



SES

GABARITO | 2026 | RJ | 60 Questões



Gabarito: SES

2026 | RJ

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

Comentários e Explicações

Questão 1

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO E LABORATORIAL

A paciente apresenta um quadro clínico de anemia (cansaço, tontura, palidez) e uma causa clara para tal condição: o fluxo menstrual intenso (hipermenorreia) nos últimos anos, que gera perda sanguínea crônica. O laboratório revela uma anemia microcítica (VCM 72 fL) e hipoproliferativa (reticulócitos normais). O perfil de ferro é decisivo: ferro sérico baixo, TIBC (capacidade total de ligação de ferro) elevado e ferritina muito baixa (8 ng/mL). A ferritina é o marcador mais sensível e específico para avaliar as reservas de ferro, sendo que valores abaixo de 30 ng/mL são altamente sugestivos de deficiência de ferro.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Anemia por doença crônica: Incorreta. Nesta condição, a anemia costuma ser normocítica e normocrômica. O ferro sérico até pode estar baixo, mas o TIBC costuma estar baixo ou normal, e a ferritina geralmente está normal ou elevada, pois ela se comporta como um reagente de fase aguda, refletindo um sequestro de ferro nos estoques, e não a ausência dele.

b) Anemia ferropriva: Correta. É a causa mais comum de anemia no mundo e se encaixa perfeitamente no perfil da paciente: perda sanguínea crônica (menstruação), microcitose, ferro sérico baixo, TIBC elevado (tentativa do organismo de captar mais ferro) e ferritina baixa (esgotamento das reservas).

c) Talassemia menor: Incorreta. É um importante diferencial para microcitose, porém, na talassemia, o perfil de ferro costuma ser normal. O ferro sérico e a ferritina não estão reduzidos e o TIBC não se altera. O número de hemácias costuma ser desproporcionalmente alto para o grau da anemia (índice de Mentzer baixo), o que não foi sugerido aqui.

d) Anemia sideroblástica adquirida: Incorreta. Este é um grupo de anemias caracterizado pela utilização defeituosa do ferro, resultando em sobrecarga do metal. Laboratorialmente, observaríamos ferro sérico e ferritina elevados, e não reduzidos.

e) Deficiência de vitamina B12: Incorreta. A carência de B12 causa anemia megaloblástica, que se caracteriza por ser uma anemia macrocítica, ou seja, o VCM estaria elevado (geralmente acima de 100 fL), ao contrário do VCM de 72 fL apresentado pela paciente.

Questão 2

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de hipercalemia grave (potássio sérico de 6,8 mEq/L) com repercussão eletrocardiográfica importante (ondas T apiculadas e alargamento do complexo QRS). A presença de alterações no ECG indica risco iminente de arritmias letais, como fibrilação ventricular ou assistolia. Além disso, o paciente apresenta lesão renal aguda (elevação da creatinina de 1,4 para 2,5 mg/dL), provavelmente agravada pelo uso de Enalapril e Espironolactona, que são poupadores de potássio.

O tratamento da hipercalemia com alteração no ECG deve seguir três etapas fundamentais:

1. Estabilização da membrana miocárdica (para evitar a parada cardíaca).
2. Redistribuição do potássio para o meio intracelular (medidas de "shift").
3. Remoção definitiva do excesso de potássio do organismo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A furosemida promove a excreção renal de potássio, mas seu efeito é lento e depende da função renal residual, que está comprometida neste paciente. Não protege o coração contra as arritmias imediatas.

Alternativa b) Incorreta. Suspender medicamentos e restringir a dieta são medidas de longo prazo. Diante de um ECG com QRS alargado, aguardar 12 horas sem intervenção farmacológica imediata coloca a vida do paciente em risco extremo.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta preconizada para emergências hipercalemicas:

- Gluconato de cálcio IV: Estabiliza a membrana do cardiomiócito (antagoniza o efeito do potássio no potencial de ação), sendo a primeira medida a ser feita quando o ECG está alterado.
- Insulina regular com glicose IV: Promove a entrada de potássio para dentro das células de forma rápida.
- Bicarbonato de sódio IV: Auxilia no deslocamento intracelular do potássio, especialmente útil em pacientes com acidose (pH 7,28).
- Diálise: É o tratamento definitivo para remover o potássio em pacientes com insuficiência renal ou casos refratários às medidas clínicas.

