 1 a 2 semanas de mudanças no estilo de vida).

---

## Questão 25

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta 33 semanas e 2 dias de gestação e queixa-se de cólicas. No exame físico, observa-se uma dinâmica uterina de apenas 1 contração de 25 segundos em 10 minutos. O toque vaginal revela um colo posterior, grosso e com 1,5 cm de dilatação.

Para diagnosticar o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), a literatura médica exige a presença de contrações regulares (geralmente 2 em 10 minutos ou 4 em 20 minutos) acompanhadas de mudanças cervicais significativas, como o apagamento (esvaecimento) superior a 50% e a dilatação progressiva (geralmente acima de 2 ou 3 cm).

No caso em questão, o colo está grosso e posterior, e a atividade uterina é insuficiente para caracterizar o trabalho de parto. Vale ressaltar uma incoerência no enunciado: a paciente é chamada de primigesta, mas o antecedente pessoal refere

um parto a termo anterior. Em pacientes que já pariram, uma dilatação de 1,5 cm com colo grosso e posterior é um achado comum e não indica o início de trabalho de parto. Portanto, o quadro é de falso trabalho de parto ou contrações de Braxton-Hicks.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A corticoterapia (como betametasona ou dexametasona) é indicada para acelerar a maturidade pulmonar fetal apenas quando o diagnóstico de TPP é confirmado e o risco de parto nos próximos 7 dias é real, entre 24 e 34 semanas. Sem trabalho de parto ativo, não há indicação.

Alternativa B (Incorreta): A inibição do trabalho de parto (tocólise) tem como objetivo principal ganhar tempo para a ação do corticoide ou para o transporte da gestante. Como a paciente não possui dinâmica uterina efetiva nem modificação cervical, não há o que inibir.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta adequada para casos de falso trabalho de parto. Não há necessidade de internação ou intervenções medicamentosas. A paciente deve receber orientações sobre os sinais de alerta (como aumento da frequência das contrações, perda de líquido ou sangramento) e ser liberada.

Alternativa D (Incorreta): Esta alternativa descreve o manejo completo para um TPP estabelecido com risco de parto iminente. A neuroproteção com sulfato de magnésio é indicada em situações de parto prematuro iminente (geralmente até 31 semanas e 6 dias, ou 33 semanas e 6 dias em alguns protocolos específicos), o que não se aplica a uma paciente sem trabalho de parto.

DICA DO PROFESSOR: Em questões de obstetrícia, sempre avalie o binômio dinâmica uterina e colo. Se o colo está grosso e posterior, ele não está sofrendo ação das contrações de forma a progredir para o parto, descartando o diagnóstico de trabalho de parto ativo.

---

#### Questão 26

Para resolver essa questão, o primeiro passo é avaliar se a paciente realmente apresenta um quadro febril e se há sinais de infecção puerperal.

Análise Clínica:

A paciente está no 6º dia de pós-parto. Embora tenha tido fatores de risco (bolsa rota por 12 horas e parto cesariano após parada de descida), o quadro clínico atual é de estabilidade. A temperatura axilar registrada foi de 37,9 °C, o que é considerado

febrícula, não atingindo o critério clássico de febre puerperal (que seria uma temperatura superior a 38 °C em dois registros distintos, excluindo as primeiras 24 horas pós-parto). Além disso, a temperatura sublingual, que é mais fidedigna por não sofrer interferência direta do calor local das mamas (ingurgitamento mamário), está normal (37,2 °C).

#### Exame Físico e Laboratorial:

O exame físico não revela focos infecciosos: as mamas não têm sinais flogísticos (afastando mastite aguda), o útero está involuído e indolor (afastando endometrite), a ferida operatória está limpa e a loquiação não tem odor fétido. O hemograma mostra leucócitos de 12.400/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda (0 bastões). No puerpério, uma leucocitose moderada é considerada fisiológica e não indica, isoladamente, infecção.

#### Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Não há diagnóstico de infecção estabelecido. A prescrição de antibióticos sem foco clínico e sem febre confirmada é uma conduta inadequada e contribui para a resistência bacteriana.

Alternativa B: Incorreta. A internação para rastreamento infeccioso é uma medida desproporcional para uma paciente em bom estado geral, com sinais vitais estáveis e exame físico normal. O rastreamento, se necessário, poderia ser iniciado ambulatorialmente caso houvesse suspeita clínica real.

Alternativa C: Incorreta. Da mesma forma que a alternativa A, o uso de antibioticoterapia oral sem evidência de doença (como uma infecção urinária ou mastite leve) é contraindicado.

Alternativa D: Correta. Como a paciente apresenta apenas um pico isolado de temperatura axilar (que pode ser influenciado pela apojadura ou ingurgitamento mamário) e a temperatura sublingual está normal, a conduta mais adequada é a observação. Recomenda-se que a paciente monitore a temperatura de forma mais precisa (curva térmica) e retorne ao serviço de saúde caso surjam sintomas de alerta (febre persistente acima de 38 °C, dor abdominal ou loquiação fétida).

#### Conclusão:

A ausência de sinais de irritação peritoneal, dor uterina e alterações na loquiação, somada a uma temperatura sublingual normal, afasta a necessidade de intervenção imediata, sendo a conduta expectante com orientação a melhor escolha.

## Questão 27

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (também chamada de iminência de eclâmpsia). Os critérios presentes são: gestação acima de 20 semanas, níveis pressóricos elevados (140 x 90 mmHg) e, principalmente, sintomas de iminência (cefaleia, escotomas cintilantes e dor epigástrica). Diante desse cenário, a prioridade absoluta é a prevenção de convulsões (eclâmpsia) antes e durante o transporte para uma unidade de maior complexidade.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta. A administração de apenas 4 g de sulfato de magnésio por via intravenosa (IV) compõe apenas a dose de ataque do esquema de Zuspan. Para garantir a manutenção do nível terapêutico da droga, especialmente durante uma transferência onde pode não haver bomba de infusão contínua disponível, apenas a dose de ataque IV é insuficiente.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve a dose de ataque do esquema de Pritchard: 4 g IV (lento) somados a 10 g IM (5 g em cada nádega). Este esquema é amplamente recomendado em serviços de saúde com menos recursos ou para pacientes que serão transferidos, pois a aplicação intramuscular garante a manutenção de níveis terapêuticos de magnésio por algumas horas, dispensando o uso imediato de bombas de infusão contínua durante o trajeto. O sulfato de magnésio é a droga de escolha para prevenção e tratamento das convulsões na eclâmpsia.

Alternativa (c) Incorreta. A hidralazina é um vasodilatador utilizado para o tratamento de crises hipertensivas (emergências), geralmente indicado quando a pressão arterial está igual ou superior a 160 x 110 mmHg. No caso em questão, a paciente apresenta 140 x 90 mmHg. Embora o controle pressórico seja importante, a prioridade imediata para evitar a progressão para eclâmpsia em uma paciente sintomática é a magnesioterapia.

Alternativa (d) Incorreta. Os benzodiazepínicos, como o diazepam, não são as drogas de escolha para a prevenção ou tratamento de convulsões na gestação. Estudos demonstraram que o sulfato de magnésio é superior aos anticonvulsivantes comuns na redução do risco de eclâmpsia e na mortalidade materna. O uso de benzodiazepínicos fica reservado apenas para casos excepcionais onde o sulfato de magnésio é contraindicado ou em convulsões refratárias.

### CONCLUSÃO

A conduta correta para estabilização e transporte de gestantes com sinais de iminência de eclâmpsia baseia-se na magnesioterapia. O esquema de Pritchard (4 g IV + 10 g IM) é a opção mais segura e eficaz para garantir a proteção neurológica da paciente durante a transferência.

### Questão 28

A questão apresenta um caso de Bacteriúria Assintomática em uma gestante de 14 semanas. O ponto central da discussão é o perfil de resistência do patógeno identificado: *Escherichia coli* produtora de ESBL (Beta-lactamase de Espectro Estendido).

Análise do Antibiograma (Imagem):

A imagem mostra que a bactéria é resistente a todas as cefalosporinas testadas (Cefalexina, Cefuroxima, Ceftriaxona e Cefepime), o que caracteriza o perfil ESBL. Embora o exame aponte sensibilidade à Amoxicilina/Ácido Clavulânico, a literatura médica e as diretrizes de infectologia demonstram que cepas ESBL apresentam alta taxa de falha terapêutica quando tratadas com combinações de beta-lactâmicos e inibidores de beta-lactamase, especialmente em infecções por gram-negativos. Por outro lado, o antibiograma confirma sensibilidade aos carbapenêmicos (Ertapenem e Imipenem).

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) correta: Os carbapenêmicos são o tratamento de escolha para germes produtores de ESBL, devido à sua estabilidade frente às enzimas produzidas por essas bactérias. Como os carbapenêmicos (como Imipenem ou Meropenem) são de administração exclusivamente parenteral (venosa), é necessário o regime intra-hospitalar para garantir a correta aplicação e monitoramento da gestante e do feto.

Alternativa (b) incorreta: Conforme mencionado, a Amoxicilina/Ácido Clavulânico não é recomendada para tratar cepas ESBL devido ao risco elevado de falha clínica, mesmo que o antibiograma in vitro sugira sensibilidade.

Alternativa (c) incorreta: Embora os carbapenêmicos sejam os fármacos corretos, a via de administração é parenteral. No contexto de provas de residência e na prática clínica padrão para gestantes com germes multirresistentes, o tratamento é iniciado em ambiente hospitalar para assegurar a logística de infusão e a vigilância do bem-estar materno-fetal.

Alternativa (d) incorreta: Esta alternativa combina o erro da escolha do antimicrobiano (Amoxicilina/Clavulanato não é ideal para ESBL) com a inadequação do acompanhamento ambulatorial para este perfil específico de resistência em uma gestante.

Resumo: Diante de uma gestante com ESBL na urina, o tratamento deve ser feito com carbapenêmicos em regime hospitalar, priorizando a eficácia contra o mecanismo de resistência bacteriana. Outras opções sensíveis no exame, como a Nitrofurantoína, poderiam ser discutidas em contextos ambulatoriais de cistite simples, mas a questão foca na conduta de eleição para o perfil de resistência ESBL apresentado no antibiograma.

---

## Questão 29

Análise do quadro clínico:

A paciente é uma gestante de 20 semanas que se encontra assintomática no momento do exame físico. O fato de possuir sorologia reagente (teste treponêmico positivo e VDRL 1/128) na ausência de lesões clínicas caracteriza a fase de sífilis latente. O relato de manchas e pápulas em regiões palmo-plantares há 8 meses indica que ela apresentou manifestações de sífilis secundária no passado, que regrediram espontaneamente.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde para Infecções Sexualmente Transmissíveis, a sífilis deve ser classificada como de duração ignorada quando não se pode determinar com precisão o momento da infecção inicial (ausência de um teste não treponêmico negativo documentado no último ano). Na prática clínica e em provas de residência, pacientes assintomáticos sem exames anteriores são tratados conforme o protocolo de sífilis latente tardia ou de duração ignorada.

O tratamento preconizado para a sífilis latente de duração ignorada consiste na administração de Penicilina G Benzatina na dose total de 7,2 milhões UI, dividida em três doses semanais de 2,4 milhões UI cada, por via intramuscular.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Está correta. A paciente está na fase latente (assintomática) e, pela falta de exames prévios que confirmem o tempo exato de infecção, classifica-se como duração ignorada. A dose de 7,2 milhões UI de penicilina benzatina é a conduta terapêutica correta.

Alternativa b) Está incorreta. Embora o diagnóstico esteja correto, a dose de 4,8 milhões UI não é preconizada pelos protocolos brasileiros para o tratamento da sífilis em nenhum de seus estágios.

Alternativa c) Está incorreta. O diagnóstico de sífilis secundária exige a presença de sinais e sintomas clínicos ativos (lesões de pele e mucosas), o que não ocorre nesta paciente no momento. Além disso, se o diagnóstico fosse sífilis recente (primária, secundária ou latente com menos de 1 ano), a dose total seria de apenas 2,4 milhões UI em dose única.

Alternativa d) Está incorreta. O diagnóstico está errado porque a paciente não possui lesões ativas e a dose de 4,8 milhões UI não é utilizada no esquema oficial de tratamento da sífilis.

Informações complementares para a prática médica:

Na gestação, o único tratamento considerado eficaz para a mãe e para a prevenção da sífilis congênita é a penicilina benzatina, pois é o único fármaco que atravessa a barreira placentária. Para que o tratamento seja considerado adequado na gestante, ele deve ser finalizado até 30 dias antes do parto e as doses devem respeitar o intervalo semanal (se houver interrupção superior a 7 a 9 dias entre as doses, o esquema deve ser reiniciado).

---

### Questão 30

Esta questão aborda as indicações e, principalmente, as contraindicações da Terapia Hormonal (TH) no climatério. Para resolvê-la, é necessário analisar o perfil da paciente e identificar fatores que impeçam o início do tratamento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a terapia hormonal seja o tratamento mais eficaz para o alívio dos fogachos e demais sintomas climatéricos (como insônia e irritabilidade), ela só pode ser indicada se a paciente não apresentar contraindicações formais. No caso clínico, a presença de um evento trombótico prévio impede essa indicação.

b) Incorreta. A paciente, de fato, apresenta osteoporose (T-score de -2,6 na coluna lombar, sendo que valores iguais ou menores que -2,5 definem o diagnóstico). A TH tem benefício na manutenção da massa óssea e na prevenção de fraturas; porém, assim como no item anterior, o histórico de trombose impossibilita o seu uso como forma de tratamento. Nesses casos, devem-se buscar alternativas não hormonais, como os bisfosfonatos.

c) Correta. O antecedente pessoal de tromboembolismo venoso (trombose em membro inferior direito) é uma contraindicação absoluta para a terapia hormonal sistêmica, seja ela por via oral ou transdérmica. O estrogênio aumenta a síntese de fatores de coagulação e o risco de recorrência de eventos trombóticos em mulheres já suscetíveis é significativamente alto, tornando a TH proibitiva.

d) Incorreta. A obesidade (IMC de 30,6 kg/m<sup>2</sup>) é um fator de risco para doenças cardiovasculares e tromboembolismo, mas não é considerada uma contraindicação absoluta à terapia hormonal. Em pacientes obesas sem outras contraindicações, a via transdérmica costuma ser preferível por apresentar menor impacto no sistema de coagulação em comparação à via oral. No entanto, o fator determinante para a contraindicação nesta questão é a trombose prévia, e não a obesidade isolada.

Resumo das principais contraindicações absolutas à Terapia Hormonal:

1. Câncer de mama (atual ou passado).
2. Lesões precursoras do câncer de mama.
3. Câncer de endométrio.
4. Sangramento vaginal de causa indeterminada.
5. Doença tromboembólica venosa atual ou progressa (trombose venosa profunda, embolia pulmonar).
6. Doença arterial coronariana ou cerebrovascular (IAM, AVC).
7. Doença hepática aguda ou grave.
8. Lúpus Eritematoso Sistêmico com alto risco de trombose (presença de anticorpos antifosfolípidos).
9. Porfíria.

---

### Questão 31

O rastreio do câncer do colo uterino no Brasil tem passado por atualizações, com a introdução da pesquisa de DNA-HPV como modalidade de screening primário em diversos protocolos internacionais e em serviços de referência no país. Quando o rastreio é realizado via teste de DNA-HPV, a conduta depende do genótipo encontrado.

Alternativa (a) Incorreta: A citologia oncótica é utilizada como teste de triagem para pacientes que apresentam DNA-HPV positivo para tipos de alto risco que não sejam os genótipos 16 ou 18. No caso de positividade para os genótipos 16 ou 18, a paciente deve ser encaminhada diretamente para um exame mais específico devido ao elevado potencial oncogênico desses tipos.

Alternativa (b) Correta: Os genótipos 16 e 18 são responsáveis por aproximadamente

70% dos casos de câncer do colo do útero no mundo. Por apresentarem o maior risco de evolução para lesões precursoras de alto grau e carcinoma invasor, a detecção de DNA-HPV 16 ou 18 no rastreio primário indica o encaminhamento imediato da paciente para a colposcopia, independentemente do resultado de uma citologia prévia ou simultânea.

Alternativa (c) Incorreta: Aguardar um ano para repetir o teste de DNA-HPV seria uma conduta expectante inadequada para o genótipo 16. Essa conduta de repetição em 12 meses costuma ser reservada para casos de citologia com células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) em mulheres acima de 30 anos ou lesões de baixo grau (LSIL) em mulheres acima de 25 anos, dentro do protocolo de citologia convencional.

Alternativa (d) Incorreta: A exérese da zona de transformação (EZT) é um procedimento terapêutico ou diagnóstico avançado indicado após a identificação de lesões precursoras de alto grau na colposcopia e/ou biópsia. Realizar a exérese sem uma avaliação colposcópica prévia que justifique o procedimento seria uma conduta excessivamente agressiva e fora dos protocolos de triagem.

---

### Questão 32

A Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) é uma complicação da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) caracterizada por uma peri-hepatite crônica ou aguda. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): A incidência da síndrome em pacientes com DIP é geralmente estimada entre 5% e 15%, sendo o valor de 30% considerado exagerado na literatura médica atual. Além disso, embora diversos patógenos possam estar envolvidos, os agentes etiológicos clássicos e mais frequentemente associados são a *\*Chlamydia trachomatis\** e a *\*Neisseria gonorrhoeae\**, e não o *\*Mycoplasma hominis\**.

Alternativa B (Incorreta): A fisiopatologia da síndrome envolve a inflamação da cápsula de Glisson (cápsula que reveste o fígado) e do peritônio parietal adjacente, mas não há acometimento do parênquima hepático propriamente dito. Por ser uma inflamação superficial, a arquitetura interna do fígado permanece preservada e, conseqüentemente, não há risco de evolução para insuficiência hepática.

Alternativa C (Correta): Esta é a descrição clínica clássica. A paciente costuma apresentar dor intensa e súbita no hipocôndrio direito, que pode ser do tipo pleurítica (piora com a respiração profunda e tosse) e irradiar para o ombro direito. Devido à localização e ao caráter da dor, o quadro frequentemente mimetiza uma colecistite

aguda, o que torna a síndrome um importante diagnóstico diferencial em mulheres jovens com dor abdominal superior.

Alternativa D (Incorreta): Como a síndrome é uma peri-hepatite (inflamação da cápsula) e não uma hepatite (inflamação do parênquima), as provas de função hepática, como as transaminases (AST e ALT) e as bilirrubinas, costumam estar normais ou apenas com alterações mínimas e inespecíficas. Portanto, exames laboratoriais hepáticos não são ferramentas diagnósticas sensíveis nem servem para prever a gravidade dessa patologia. O diagnóstico definitivo é frequentemente sugerido pela clínica e confirmado por exames de imagem (como TC com contraste mostrando realce da cápsula hepática) ou visualização direta de aderências em "corda de violino" durante uma laparoscopia.

---

### Questão 33

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a classificação molecular do câncer de mama, que divide os tumores de acordo com a expressão de receptores hormonais (estrogênio e progesterona), a superexpressão da proteína HER2 e o índice de proliferação celular medido pelo Ki-67.

O subtipo Luminal A é o mais comum e apresenta o melhor prognóstico entre os tipos de câncer de mama. Suas características principais são a forte positividade para receptores hormonais e a baixa atividade proliferativa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O subtipo Luminal A é caracterizado pela ausência de superexpressão de HER2 (HER2 negativo). A alta expressão de HER2 associada a um baixo índice de proliferação não é o padrão típico de nenhum dos subtipos clássicos, já que tumores HER2 positivos costumam ser agressivos.

Alternativa b) Incorreta. A baixa expressão de receptores hormonais e a alta taxa de proliferação celular (Ki-67 elevado, geralmente acima de 14% a 20%) são características do subtipo Luminal B. O Luminal B é mais agressivo que o Luminal A e exige frequentemente quimioterapia, além da hormonioterapia.

Alternativa c) Incorreta. A ausência de receptores de estrogênio e progesterona com alta expressão de HER2 define o subtipo HER2-enriquecido (ou HER2 puro). São tumores que não respondem à hormonioterapia, mas são alvo de terapias anti-HER2 (como o trastuzumabe).