Alternativa d) Incorreta. Embora a acidose contribua para a hipercalemia, o uso isolado de bicarbonato não é suficiente para tratar um potássio de 6,8 com alteração de ECG. Ele não substitui a necessidade de estabilização da membrana com cálcio.

Alternativa e) Incorreta. Beta-agonistas inalatórios ajudam na entrada de potássio para a célula, mas nunca devem ser usados como terapia isolada em casos graves com alteração eletrocardiográfica. Além disso, em doses altas, podem causar taquicardia e palpitações, o que já é uma queixa do paciente.

Gabarito: Letra (c).

Questão 3

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de choque séptico. Ele possui um foco infeccioso definido (pneumonia), hipotensão arterial persistente e hiperlactatemia (lactato de 4,5 mmol/L) mesmo após a reposição volêmica inicial adequada de 30 mL/kg de cristaloides. De acordo com as diretrizes internacionais da Surviving Sepsis Campaign, o choque séptico é definido pela necessidade de vasopressores para manter a Pressão Arterial Média (PAM) maior ou igual a 65 mmHg e lactato sérico maior que 2 mmol/L, após a reanimação volêmica.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Manter apenas a reposição volêmica em um paciente que já recebeu o volume inicial recomendado e permanece hipotenso aumenta o risco de sobrecarga hídrica, edema pulmonar e disfunção orgânica. O atraso no início da droga vasoativa está associado a maior mortalidade.

Alternativa (b) Correta. A norepinefrina é o vasopressor de primeira escolha no choque séptico. Ela possui potente ação alfa-1 agonista, promovendo vasoconstrição e aumento da resistência vascular periférica, além de efeito beta-1 moderado, auxiliando no débito cardíaco. O objetivo é atingir uma PAM de pelo menos 65 mmHg para garantir a perfusão tecidual adequada, enquanto se monitora a resposta clínica e laboratorial (como a queda do lactato).

Alternativa (c) Incorreta. A dopamina caiu em desuso como droga de primeira linha porque está associada a um maior índice de arritmias e maior mortalidade em subgrupos de choque séptico quando comparada à norepinefrina. O conceito de dose renal de dopamina para proteção do parênquima renal não tem base em evidências científicas sólidas.

Alternativa (d) Incorreta. A fenilefrina é um agonista alfa-1 puro e não é recomendada como droga de primeira escolha. Seu uso é limitado a cenários

específicos, como arritmias graves induzidas por outras catecolaminas ou em estados de débito cardíaco comprovadamente elevado com hipotensão refratária.

Alternativa (e) Incorreta. Administrar apenas bolus adicionais de cristaloides pode ser prejudicial. No choque séptico, ocorre vasoplegia (perda do tônus vascular), e o uso de vasopressores é essencial para restaurar a pressão de perfusão. O lactato é um marcador de hipoperfusão, e sua normalização depende da restauração da pressão arterial e do fluxo sanguíneo, o que exige o uso de norepinefrina neste caso.

Questão 4

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro típico de cancro mole (ou cancroide), causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*. Os pontos-chave para o diagnóstico são a presença de múltiplas úlceras, a dor local intensa, o fundo necrótico/purulento das lesões e a presença de adenopatia inguinal dolorosa que evolui com supuração (fistulização por orifício único).

Alternativa a: Incorreta. Na sífilis primária, a úlcera (cancro duro) é geralmente única, tem bordas delimitadas e fundo limpo, além de ser indolor. A adenopatia da sífilis também não é dolorosa e não é supurativa. O quadro descrito de dor e necrose é incompatível com o *Treponema pallidum*.

Alternativa b: Incorreta. O herpes genital cursa com vesículas agrupadas que evoluem para úlceras pequenas, rasas e dolorosas. Embora a dor esteja presente, o herpes não apresenta o fundo necrótico profuso nem a adenopatia supurativa característica do cancro mole.

Alternativa c: Incorreta. No linfogranuloma venéreo (LGV), causado pela *Chlamydia trachomatis*, a lesão inicial é pequena, indolor e fugaz, muitas vezes nem sendo notada pela paciente. O destaque do LGV é a linfonodomegalia inguinal que fistuliza por vários orifícios (aspecto em crivo ou regador). Além disso, o tratamento de escolha para LGV é a doxiciclina por 21 dias.

Alternativa d: Correta. A apresentação clínica de múltiplas úlceras dolorosas de fundo sujo com adenopatia inguinal que flutua e supura é patognomônica de cancro mole. O tratamento preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para ISTs inclui azitromicina 1g por via oral em dose única como primeira linha. O ciprofloxacino é uma alternativa terapêutica.

Alternativa e: Incorreta. Em casos de úlceras genitais, a conduta deve ser imediata. O tratamento precoce é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e

aliviar os sintomas, não havendo justificativa para conduta expectante em pacientes sintomáticos com forte suspeita de infecção bacteriana.

Questão 5

O caso clínico apresenta um homem de 42 anos com uma cefaleia de forte intensidade, unilateral e orbitária, acompanhada de sinais autonômicos (lacrimejamento e rinorreia) e agitação motora. O padrão temporal de crises diárias que ocorrem em períodos de algumas semanas (salvas) e desaparecem por meses é característico.

ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é Cefaleia em Salvas (Cluster Headache). Esta condição faz parte do grupo das cefaleias trigêmeino-autonômicas e possui características marcantes que a diferenciam de outras cefaleias primárias:

1. Sexo: Mais comum em homens.
2. Localização e Intensidade: Unilateral, periocular ou retro-orbitária, com dor lancinante de altíssima intensidade.
3. Sintomas Autonômicos: Lacrimejamento, rinorreia, congestão nasal, miose ou ptose ipsilaterais à dor.
4. Comportamento: O paciente apresenta agitação motora (anda de um lado para o outro), ao contrário da migrânea, na qual o paciente prefere o repouso absoluto.
5. Periodicidade: As crises duram de 15 a 180 minutos e ocorrem em agrupamentos (salvas) que duram semanas, frequentemente no mesmo horário (ritmo circadiano).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Na migrânea (enxaqueca), o paciente geralmente apresenta náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. As características clínicas principais que afastam essa opção são a agitação motora e os sintomas autonômicos exuberantes. Além disso, o tratamento profilático com betabloqueadores não é a primeira linha para cefaleia em salvas (na qual se usa preferencialmente o verapamil).

Alternativa b) Incorreta. A cefaleia tensional é tipicamente bilateral, de intensidade leve a moderada, com caráter compressivo (em peso ou aperto). Não apresenta sintomas autonômicos nem a intensidade incapacitante descrita no caso.

Alternativa c) Correta. O quadro é clássico de cefaleia em salvas. O manejo da crise aguda requer terapias de ação rápida, pois a dor é intensa e atinge o pico em poucos minutos. As opções padrão-ouro são a oxigenoterapia a 100% com máscara de alta concentração (fluxo de 12 L/min) ou o uso de sumatriptano por via subcutânea. Triptanos por via oral não são recomendados na fase aguda desta patologia devido

ao início de ação lento.

Alternativa d) Incorreta. A neuralgia do trigêmeo caracteriza-se por dores em choque, paroxísticas, de curtíssima duração (segundos), geralmente desencadeadas por gatilhos como tocar o rosto, mastigar ou escovar os dentes. Não costuma causar lacrimejamento ou agitação motora prolongada.