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente o perfil

imuno-histoquímico do Luminal A: forte presença de receptores de estrogênio (RE) e/ou progesterona (RP), HER2 negativo e baixo índice de Ki-67 (geralmente inferior a 14% ou 20%, dependendo do consenso utilizado). Essas características conferem ao tumor uma boa resposta à hormonioterapia e um comportamento clínico menos agressivo.

Gabarito: Letra (d).

### Questão 34

Para a compreensão desta questão, é fundamental revisar os pilares da fisiologia menstrual. O ciclo menstrual regular e a descamação endometrial dependem de uma orquestra endócrina e de uma anatomia funcional.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora as glândulas adrenais e tireoidianas influenciem o ciclo, a glândula paratireoide atua no metabolismo do cálcio e do fósforo, não possuindo papel direto na regulação do ciclo menstrual. Além disso, esta alternativa omite o ponto principal: a integridade do eixo central (hipotálamo-hipófise-ovariano).

b) Correta. Esta alternativa engloba os três requisitos fundamentais:

1. Integridade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano: É o comando central. O hipotálamo libera GnRH, que estimula a hipófise a liberar FSH e LH, os quais, por sua vez, estimulam os ovários a produzir estrogênio e progesterona. Sem essa coordenação, não há proliferação e posterior descamação organizada do endométrio.

2. Ausência de disfunções tireoidianas e adrenais: Distúrbios na tireoide (hipo ou hipertireoidismo) e nas adrenais (como hiperplasia adrenal ou síndrome de Cushing) podem interferir na liberação de gonadotrofinas ou na conversão periférica de hormônios, levando à anovulação e à irregularidade menstrual.

3. Ausência de anormalidades canaliculares: O trato de saída (útero, colo uterino e vagina) deve estar pérvio. Obstruções anatômicas (como hímen imperfurado ou septos vaginais) impediriam a exteriorização do sangue, mesmo que a parte hormonal estivesse perfeita.

c) Incorreta. Esta opção foca apenas em glândulas periféricas e na anatomia, deixando de fora o controle mestre exercido pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Sem o estímulo hormonal correto vindo do eixo central, não ocorre o ciclo.

d) Incorreta. Embora mencione o eixo central e as glândulas influenciadoras, comete dois erros: inclui a paratireoide (irrelevante para o ciclo menstrual) e ignora as anormalidades canaliculares. Se houver uma malformação no trato de saída, a

descamação não ocorre de forma ordenada para o meio externo, caracterizando falha no processo clínico da menstruação.

### Questão 35

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta uma paciente jovem (34 anos), nulípara e com desejo reprodutivo, diagnosticada com adenocarcinoma de endométrio do tipo endometriode, bem diferenciado (Grau 1). Dois pontos fundamentais guiam a conduta: a localização restrita da neoplasia (confinada ao pólipó com margens livres) e o perfil molecular favorável (mutação do gene POLE).

A mutação no gene POLE define o grupo de "ultramutados", que, segundo a nova classificação molecular do câncer de endométrio, apresenta um prognóstico excelente, com taxas de sobrevida global e livre de progressão muito altas, mesmo em casos que poderiam parecer mais agressivos histologicamente.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A braquiterapia e a radioterapia são modalidades de tratamento adjuvante ou curativo que levam à perda definitiva da função reprodutiva e ovariana, sendo contraindicadas para quem deseja preservar a fertilidade em um estágio tão inicial e favorável.

Alternativa b) Incorreta. A histerectomia total com salpingo-oforectomia bilateral é o tratamento padrão-ouro para o câncer de endométrio. No entanto, em pacientes jovens, com desejo de gestação e tumores de baixo risco (Grau 1, restritos ao endométrio), o tratamento conservador deve ser discutido e priorizado.

Alternativa c) Incorreta. Assim como a alternativa anterior, esta opção remove o útero e os anexos, impossibilitando a gestação. A pesquisa de linfonodo sentinela faz parte do estadiamento cirúrgico, mas o objetivo aqui é a preservação orgânica para fins reprodutivos.

Alternativa d) Correta. O tratamento conservador é uma opção segura e bem estabelecida para pacientes selecionadas: adenocarcinoma endometriode Grau 1, doença limitada ao endométrio (avaliada por RM ou, neste caso, restrita ao pólipó) e ausência de contraindicações ao tratamento hormonal. O uso de progestágenos (como o acetato de medroxiprogesterona, acetato de megesterol ou o SIU de levonorgestrel) visa à regressão da lesão. O tempo de 6 meses é o período padrão para a primeira reavaliação histológica completa. Além disso, as mudanças no estilo

de vida são fundamentais, pois a obesidade (IMC 38,7 kg/m<sup>2</sup>) é o principal fator de risco e motor da produção estrogênica que alimenta esse tipo de tumor. O perfil molecular POLE reforça ainda mais a segurança dessa conduta devido ao seu comportamento biológico indolente.

#### SÍNTESE DA CONDUTA

Para preservar a fertilidade no câncer de endométrio inicial:

1. Confirmar tipo histológico endometrióide Grau 1.
2. Excluir invasão miometrial (neste caso, lesão restrita ao pólipo).
3. Terapia com progestágenos e controle rigoroso com biópsias seriadas.
4. Estimular perda de peso para controle metabólico da doença.
5. Permitir a gestação após a remissão completa e, após a prole constituída, realizar a cirurgia definitiva.

---

### Questão 36

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O exame físico normal não descarta a endometriose. A sensibilidade do exame físico é baixa, principalmente nos casos de endometriose superficial, onde as lesões são pequenas e não podem ser palpadas ou identificadas pelo toque vaginal. O exame físico costuma ser mais alterado apenas em casos de endometriose profunda ou quando há presença de endometriomas volumosos.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a laparoscopia tenha sido historicamente o padrão-ouro devido à possibilidade de biópsia e confirmação histológica, essa visão mudou. As diretrizes modernas, como as da ESHRE e da Febrasgo, recomendam que o diagnóstico seja preferencialmente clínico e baseado em métodos de imagem não invasivos. A laparoscopia deve ser evitada apenas com fins diagnósticos por ser um procedimento invasivo com riscos cirúrgicos.

Alternativa (c) Correta. Esta é a conduta recomendada atualmente. Diante de uma paciente com história clínica sugestiva (dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia), o tratamento clínico deve ser iniciado precocemente para controle da dor. O início da terapia hormonal e analgésica não depende da confirmação cirúrgica e serve, inclusive, como um teste terapêutico que reforça a suspeita diagnóstica caso a paciente apresente melhora.

Alternativa (d) Incorreta. O ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética são os melhores exames para o mapeamento de endometriose profunda, mas não são considerados indispensáveis para a suspeita clínica inicial. O diagnóstico de suspeição é fundamentalmente clínico, baseado na

anamnese. Além disso, esses exames de imagem apresentam limitações para detectar a endometriose superficial, podendo resultar em laudos normais mesmo na presença da doença.

### Questão 37

A definição de amenorreia primária e o início da investigação de atraso puberal baseiam-se em critérios cronológicos e no desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. De acordo com os consensos de ginecologia e pediatria, a investigação deve ser iniciada em duas situações: 1) Quando a paciente tem 15 anos e já apresenta caracteres sexuais secundários (mamas e pelos), mas ainda não menstruou; 2) Quando a paciente completa 13 anos e não apresenta nenhum sinal de desenvolvimento puberal (ausência de mamas - telarca).

No caso clínico apresentado, a adolescente tem 13 anos e 3 meses e não apresenta desenvolvimento de mamas (estágio M1 de Tanner) nem de pelos (estágio P1 de Tanner). Portanto, ela já ultrapassou o limite cronológico para o início da puberdade, o que torna a investigação obrigatória.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. Como a paciente já tem mais de 13 anos e não iniciou a puberdade, a investigação é mandatária. A ausência de caracteres sexuais secundários indica que não há produção adequada de estrogênio, o que sugere uma falha em algum ponto do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Essa falha pode ser central (como o hipogonadismo hipogonadotrófico) ou periférica (como o hipogonadismo hipergonadotrófico, sendo a Síndrome de Turner uma das principais causas).

Alternativa b: Incorreta. Aguardar até os 16 anos é uma conduta ultrapassada. O limite de 15 anos é aplicado apenas para meninas que já possuem caracteres sexuais normais. Para aquelas sem desenvolvimento de mamas, o limite é 13 anos.

Alternativa c: Incorreta. As malformações útero-vaginais, como a agenesia mülleriana (Síndrome de Rokitansky), costumam cursar com caracteres sexuais secundários normais. Isso ocorre porque, nesses casos, os ovários são funcionais e produzem hormônios normalmente; o problema é apenas a ausência anatômica do útero ou da vagina. Como a paciente da questão não tem mamas nem pelos, a causa é hormonal (eixo), e não apenas anatômica.

Alternativa d: Incorreta. O retardo constitucional do desenvolvimento é uma causa frequente de atraso puberal, mas ele é um diagnóstico de exclusão. Não se deve "apenas aguardar" sem antes realizar exames básicos (como dosagem de FSH, LH e

idade óssea) para afastar doenças genéticas ou endócrinas graves. A conduta médica ativa é o que se espera diante do atraso cronológico já estabelecido.

### Questão 38

Para analisar esta questão sobre aconselhamento pré-gestacional em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP), devemos focar na segurança medicamentosa e no rastreamento de riscos metabólicos associados à condição.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a SOP esteja associada a um maior risco de complicações como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e parto prematuro, ela não é uma contraindicação à gestação. Com o acompanhamento pré-natal adequado e controle metabólico, a paciente pode ter uma gestação segura.

b) Incorreta. A manutenção da espironolactona é o erro principal desta alternativa. A espironolactona é um antagonista da aldosterona com efeito antiandrogênico. Se utilizada durante a gestação, existe o risco teórico de feminização de fetos masculinos devido ao bloqueio dos receptores de androgênio. Portanto, deve ser suspensa antes de a paciente começar a tentar engravidar.

c) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o erro reside em manter a espironolactona. Além disso, embora mencione corretamente o ácido fólico e o Teste Oral de Tolerância à Glicose (GTT/TOTG), a falha na segurança farmacológica invalida a opção.

d) Correta. Esta alternativa contempla todos os pilares do planejamento pré-gestacional para esta paciente:

1. Suspensão do ACO: necessária para permitir o retorno dos ciclos ovulatórios (embora a paciente com SOP possa necessitar de indução da ovulação caso haja anovulação crônica).
2. Suspensão da espironolactona: medida de segurança para evitar teratogenicidade e interferência na genitália fetal.
3. Início do ácido fólico: recomendação universal para prevenção de defeitos do tubo neural, idealmente iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção.
4. Realização do GTT (TOTG): pacientes com SOP possuem uma prevalência elevada de resistência insulínica e intolerância à glicose. O rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 ou pré-diabetes deve ser feito antes da gestação, pois essas condições aumentam significativamente o risco de malformações e complicações obstétricas.

Resumo do raciocínio:

O manejo pré-gestacional da SOP exige a interrupção de drogas potencialmente teratogênicas (espironolactona), a suplementação vitamínica padrão (ácido fólico) e a avaliação metabólica rigorosa (GTT) devido ao perfil de risco cardiovascular e glicêmico inerente à síndrome.

### Questão 39

Esta questão aborda o manejo inicial do Sangramento Uterino Anormal (SUA) na adolescência. Diante de uma paciente em idade fértil com alteração no fluxo menstrual, a prioridade é descartar causas orgânicas graves e gestação, além de avaliar a repercussão hemodinâmica do quadro.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A dosagem de FSH, TSH e Prolactina é útil na investigação de amenorreia secundária ou distúrbios endócrinos crônicos. No entanto, em um quadro de aumento de volume e duração do sangramento (especialmente com atraso menstrual prévio de 2 meses), estes não são os exames de primeira linha.

Alternativa B: Correta. O teste de gravidez (BhCG) é mandatório em qualquer paciente em idade reprodutiva com irregularidade menstrual, pois as complicações da gestação (como abortamento ou gravidez ectópica) são diagnósticos diferenciais importantes. O hemograma é indispensável para avaliar a magnitude da perda sanguínea (presença e gravidade de anemia) e a contagem de plaquetas, que pode sugerir distúrbios de coagulação.

Alternativa C: Incorreta. Embora as coagulopatias (como a doença de von Willebrand) sejam causas importantes de sangramento na adolescência, o coagulograma geralmente é solicitado em um segundo momento ou se houver história sugestiva de distúrbio hemorrágico. O BhCG continua sendo mais prioritário na abordagem inicial do que o coagulograma isolado.

Alternativa D: Incorreta. De fato, a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é a causa mais comum de ciclos anovulatórios e sangramento irregular nos primeiros anos após a menarca. Entretanto, este é um diagnóstico de exclusão. O médico nunca deve assumir a causa funcional sem antes descartar gestação e avaliar a repercussão clínica do sangramento (anemia).

Em resumo, para uma adolescente com sangramento aumentado e atraso menstrual de 2 meses, a conduta inicial padrão é confirmar ou excluir gestação e avaliar o estado hematológico através do hemograma.

## Questão 40

O tema central desta questão é o manejo da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) em usuárias de Dispositivo Intrauterino (DIU). Antigamente, acreditava-se que a presença do corpo estranho agravava o quadro, mas evidências científicas modernas mudaram essa conduta.

Alternativa A: Correta. De acordo com os principais protocolos nacionais e internacionais, como os do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e do Ministério da Saúde, o DIU não deve ser removido rotineiramente ao se diagnosticar DIP. O tratamento antibiótico deve ser iniciado normalmente. A remoção só deve ser considerada se a paciente não apresentar melhora clínica evidente (como redução da febre e da dor pélvica) após 48 a 72 horas do início da antibioticoterapia adequada.

Alternativa B: Incorreta. A retirada imediata do DIU não é necessária e não demonstrou benefícios na aceleração da cura ou na prevenção da disseminação bacteriana em comparação com a manutenção do dispositivo associada a antibióticos. Além disso, a retirada imediata pode expor a paciente ao risco de uma gestação indesejada se houve relação sexual desprotegida nos dias anteriores.

Alternativa C: Incorreta. A presença do DIU, isoladamente, não é um critério de internação hospitalar. Os critérios para tratamento hospitalar na DIP incluem: suspeita de emergência cirúrgica, gravidez, ausência de resposta clínica ao tratamento oral, intolerância a antibióticos orais, estado geral grave (náuseas, vômitos, febre alta) ou presença de abscesso tubo-ovariano. Usuárias de DIU com DIP leve ou moderada podem ser tratadas ambulatorialmente.

Alternativa D: Incorreta. Estudos contemporâneos demonstram que o prognóstico da DIP em usuárias de DIU (seja de cobre, seja hormonal) é semelhante ao de não usuárias. Não há comprovação de que o uso do dispositivo aumente significativamente o tempo de internação ou a taxa de formação de abscessos tubo-ovarianos. O risco de DIP relacionado ao DIU é maior apenas nos primeiros 20 dias após a inserção, devido ao procedimento em si, e não à permanência do dispositivo a longo prazo.

---

## Questão 41

O caso clínico descreve uma paciente cirrótica com hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas. Diante desse cenário, o manejo deve seguir protocolos rígidos para reduzir a mortalidade e o risco de ressangramento.

A conduta na HDA varicosa baseia-se em um tripé terapêutico fundamental: estabilização hemodinâmica, terapia endoscópica (ligadura elástica) e terapia

farmacológica (vasoconstritores e antibióticos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A antibioticoterapia profilática é mandatória para todos os pacientes cirróticos com hemorragia digestiva alta, independentemente da presença ou ausência de ascite. O objetivo é prevenir a peritonite bacteriana espontânea (PBE) e outras infecções, que estão associadas a maiores taxas de ressangramento e óbito. Além disso, a alta hospitalar precoce é contraindicada após um evento de sangramento varicoso agudo.

b) Incorreta. O vasoconstritor (como terlipressina, somatostatina ou octreotide) deve ser mantido por um período de 3 a 5 dias após o controle da hemorragia, e não trocado imediatamente. O betabloqueador não seletivo não deve ser iniciado na fase aguda do sangramento, especialmente se houver instabilidade ou uso de vasoconstritores, sendo reservado para a profilaxia secundária após a estabilização completa.

c) Incorreta. Novamente, o erro reside em condicionar o uso de antibióticos à presença de ascite. Todo cirrótico que sangra precisa de antibiótico (geralmente ceftriaxona ou norfloxacino). Além disso, a alternativa omite a necessidade de manutenção do vasoconstritor nos primeiros dias.

d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o protocolo preconizado pelo Consenso de Baveno e outras diretrizes internacionais. O vasoconstritor esplâncnico deve ser mantido por 3 a 5 dias para garantir a redução da pressão portal e minimizar o risco de ressangramento precoce. O antibiótico deve ser iniciado imediatamente e mantido por até 7 dias. Após a suspensão do vasoconstritor e a estabilização clínica, inicia-se o betabloqueador não seletivo (como propranolol ou nadolol) como parte da profilaxia secundária, que será combinada com sessões subsequentes de ligadura elástica até a erradicação das varizes.

---

## Questão 42

A questão aborda a interpretação do líquido pleural em um paciente com insuficiência cardíaca que já iniciou tratamento medicamentoso. O ponto central é entender como a terapia com diuréticos interfere nos parâmetros bioquímicos do derrame.

Os Critérios de Light são o padrão-ouro para diferenciar transudato de exsudato, analisando a relação de proteína total e LDH entre o soro e o líquido pleural. Contudo, em pacientes com insuficiência cardíaca em uso de diuréticos, ocorre a remoção

preferencial de água do espaço pleural em relação às proteínas. Isso causa um aumento artificial na concentração de proteínas e LDH no líquido pleural, o que pode levar a uma classificação errônea de exsudato em um líquido que é, na verdade, um transudato (fenômeno chamado de pseudoexsudato).

Nesta situação, o gradiente de albumina (albumina sérica subtraída da albumina do líquido pleural) é uma ferramenta mais acurada. Se o gradiente for superior a 1,2 g/dL, podemos afirmar com segurança que se trata de um transudato, mesmo que os Critérios de Light sugiram o contrário.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A idade avançada não altera a fisiopatologia do derrame pleural nem a confiabilidade dos Critérios de Light. Embora pacientes idosos tenham mais comorbidades, os critérios bioquímicos de classificação do líquido permanecem os mesmos.

b) Correta. O uso de diuréticos é a indicação clássica para o cálculo do gradiente de albumina. Como o diurético concentra as proteínas no espaço pleural, ele pode invalidar os Critérios de Light, gerando um resultado falso-positivo para exsudato. O gradiente de albumina corrige essa distorção.

c) Incorreta. O diabetes mellitus não interfere na concentração de proteínas ou enzimas no espaço pleural de forma a exigir a utilização do gradiente de albumina em vez dos critérios convencionais.

d) Incorreta. Na suspeita de neoplasia, o líquido pleural é tipicamente um exsudato verdadeiro. Nesses casos, os Critérios de Light são adequados para a classificação inicial, e o diagnóstico definitivo é buscado através da citologia oncótica ou biópsia pleural, não pelo gradiente de albumina. O gradiente é usado justamente para descartar exsudatos inflamatórios/neoplásicos quando se suspeita que o resultado foi alterado pelo tratamento da insuficiência cardíaca.

---

### Questão 43

Esta questão aborda uma das emergências oncológicas mais importantes na prática médica: a Neutropenia Febril.

Análise do quadro clínico:

A paciente possui um diagnóstico de linfoma e recebeu quimioterapia há 8 dias. Esse período (entre o 7º e o 14º dia após o ciclo) coincide com o "nadir" hematológico, momento em que a contagem de glóbulos brancos atinge seu nível mais baixo. A

presença de febre (38,5 °C) em um paciente pós-quimioterapia deve ser tratada como neutropenia febril até que se prove o contrário. Trata-se de uma emergência médica devido ao alto risco de progressão rápida para choque séptico e óbito.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta de apenas monitorizar e dar alta com antibiótico empírico sem realizar exames é perigosa e tecnicamente errada. Pacientes com suspeita de neutropenia febril exigem avaliação laboratorial imediata (hemograma, culturas, provas de função renal e hepática) e estratificação de risco (como o escore MASCC) antes de qualquer decisão sobre tratamento ambulatorial.