Alternativa e) Incorreta. O paciente nega aura e os sintomas descritos (rinorreia, lacrimejamento e agitação) não fazem parte dos critérios diagnósticos da enxaqueca com aura. O tratamento com AINEs costuma ser insuficiente para a intensidade da dor na cefaleia em salvas.

GABARITO: Letra (c).

Questão 6

Análise do caso clínico:

A paciente é uma mulher jovem que apresenta um quadro clínico e laboratorial clássico de lúpus eritematoso sistêmico (LES). Ela preenche múltiplos critérios de classificação (EULAR/ACR): manifestações cutâneas (rash malar fotossensível), mucosas (úlceras orais), articulares (artralgias), hematológicas (anemia, leucopenia e plaquetopenia, caracterizando pancitopenia) e renais (creatinina de 1,8 mg/dL e proteinúria de 2 g/24h). Além disso, a imunologia é fortemente positiva, com FAN de alto título, anti-DNA de dupla hélice positivo e consumo de complemento (C3 e C4 reduzidos), o que indica atividade de doença, especialmente renal.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. A paciente apresenta lúpus com atividade orgânica grave. A presença de proteinúria acima de 500 mg/24h e a elevação da creatinina indicam nefrite lúpica (provavelmente classes III ou IV). Nesses casos, a conduta padrão é a terapia de indução para evitar a perda definitiva da função renal, utilizando pulsoterapia com corticosteroides (geralmente metilprednisolona) associada a um agente imunossupressor de maior potência, como a ciclofosfamida ou o micofenolato de mofetila.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico não é de lúpus limitado à pele. A paciente apresenta manifestações sistêmicas graves, incluindo citopenias hematológicas e, principalmente, disfunção renal significativa. A hidroxicloroquina é um medicamento fundamental para todos os pacientes com LES, mas não é suficiente para tratar uma nefrite lúpica ou o quadro hematológico apresentado.

Alternativa c) Incorreta. O quadro é de lúpus em franca atividade. O anti-DNA positivo e a queda de complemento (C3 e C4) são marcadores biológicos de atividade da doença, possuindo alta relevância prognóstica e indicando maior risco de dano renal iminente. O acompanhamento clínico apenas seria negligência diante da insuficiência renal aguda/subaguda instalada.

Alternativa d) Incorreta. A anticoagulação é o tratamento para a síndrome antifosfolípide (SAF) em casos de trombose ou complicações gestacionais. Embora o LES e a SAF possam coexistir, não há relato de eventos trombóticos ou presença de anticorpos antifosfolípidos no enunciado. O problema central da paciente é a inflamação sistêmica pelo lúpus e a nefrite, que exigem imunossupressão, e não anticoagulação.

Alternativa e) Incorreta. Embora infecções possam cursar com alterações hematológicas e renais, o conjunto de sintomas (rash malar, úlceras, artralgia) somado aos anticorpos específicos (anti-DNA e FAN) e ao consumo de complemento confirma o diagnóstico de LES. Tratar apenas com antibióticos atrasaria o início do tratamento imunossupressor necessário para conter a agressão autoimune aos rins.

Questão 7

O quadro clínico descreve um paciente com crises tônico-clônicas generalizadas clássicas, caracterizadas por perda súbita de consciência, fase tônica (rigidez), fase clônica (movimentos rítmicos), liberação esfíncteriana e período pós-ictal (confusão mental). O eletroencefalograma (EEG) com descargas epileptiformes generalizadas ratifica o diagnóstico de epilepsia generalizada primária ou idiopática.

Alternativa (a) Incorreta: A carbamazepina é um fármaco de primeira linha para crises de início focal (antigamente chamadas de crises parciais). Em casos de epilepsia generalizada, a carbamazepina pode ser ineficaz ou até agravar certos tipos de crises, como crises de ausência e mioclonias, que frequentemente coexistem em síndromes generalizadas.

Alternativa (b) Incorreta: A fenitoína também é voltada principalmente para crises focais e crises tônico-clônicas com início focal. Ela não é a droga de escolha para epilepsias generalizadas primárias devido ao seu espectro de ação e ao perfil de efeitos colaterais em longo prazo.