Alternativa b) Incorreta. Embora coletar o hemograma seja essencial para confirmar a neutropenia (neutrófilos abaixo de 500/mm<sup>3</sup> ou tendência de queda), a regra de ouro na neutropenia febril é iniciar a antibioticoterapia precocemente, idealmente na primeira hora (a "hora de ouro"). Não se deve retardar a primeira dose do antibiótico aguardando o resultado do hemograma em um paciente com alta suspeição clínica.

Alternativa c) Correta. Diante da suspeita de neutropenia febril, a conduta imediata é a coleta de culturas (sangue e urina) seguida pelo início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa. O esquema deve obrigatoriamente cobrir \*Pseudomonas aeruginosa\*, que é um patógeno associado à alta mortalidade nesses casos. Exemplos comuns de tratamento inicial incluem Cefepime, Piperacilina-Tazobactam ou Carbapenêmicos (Imipenem ou Meropenem).

Alternativa d) Incorreta. Esta conduta ignora o risco de sepse grave. Tratar apenas com antitérmico um paciente oncológico febril no período de nadir da quimioterapia é negligenciar a principal causa de morte evitável nesses indivíduos.

Em resumo: Febre em paciente pós-quimioterapia é igual a Antibiótico de Amplo Espectro (com cobertura para \*Pseudomonas\*) na admissão, sem esperar resultados laboratoriais se houver atraso na logística.

---

## Questão 44

Análise do Quadro Clínico:

O paciente é um homem idoso de 78 anos que apresenta um quadro de infecções respiratórias de repetição e anemia normocítica e normocrômica. O ponto central da questão reside nos exames laboratoriais: a presença de hipogamaglobulinemia associada a um desvio na relação entre as cadeias leves kappa e lambda.

Interpretação da Clonalidade:

Em um indivíduo saudável, os linfócitos B produzem anticorpos de forma policlonal, mantendo uma proporção equilibrada entre as cadeias leves kappa e lambda (geralmente uma relação de 0,26 a 1,65). Quando ocorre uma proliferação descontrolada de um único clone de plasmócitos (neoplasia ou discrasia plasmocitária), há uma produção excessiva de apenas um tipo de cadeia leve (neste caso, lambda) e, frequentemente, a supressão da produção da outra cadeia (kappa) e dos anticorpos normais. Esse fenômeno é chamado de imunoparesia e explica a hipogamaglobulinemia e a suscetibilidade a infecções.

Alternativa (a) Incorreta: A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é uma imunodeficiência primária que causa hipogamaglobulinemia e infecções recorrentes. No entanto, ela costuma ser diagnosticada em pacientes mais jovens (segunda a quarta décadas de vida) e caracteriza-se por uma falha generalizada na produção de anticorpos, sem apresentar a marca registrada da monoclonalidade, que é o desvio da relação entre as cadeias leves kappa e lambda.

Alternativa (b) Correta: O termo Gamopatia Monoclonal descreve condições em que há proliferação de um clone de células B ou plasmócitos que produzem uma proteína homogênea (proteína M ou cadeias leves isoladas). O aumento isolado da cadeia lambda com a redução da kappa e a conseqüente alteração da relação entre elas é o achado patognomônico de clonalidade. Em um idoso com anemia e infecções, esse quadro é altamente sugestivo de Mieloma Múltiplo ou outra discrasia plasmocitária.

Alternativa (c) Incorreta: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune sistêmica que tipicamente cursa com hipergamaglobulinemia policlonal (aumento de várias classes de anticorpos devido à inflamação) e não com produção monoclonal. Além disso, o LES é muito mais comum em mulheres jovens e não explicaria o achado específico das cadeias leves.

Alternativa (d) Incorreta: Embora as imunodeficiências primárias com defeito de anticorpos causem infecções de repetição por bactérias encapsuladas, elas representam defeitos genéticos ou congênitos da produção de imunoglobulinas. Elas não cursam com a produção de uma proteína monoclonal. O aparecimento desses sintomas tardiamente no idoso, associado ao desvio de cadeias leves, direciona o diagnóstico obrigatoriamente para uma causa adquirida e neoplásica (monoclonal).

Conclusão:

A presença de anemia, infecções recorrentes e, principalmente, a alteração da relação kappa/lambda em um idoso confirma a existência de um componente monoclonal, selando o diagnóstico de Gamopatia Monoclonal.

## Questão 45

O caso clínico descreve uma paciente idosa com um quadro clássico de Delirium, caracterizado por uma alteração aguda do estado mental, déficit de atenção, alucinações visuais e flutuação da consciência (alternando entre agitação/confusão e apatia/sonolência). Para a sistematização desse diagnóstico à beira do leito, o instrumento mais utilizado é o CAM (Confusion Assessment Method).

O CAM baseia-se em quatro critérios principais:

1. Início agudo e curso flutuante: Mudança súbita em relação ao estado basal do paciente e sintomas que oscilam em intensidade ao longo do dia.
2. Desatenção: Dificuldade em focar, manter ou desviar a atenção.
3. Pensamento desorganizado: Discurso incoerente, irrelevante ou ilógico.
4. Alteração do nível de consciência: Qualquer estado diferente de alerta (hiperalerta, letárgico, estupor ou coma).

Para que o diagnóstico de Delirium seja confirmado pelo CAM, os critérios 1 e 2 são obrigatórios, somados à presença de pelo menos um dos critérios seguintes: o 3 ou o 4.

Análise das alternativas:

Letra A: Incorreta. A dificuldade em focar a atenção (critério 2) é obrigatória, mas o pensamento desorganizado (critério 3) é um critério alternativo. Ele só é exigido se o paciente não apresentar alteração do nível de consciência (critério 4).

Letra B: Incorreta. A modificação aguda do estado mental (critério 1) é obrigatória. No entanto, a apatia é uma manifestação clínica do Delirium (comum no subtipo hipoativo), mas não é um critério técnico nomeado pelo CAM.

Letra C: Incorreta. A dificuldade em focar a atenção (critério 2) é obrigatória, mas a dependência funcional, embora tenha ocorrido com a paciente do caso, é uma consequência da síndrome geriátrica e não um critério de diagnóstico do CAM.

Letra D: Correta. Esta alternativa apresenta os dois critérios que devem estar invariavelmente presentes em qualquer diagnóstico de Delirium pelo CAM: o início agudo (critério 1) e a desatenção/dificuldade em focar a atenção (critério 2). Sem esses dois pilares, o diagnóstico pelo método não pode ser fechado.

## Questão 46

Para resolver essa questão, devemos analisar a temporalidade das alterações da creatinina e o retorno (ou não) aos valores basais de cada paciente, conforme os critérios do KDIGO.

Paciente A: Inicia com creatinina normal (1,0 mg/dL). Após o insulto, o valor sobe até 7,0 mg/dL e permanece elevado por vários dias, retornando ao valor basal de 1,0 mg/dL apenas por volta do dia 90. De acordo com as definições diagnósticas, uma lesão renal que persiste por mais de 7 dias, mas por menos de 90 dias, é classificada como Doença Renal Aguda (DRA).

Paciente B: Apresenta creatinina inicial normal (1,0 mg/dL). No dia 1, há um aumento para 3,0 mg/dL, mas já no dia 2 o valor retorna para 1,0 mg/dL. Essa recuperação extremamente rápida (em menos de 24-48 horas) após medidas adequadas é a marca registrada da IRA hemodinâmica (também chamada de funcional ou pré-renal), na qual não houve tempo para a instalação de necrose tubular aguda (dano estrutural).

Paciente C: Possui uma creatinina basal de 4,0 mg/dL, o que já indica a presença de Doença Renal Crônica (DRC). Ele sofre um insulto agudo em que a creatinina sobe para 10,0 mg/dL, mas, após o tratamento, o valor retorna ao seu patamar basal de 4,0 mg/dL. Portanto, o diagnóstico é DRC com IRA sobreposta.

Paciente D: Também inicia com sinais de DRC (creatinina basal de 3,0 mg/dL). Sofre um insulto agudo que eleva a creatinina; porém, ao contrário do paciente C, ele não retorna ao valor basal original após 90 dias, estabilizando-se em um nível muito pior (10,0 mg/dL). Esse quadro de piora aguda que persiste além de 7 dias sem retornar ao basal inicial caracteriza a Doença Renal Aguda (DRA) sobreposta à DRC.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O erro está em classificar o paciente A como tendo IRA hemodinâmica. A IRA hemodinâmica reverte rapidamente (como visto no paciente B), enquanto o paciente A levou semanas para recuperar a função.

b) Incorreta. O paciente A não tem DRC, pois sua creatinina inicial era de 1,0 mg/dL. Além disso, o paciente B é que é classificado como tendo IRA funcional/hemodinâmica, não o paciente A.

c) Correta. Associa adequadamente o Paciente A à DRA (recuperação prolongada entre 7 e 90 dias), o Paciente B à IRA hemodinâmica (reversão imediata), o Paciente C à DRC com IRA sobreposta (retorno ao basal alterado) e o Paciente D à DRC com

DRA sobreposta (piora aguda sobre base crônica que não retorna ao basal em 90 dias).

d) Incorreta. O erro principal está no Paciente B. Ele não possui DRC, visto que sua creatinina inicial é normal (1,0 mg/dL) e ele recupera a função plenamente em 24 horas.

---

### Questão 47

A paciente apresenta uma emergência hipertensiva, especificamente caracterizada como hipertensão acelerada-maligna. O quadro clínico é marcado por níveis pressóricos extremamente elevados (272 x 138 mmHg) associados a sinais de lesão aguda em múltiplos órgãos-alvo: sistema nervoso central (confusão mental, cefaleia occipital), sistema cardiovascular (insuficiência cardíaca esquerda com edema pulmonar evidenciado por crepitações e ortopneia) e retina.

O achado fundoscópico de exsudatos, hemorragias e, principalmente, o borramento de papila (papiledema) classifica a retinopatia hipertensiva como grau IV, o que define classicamente a hipertensão maligna. Em casos de emergência hipertensiva, o risco de morte ou progressão de danos orgânicos é iminente, exigindo redução imediata (porém controlada) da pressão arterial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o diagnóstico de hipertensão acelerada/maligna esteja correto, o manejo com medicações orais é restrito às urgências hipertensivas, em que não há lesão aguda de órgão-alvo. Emergências como esta exigem monitorização em terapia intensiva e medicação parenteral.

b) Correta. A associação de níveis pressóricos muito elevados com lesão de órgão-alvo (retinopatia grau IV, insuficiência cardíaca e encefalopatia discreta) caracteriza a hipertensão acelerada/maligna. A conduta padrão é a internação hospitalar imediata para administração de vasodilatadores intravenosos (como nitroprussiato de sódio ou nitroglicerina) com o objetivo de reduzir a pressão arterial de forma segura.

c) Incorreta. Hipertensão resistente é uma definição clínica para pacientes que não atingem as metas pressóricas mesmo em uso de três classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas (sendo um deles diurético). O quadro em questão é uma crise aguda grave e o manejo ambulatorial seria fatal para a paciente.

d) Incorreta. O diagnóstico de hipertensão resistente está incorreto para a

apresentação clínica descrita. Embora o tratamento proposto (manejo hospitalar com vasodilatador intravenoso) seja adequado para a gravidade da situação, o termo diagnóstico não corresponde à fisiopatologia de uma emergência hipertensiva aguda.

### Questão 48

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar a gravidade da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) utilizando o escore CURB-65, que define o local de tratamento (ambulatorial ou hospitalar).

Análise do CURB-65 para a paciente:

1. Confusão mental: Presente (paciente desorientada). (1 ponto)
2. Ureia > 43 mg/dL (ou BUN > 19 mg/dL): Presente (ureia de 56 mg/dL). (1 ponto)
3. Respiração (FR  $\geq$  30 irpm): Ausente (FR é 24 irpm). (0 ponto)
4. Pressão arterial (PA sistólica < 90 ou diastólica  $\leq$  60 mmHg): Ausente (PA 130x70 mmHg). (0 ponto)
5. Idade  $\geq$  65 anos: Presente (68 anos). (1 ponto)

Pontuação total: 3 pontos.

Interpretação: Pacientes com pontuação 3 ou mais têm indicação de internação hospitalar obrigatória, devendo-se considerar, inclusive, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dependendo da gravidade clínica adicional.

Definição do tratamento antibiótico:

Para pacientes internados em enfermaria, as diretrizes brasileiras e internacionais recomendam o tratamento com:

- Um betalactâmico (como amoxicilina com clavulanato, ceftriaxona ou cefotaxima) associado a um macrolídeo (como azitromicina ou claritromicina).
- Alternativamente, pode-se usar uma quinolona respiratória (levofloxacino ou moxifloxacino) de forma isolada, embora a combinação betalactâmico + macrolídeo seja frequentemente preferida.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora acerte a necessidade de internação hospitalar baseada no escore de gravidade, a monoterapia com azitromicina não é indicada para pacientes que necessitam de internação, pois não cobre adequadamente o principal patógeno (*Streptococcus pneumoniae*) devido às taxas de resistência, além de não ser o esquema padrão para casos moderados a graves.

b) Incorreta. O tratamento ambulatorial é inadequado para uma paciente com CURB-65 de 3 pontos. Além disso, a monoterapia com macrolídeo só seria

considerada em pacientes ambulatoriais previamente hígidos e em locais com baixa resistência bacteriana.

c) Correta. A conduta de internação está correta conforme a pontuação no CURB-65 (3 pontos). O esquema terapêutico com amoxicilina/clavulanato (betalactâmico) associado à azitromicina (macrolídeo) é o padrão-ouro para o tratamento de PAC em ambiente hospitalar (enfermaria), garantindo cobertura contra germes típicos e atípicos.

d) Incorreta. Embora o esquema antibiótico pudesse ser utilizado em regime ambulatorial para pacientes com comorbidades, a pontuação da paciente (CURB-65 = 3) exige obrigatoriamente a internação hospitalar para monitorização e tratamento endovenoso inicial.

---

### Questão 49

O quadro clínico apresentado na imagem e na descrição é de herpes-zóster, caracterizado por vesículas agrupadas sobre base eritematosa que seguem estritamente o trajeto de um dermatomo (unilateral, na região torácica), acompanhadas de dor intensa (neuralgia).

O ponto determinante para a conduta correta é o estado imunológico do paciente: ele é um transplantado renal em uso de drogas imunossupressoras. Pacientes imunocomprometidos com herpes-zóster apresentam alto risco de complicações graves, como a disseminação cutânea generalizada e o acometimento visceral (pneumonite, encefalite ou hepatite), o que exige tratamento agressivo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) CORRETA. Em pacientes imunossuprimidos, o tratamento de escolha para o herpes-zóster é o aciclovir por via endovenosa, na dose de 10 mg/kg a cada 8 horas. A internação e o uso da via parenteral garantem níveis séricos adequados para prevenir a disseminação sistêmica do vírus. O tratamento é mantido até a melhora clínica e a crostificação das lesões.

Alternativa b) INCORRETA. Embora o herpes-zóster possa ser autolimitado em indivíduos jovens e saudáveis, no paciente imunossuprimido a doença é potencialmente fatal. Aguardar a evolução sem intervenção médica é uma conduta inadequada e perigosa.

Alternativa c) INCORRETA. O aciclovir tópico não apresenta eficácia no tratamento do herpes-zóster. O tratamento deve ser obrigatoriamente sistêmico (oral ou

endovenoso) para atuar na replicação viral nervosa e sistêmica.

Alternativa d) INCORRETA. Esta alternativa possui dois erros. Primeiro, a dose de 200 mg de aciclovir (5 vezes ao dia) é a posologia para herpes simples; a dose oral para herpes-zóster em adultos imunocompetentes seria de 800 mg (5 vezes ao dia). Segundo, a via oral é reservada para casos leves em pacientes sem fatores de risco; para um transplantado imunossuprimido, a prioridade é a via endovenosa.

## Questão 50

### ANÁLISE DO ELETROCARDIOGRAMA E DIAGNÓSTICO

A imagem do ECG apresentada exibe um ritmo caótico, com ondulações irregulares e ausência de complexos QRS ou ondas P e T definíveis. Este é o padrão clássico de uma Fibrilação Ventricular (FV). Clinicamente, a paciente apresenta uma parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo chocável, provavelmente decorrente de um evento coronariano agudo (dor torácica prévia).

### CONDUTA SEGUNDO O PROTOCOLO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (ACLS)

Para ritmos chocáveis (Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso), a sequência de prioridades é a seguinte:

1. Desfibrilação: Assim que o desfibrilador estiver disponível, aplica-se o primeiro choque.
2. RCP: Inicia-se imediatamente 2 minutos de manobras de reanimação (compressões e ventilações).
3. Nova checagem e Desfibrilação: Se o ritmo persistir chocável após 2 minutos, aplica-se o segundo choque.
4. Epinefrina: Após o segundo choque, durante a retomada das compressões, administra-se a primeira dose de epinefrina (1 mg), repetindo a cada 3 a 5 minutos.
5. Amiodarona ou Lidocaína: São administradas apenas se o ritmo persistir após o terceiro choque.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Esta sequência (apenas compressões e epinefrina precoce) é o protocolo para ritmos não chocáveis, como Assistolia ou Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP). Na FV, a desfibrilação é a medida que mais impacta a sobrevida.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve corretamente a progressão do atendimento em ritmos chocáveis: desfibrilação inicial, seguida de ciclo de

compressões, novo choque caso a arritmia persista e a administração de epinefrina após a segunda tentativa de desfibrilação.

Alternativa c) Incorreta. A intubação orotraqueal é uma medida de via aérea avançada que não deve atrasar o início das compressões nem a desfibrilação. Atualmente, prioriza-se o suporte básico de alta qualidade e o tratamento elétrico antes de procedimentos invasivos de via aérea.

Alternativa d) Incorreta. A amiodarona é um antiarrítmico indicado para FV/TVSP refratária. No protocolo atual, ela deve ser administrada somente após o terceiro choque, e não logo após a primeira desfibrilação. A epinefrina precede o uso de antiarrítmicos na sequência cronológica do atendimento.

---

## Questão 51

Análise do quadro clínico:

O caso descreve uma paciente idosa (70 anos) com um quadro de monoartrite aguda no joelho (dor intensa, edema, calor e eritema com apenas 2 dias de evolução). O sinal da tecla confirma a presença de derrame articular. Um ponto crucial é o histórico de artrite reumatoide (AR) em uso de leflunomida, uma droga modificadora do curso da doença (DMARD) que possui efeito imunossupressor.

Por que a alternativa (d) é a correta:

Em qualquer paciente que apresente monoartrite aguda, especialmente naqueles imunossuprimidos ou com articulações previamente danificadas por doenças inflamatórias, a artrite séptica deve ser a hipótese principal até que se prove o contrário. Trata-se de uma emergência médica, pois a demora no diagnóstico pode levar à destruição articular irreversível e sepse. A conduta padrão é a realização imediata de punção articular (artrocentese) para análise do líquido sinovial (celularidade, Gram e cultura), seguida do início de antibioticoterapia.

Análise das alternativas incorretas:

a) Artrite reumatoide em atividade: A AR é classicamente uma poliartrite simétrica e crônica. Embora possa haver recidivas, um quadro súbito e localizado em apenas uma articulação (monoartrite) em paciente previamente controlada deve sempre levantar a suspeita de infecção. Além disso, iniciar metotrexato e prednisona sem excluir processo infeccioso seria perigoso.

b) Osteoartrite: Esta é uma doença degenerativa de evolução lenta e crônica. Não se manifesta com sinais inflamatórios agudos tão exuberantes (calor, eritema e dor

intensa em 2 dias) e o tratamento proposto (analgésico e condroprotetor) não condiz com a gravidade do quadro inflamatório apresentado.

c) Artrite gotosa: A gota é um diagnóstico diferencial importante de monoartrite aguda. No entanto, a conduta descrita na alternativa está incorreta. O alopurinol é uma medicação para controle ambulatorial do ácido úrico e nunca deve ser iniciado ou alterado durante uma crise aguda, pois a mudança brusca nos níveis séricos de urato pode exacerbar e prolongar a inflamação articular. Além disso, em pacientes imunossuprimidos, a prioridade absoluta é descartar a causa infecciosa.

## Questão 52

Análise do caso clínico:

O quadro clínico de um homem jovem com dispneia súbita durante atividade física, associado à ausência de murmúrio vesicular e timpanismo à percussão no hemitórax esquerdo, é clássico de pneumotórax espontâneo primário. A ultrassonografia torácica à beira-leito (POCUS) é o exame de escolha para confirmação imediata.

Achados no hemitórax direito (Pulmão Normal):

No pulmão sem patologias pleurais, observamos o deslizamento pleural (\*lung sliding\*), que é o movimento da pleura visceral contra a parietal durante a respiração. Também são observadas as linhas A, que são artefatos de reverberação horizontais, paralelos à linha pleural, indicando que o pulmão está aerado. O pulso pulmonar também pode ser visto em situações de apneia, mas o deslizamento é o achado principal.

Achados no hemitórax esquerdo (Pneumotórax):

No pneumotórax, o ar se acumula no espaço pleural, separando as duas pleuras. Como o ultrassom não se propaga através do ar de forma a atingir a pleura visceral, o deslizamento pleural desaparece. O achado mais específico e patognomônico é o ponto pulmonar (\*lung point\*), que representa o local exato na parede torácica onde o pulmão volta a entrar em contato com a pleura parietal durante a inspiração, alternando entre a imagem de deslizamento e a imagem de ausência de deslizamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A presença de deslizamento pleural e linhas B no hemitórax esquerdo excluiria o diagnóstico de pneumotórax. As linhas B (caudas de cometa) surgem apenas quando as pleuras estão em contato, indicando que não há ar entre elas naquele ponto.

Alternativa b: Correta. Descreve perfeitamente o hemitórax direito como normal (apresentando deslizamento e linhas A) e o hemitórax esquerdo com os sinais típicos de pneumotórax (ausência de deslizamento e presença do ponto pulmonar).

Alternativa c: Incorreta. Esta alternativa inverte a lógica do exame físico e cita o sinal da água-viva (\*jellyfish sign\*), que é observado em casos de derrame pleural (onde o pulmão atelectasiado flutua no líquido pleural), não sendo um achado de pneumotórax.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa inverte os lados do paciente. Ela atribui os achados de pneumotórax (ausência de deslizamento e ponto pulmonar) ao hemitórax direito; porém, de acordo com o exame físico descrito no enunciado (ausência de murmúrio à esquerda), a patologia está localizada no lado esquerdo.

---

### Questão 53

Para compreender a questão, devemos aplicar os critérios do Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM), que é o consenso mundial atual para o diagnóstico de desnutrição. O diagnóstico pelo GLIM exige a combinação de pelo menos um critério fenotípico e um critério etiológico.

#### 1. Identificação dos Critérios Etiológicos no paciente:

O paciente apresenta redução da ingestão alimentar (come apenas metade do habitual devido à disfagia) e possui uma doença inflamatória crônica (neoplasia de esôfago). Portanto, o critério etiológico está presente.

#### 2. Identificação dos Critérios Fenotípicos no paciente:

O principal critério fenotípico aqui é a perda de peso involuntária. O paciente pesava 120 kg e passou para 90 kg, o que representa uma perda de 30 kg.

Cálculo da porcentagem de perda de peso:  $(30 \text{ kg perdidos} / 120 \text{ kg iniciais}) \times 100 = 25\%$  de perda de peso em 2 meses.

#### 3. Graduação da Gravidade (Estadiamento):

O GLIM divide a desnutrição em Estágio 1 (Moderada) e Estágio 2 (Grave).

Para ser considerada desnutrição grave (Estágio 2), o critério de perda de peso exige uma redução maior que 10% do peso corporal em 6 meses, ou maior que 20% em um período superior a 6 meses.

Como o paciente perdeu 25% do peso em apenas 2 meses, ele se enquadra diretamente na categoria de desnutrição grave.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora o IMC atual de 29,4 kg/m<sup>2</sup> seja classificado como sobrepeso em tabelas diagnósticas convencionais de adultos, o consenso GLIM estabelece que o diagnóstico de desnutrição baseia-se na perda de peso e no contexto da doença, mesmo que o IMC final ainda não seja baixo. Um indivíduo pode estar desnutrido mesmo sendo obeso ou tendo sobrepeso.

Alternativa B (Incorreta): O risco nutricional é identificado em uma triagem inicial (como NRS-2002 ou MNA). A questão pede o diagnóstico final segundo os critérios GLIM. Como o paciente já preenche os critérios fenotípicos e etiológicos, o diagnóstico de desnutrição já está confirmado, superando a fase de apenas risco.

Alternativa C (Correta): Conforme demonstrado no cálculo, a perda de 25% do peso corporal em um curto intervalo (2 meses), associada ao diagnóstico de câncer e à baixa ingestão alimentar, define o quadro de desnutrição grave pelo consenso GLIM.

Alternativa D (Incorreta): Obesidade controlada não é um termo utilizado pelo consenso GLIM. A perda de peso descrita é patológica e involuntária, decorrente de uma neoplasia e baixa ingestão, e não de um tratamento planejado para controle de peso.

---

## Questão 54

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta sinais clássicos de Insuficiência Cardíaca (IC), como dispneia aos esforços, estase jugular, crepitações pulmonares e edema de membros inferiores. O ecocardiograma revela uma fração de ejeção de 55%, o que classifica o quadro como Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEp), definida por fração de ejeção maior ou igual a 50%. Além disso, há evidências estruturais de disfunção, como o aumento do átrio esquerdo e a hipertrofia ventricular.

Explicação das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) são fundamentais para reduzir a mortalidade na IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr). No entanto, na ICFEp, grandes estudos clínicos (como o PEP-CHF) não conseguiram demonstrar um benefício claro na redução de mortalidade cardiovascular ou hospitalizações. Eles podem ser usados para o controle da hipertensão, mas não são a escolha principal para aumentar a sobrevida especificamente nesta condição.

Alternativa B (Incorreta): A espironolactona, um antagonista do receptor

mineralocorticoide, foi testada na ICFEp no estudo TOPCAT. Embora tenha sugerido uma redução nas hospitalizações em certas regiões geográficas e subgrupos, o estudo não atingiu seu desfecho primário de redução de morte cardiovascular na população geral do estudo de forma robusta o suficiente para ser a primeira escolha isolada visando à sobrevida.

Alternativa C (Correta): Os inibidores do SGLT2 (como a empagliflozina e a dapagliflozina) revolucionaram o tratamento da ICFEp. Os estudos EMPEROR-Preserved e DELIVER demonstraram de forma inequívoca que esses fármacos reduzem o desfecho composto de morte cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca em pacientes com fração de ejeção preservada ou levemente reduzida, independentemente da presença de diabetes. Atualmente, esta é a classe de medicamentos com o maior nível de evidência para melhorar o prognóstico desses pacientes.

Alternativa D (Incorreta): O controle de comorbidades como hipertensão, diabetes e obesidade é um pilar importante no manejo da ICFEp e ajuda no controle dos sintomas. Entretanto, o enunciado solicita a melhor conduta com o objetivo específico de aumentar a sobrevida. Com o advento dos iSGLT2, o tratamento medicamentoso direcionado passou a ter um impacto prognóstico superior ao manejo isolado de comorbidades.

---

### Questão 55

O quadro clínico apresenta uma paciente de 63 anos com sintomas sugestivos de hipotireoidismo (ganho de peso e constipação) e exames laboratoriais que revelam um TSH elevado (10,7 mU/L) com T4 livre dentro da normalidade (1,1 ng/dL). Essa combinação caracteriza o hipotireoidismo subclínico.

A decisão de tratar o hipotireoidismo subclínico baseia-se nos níveis de TSH, na idade da paciente, na presença de sintomas e em fatores de risco cardiovascular.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. O tratamento com levotiroxina está indicado nesta paciente principalmente porque o nível de TSH ultrapassou o ponto de corte de 10 mU/L. Segundo as principais diretrizes nacionais e internacionais, pacientes com TSH maior ou igual a 10 mU/L apresentam maior risco de progressão para hipotireoidismo franco e complicações cardiovasculares, devendo receber reposição hormonal. Além disso, a paciente é sintomática, o que reforça a indicação para observar melhora clínica.

b) INCORRETA. A ultrassonografia de tireoide é um exame de imagem utilizado para avaliar a morfologia da glândula, como a presença de nódulos ou bócio. Ela não tem papel na decisão clínica de iniciar ou não o tratamento do hipotireoidismo subclínico, que é baseado estritamente em critérios laboratoriais e clínicos.

c) INCORRETA. O cálculo do risco cardiovascular e a presença de anticorpos (anti-TPO) são critérios decisivos para iniciar o tratamento em pacientes com TSH entre o limite superior da normalidade e 10 mU/L. No caso desta paciente, como o TSH já é superior a 10 mU/L, a indicação de tratamento já está estabelecida independentemente do risco cardiovascular isolado, especialmente por ela ter menos de 65-70 anos.

d) INCORRETA. A conduta de observação e monitoramento semestral ou anual é reservada para pacientes com TSH abaixo de 10 mU/L, que sejam assintomáticos, idosos (acima de 65-70 anos) ou que não possuam outros fatores de risco. Como a paciente possui TSH > 10 mU/L e apresenta sintomas, o tratamento não deve ser postergado.

---

### Questão 56

A questão aborda o uso de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT-2) como terapia adjuvante no Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1). Embora essas drogas sejam amplamente utilizadas no DM2, seu uso no DM1 exige cautela extrema.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Diferentemente da insulina e das sulfonilureias, os inibidores do SGLT-2 possuem um mecanismo de ação independente da insulina, agindo por meio da glicosúria. Estudos mostram que, quando associados à terapia insulínica, eles podem, inclusive, reduzir a variabilidade glicêmica e não estão tipicamente associados ao aumento de eventos de hipoglicemia grave.

Alternativa (b) Incorreta: O efeito dos inibidores do SGLT-2 é puramente renal. Eles bloqueiam a reabsorção de glicose no túbulo contorcido proximal, levando à eliminação de glicose pela urina. Portanto, o mecanismo é independente da insulina, o que os torna uma opção teórica para reduzir a carga de insulina necessária no DM1.

Alternativa (c) Correta: Este é o maior risco associado ao uso de gliflozinas em pacientes com DM1. O uso desses fármacos aumenta significativamente o risco de cetoacidose diabética (CAD), frequentemente com níveis glicêmicos não tão elevados (cetoacidose euglicêmica). Isso ocorre por dois motivos principais: primeiro, a

redução da dose de insulina pelo paciente (devido à melhora dos níveis de glicose no sangue) pode ser excessiva, deixando os tecidos com níveis insuficientes de insulina para suprimir a cetogênese; segundo, a droga promove um aumento na relação glucagon/insulina e reduz o clearance renal de corpos cetônicos.

Alternativa (d) Incorreta: Os inibidores do SGLT-2 promovem, inicialmente, uma redução da taxa de filtração glomerular (TFG). Isso acontece porque a maior oferta de sódio ao túbulo distal ativa o feedback tubuloglomerular, causando vasoconstrição da arteríola aferente. Esse mecanismo é responsável pelo efeito de nefroproteção a longo prazo, mas não causa aumento da filtração.

Em resumo, o risco de cetoacidose diabética é o principal fator limitante para a prescrição dessa classe no contexto do DM1, exigindo monitoramento rigoroso de corpos cetônicos e educação do paciente.

---

### Questão 57

Análise do caso clínico:

A paciente de 62 anos apresenta dor precordial típica (angina) com duração prolongada (50 minutos). O eletrocardiograma (ECG) mostra infradesnivelamento do segmento ST maior que 1 mm nas derivações inferiores (II, III e aVF). Esse achado, na ausência de supradesnivelamento de ST, classifica o quadro como uma Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST).

Alternativa a: Incorreta. Diferente do que ocorre no infarto com supradesnivelamento de ST (IAMCSST), onde a localização do supra aponta para a parede e a artéria provável (ex: supra de V1 a V4 indica artéria descendente anterior), o infradesnivelamento de ST na SCASST não possui valor localizador confiável. Ele reflete uma isquemia subendocárdica que pode ser circunferencial ou decorrente de lesões em diferentes territórios, não permitindo afirmar com segurança qual é a artéria culpada.

Alternativa b: Incorreta. Não existe uma regra obrigatória de que a inversão de onda T deve preceder o infradesnivelamento de ST. As alterações eletrocardiográficas dependem da dinâmica do fluxo coronariano. O infradesnivelamento pode surgir subitamente durante o episódio de dor isquêmica sem que tenha ocorrido inversão prévia da onda T.

Alternativa c: Incorreta. Embora a SCASST esteja geralmente associada a uma oclusão parcial (suboclusão) ou trombo instável que permite algum fluxo, é perfeitamente possível que haja uma oclusão total de uma artéria coronária manifestando-se apenas com infradesnivelamento de ST ou ECG sem supra. Um

exemplo clássico é a oclusão da artéria circunflexa, que muitas vezes não gera supradesnivelamento nas 12 derivações padrão, sendo considerada um "infarto com supra mascarado".

Alternativa d: Correta. O infradesnivelamento do segmento ST é um sinal clássico de isquemia miocárdica, especificamente do tipo subendocárdica. Na eletrocardiografia clínica, as alterações de ST e onda T são as principais manifestações de insulto isquêmico agudo, sendo este achado totalmente compatível com o quadro de sofrimento miocárdico descrito.

---

### Questão 58

Alternativa A (Correta): Estudos recentes e as diretrizes atuais de hipertensão arterial corroboram que a substituição do cloreto de sódio por cloreto de potássio (frequentemente encontrado nos chamados sais light ou substitutos do sal) é uma estratégia eficaz para reduzir a pressão arterial. O aumento da oferta de potássio promove um efeito natriurético e melhora a função endotelial, o que resulta na redução do risco de eventos cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral, especialmente em indivíduos com dietas previamente ricas em sódio.

Alternativa B (Incorreta): A recomendação das principais diretrizes, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Diretriz Brasileira de Hipertensão, é o consumo de até 5 gramas de cloreto de sódio por dia, o que corresponde a cerca de 2 gramas de sódio elementar. A alternativa propõe valores mais restritivos do que o padrão estabelecido e apresenta uma conversão incorreta, uma vez que 4 gramas de cloreto de sódio contêm aproximadamente 1,6 grama de sódio, e não 1 grama.

Alternativa C (Incorreta): O álcool possui uma relação dose-dependente com a elevação da pressão arterial e o aumento do risco de hipertensão. Para pacientes hipertensos, a orientação é a redução ou cessação do consumo. Não se recomenda o consumo de álcool como medida de proteção cardiovascular ou tratamento para hipertensão, pois os riscos associados à ingestão, incluindo o descontrole pressórico, superam eventuais benefícios teóricos.

Alternativa D (Incorreta): Esta afirmação está defasada. Atualmente, há evidências consistentes de que tanto o exercício aeróbico quanto o exercício resistido (seja dinâmico ou isométrico) são eficazes na redução da pressão arterial. O treinamento de força é um componente fundamental das recomendações de estilo de vida para o hipertenso, auxiliando não apenas no controle pressórico, mas também na melhora da composição corporal e do metabolismo da glicose.

---

### Questão 59

O quadro clínico descrito — úlcera de bordas emolduradas, fundo granuloso e presença de estruturas parasitárias diminutas (amastigotas) no exame citológico — é patognomônico de leishmaniose tegumentar americana (LTA). O grande desafio da questão não é o diagnóstico, mas a escolha do tratamento em um paciente com múltiplas comorbidades.

O paciente possui 55 anos (idade > 50 anos é fator de risco), doença renal crônica pré-dialítica e cardiopatias graves (bloqueio atrioventricular de segundo grau e bloqueio de ramo esquerdo). Essas condições limitam severamente o uso das terapias convencionais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A miltefosina é uma opção de tratamento oral para leishmaniose, mas, no Brasil, as diretrizes do Ministério da Saúde priorizam a anfotericina B lipossomal para casos com contraindicações formais aos antimoniais, especialmente em pacientes com disfunção orgânica grave. Além disso, a miltefosina pode ter efeitos colaterais gastrointestinais e renais que exigem cautela.

b) Incorreta. O antimoniato de N-metilglucamina (Glucantime) é a primeira escolha para pacientes hígidos. No entanto, ele é formalmente contraindicado para este paciente devido à sua toxicidade renal e, principalmente, cardíaca. O antimônio pode prolongar o intervalo QT e causar arritmias graves, o que é extremamente perigoso em alguém que já possui bloqueios de condução cardíaca (BAV II e BRE).

c) Correta. A anfotericina B em sua formulação lipossomal é a estratégia mais segura e eficaz para este caso. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde e os protocolos de leishmaniose, ela é indicada como primeira escolha para pacientes com mais de 50 anos, portadores de insuficiência renal, doenças cardíacas ou hepáticas. A formulação lipossomal reduz drasticamente a nefrotoxicidade em comparação com a anfotericina B desoxicolato e é muito mais segura para o coração do que o antimônio.

d) Incorreta. A pentamidina é uma droga de segunda linha, utilizada principalmente em casos de resistência ou para espécies específicas (como *L. guyanensis*). Contudo, ela também apresenta toxicidade significativa, podendo causar hipoglicemia, pancreatite, nefrotoxicidade e alterações no ritmo cardíaco, sendo contraindicada para este paciente com perfil renal e cardiológico frágil.

## Questão 60

Para resolver esta questão, devemos aplicar o protocolo de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta sintomas clássicos de dengue (febre, cefaleia, mialgia e artralgia). O exame físico demonstra estabilidade hemodinâmica, com pressão arterial normal (130x80 mmHg), tempo de enchimento capilar (TEC) preservado e prova do laço negativa. No entanto, o enunciado destaca dois pontos fundamentais: o paciente possui uma condição clínica especial (Diabetes Mellitus tipo 1) e apresentou sangramento espontâneo de mucosa (epistaxe).

Classificação de risco:

1. Grupo A: Dengue sem sinais de alarme, sem sangramentos e sem condições especiais.
2. Grupo B: Dengue sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele/mucosa espontâneo (petéquias, epistaxe) ou induzido (prova do laço positiva), OU condições clínicas especiais (comorbidades, gestantes, idosos, lactentes).
3. Grupo C: Dengue com sinais de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia, acúmulo de líquidos).
4. Grupo D: Dengue grave (choque, desconforto respiratório grave ou disfunção grave de órgãos).

Como o paciente tem DM1 e apresentou epistaxe, ele se enquadra no Grupo B.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. Para pacientes do Grupo B, a conduta padrão inclui a solicitação obrigatória de hemograma e o início imediato de hidratação (preferencialmente oral enquanto aguarda). O hemograma deve ser avaliado rapidamente (idealmente em até 4 horas). Se não houver hemoconcentração (aumento do hematócrito) ou plaquetopenia severa que indique gravidade, o paciente pode ser acompanhado de forma ambulatorial, com orientações de retorno e realização de hemogramas seriados até passar a fase crítica da doença.

Alternativa B: Incorreta. O paciente não possui sinais de alarme (como dor abdominal intensa ou vômitos persistentes) para ser classificado no Grupo C. O manejo do Grupo C exige obrigatoriamente internação hospitalar para hidratação venosa e reavaliação constante, o que não se aplica à estabilidade clínica deste paciente.

Alternativa C: Incorreta. O paciente não pode ser classificado no Grupo A devido à presença da comorbidade (DM1) e do sangramento espontâneo. No Grupo A, o

hemograma pode ser dispensado em situações de surto, mas no Grupo B ele é essencial para a estratificação correta do risco.

Alternativa D: Incorreta. O Grupo D é reservado para casos de dengue grave/choque. O paciente está em bom estado geral e hemodinamicamente estável, sem critérios para internação em Unidade de Terapia Intensiva ou diagnóstico de choque.

Gabarito: Letra A.

---

### Questão 61

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), caracterizado por pirose (queimação retroesternal) e epigastria. O fato de ela não apresentar sinais de alarme (disfagia ou perda ponderal) e possuir um IMC de 29 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) reforça essa hipótese. No entanto, ela realizou três endoscopias digestivas altas (EDA) que não demonstraram lesões esofágicas (apenas gastrite leve), o que nos leva ao diagnóstico de DRGE não erosiva. Além disso, há falha terapêutica após o uso prolongado de inibidores da bomba de prótons (omeprazol).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A acalasia é um distúrbio motor do esôfago que se manifesta obrigatoriamente com disfagia de condução (dificuldade para engolir), muitas vezes acompanhada de regurgitação e perda de peso, sintomas que a paciente expressamente nega. A manometria seria o exame de escolha para acalasia, mas o quadro clínico não é compatível.

b) Incorreta. Embora a hipótese de DRGE esteja correta, a manometria esofágica (seja convencional ou de alta resolução) não é o exame padrão para confirmar o diagnóstico de refluxo ácido. A manometria avalia a atividade motora do esôfago e a pressão dos esfíncteres, sendo indicada no pré-operatório de cirurgia antirrefluxo ou quando se suspeita de distúrbios motores esofágicos.

c) Correta. Diante de sintomas típicos de DRGE com endoscopia normal (DRGE não erosiva) e ausência de resposta ao tratamento farmacológico inicial (refluxo refratário), o próximo passo fundamental é a confirmação diagnóstica objetiva do refluxo. A pHmetria esofágica de 24 horas é o padrão-ouro para diagnosticar o refluxo ácido, permitindo quantificar a exposição ácida do esôfago e correlacionar os sintomas da paciente com os episódios de refluxo.

d) Incorreta. A esofagite eosinofílica é uma patologia com forte componente alérgico,

que cursa predominantemente com disfagia e episódios de impactação alimentar, especialmente em pacientes mais jovens ou com história de atopia. Embora a endoscopia com biópsias seja o método diagnóstico, a história clínica da paciente (pirose e epigastralgia, sem disfagia) aponta fortemente para DRGE, e não há justificativa para repetir uma quarta endoscopia sem antes realizar uma avaliação funcional.

## Questão 62

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente de 62 anos com disfagia progressiva de longa data (4 anos) e perda ponderal, o que direciona o raciocínio para distúrbios motores do esôfago ou neoplasia. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) descartou câncer, mas revelou candidíase esofágica. Em pacientes sem imunossupressão evidente, a candidíase esofágica é um marcador clássico de estase alimentar: o alimento parado no esôfago serve como meio de cultura para o fungo.

Um detalhe fundamental no histórico é a cirurgia colorretal prévia por obstrução intestinal de causa desconhecida. No contexto brasileiro, a associação de disfagia (megaesôfago) e obstrução intestinal prévia (provável megacólon/volvo de sigmoide) é altamente sugestiva de Doença de Chagas. Portanto, a principal hipótese diagnóstica é a acalasia.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A esclerodermia pode cursar com disfagia, mas sua marca manométrica é a hipotonia do esfíncter esofágico inferior (EEI) e a aperistalse dos dois terços distais. Clinicamente, cursa com sintomas graves de refluxo gastroesofágico devido à incompetência do esfíncter, e não tipicamente com a estase importante que gera candidíase. Além disso, o histórico de cirurgia por obstrução intestinal favorece Chagas (acalasia) em vez de esclerodermia.

Alternativa b) Incorreta. A motilidade esofágica ineficaz é um diagnóstico manométrico caracterizado por contrações de baixa amplitude ou falhas de condução em mais de 50% das deglutições. Geralmente é um achado leve e não costuma provocar perda ponderal significativa (7 kg) ou estase esofágica tão acentuada a ponto de gerar candidíase.

Alternativa c) Incorreta. Embora a hipótese de acalasia esteja correta, o exame solicitado está errado. A pH-impedanciometria é utilizada para a avaliação de refluxo gastroesofágico (ácido e não ácido), não sendo o exame para diagnosticar distúrbios

motores como a acalasia.

Alternativa d) Correta. A acalasia é a principal hipótese devido à disfagia progressiva, perda de peso e sinais de estase (candidíase). A manometria esofágica é o exame padrão-ouro para o diagnóstico, pois avalia a falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior e a ausência de peristalse organizada no corpo esofágico. A manometria de alta resolução é a tecnologia atual preferencial (Classificação de Chicago), permitindo definir o subtipo da acalasia.

## CONCLUSÃO

Diante de disfagia crônica, estase esofágica e antecedente de provável megacólon, a acalasia deve ser sempre a primeira hipótese. O próximo passo para confirmação é a manometria.

---

## Questão 63

A questão apresenta um paciente vítima de trauma de alta energia, com sinais claros de comprometimento de via aérea (irresponsivo, respiração ruidosa, SatO<sub>2</sub> de 72%) e choque (hipotensão e taquicardia). Seguindo o protocolo ATLS, a prioridade absoluta é o momento A (Vias aéreas com proteção da coluna cervical).

Alternativa (a) está incorreta. Embora a inspeção, aspiração e suplementação de oxigênio façam parte da abordagem inicial, é impossível realizar essas manobras de forma adequada em um paciente que utiliza um capacete fechado (com proteção frontal). O equipamento atua como uma barreira física que impede o acesso à boca e ao nariz do paciente.

Alternativa (b) está correta. De acordo com o ATLS, para pacientes que chegam ao serviço de emergência utilizando capacete, este deve ser removido para permitir a avaliação da via aérea, a oxigenação e a imobilização cervical adequada. A técnica exige dois socorristas: um estabiliza a mandíbula e o pescoço por baixo, enquanto o outro expande as laterais do capacete e o remove. Esta é a primeira ação necessária para prosseguir com as manobras de manutenção da vida.

Alternativa (c) está incorreta. Esta conduta refere-se ao passo C (Circulação) do protocolo. Embora o paciente apresente sinais de choque obstrutivo ou hipovolêmico e precise de acesso venoso e reposição volêmica, as etapas do trauma devem seguir a ordem cronológica ABCDE. O problema na via aérea (A) é a ameaça mais imediata à vida e deve ser resolvido antes da abordagem circulatória definitiva.

Alternativa (d) está incorreta. A cricotireoidostomia por punção é uma medida de

exceção, utilizada em situações de via aérea difícil quando não é possível intubar ou ventilar o paciente. Não se inicia o atendimento por um procedimento invasivo de resgate sem antes retirar o capacete e tentar as manobras básicas e a intubação orotraqueal, que é indicada neste caso pelo rebaixamento do nível de consciência (paciente irresponsivo).

Em resumo, a remoção do capacete com proteção da coluna cervical é o pré-requisito técnico para qualquer intervenção no componente A (Airway) do protocolo ATLS.

---

### Questão 64

Essa questão exige o reconhecimento de um quadro clássico de trauma raquimedular decorrente de mergulho em águas rasas, associado ao choque neurogênico.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a saturação de oxigênio esteja em 98%, o paciente apresenta rebaixamento do nível de consciência (sonolento, confuso) e trauma cranioencefálico. De acordo com os protocolos de atendimento ao trauma (ATLS), a manutenção da oxigenação e a proteção das vias aéreas são prioritárias. Em pacientes com alteração do sensório, a monitorização deve ser rigorosa e a oferta de oxigênio suplementar é frequentemente indicada na fase inicial da ressuscitação.

Alternativa B: Incorreta. O déficit motor em membros inferiores (paresia), especialmente após um mecanismo de trauma como mergulho, sugere fortemente uma lesão na medula espinhal, e não uma lesão cerebral. Lesões cranioencefálicas que causam déficits motores costumam gerar hemiparesia (um lado do corpo) ou quadros de decorticação/descerebração, e não uma paraparesia isolada com preservação relativa de outras funções.

Alternativa C: Incorreta. O quadro clínico não é de choque hipovolêmico. No choque hipovolêmico, espera-se hipotensão acompanhada de taquicardia compensatória. O paciente apresenta PA 80 x 50 mmHg com FC de 68 bpm (frequência cardíaca normal/baixa para o nível de hipotensão), o que caracteriza o choque neurogênico. Além disso, as diretrizes atuais do ATLS recomendam um bolus inicial de 1.000 mL de cristalóide para adultos, e não 2.000 mL.

Alternativa D: Correta. O mecanismo de trauma (mergulho em lago) é a causa número um de lesão cervical por compressão/flexão. A presença de paresia de membros inferiores associada à hipotensão sem taquicardia (choque neurogênico) confirma a suspeita de lesão medular. A perda do tônus simpático abaixo do nível da

lesão provoca vasodilatação periférica e ausência de resposta taquicárdica, explicando a apresentação hemodinâmica descrita. O nível da lesão (cervical baixa ou torácica alta) justifica a paraparesia.

### Questão 65

Análise do caso clínico:

Paciente de 47 anos, obesa, com dor abdominal aguda em andar superior e náuseas/vômitos. O achado laboratorial mais relevante é a lipase de 495 U/L. Considerando que o valor de referência habitual da lipase é de até cerca de 160 U/L, o valor da paciente está acima de três vezes o limite superior da normalidade. Pelo Consenso de Atlanta, o diagnóstico de pancreatite aguda requer dois de três critérios: 1) dor abdominal característica; 2) enzimas pancreáticas (amilase ou lipase) > 3 vezes o valor normal; 3) achados de imagem compatíveis. Portanto, a paciente tem o diagnóstico de pancreatite aguda.

Alternativa A: Incorreta. Embora a principal hipótese diagnóstica seja, de fato, a pancreatite aguda, a tomografia computadorizada (TC) de abdome não é o primeiro exame de imagem a ser solicitado. O diagnóstico de pancreatite é clínico-laboratorial. A TC só deve ser solicitada em caso de dúvida diagnóstica ou após 48 a 72 horas do início dos sintomas para avaliar complicações (como necrose), pois realizá-la precocemente pode subestimar a gravidade.

Alternativa B: Incorreta. O tratamento inicial da pancreatite aguda baseia-se em um "tripé": jejum (repouso pancreático), hidratação venosa vigorosa e analgesia, além de antieméticos. O uso de antibióticos de forma profilática não é recomendado. A antibioticoterapia só deve ser iniciada se houver evidência de infecção (como necrose infectada ou infecções extrapancreáticas).

Alternativa C: Incorreta. A descrição de dor à inspiração profunda durante a palpação do ponto cóstico refere-se ao sinal de Murphy, que é o sinal clássico da colecistite aguda. Embora a paciente tenha dor no hipocôndrio direito, a elevação importante da lipase direciona o diagnóstico principal para a pancreatite. Além disso, a alternativa foca na manobra diagnóstica de outra patologia biliar.

Alternativa D: Correta. Em todo quadro de pancreatite aguda, o primeiro exame de imagem a ser solicitado é a ultrassonografia (US) de abdome. Seu objetivo principal não é diagnosticar a pancreatite em si, mas sim identificar a etiologia (causa). Como a causa mais comum é a biliar (pedras na vesícula), a US é o exame de escolha por ser mais barato, não emitir radiação e possuir sensibilidade muito superior à TC para detectar cálculos biliares e lama biliar. A TC frequentemente falha em detectar cálculos de colesterol (que podem ser isodensos à bile).

## Questão 66

Análise do caso clínico:

O paciente idoso (75 anos) apresenta um quadro de hematoquezia maciça (sangue vivo pelo reto em grande quantidade), com sinais claros de instabilidade hemodinâmica: taquicardia (120 bpm), pressão arterial limítrofe (100 x 60 mmHg), palidez e síncope. O fato de a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) recente ser normal reforça que a origem do sangramento é o trato digestivo baixo. O uso de antiagregantes plaquetários é um fator de risco importante para o sangramento.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a angiodisplasia seja uma causa comum de sangramento digestivo baixo em idosos, ela geralmente se manifesta como um sangramento crônico, intermitente e de menor volume, muitas vezes causando apenas anemia ferropriva. Além disso, a arteriografia é um método diagnóstico e terapêutico invasivo, indicado apenas quando o sangramento é ativo e a colonoscopia não consegue localizar a fonte, não sendo a conduta inicial.

b) Incorreta. A doença hemorroidária é a causa mais frequente de sangramento retal na população geral, mas o sangue costuma ser em pequena quantidade, notado no papel higiênico ou gotejando no vaso sanitário. Dificilmente causaria uma hemorragia tão volumosa a ponto de gerar síncope e instabilidade hemodinâmica. O toque retal também não evidenciou hemorroidas externas ou internas volumosas que justificassem o quadro. A cirurgia de urgência é raramente o tratamento inicial.

c) Correta. A doença diverticular do cólon é a causa mais comum de sangramento digestivo baixo volumoso e indolor em pacientes idosos. O sangramento ocorre pela erosão de uma arteríola na base do divertículo. Diante de qualquer paciente com hemorragia digestiva e sinais de instabilidade (taquicardia e síncope), a prioridade absoluta e o tratamento inicial são a monitorização e a estabilização clínica (reposição volêmica com cristaloides e, se necessário, hemoderivados).

d) Incorreta. As neoplasias de cólon costumam causar sangramento oculto, anemia crônica e alteração do hábito intestinal. Embora possam sangrar de forma aguda, raramente causam hemorragia maciça com choque. A colonoscopia é, de fato, o exame de escolha para o diagnóstico da fonte de sangramento baixo, mas ela só deve ser realizada após a estabilização hemodinâmica do paciente e o preparo adequado do cólon.

Resumo: O quadro de sangramento baixo volumoso e indolor no idoso é clássico da doença diverticular, e a conduta imediata em pacientes instáveis deve ser sempre o

suporte clínico e a ressuscitação volêmica.

---

### Questão 67

A alternativa correta é a letra (b): invaginação intestinal.

A questão descreve um quadro clássico de invaginação intestinal (ou intussuscepção), que é a causa mais comum de obstrução intestinal em crianças entre 3 meses e 6 anos de idade, com pico de incidência entre 5 e 12 meses. O paciente em questão tem 11 meses, o que reforça a suspeita.

A apresentação clínica típica inclui a tríade: dor abdominal paroxística (em crises intercaladas com períodos de calma e palidez/letargia), vômitos (que evoluem para biliosos devido à obstrução) e eliminação de fezes em "geleia de morango" (sangue e muco), embora este último sinal nem sempre esteja presente inicialmente.

No exame físico, os achados são fundamentais para o diagnóstico:

1. Massa palpável: geralmente descrita como em formato de "salsicha", localizada frequentemente no hipocôndrio direito.
2. Sinal de Dance: é a sensação de vacuidade (fossa ilíaca direita "vazia"), resultante do deslocamento do ceco e do cólon ascendente em direção ao cólon transversal durante o processo de invaginação.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

a) Apendicite aguda: é rara em lactentes de 11 meses. O quadro clínico costuma envolver febre, dor contínua e sinais de irritação peritoneal (como descompressão dolorosa), os quais o paciente não apresenta. Além disso, a apendicite não justifica o sinal da fossa ilíaca direita vazia.

c) Enterocolite necrosante: é uma patologia típica do período neonatal, especialmente em prematuros. Caracteriza-se por distensão abdominal grave, instabilidade sistêmica e presença de pneumatose intestinal ao raio X, não condizendo com a idade e a clínica de massa palpável do paciente.

d) Obstrução intestinal por *Ascaris lumbricoides*: embora possa causar massa abdominal palpável (bolo de áscaris) e sinais de obstrução, o quadro de dor intermitente com palidez e, especificamente, o sinal da fossa ilíaca direita vazia são muito mais sugestivos de invaginação intestinal do que de helmintíase. O bolo de áscaris é mais comum em crianças maiores em áreas de alta endemicidade.

---

## Questão 68

A questão apresenta um caso clássico de abdome agudo inflamatório em uma criança de 6 anos. A descrição clínica é altamente sugestiva de apendicite aguda, que é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico na infância.

A evolução da dor (que se iniciou difusa e se localizou na fossa ilíaca direita), acompanhada de anorexia, náuseas, vômitos e febre baixa, compõe a apresentação típica. A presença de dor ao urinar (disúria) em casos de apendicite geralmente ocorre quando o apêndice inflamado está em posição pélvica, irritando a bexiga ou o ureter. No exame físico, o sinal de Blumberg positivo (dor à descompressão súbita) é o achado crucial, pois indica irritação peritoneal, selando a necessidade de intervenção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A observação clínica por 48 horas é contraindicada quando há sinais claros de peritonite (Blumberg positivo). Postergar o tratamento cirúrgico em um quadro evidente de apendicite aumenta significativamente o risco de perfuração, formação de abscesso e sepse.

Alternativa b) Incorreta. A drenagem percutânea guiada por ultrassonografia (US) é reservada para casos de apendicite complicada com abscessos volumosos e bloqueados, geralmente com mais de 5 a 7 dias de evolução, em pacientes que podem ser estabilizados antes de uma cirurgia tardia. O quadro atual é de evolução curta (2 dias) e franca irritação peritoneal.

Alternativa c) Incorreta. Embora a tomografia computadorizada (TC) seja um excelente exame de imagem, o diagnóstico da apendicite aguda em crianças é eminentemente clínico. Em provas de residência, quando o quadro é clássico e existe sinal de irritação peritoneal, a conduta deve ser a cirurgia imediata. Além disso, em pediatria, evita-se a radiação desnecessária da TC se o diagnóstico já pode ser estabelecido clinicamente ou por ultrassonografia.

Alternativa d) Correta. Diante de um quadro clínico clássico de apendicite aguda com sinais de irritação peritoneal (peritonite), a conduta padrão-ouro é a apendicectomia de urgência. O objetivo é remover o foco infeccioso antes que a patologia evolua para complicações mais graves. O tratamento envolve hidratação venosa, antibioticoterapia e o procedimento cirúrgico.

## Questão 69

Análise clínica:

O quadro clínico descrito é clássico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). O paciente apresenta sintomas do trato urinário inferior (LUTS) de caráter obstrutivo (jato fraco e esvaziamento incompleto) e o toque retal confirma o aumento da glândula com consistência elástica, o que afasta a suspeita principal de malignidade (que apresentaria consistência endurecida ou nódulos).

Alternativa (a) Incorreta: Os inibidores da 5-alfa-redutase (como finasterida e dutasterida) atuam reduzindo o volume prostático a longo prazo. Eles são indicados geralmente para próstatas com volume aumentado (acima de 40 ml) ou em associação com alfabloqueadores. O seu efeito terapêutico demora de 3 a 6 meses para atingir o pico, não sendo, portanto, a droga de escolha isolada para alívio rápido dos sintomas iniciais.

Alternativa (b) Correta: Os alfabloqueadores (como tansulosina, doxazosina e alfuzosina) são considerados a primeira linha de tratamento farmacológico para a HPB sintomática. Eles agem relaxando a musculatura lisa do colo vesical e da próstata (componente dinâmico da obstrução), proporcionando uma melhora rápida e significativa do fluxo urinário e dos sintomas obstrutivos em poucos dias de uso.

Alternativa (c) Incorreta: Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) não possuem papel no tratamento fisiopatológico da hiperplasia prostática benigna. Eles podem ser usados em quadros de prostatite aguda para manejo de dor, mas não para o tratamento de sintomas obstrutivos crônicos por HPB.

Alternativa (d) Incorreta: Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (como a tadalafila 5 mg diária) podem ser utilizados no tratamento da HPB, especialmente quando o paciente apresenta disfunção erétil associada. No entanto, o enunciado afirma explicitamente que o paciente nega sintomas de disfunção erétil. Além disso, na prática clínica e em provas de residência, os alfabloqueadores continuam sendo a recomendação de primeira linha padrão pela maior eficácia no ganho de fluxo urinário.

---

## Questão 70

O caso clínico descreve um quadro clássico de cólica nefrética, caracterizado por dor lombar súbita e intensa, em cólica, com irradiação para a região inguinal, náuseas, vômitos e sinal de Giordano positivo (dor à punho-percussão da região lombar). Diante da principal hipótese diagnóstica de nefrolitíase ou ureterolitíase, a escolha do exame de imagem deve priorizar a maior acurácia diagnóstica.

Alternativa a) Incorreta. A ultrassonografia de abdome e vias urinárias é um exame útil, especialmente para gestantes, crianças ou como triagem inicial, por ser acessível e não utilizar radiação ionizante. No entanto, ela apresenta limitações técnicas significativas, como a baixa sensibilidade para detectar cálculos pequenos (menores que 5 mm) e a dificuldade em visualizar o ureter em sua porção média devido à interposição de gases intestinais. Portanto, não é o exame de escolha para a confirmação definitiva.

Alternativa b) Incorreta. A radiografia simples de abdome consegue identificar apenas cálculos radiopacos (compostos por cálcio ou estruvita), que representam cerca de 80% dos casos. Cálculos radiolúcentes, como os de ácido úrico, não são visualizados. Além disso, a sobreposição de gases e fezes reduz a sensibilidade do método, não sendo este adequado para confirmar o diagnóstico com precisão.

Alternativa c) Incorreta. A urografia excretora foi o padrão-ouro no passado, mas atualmente foi substituída pela tomografia. Trata-se de um exame invasivo que requer o uso de contraste iodado intravenoso, o que traz riscos de reações alérgicas e nefrotoxicidade, além de demandar mais tempo para a realização e oferecer menor detalhamento anatômico do que os métodos modernos.

Alternativa d) Correta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve sem contraste, utilizando preferencialmente o protocolo para litíase (cortes finos e baixa dose de radiação), é o padrão-ouro (\*gold standard\*) para o diagnóstico de litíase urinária na fase aguda. O exame apresenta sensibilidade e especificidade superiores a 95%, sendo capaz de detectar cálculos de praticamente qualquer composição e tamanho, além de identificar sinais secundários de obstrução, como a dilatação do sistema coletor (hidronefrose) e o edema perirrenal. Por não utilizar contraste, evita riscos alérgicos e renais em pacientes em crise.

---

### Questão 71

A hipótese diagnóstica principal para este caso é herpes genital. A análise baseia-se na correlação entre a história clínica e a morfologia das lesões apresentadas na imagem.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A sífilis primária manifesta-se tipicamente pelo cancro duro, que é uma úlcera única, com base limpa, bordas endurecidas e, fundamentalmente, indolor. O relato de dor intensa e a presença de múltiplas lesões na imagem tornam essa hipótese improvável.

b) Correta. O herpes genital (geralmente causado pelo vírus herpes simples tipo 2) apresenta-se com um quadro de pródromos, como febre e mal-estar, seguidos pelo surgimento de pequenas vesículas agrupadas sobre base eritematosa. Essas vesículas rompem-se rapidamente, formando úlceras superficiais, polícíclicas e muito dolorosas. A imagem exhibe exatamente esse padrão de múltiplas pequenas úlceras agrupadas e superficiais.

c) Incorreta. O cancroide, ou cancro mole, também causa úlceras genitais dolorosas, mas estas costumam ser mais profundas, com fundo purulento (sujo), bordas irregulares e friáveis ao toque. Além disso, é comum a associação com um bubão inguinal (linfonodomegalia dolorosa que pode fistulizar por um único orifício), o que difere das lesões rasas e agrupadas vistas na imagem.

d) Incorreta. No linfogranuloma venéreo, a lesão ulcerosa inicial é pequena, efêmera e indolor, passando frequentemente despercebida pelo paciente. O destaque dessa patologia é a fase seguinte, caracterizada por uma linfadenopatia inguinal dolorosa e volumosa que pode fistulizar em múltiplos pontos (aspecto de "bico de regador").

Associação com a imagem:

A fotografia revela múltiplas lesões ulceradas pequenas, de contornos arredondados/polícíclicos e fundo eritematoso. Esse agrupamento é o aspecto clássico pós-rompimento das vesículas herpéticas, confirmando o diagnóstico de herpes genital em fase ulcerosa.

---

## Questão 72

O quadro clínico descrito - estase jugular, hipotensão arterial e hipofonese de bulhas cardíacas - compõe a clássica Tríade de Beck. No contexto de um paciente no 5º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca (implante de prótese valvar) e em uso de anticoagulantes, esses achados são patognomônicos de tamponamento cardíaco agudo. O tamponamento ocorre quando há acúmulo de líquido (geralmente sangue, neste cenário) no espaço pericárdico sob pressão, impedindo o enchimento adequado das câmaras cardíacas e reduzindo drasticamente o débito cardíaco.

Alternativa a) Incorreta. Embora o ecocardiograma seja o padrão-ouro para o diagnóstico de derrame pericárdico, a conduta terapêutica proposta está errada. O tamponamento cardíaco configura um choque obstrutivo, e não uma insuficiência cardíaca congestiva convencional. Otimizar medicações para insuficiência cardíaca não resolverá a restrição mecânica ao batimento cardíaco.

Alternativa b) Incorreta. O manejo da anticoagulação é importante no pós-operatório de próteses mecânicas, mas o ajuste do tempo de tromboplastina (TTPa) ou a troca

do fármaco não tratam a emergência clínica. A prioridade absoluta é a estabilização hemodinâmica por meio da remoção do líquido que comprime o coração.

Alternativa c) Correta. A drenagem do derrame pericárdico é o tratamento definitivo e imediato para o tamponamento cardíaco. Em pacientes pós-operados de cirurgia cardíaca, essa drenagem pode ser feita por pericardiocentese ou, mais frequentemente, por reabertura da esternotomia ou janela pericárdica, visando a aliviar a pressão intrapericárdica e restaurar a função hemodinâmica.

Alternativa d) Incorreta. A reoperação para drenagem do derrame pode ser o caminho cirúrgico escolhido, mas a troca da prótese mecânica por uma biológica não tem indicação. O problema apresentado é o acúmulo de líquido no espaço pericárdico (provavelmente por sangramento relacionado à cirurgia ou anticoagulação), e não uma disfunção ou rejeição da prótese que exija sua substituição. Além disso, a troca por uma biológica em um paciente de 65 anos com prótese mitral mecânica funcionando não traria benefício agudo para o quadro de tamponamento.

---

### Questão 73

O manejo inicial de um paciente queimado baseia-se no controle da dor e na prevenção de infecções locais. No caso apresentado, o paciente possui uma queimadura de 2.º grau superficial e relata dor de forte intensidade (nota 8 em 10), o que direciona as escolhas terapêuticas.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A analgesia intravenosa é adequada para o nível de dor relatado (8/10), pois oferece alívio rápido e permite titulação. No entanto, o uso de antibiótico sistêmico (via oral ou venosa) de forma profilática não é indicado em queimaduras. Essa prática não reduz a incidência de infecção da ferida e pode selecionar microrganismos resistentes.

Alternativa B: Incorreta. A analgesia por via oral tem absorção e início de ação mais lentos, sendo muitas vezes insuficiente para o manejo imediato de dores intensas na fase aguda. Além disso, a colagenase é uma enzima voltada para o desbridamento químico de tecidos necróticos e esfacelos. Em uma queimadura de 2.º grau superficial, o objetivo é a proteção da derme exposta, e não o desbridamento enzimático.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa contempla os dois pilares do atendimento inicial ao queimado:

1. Controle da dor: para dores de moderada a forte intensidade (acima de 7 na escala

visual analógica), a via intravenosa é a preferencial no ambiente de urgência.

2. Tratamento local: a sulfadiazina de prata a 1% é o agente tópico mais utilizado no Brasil. Ela atua como um excelente antimicrobiano de amplo espectro, prevenindo a colonização da ferida, além de manter o leito da lesão úmido, o que facilita a reepitelização.

Alternativa D: Incorreta. Assim como na alternativa A, embora a analgesia intravenosa esteja correta para a dor aguda intensa, a antibioticoterapia intravenosa profilática é contraindicada. Antibióticos sistêmicos no paciente queimado devem ser reservados apenas para casos com sinais clínicos e laboratoriais de infecção estabelecida ou sepse.

Portanto, a conduta correta une a potência da analgesia venosa com a proteção tópica e antimicrobiana da sulfadiazina de prata.

---

### Questão 74

O sistema ACR TI-RADS (American College of Radiology) utiliza uma escala de pontos para estratificar o risco de malignidade em nódulos de tireoide. As características são avaliadas em cinco categorias: composição, ecogenicidade, forma (orientação), margem e focos ecogênicos. Para um nódulo ser classificado como altamente suspeito (TI-RADS 5), ele deve somar 7 ou mais pontos.

Alternativa A: INCORRETA.

Nesta descrição, temos um nódulo sólido (2 pontos), hiperecoico (1 ponto), mais largo do que alto (0 pontos), margem regular (0 pontos) e com macrocalcificações (1 ponto). A pontuação total é de 4 pontos, o que classifica o nódulo como TI-RADS 4 (suspeita moderada), e não altamente suspeito.

Alternativa B: INCORRETA.

Aqui o nódulo é sólido-cístico (1 ponto), isoecoico (1 ponto), mais alto do que largo (3 pontos), com margens regulares (0 pontos) e sem focos ecogênicos (0 pontos). A soma é de 5 pontos, mantendo a classificação em TI-RADS 4 (suspeita moderada).

Alternativa C: CORRETA.

Esta alternativa descreve um nódulo sólido (2 pontos), hipoeicoico (2 pontos), mais alto do que largo (3 pontos), com margens irregulares (2 pontos) e focos ecogênicos puntiformes, que representam microcalcificações (3 pontos). A soma total é de 12 pontos. Como qualquer pontuação igual ou superior a 7 pontos enquadra o nódulo na categoria TI-RADS 5, esta é a descrição de um nódulo altamente suspeito. Essas características são clássicas do carcinoma papilífero de tireoide.

Alternativa D: INCORRETA.

Neste caso, o nódulo é sólido (2 pontos), hiperecoico (1 ponto), mais largo do que alto (0 pontos), com margens irregulares (2 pontos) e sem focos ecogênicos (0 pontos). A pontuação total é de 5 pontos, classificando-o como TI-RADS 4 (suspeita moderada).

Resumo: A alternativa C é a única que apresenta a combinação de critérios morfológicos e ecográficos que atinge a pontuação necessária para a classificação de alta suspeição (TI-RADS 5) segundo o American College of Radiology.

## Questão 75

Para compreendermos a conduta correta, devemos analisar o quadro clínico e os dados da toracocentese. O paciente apresenta uma pneumonia (febre, tosse produtiva, dor torácica e broncograma aéreo no raio X) associada a um derrame pleural. Estamos diante de um Derrame Pleural Parapneumônico.

O passo fundamental é diferenciar se o derrame é simples (não complicado) ou complicado/com empiema, pois isso define a necessidade de drenagem.

Critérios para derrame pleural parapneumônico NÃO COMPLICADO (conduta: apenas antibioticoterapia para a pneumonia e observação):

1. Aspecto do líquido: Seroso/claro.
2. pH: Maior ou igual a 7,2.
3. Glicose: Maior que 60 mg/dL.
4. DHL: Menor que 1000 UI/L.
5. Gram e Cultura: Negativos (ausência de germes).
6. Tamanho: Pequeno volume (geralmente menor que 10 mm ou, se maior, sem critérios de gravidade).

Análise dos dados do paciente:

O líquido é seroso, o pH é exatamente 7,2 (no limite, mas ainda não indica drenagem imediata por si só), a glicose está normal (80 mg/dL) e o DHL está baixo (270 UI/L). Além disso, a lâmina de decúbito lateral mostrou apenas 15 mm de lâmina líquida, o que é considerado um derrame pequeno/médio. Portanto, trata-se de um derrame parapneumônico simples.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A biópsia pleural é indicada na suspeita de tuberculose pleural ou neoplasias, quando o citopatológico do líquido é inconclusivo. No quadro agudo de pneumonia com derrame simples, não há indicação desse procedimento invasivo.

b) Incorreta. A drenagem torácica está indicada se o derrame for complicado: presença de pus (empiema), pH menor que 7,2, glicose menor que 60 mg/dL, DHL acima de 1000 UI/L ou presença de bactérias no Gram/cultura. Como os parâmetros do paciente estão acima desses limites (pH 7,2 e glicose 80), a drenagem não é necessária no momento.

c) Correta. A conduta expectante, mantendo o tratamento com antibióticos para a pneumonia e monitorando a evolução clínica e radiológica, é a escolha adequada para derrames parapneumônicos não complicados e de pequeno volume.

d) Incorreta. A pleurodese consiste na obliteração do espaço pleural para evitar a recorrência de derrames. É utilizada quase exclusivamente em derrames pleurais malignos (câncer) recorrentes ou em casos específicos de pneumotórax de repetição, não tendo papel no tratamento de pneumonia aguda.

---

### Questão 76

Análise do Quadro Clínico:

O paciente apresenta uma combinação clássica de sinais que apontam para uma emergência traumática: trauma torácico, instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), turgência jugular (sinal de choque obstrutivo) e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo.

Diante de hipotensão e turgência jugular no trauma, os dois principais diagnósticos diferenciais são o pneumotórax hipertensivo e o tamponamento cardíaco. O fator que define o diagnóstico neste caso é a ausculta pulmonar e cardíaca: a ausência de murmúrio vesicular à esquerda confirma o pneumotórax hipertensivo. No tamponamento cardíaco, os pulmões estariam limpos (murmúrio presente) e as bulhas cardíacas estariam abafadas (aqui são descritas como normofonéticas).

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A intubação orotraqueal com ventilação por pressão positiva é perigosa em um paciente com pneumotórax hipertensivo não tratado. A pressão positiva aumenta a velocidade de acúmulo de ar no espaço pleural, podendo levar rapidamente à parada cardiorrespiratória por bloqueio total do retorno venoso ao coração.

b) Incorreta. A pericardiocentese é indicada no tratamento de emergência do tamponamento cardíaco. Como o paciente apresenta ausência de murmúrio vesicular

e bulhas normofonéticas, o diagnóstico é respiratório (pneumotórax), e não cardíaco.

c) Incorreta. A toracostomia com drenagem pleural fechada (dreno de tórax) é o tratamento definitivo para o pneumotórax. No entanto, o paciente está em choque (hipotenso). Em cenários de emergência com instabilidade hemodinâmica, não se deve aguardar o material e o tempo técnico da drenagem. A prioridade é a descompressão imediata para salvar a vida do paciente.

d) Correta. A toracocentese de alívio (descompressão torácica) é a conduta imediata para o pneumotórax hipertensivo, conforme preconizado pelo protocolo ATLS. Ela serve para converter um pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples, aliviando a pressão intratorácica e permitindo que o sangue volte a chegar ao coração (melhora do retorno venoso), estabilizando o paciente até que a drenagem definitiva seja instalada.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 77

A questão descreve um quadro clássico de pronação dolorosa, também conhecida popularmente como cotovelo da babá. O mecanismo de lesão apresentado é patognomônico: ocorre uma tração axial ou longitudinal do membro superior com o cotovelo estendido e o antebraço em pronação. Isso é exatamente o que a imagem ilustra, com a avó segurando firmemente a mão da criança enquanto esta aplica uma força de oposição ao tentar se soltar ou cair.

Fisiopatologicamente, essa tração faz com que a cabeça do rádio sofra uma subluxação, deslizando parcialmente para fora do ligamento anular. Devido à frouxidão ligamentar e ao formato ainda imaturo da cabeça do rádio em crianças pequenas (especialmente entre 1 e 4 anos), o ligamento anular acaba ficando interposto entre a cabeça do rádio e o capítulo do úmero. Clinicamente, a criança apresenta dor súbita e para de movimentar o membro (pseudoparalisia), mantendo o braço junto ao corpo em leve flexão e pronação.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Fraturas por estresse são causadas por microtraumatismos repetitivos e sobrecarga crônica no osso, não por um evento agudo de tração. Fraturas agudas do úmero distal em crianças, como a supracondiliana, geralmente ocorrem por quedas de altura sobre a mão espalmada e cursam com edema, equimose e deformidade evidente, o que não condiz com o caso.

Alternativa b: Correta. É o diagnóstico mais provável, considerando a idade da criança, o mecanismo de tração súbita no braço estendido e a recusa imediata em movimentar o cotovelo sem sinais de trauma grave. O diagnóstico é clínico e o tratamento é a redução manual por meio de manobras de supinação com flexão ou hiperpronação, que costumam resolver o problema instantaneamente.

Alternativa c: Incorreta. A epifisiólise (descolamento da placa de crescimento) da ulna distal ou proximal é rara nesta faixa etária sob este mecanismo de trauma. As lesões fisárias no cotovelo infantil são mais comuns no rádio ou no úmero e exigem forças de compressão ou cisalhamento mais intensas do que a tração descrita.

Alternativa d: Incorreta. A ruptura da cápsula articular é uma lesão grave que ocorre em traumas de alta energia, como luxações completas do cotovelo. Nesses casos, haveria um comprometimento estrutural muito maior, com edema importante e deformidade articular óbvia, o que não se encaixa na descrição de um incidente cotidiano de passeio.

---

## Questão 78

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal (veias femoral e íliaca) aguda. Em condições normais, o tratamento de escolha seria a anticoagulação. No entanto, o paciente possui um fator complicador determinante: o câncer de pulmão metastático em vigência de quimioterapia evoluindo com pancitopenia. A pancitopenia implica, entre outras coisas, em trombocitopenia (baixa contagem de plaquetas), o que representa uma contraindicação formal à anticoagulação devido ao altíssimo risco de sangramento grave.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) - CORRETA: O implante de filtro de veia cava inferior está indicado precisamente em situações nas quais existe um diagnóstico de tromboembolismo venoso agudo (TVP ou Embolia Pulmonar), mas o paciente apresenta uma contraindicação absoluta ao uso de anticoagulantes. No caso descrito, a pancitopenia severa decorrente da quimioterapia impede o uso de heparinas ou outros anticoagulantes pelo risco hemorrágico, tornando o filtro a medida necessária para prevenir uma embolia pulmonar fatal.

Alternativa (b) - INCORRETA: Embora a anticoagulação plena ajustada pelo peso seja o tratamento padrão para a maioria dos casos de TVP, a presença de pancitopenia a torna perigosa e contraindicada neste cenário específico. O risco de sangramento

supera o benefício do tratamento medicamentoso.

Alternativa (c) - INCORRETA: A compressão pneumática intermitente é um método utilizado para a PROFILAXIA (prevenção) de trombose em pacientes acamados ou no pós-operatório que não podem receber profilaxia química. Ela não é um tratamento para uma trombose já instalada e, em alguns casos agudos, poderia até favorecer o desprendimento do trombo.

Alternativa (d) - INCORRETA: A monitorização isolada com US Doppler seriado seria uma conduta expectante inaceitável para uma trombose proximal (femoral e ilíaca). Esses trombos possuem alto potencial de embolização, exigindo uma intervenção ativa para proteger o leito pulmonar, que neste caso deve ser o filtro de veia cava.

---

### Questão 79

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) manifestada por claudicação intermitente grave, uma vez que a dor surge após caminhar apenas 30 metros (distância inferior a 50-100 metros caracteriza limitação importante). O exame físico é fundamental para a localização da lesão: pulsos femorais presentes indicam que o território aortoilíaco está pérvio. A ausência de pulsos poplíteos e distais (tibiais) localiza a obstrução no segmento infrainguinal, provavelmente na artéria femoral superficial ou na artéria poplítea.

Alternativa A: Incorreta. A angioplastia de artéria ilíaca comum seria indicada se o paciente apresentasse ausência ou diminuição importante dos pulsos femorais, o que não ocorre neste caso. Como os pulsos femorais estão presentes, o fluxo sanguíneo está chegando adequadamente até a transição entre a pelve e o membro inferior.

Alternativa B: Incorreta. O tratamento clínico com cilostazol e reabilitação cardiovascular (exercícios supervisionados) é a conduta inicial para claudicação intermitente leve a moderada. No entanto, quando a claudicação é incapacitante (como no caso de 30 metros) ou quando há falha do tratamento conservador, a intervenção para revascularização é a conduta mais adequada para restaurar a funcionalidade do paciente.

Alternativa C: Correta. O paciente apresenta uma claudicação intermitente grave/limitante (classificação de Fontaine IIb ou Rutherford 3). Devido à gravidade da limitação funcional e à localização da doença sugerida pelo exame físico (segmento femoropoplíteo), é necessário realizar um exame de imagem para mapeamento anatômico (angiografia, angiotomografia ou angiorressonância) e programar a revascularização do membro, que pode ser realizada por via cirúrgica (bypass) ou endovascular.

Alternativa D: Incorreta. Analgésicos comuns não tratam a fisiopatologia da claudicação intermitente, que é a isquemia muscular por demanda de oxigênio superior à oferta. Além disso, o uso de analgésicos para "mascarar" a dor durante a caminhada não substitui a necessidade de tratamento medicamentoso específico (antiagregantes, estatinas e cilostazol) ou de intervenção nos casos graves.

### Questão 80

O caso clínico descreve um paciente com a tríade clássica do aneurisma da aorta abdominal (AAA) roto: dor abdominal súbita, hipotensão arterial e massa abdominal pulsátil. Além disso, o paciente apresenta critérios de expansão acelerada (crescimento de 1,5 cm em apenas sete meses, sendo que o limite para intervenção é geralmente de 0,5 cm em seis meses ou 1,0 cm em um ano) e já atingiu o diâmetro de 5,5 cm, que é o limiar para indicação cirúrgica em homens.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O acompanhamento com ultrassonografia seriada é indicado apenas para pacientes assintomáticos com aneurismas pequenos (geralmente menores que 5,5 cm em homens ou 5,0 cm em mulheres) que não apresentam sinais de expansão rápida. Diante de um quadro de dor e instabilidade hemodinâmica, essa conduta seria fatal.

b) Correta. A presença de sintomas (dor abdominal intensa) associada à instabilidade hemodinâmica (hipotensão) em um paciente com diagnóstico de AAA configura uma emergência cirúrgica. O reparo deve ser imediato, seja por via aberta ou endovascular, pois a mortalidade de um aneurisma roto sem intervenção é próxima de 100%.

c) Incorreta. O controle pressórico é fundamental no manejo crônico do aneurisma, mas não substitui a cirurgia na fase aguda. Além disso, solicitar uma avaliação cardiológica formal em um cenário de ruptura iminente ou confirmada atrasaria o tratamento definitivo, aumentando o risco de óbito.

d) Incorreta. O uso de betabloqueadores pode ser indicado para reduzir o estresse na parede da aorta e controlar a frequência cardíaca em casos eletivos ou de dissecação, mas o acompanhamento clínico regular é contraindicado para aneurismas sintomáticos ou que já atingiram o diâmetro crítico de intervenção, como é o caso deste paciente.

## Questão 81

Esta questão aborda uma atualização recente e importante nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) do Brasil para o tratamento da tuberculose (TB) em pediatria, fundamentada nos resultados do estudo SHINE.

O Ministério da Saúde, por meio da Nota Informativa nº 21/2023, passou a recomendar o esquema de tratamento encurtado de 4 meses (2 RHZE / 2 RH) para crianças e adolescentes (com menos de 16 anos) que apresentem formas de tuberculose pulmonar não graves e paucibacilares.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O filho tem 15 anos, o que o enquadra no grupo de crianças e adolescentes (0 a 15 anos, 11 meses e 29 dias) elegíveis para o esquema encurtado. Os critérios de não gravidade estabelecidos pelo MS para a adoção desse esquema de 4 meses incluem: TB pulmonar confinada a um lobo, sem cavidades e sem padrão miliar; TB ganglionar intratorácica sem compressão de vias aéreas; derrame pleural não complicado; teste rápido molecular (TRM-TB) não detectado ou "traços"; baciloscopia negativa; e estado clínico estável (sintomas leves e bom estado nutricional). A descrição da alternativa preenche perfeitamente esses critérios.

Alternativa b) Incorreta. A esposa tem 35 anos. O esquema encurtado de 4 meses (2 RHZE / 2 RH), baseado no estudo SHINE, é exclusivo para a faixa etária pediátrica e de adolescentes até 15 anos. Adultos com TB sensível continuam realizando o tratamento padrão de 6 meses (2 RHZE / 4 RH).

Alternativa c) Incorreta. Embora o derrame pleural não complicado seja um critério de não gravidade, a presença de baciloscopia de escarro positiva ou teste rápido molecular positivo para TB indica uma carga bacilar mais elevada. O protocolo de 4 meses é voltado para casos paucibacilares (nos quais o TRM é não detectado ou indica "traços" e a baciloscopia é negativa). Além disso, a redação sobre o estado nutricional após 4 meses de tratamento está confusa e não faz parte dos critérios de indicação inicial do esquema.

Alternativa d) Incorreta. O Brasil incorporou, sim, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseadas no estudo SHINE. A mudança foi oficializada em 2023 para otimizar a adesão e reduzir a toxicidade em casos pediátricos não graves, mantendo a eficácia terapêutica demonstrada pela não inferioridade do esquema curto em comparação ao de 6 meses.

## Questão 82

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) é um instrumento técnico-normativo fundamental para a Saúde do Trabalhador no Brasil. Sua função vai além da simples listagem de patologias; ela serve como guia para o estabelecimento donexo causal (relação entre a doença e o trabalho) e para a estruturação de ações de saúde pública.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O erro desta alternativa reside no trecho "orientar as ações de responsabilização dos trabalhadores adoecidos". A finalidade da LDRT e das políticas de saúde do trabalhador não é responsabilizar ou culpar o trabalhador pelo seu adoecimento, mas sim identificar os riscos presentes nos processos de trabalho e garantir a proteção e recuperação da saúde.

b) Incorreta. Embora a LDRT auxilie no raciocínio clínico, o termo "adotar procedimentos medicamentosos" é muito restrito. A finalidade principal no âmbito clínico é "adotar procedimentos de diagnóstico", ou seja, reconhecer a patologia e sua origem ocupacional. O tratamento medicamentoso é apenas uma parte da terapêutica que, no caso das doenças ocupacionais, exige frequentemente o afastamento da exposição ao risco.

c) Incorreta. A afirmação "elaborar projetos terapêuticos que preservem o empregador" é conceitualmente errada. O foco do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) é o bem-estar e a recuperação da saúde do paciente (trabalhador). O projeto terapêutico deve ser centrado na necessidade clínica do indivíduo e na eliminação dos fatores de risco, independentemente de interesses econômicos do empregador.

d) Correta. Esta alternativa descreve com precisão os objetivos da LDRT. No nível clínico, a lista auxilia o médico a adotar procedimentos de diagnóstico corretos ao correlacionar sintomas com exposições ocupacionais específicas, o que permite elaborar projetos terapêuticos mais acurados (incluindo o afastamento do risco). No nível da saúde coletiva, a lista é essencial para orientar as ações de vigilância epidemiológica e promoção da saúde, visando intervir nos ambientes de trabalho para evitar que outros trabalhadores adoçam.

### Questão 83

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de adoecimento mental claramente vinculado ao contexto laboral (nexo causal). Ele foi exposto a estressores crônicos: reestruturação administrativa, ameaça de desemprego, aumento de responsabilidades (gerência) com redução de recursos humanos e pressão por produtividade. Os sintomas descritos abrangem tanto a esfera do esgotamento relacionado ao trabalho quanto sintomas clássicos de um transtorno do humor.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) exige a exposição a um evento traumático de magnitude catastrófica, como ameaça real de morte, lesão grave ou violência sexual. Mudanças administrativas e pressões por metas, embora altamente estressantes, não configuram o evento traumático necessário para o diagnóstico de TEPT.

b) Incorreta. A Síndrome da Fadiga Crônica é um diagnóstico de exclusão caracterizado por cansaço extremo e persistente (por pelo menos 6 meses) que não melhora com o repouso e não é explicado por outras condições médicas. No caso relatado, a fadiga está inserida em um contexto ocupacional e afetivo muito específico, sendo melhor explicada pelo esgotamento profissional e pela depressão.

c) Incorreta. Embora a Síndrome do Esgotamento Profissional esteja presente, esta alternativa falha ao ignorar o quadro de Transtorno Depressivo. Sintomas como tristeza profunda, anedonia (falta de prazer), perda de peso significativa e sentimentos de desesperança e desvalorização pessoal ultrapassam os critérios exclusivos de esgotamento e fecham o diagnóstico de um episódio depressivo.

d) Correta. A Síndrome do Esgotamento Profissional (Burnout) é definida por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização (ou cinismo) e baixa realização profissional, todas presentes no relato de cansaço físico extremo, tensão e sentimento de desvalorização profissional após 20 anos de empresa. O Transtorno Depressivo é diagnosticado pela presença de humor deprimido, anedonia, perda de peso, insônia, dificuldades cognitivas (lapsos de memória e dificuldade em tomar decisões) e sentimentos de inutilidade/desesperança. O nexo causal com o trabalho é explícito, caracterizando o que a literatura frequentemente classifica como transtorno mental relacionado ao trabalho.

Conclusão:

O diagnóstico principal é a sobreposição de Burnout e Depressão, visto que o paciente apresenta o esgotamento decorrente da cronicidade do estresse laboral e a sintomatologia afetiva e neurovegetativa grave do transtorno depressivo.

---

### Questão 84

Alternativa a) Incorreta. O uso de substâncias psicoativas não é feito com o objetivo de justificar faltas ao trabalho. O absenteísmo (faltas) e o presenteísmo (estar presente, mas sem produtividade) são consequências negativas do abuso de substâncias e da dependência, e não a motivação que leva o indivíduo ao consumo.

Alternativa b) Correta. Na perspectiva da Medicina do Trabalho, o uso de álcool e outras drogas pode atuar como uma estratégia de enfrentamento ou mecanismo de defesa. O trabalhador pode recorrer a essas substâncias para suportar condições de trabalho adversas, como jornadas exaustivas, estresse crônico, alta periculosidade ou cobranças excessivas. Além disso, o uso pode visar à facilitação da convivência social e à inclusão em grupos de colegas, ou ainda servir para anestesiar a insatisfação e o sofrimento psíquico decorrentes da organização do trabalho.

Alternativa c) Incorreta. Não existe uma relação lógica ou técnica que sustente o uso de drogas para manter a performance propiciada pela inalação de produtos químicos do ambiente laboral. A exposição a solventes e outros agentes químicos pode causar danos ao sistema nervoso central, mas isso não motiva o consumo intencional de outras drogas para potencializar esse efeito tóxico de forma produtiva.

Alternativa d) Incorreta. Embora existam componentes genéticos, neurobiológicos e de personalidade envolvidos na dependência química, o ambiente de trabalho é um fator ambiental e psicossocial determinante. Ignorar a influência do trabalho no desenvolvimento de transtornos mentais e de comportamento relacionados ao uso de substâncias contraria os princípios da Saúde do Trabalhador e da própria classificação de doenças relacionadas ao trabalho (como observado na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde).

---

### Questão 85

Para identificar o desenho de um estudo epidemiológico, devemos observar como os participantes foram selecionados e qual o ponto de partida da pesquisa.

Neste caso, o pesquisador selecionou dois grupos baseados na presença ou ausência do desfecho (o câncer bucal): 100 participantes já diagnosticados com a doença (casos) e 100 participantes sem a doença (controles). A partir dessa divisão, buscou-se avaliar a associação com fatores de exposição, como a presença e a

gravidade da periodontite.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental e prospectivo. Nele, o pesquisador realiza uma intervenção (como um novo medicamento ou técnica cirúrgica) e distribui os participantes de forma aleatória (randomização) entre o grupo que recebe a intervenção e o grupo controle. No enunciado, o estudo é apenas observacional, sem intervenção do pesquisador.

b) Incorreta. No estudo de coorte prospectivo, o ponto de partida é a exposição, e não a doença. O pesquisador seleciona indivíduos inicialmente saudáveis, divide-os em expostos e não expostos a determinado fator de risco e os acompanha ao longo do tempo para observar quem desenvolverá a doença no futuro. O estudo descrito fez o oposto: partiu de pessoas que já tinham o diagnóstico de câncer.

c) Correta. O estudo de caso-controle é o desenho ideal para avaliar doenças que já ocorreram. Ele parte do desfecho (doentes vs. não doentes) e analisa retrospectivamente ou no momento presente a presença de fatores de risco. A estrutura descrita de 100 casos (com câncer) e 100 controles (sem câncer) é a definição clássica deste delineamento.

d) Incorreta. O estudo transversal (ou seccional) realiza uma medição única em uma população em um determinado momento, avaliando exposição e doença simultaneamente, como uma fotografia instantânea. Embora colete dados no presente, a característica de selecionar deliberadamente grupos iguais de doentes e não doentes para comparação é o que define o estudo como caso-controle, e não um simples levantamento transversal de uma população geral.

---

### Questão 86

Para entender essa questão, é fundamental identificar o desenho de estudo utilizado. O enunciado descreve um estudo que utiliza países como unidade de análise, ou seja, dados agregados de populações, e não dados individuais. Esse tipo de pesquisa é classificado como um Estudo Ecológico.

A falha central apontada no texto ocorre no momento da interpretação dos resultados: o pesquisador observou uma associação no nível populacional (países) e tentou aplicar essa mesma conclusão diretamente ao nível individual (pessoas).

Alternativa (a) Incorreta: O viés de seleção ocorre quando há um erro sistemático na forma como os participantes são escolhidos para compor a amostra, fazendo com

que os grupos comparados não sejam representativos da população ou não sejam comparáveis entre si. Embora possa existir em diversos estudos, não é o erro conceitual de transpor dados populacionais para o indivíduo.

Alternativa (b) Correta: A falácia ecológica (ou viés ecológico) é o erro clássico dos estudos de agregados. Ela acontece quando se assume que uma associação observada entre variáveis no nível de grupo necessariamente se aplica a cada indivíduo daquele grupo. Por exemplo, em um país com alto consumo de frutas e baixa incidência de doenças cardiovasculares, pode ser que as pessoas que estão infartando menos não sejam as mesmas que estão comendo as frutas.

Alternativa (c) Incorreta: A confusão residual ocorre quando, mesmo após o ajuste estatístico para variáveis de confusão, ainda resta algum efeito de variáveis não medidas, medidas incorretamente ou desconhecidas. Embora estudos ecológicos sejam muito vulneráveis a variáveis de confusão, a descrição do erro de generalização do grupo para o indivíduo define especificamente a falácia ecológica.

Alternativa (d) Incorreta: O viés de aferição (ou de medição) acontece quando há erros sistemáticos na coleta de dados ou na classificação das variáveis (como um esfigmomanômetro descalibrado ou um questionário mal formulado). O erro citado na questão não é sobre como o dado foi coletado, mas sobre como a conclusão foi extrapolada.

---

### Questão 87

Para resolver esta questão, é fundamental compreender dois conceitos básicos de bioestatística aplicados à epidemiologia: o Risco Relativo (RR) e o Intervalo de Confiança (IC).

O Risco Relativo (RR) é uma medida de associação que compara a incidência de um evento entre expostos e não expostos. Um RR de 1,0 indica que não há diferença de risco entre os grupos (valor de nulidade). Se o RR for maior que 1,0, sugere-se um aumento de risco; se for menor que 1,0, sugere-se uma proteção ou redução de risco. No caso clínico apresentado, o RR é de 1,5, o que aponta para um aumento de 50% no risco de dor epigástrica no grupo que usou o medicamento.

O Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) indica a precisão da estimativa e a significância estatística. Para que um resultado seja considerado estatisticamente significativo em medidas de associação como o RR, o intervalo não pode conter o valor de nulidade, que é 1,0. O intervalo fornecido no estudo foi de 0,95 a 2,10. Como este intervalo inclui o valor 1,0 (pois começa abaixo de 1 e termina acima de 1), não podemos afirmar com segurança estatística que o aumento observado não ocorreu.

ao acaso.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O RR de 1,5 indica um aumento, não uma redução do risco. Além disso, o IC inclui o valor 1,0, o que torna o resultado não significativo.

Alternativa B: Incorreta. Embora o resultado não seja significativo, o ponto central (RR 1,5) aponta para um aumento de risco, e não para uma redução.

Alternativa C: Incorreta. De fato, o RR de 1,5 aponta para um aumento de risco, mas o intervalo de confiança (0,95 a 2,10) atravessa a unidade (1,0), o que invalida a afirmação de que o achado é estatisticamente significativo.

Alternativa D: Correta. O valor pontual do Risco Relativo (1,5) sugere um aumento na ocorrência de dor epigástrica entre os usuários do medicamento. No entanto, como o limite inferior do intervalo de confiança é menor que 1,0 (0,95) e o limite superior é maior que 1,0 (2,10), o estudo falhou em demonstrar significância estatística. Em termos práticos, não se pode descartar que o uso do medicamento tenha um efeito neutro ou até levemente protetor na população geral, apesar da tendência observada na amostra.

---

### Questão 88

Esta questão aborda as bases constitucionais da saúde no Brasil, especificamente o Artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que regulamenta a atuação da iniciativa privada no setor.

Alternativa a) Correta. Esta alternativa está em perfeita consonância com o parágrafo 2º do Artigo 199 da Constituição Federal. O texto constitucional proíbe expressamente que recursos públicos sejam destinados a auxílios ou subvenções para instituições privadas que possuam fins lucrativos. O objetivo é garantir que o dinheiro público financie o sistema público ou instituições que não visam ao lucro (filantrópicas).

Alternativa b) Incorreta. Embora a participação privada no SUS seja complementar, o erro da alternativa reside na palavra equidade. O parágrafo 1º do Artigo 199 estabelece que, na integração ao SUS, deve haver preferência pelas entidades filantrópicas e pelas sem fins lucrativos. Portanto, não há igualdade de condições ou equidade entre uma empresa lucrativa e uma entidade filantrópica na hora de contratar com o SUS; a filantrópica tem prioridade.

Alternativa c) Incorreta. O texto constitucional, no parágrafo 3º do Artigo 199, estabelece que é vedada (proibida) a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. A alternativa inverteu a lógica da norma ao afirmar que é permitida como regra geral. Embora leis infraconstitucionais posteriores tenham ampliado as exceções, para a letra da Constituição, a proibição é a regra inicial.

Alternativa d) Incorreta. De acordo com o parágrafo 4º do Artigo 199, a lei deve dispor sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. Assim, a comercialização de sangue é terminantemente proibida pela Constituição Brasileira, não havendo exceção para fins comerciais.

---

### Questão 89

A alternativa correta é a letra (a).

A questão exige o conhecimento do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Este decreto estabelece a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e define como o usuário deve acessar o sistema de forma organizada.

De acordo com o Artigo 8º do decreto, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. O Artigo 9º lista a Atenção Primária como a primeira e principal dessas Portas de Entrada.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. No modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha dois papéis fundamentais: ela é a porta de entrada preferencial do sistema e a ordenadora do cuidado. Isso significa que a APS deve receber o usuário, resolver a maior parte das demandas de saúde e, quando necessário, organizar o fluxo desse paciente para outros níveis de complexidade, garantindo que o acesso seja feito de forma lógica e eficiente.

Alternativa b: Incorreta. A CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) é um sistema de regulação utilizado especificamente no Estado de São Paulo para a gestão de vagas e recursos. Embora ajude a operacionalizar o acesso, não é o conceito legal ou doutrinário de ordenador do sistema estabelecido no Decreto nº 7.508/2011.

Alternativa c: Incorreta. O DRS (Departamento Regional de Saúde) é uma instância administrativa regional das Secretarias de Saúde. Ele atua na gestão e no planejamento regional, mas não exerce a função clínica e assistencial de ordenar o cuidado individual dos usuários na rede.

Alternativa d: Incorreta. A RAS Especializada (atenção secundária e terciária) é composta pelos pontos de atenção para onde o paciente é referenciado. Na lógica do SUS, a atenção especializada não ordena o acesso; ela recebe os pacientes encaminhados e coordenados pela Atenção Primária.

Em resumo, para o Decreto nº 7.508/2011 e para a organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde é a base que ordena todo o fluxo de atendimento na rede de saúde.

---

### Questão 90

Alternativa (a) Incorreta: De acordo com o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, o acesso à assistência farmacêutica no SUS exige que a prescrição seja emitida por um profissional de saúde no exercício de suas funções dentro do âmbito do próprio SUS. Não basta que o profissional esteja registrado em seu conselho de classe; o atendimento que gerou a receita deve ter ocorrido em uma unidade ou serviço vinculado à rede pública de saúde.

Alternativa (b) Incorreta: O texto legal estabelece que o usuário deve estar sendo assistido por ações e serviços de saúde do SUS para ter direito à assistência farmacêutica pública. O atendimento realizado exclusivamente na rede privada, sem vínculo com o sistema público, não garante, sob a ótica da legislação federal (Decreto 7.508/2011, Art. 28), o acesso gratuito aos medicamentos das farmácias do governo.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete o disposto na Lei 12.401/2011 e no Decreto 7.508/2011. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) compreende a seleção de medicamentos e insumos disponibilizados no SUS. Para que um produto seja incluído nessa lista e oferecido à população, é requisito fundamental que ele possua registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), garantindo assim critérios mínimos de segurança, eficácia e qualidade.

Alternativa (d) Incorreta: A assistência farmacêutica não se restringe apenas à RENAME nacional. A legislação prevê que estados e municípios podem (e devem) elaborar suas próprias listas complementares para atender às particularidades epidemiológicas locais. Estas são a REME (Relação Estadual de Medicamentos) e a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos). Portanto, as relações

complementares não são excluídas; elas integram o sistema de provisão de medicamentos de forma suplementar à lista nacional.

### Questão 91

Esta questão exige do candidato o conhecimento técnico sobre as definições contidas na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588/2018.

A alternativa correta é a (b) Vigilância em Saúde.

Explicação detalhada:

O enunciado traz a definição literal contida no Artigo 2º da Resolução CNS nº 588/2018. A Vigilância em Saúde é concebida como um modelo amplo que não se limita apenas ao controle de doenças, mas abrange a análise da situação de saúde da população e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes (como saneamento, trabalho, ambiente e comportamento). Ela integra quatro áreas principais: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância em saúde ambiental.

Análise das alternativas incorretas:

Alternativa (a) Integralidade: Esta alternativa está incorreta, pois a Integralidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela refere-se à garantia de que o cidadão seja atendido em todas as suas necessidades, desde a prevenção até a alta complexidade, considerando o indivíduo como um todo. Não é um processo de coleta e análise sistemáticas de dados, como descrito no texto.

Alternativa (c) Vigilância Epidemiológica: Esta alternativa está incorreta, porque a Vigilância Epidemiológica é apenas um dos componentes da Vigilância em Saúde. Enquanto a vigilância epidemiológica foca especificamente na detecção e prevenção de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, o conceito de Vigilância em Saúde (letra b) é muito mais abrangente, incluindo também as ações sobre o meio ambiente, produtos, serviços e saúde do trabalhador.

Alternativa (d) Universalidade: Esta alternativa está incorreta, pois a Universalidade é outro princípio fundamental do SUS, que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurando o acesso de toda a população aos serviços de saúde. Não se refere a um processo técnico-operacional de monitoramento de informações de saúde.

Gabarito: Letra (b).

## Questão 92

Para compreender o preenchimento da Declaração de Óbito (DO), é fundamental dominar a lógica da Parte I e da Parte II do documento, conforme as normas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Parte I da DO destina-se à causa terminal e à sequência de eventos patológicos que levaram diretamente à morte. Ela é preenchida de cima para baixo, mas a leitura lógica da sequência causal ocorre de baixo para cima:

- Linha (a): Causa terminal ou imediata (o evento final que parou a vida).
- Linhas (b) e (c): Causas intermediárias (estados mórbidos que produziram a causa acima).
- Linha (d): Causa básica (a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos; no caso de mortes violentas, é a circunstância do acidente ou violência).

A Parte II destina-se a outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte, mas que não entraram na sequência direta da Parte I.

Análise das alternativas:

a) Correta. Esta alternativa obedece rigorosamente à hierarquia causal. O choque hemorrágico (a) foi a causa imediata, decorrente da laceração hepática (b), que foi causada pelo traumatismo abdominal (c), o qual, por sua vez, foi originado pela queda do edifício (d). A anemia falciforme, sendo uma doença preexistente que pode agravar o quadro clínico ou dificultar a recuperação, mas que não causou a queda ou o trauma, deve ser colocada na Parte II como condição contribuinte.

b) Incorreta. Esta alternativa inverte a ordem da Parte I. No preenchimento da DO, a causa básica (neste caso, a queda) deve figurar na última linha preenchida da Parte I, e não na primeira linha (a). A linha (a) é sempre reservada para a causa terminal/imediata.

c) Incorreta. A anemia falciforme não faz parte da sequência fisiopatológica direta que liga a queda ao choque hemorrágico, portanto, não deve estar na Parte I. Além disso, a "Queda de edifício" é a causa básica (o evento iniciador) e deve obrigatoriamente estar na última linha preenchida da Parte I, e não na Parte II.

d) Incorreta. Comete o mesmo erro da alternativa anterior ao incluir a anemia falciforme na sequência direta da Parte I e ao deslocar a causa básica (queda) para a Parte II. A causa básica de um óbito por causa externa (acidentes ou violências)

nunca deve ser colocada na Parte II se ela foi a origem do trauma.

---

### Questão 93

A questão exige o conhecimento dos indicadores de saúde e como eles são representados em gráficos epidemiológicos. O ponto-chave para a resolução está na identificação da unidade de medida descrita: casos novos por 100 mil habitantes ao longo de um período (semanas epidemiológicas).

Alternativa a: Incorreta. A prevalência mede o número total de casos (casos novos somados aos casos antigos) em uma população em um determinado momento ou período. Como o gráfico e o enunciado tratam especificamente de casos novos, o indicador representado não é a prevalência. A prevalência é mais utilizada para doenças crônicas de longa duração.

Alternativa b: Incorreta. A variação sazonal é o comportamento de uma doença que se repete em períodos específicos do ano (como o aumento de dengue no verão). Embora o gráfico mostre o comportamento temporal da doença em 2024, os dados quantitativos apresentados no eixo vertical (casos por 100 mil habitantes) definem tecnicamente um coeficiente, e não apenas o fenômeno da sazonalidade.

Alternativa c: Correta. O coeficiente de incidência é o indicador que mede o risco de ocorrência de uma doença em uma população. Ele é calculado dividindo-se o número de casos novos pelo total da população exposta em um determinado período e local. A expressão "casos novos por 100 mil habitantes por semana epidemiológica" é a definição clássica de incidência, sendo o principal indicador para monitorar surtos e epidemias de doenças agudas como a dengue.

Alternativa d: Incorreta. O diagrama de controle (também chamado de canal endêmico) é um gráfico que serve para identificar se a ocorrência de uma doença está dentro do esperado para aquele período. Para ser um diagrama de controle, o gráfico precisaria apresentar a série histórica de anos anteriores (geralmente os últimos 7 a 10 anos) e os limites máximos e mínimos esperados, o que não ocorre na imagem, que mostra apenas os dados do ano corrente de 2024.

---

### Questão 94

Para resolver essa questão de epidemiologia, é fundamental diferenciar dois conceitos: mortalidade e letalidade. A mortalidade avalia o risco de morte na população geral (óbitos divididos pela população total). Já a letalidade avalia a gravidade da doença, ou seja, o risco de uma pessoa doente vir a falecer (óbitos divididos pelo número de casos confirmados daquela doença).

O enunciado solicita o coeficiente de letalidade especificamente durante o ano de 2022. Como a tabela fornece dados acumulados (que somam tudo o que ocorreu desde o início da pandemia até aquela data), precisamos primeiro isolar os eventos que ocorreram apenas no ano de 2022, subtraindo os valores acumulados de 2021 dos valores finais de 2022.

1. Cálculo dos óbitos ocorridos em 2022:

Óbitos acumulados até 31/12/2022 (177.435) menos óbitos acumulados até 31/12/2021 (155.205) = 22.230 mortes em 2022.

2. Cálculo dos casos ocorridos em 2022:

Casos acumulados até 31/12/2022 (6.317.252) menos casos acumulados até 31/12/2021 (4.456.108) = 1.861.144 casos em 2022.

3. Cálculo da letalidade em 2022:

A fórmula da letalidade é (Número de óbitos pela doença / Número de casos da doença) x 100.

Letalidade =  $(22.230 / 1.861.144) \times 100$

Letalidade =  $0,01194... \times 100 = 1,194\%$  (que, arredondado, resulta em 1,2%).

Análise das alternativas:

a) Correta. Corresponde ao cálculo preciso da letalidade referente apenas ao intervalo do ano de 2022, subtraindo-se os dados acumulados dos anos anteriores.

b) Incorreta. Este valor de 2,8% é o resultado da letalidade acumulada total de todo o período (2020 a 2022), dividindo-se o total acumulado de óbitos até 2022 pelo total acumulado de casos até 2022 ( $177.435 / 6.317.252$ ). O enunciado pediu especificamente a letalidade do ano de 2022.

c) Incorreta. Este valor de aproximadamente 3,5% representa a letalidade acumulada até o final de 2021 (155.205 óbitos / 4.456.108 casos), refletindo um período em que a doença era proporcionalmente mais letal, antes do avanço da vacinação em massa e da predominância de variantes como a Ômicron.

d) Incorreta. Este valor é numericamente incompatível com a letalidade da Covid-19. Poderia ser confundido com um coeficiente de mortalidade (óbitos por habitantes), mas o cálculo da letalidade exige a relação direta entre óbitos e casos confirmados, resultando sempre em um percentual sobre os doentes.

Vale ressaltar que o dado da população total do estado (44.411.238 habitantes)

serviu apenas como distrator na questão, não sendo utilizado para o cálculo de letalidade, apenas para o de mortalidade.

---

### Questão 95

O Coeficiente (ou Razão) de Mortalidade Materna é um indicador fundamental para avaliar a qualidade da assistência à saúde da mulher e o nível de desenvolvimento socioeconômico de uma região. Ele estima o risco de morte associado a complicações da gravidez, parto e puerpério.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. A população feminina de 15 a 49 anos de idade (mulheres em idade fértil) é utilizada como denominador para outros indicadores, como a Taxa de Fecundidade Geral, mas não para a mortalidade materna.

Alternativa b) Incorreta. A população feminina total não reflete o grupo sob risco direto de morte por causas obstétricas, pois inclui crianças e idosas que não estão no ciclo gravídico-puerperal.

Alternativa c) Incorreta. O número total de óbitos femininos é utilizado para calcular a mortalidade proporcional por causas, ou seja, qual a porcentagem das mortes de mulheres que foi causada por questões maternas. Não define o risco de morrer por ser gestante.

Alternativa d) Correta. O denominador do cálculo da mortalidade materna é o número de nascidos vivos. Embora o ideal fosse utilizar o número total de gestantes, esse dado é de difícil obtenção. Portanto, utiliza-se o número de nascidos vivos como uma estimativa fiel das mulheres que estiveram expostas ao risco de morte materna. O cálculo padrão é:  $(\text{Número de óbitos maternos} / \text{Número de nascidos vivos}) \times 100.000$ .

Vale ressaltar que, na literatura técnica da epidemiologia, o termo mais preciso é Razão de Mortalidade Materna, pois o numerador (óbitos) não está contido no denominador (nascidos vivos). Entretanto, em provas de residência, os termos Coeficiente e Razão são frequentemente utilizados como sinônimos para esta questão.

---

## Questão 96

Análise detalhada das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta, pois inclui o pré-natal de alto risco como ação a ser executada integralmente pela ESF. O acompanhamento de gestantes de alto risco é uma atribuição principal da Atenção Secundária (centros de especialidades), devido à necessidade de maior densidade tecnológica e especialistas. A ESF atua no pré-natal de baixo risco e realiza o cuidado compartilhado no alto risco, mas não é a executora principal desta modalidade.

Alternativa b: Está correta. A alternativa descreve fielmente as atribuições da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Programa de Controle da Tuberculose, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. A Atenção Primária é a porta de entrada para a identificação de sintomáticos respiratórios, busca ativa, investigação de contatos, notificação, fornecimento de medicamentos e, fundamentalmente, a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para garantir a adesão e cura.

Alternativa c: Está incorreta. O erro reside na afirmação de que todos os pacientes com hipertensão e diabetes devem ser encaminhados para a atenção especializada. Um dos pilares da Atenção Primária é a resolutividade; portanto, a ESF deve manejar e acompanhar a grande maioria desses pacientes no próprio território. O encaminhamento deve ser criteriosamente reservado para casos de difícil controle ou complicações graves.

Alternativa d: Está incorreta. Embora a ESF faça a busca ativa e o diagnóstico da hanseníase, o tratamento poliquimioterápico é fornecido diretamente na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os medicamentos fazem parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e não são retirados em farmácias de alto custo (Componente Especializado). O objetivo é manter o tratamento o mais próximo possível da residência do paciente para evitar o abandono.

---

## Questão 97

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) é uma ferramenta fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS) para o monitoramento contínuo do perfil nutricional e do consumo alimentar da população assistida pelo SUS. A análise dos marcadores de consumo alimentar permite identificar hábitos saudáveis ou de risco, subsidiando ações de promoção da saúde.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O SISVAN não se limita à prescrição medicamentosa. Seu objetivo principal é a vigilância e a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Embora a identificação de carências nutricionais possa levar à suplementação (como ferro ou vitamina A), o sistema é focado no acompanhamento do padrão alimentar e na prevenção de doenças crônicas e desnutrição por meio da dieta.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa define com precisão a aplicação clínica dos marcadores de consumo alimentar. Na APS, esses formulários identificam a frequência de consumo de alimentos in natura, minimamente processados e ultraprocessados. Esses dados permitem que a equipe de saúde (médicos, enfermeiros e nutricionistas) realize um diagnóstico do comportamento alimentar do paciente e ofereça orientações dietéticas personalizadas, baseadas nas necessidades e vulnerabilidades detectadas.

Alternativa (c) Incorreta. O SISVAN é composto por dois pilares: o monitoramento antropométrico (peso e altura) e o monitoramento do consumo alimentar. A questão trata especificamente dos marcadores de consumo; portanto, restringir o sistema apenas aos dados de peso e altura ignora a parte da avaliação qualitativa da dieta que o sistema propõe.

Alternativa (d) Incorreta. Embora os fatores socioeconômicos influenciem diretamente a segurança alimentar e nutricional, os marcadores de consumo do SISVAN têm como foco direto o que o indivíduo ingere (amamentação, consumo de frutas, legumes, bebidas açucaradas, etc.). O objetivo é avaliar o padrão da dieta e não apenas a condição financeira do paciente, embora ambos os dados possam se complementar na análise da saúde da família.

---

### Questão 98

A questão aborda conceitos de Saúde Coletiva e Geografia da Saúde aplicados à Nutrição e Medicina Preventiva, focando em como o ambiente urbano influencia os hábitos alimentares da população.

Alternativa (a) Pântano alimentar: Incorreta. O termo pântano alimentar (food swamp) descreve regiões onde há uma oferta excessiva de alimentos de alta densidade energética e baixo valor nutricional, como redes de fast-food e lojas de conveniência, que "afogam" as poucas opções saudáveis existentes. No caso clínico, a queixa principal não é a abundância de porcarias, mas sim a falta física de locais para comprar vegetais.

Alternativa (b) Oásis alimentar: Incorreta. Este conceito é o oposto do relatado. O oásis alimentar refere-se a áreas onde há fácil acesso, grande disponibilidade e

preços acessíveis de alimentos frescos e saudáveis, como feiras e hortas comunitárias.

Alternativa (c) Deserto alimentar: Correta. O termo deserto alimentar (food desert) define áreas geográficas (urbanas ou rurais) onde o acesso a alimentos saudáveis, frescos e nutritivos (como frutas, legumes e verduras) é restrito ou inexistente devido à falta de estabelecimentos comerciais próximos, como sacolões, feiras e supermercados. A paciente descreve exatamente esse cenário: a mudança para um bairro onde não há infraestrutura de abastecimento, o que a impede de manter sua dieta rica em vegetais.

Alternativa (d) Ilhas de abundância: Incorreta. Este não é um termo técnico padronizado na literatura de políticas de saúde pública e segurança alimentar para descrever a carência de alimentos. O foco da questão é a terminologia correta para a escassez de oferta de itens in natura.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 99

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000, estabelece critérios técnicos e diretrizes para garantir a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à gestante e ao recém-nascido. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. De acordo com as normas do PNHPN, o número mínimo de consultas de pré-natal estabelecido é de 6 consultas (e não 12). A recomendação padrão é que ocorra preferencialmente uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Alternativa b) Incorreta. A prevenção do tétano neonatal é um dos pilares da assistência pré-natal. A vacina antitetânica (ou a dose de reforço, caso necessário) é fundamental e obrigatória para gestantes que não possuem esquema vacinal completo ou atualizado, visando à proteção do binômio mãe-filho.

Alternativa c) Correta. O PNHPN define que, para uma assistência de qualidade, é necessária a captação precoce da gestante, o que tecnicamente é descrito como o início do pré-natal até o 4º mês de gestação (16ª semana). Além disso, a avaliação do risco gestacional deve ser um processo dinâmico e contínuo, realizado obrigatoriamente na primeira consulta e reavaliado em todos os atendimentos subsequentes, garantindo que gestantes de alto risco sejam identificadas e referenciadas adequadamente.

Alternativa d) Incorreta. Embora a redução da mortalidade seja o objetivo final de qualquer política de saúde materno-infantil, a alternativa confunde um "resultado esperado" com as "ações necessárias" para a execução da estratégia. Além disso, a mortalidade infantil total (especialmente o componente pós-neonatal) é muito influenciada por fatores externos, como saneamento e nutrição, enquanto a mortalidade materna e a perinatal são os indicadores mais sensíveis e específicos para avaliar a qualidade da assistência obstétrica direta preconizada pelo PNHPN.

### Questão 100

Para compreender a questão, o ponto fundamental é o tempo decorrido entre a exposição e a realização do teste. O paciente teve contato sexual na noite anterior, mas o teste rápido já resultou positivo. O período de incubação da sífilis varia de 10 a 90 dias, com média de 3 semanas. Portanto, é biologicamente impossível que o teste tenha se tornado positivo devido ao contato ocorrido há menos de 24 horas. O resultado positivo indica uma infecção adquirida anteriormente, da qual o paciente pode não ter ciência.

Alternativa A: Incorreta. Na sífilis primária, a lesão cutânea (cancro duro) geralmente surge antes de os testes sorológicos se tornarem reagentes. O teste treponemal (como o teste rápido) costuma positivar cerca de 7 a 10 dias após o surgimento da lesão. Como o paciente não tem lesão e o contato foi muito recente, o diagnóstico de sífilis primária decorrente desse último contato está descartado.

Alternativa B: Incorreta. O teste rápido é um teste treponemal, que possui alta especificidade. Falsos-positivos associados a doenças autoimunes, como Lúpus Eritematoso Sistêmico e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, são clássicos nos testes não treponemais (como o VDRL), e não nos testes treponemais. Um teste rápido positivo é um forte indicativo de que o paciente tem ou já teve sífilis.

Alternativa C: Incorreta. A punção liquórica para investigação de neurosífilis não está indicada de rotina para pacientes assintomáticos sem histórico prévio documentado. Ela é reservada para pacientes com sintomas neurológicos, oculares ou auditivos, ou em casos de falha terapêutica comprovada e alguns casos de sífilis terciária.

Alternativa D: Correta. Como o teste rápido positivo não pode ser atribuído ao contato da noite anterior, ele reflete uma infecção prévia. Na ausência de sinais e sintomas (lesões), o quadro é classificado como sífilis latente (que pode ser recente ou tardia). O teste rápido positivo indica que o indivíduo teve contato com o *Treponema pallidum* em algum momento da vida. Para definir se a infecção é

atual/ativa ou se é uma cicatriz sorológica de um tratamento antigo, é necessário realizar um teste não treponemal quantitativo (VDRL) e correlacioná-lo com a história clínica detalhada. O FTA-Abs também é um teste treponemal e ajudaria na confirmação diagnóstica caso houvesse dúvida sobre a veracidade do teste rápido inicial.

---