Alternativa (c) Correta: O valproato de sódio (ácido valproico) é considerado o padrão-ouro e a droga de primeira escolha para pacientes com epilepsia generalizada. Por ser um anticonvulsivante de amplo espectro, ele é extremamente eficaz no controle de crises tônico-clônicas, crises de ausência e crises mioclônicas.

Em pacientes do sexo masculino, como parece ser o caso (ou em mulheres fora da idade fértil), sua indicação é ainda mais robusta devido à sua superioridade na taxa de remissão das crises.

Alternativa (d) Incorreta: A etossuximida possui um espectro de ação muito restrito. Ela é indicada especificamente para o tratamento de crises de ausência (comuns na infância) e não possui eficácia clínica contra crises tônico-clônicas generalizadas.

Alternativa (e) Incorreta: A lamotrigina é, sim, uma opção para o tratamento de epilepsias generalizadas e é frequentemente a primeira escolha para mulheres em idade fértil devido ao menor risco teratogênico comparado ao valproato. No entanto, ela não é superior ao valproato em termos de eficácia no controle de crises generalizadas; estudos clínicos (como o estudo SANAD) demonstraram que o valproato é mais eficaz que a lamotrigina no controle de crises em síndromes generalizadas.

Questão 8

Causa mais provável: Tontura multissensorial do idoso.

A questão apresenta um paciente idoso com queixa de instabilidade crônica ao caminhar, que se agrava em condições de baixa luminosidade e na ausência de vertigem rotatória ou sintomas auditivos. Esse quadro é clássico da tontura multissensorial, também conhecida como presbiastasia.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é a causa mais comum de vertigem em idosos, porém manifesta-se tipicamente como episódios breves de vertigem rotatória (sensação de que tudo gira) desencadeados por movimentos da cabeça, como deitar-se ou virar na cama. O exame padrão-ouro, a manobra de Dix-Hallpike, foi negativo neste paciente, e ele nega o componente rotatório da tontura.

Alternativa b) Incorreta. A neurite vestibular é uma condição aguda, geralmente precedida por infecção viral, que causa vertigem súbita e intensa, náuseas e vômitos, durando dias. O quadro deste paciente é crônico (3 meses) e caracterizado por desequilíbrio e instabilidade, não por uma crise vertiginosa aguda de longa duração.

Alternativa c) Incorreta. Embora o uso de hidroclorotiazida (diurético) possa predispor à hipotensão ortostática, os sintomas dessa condição ocorrem especificamente ao mudar da posição sentada ou deitada para a posição em pé, frequentemente

descritos como escurecimento visual ou sensação de desmaio iminente (pré-síncope). O paciente da questão relata instabilidade ao caminhar com dependência visual, o que sugere um déficit de integração sensorial e não apenas uma queda pressórica postural.

Alternativa d) Correta. A tontura multissensorial do idoso decorre do declínio fisiológico e cumulativo de múltiplos sistemas responsáveis pelo equilíbrio: a visão, o sistema vestibular e a propriocepção (sensibilidade profunda). Com o envelhecimento, pequenos déficits em cada um desses sistemas dificultam a manutenção da postura. A piora em ambientes pouco iluminados é um dado patognomônico, pois o idoso, já com déficits vestibulares e proprioceptivos, passa a depender excessivamente da visão (apoio visual) para manter o equilíbrio.

Alternativa e) Incorreta. A Doença de Ménière é caracterizada por uma tríade clássica: crises recorrentes de vertigem rotatória, perda auditiva flutuante e zumbido (ou plenitude auricular). O paciente negou expressamente qualquer perda auditiva ou zumbido, além de não apresentar o componente de vertigem rotatória, o que afasta essa hipótese diagnóstica. Além disso, o Ménière costuma ter início em idades mais jovens.

Questão 9

Diagnóstico: Doença de Alzheimer (DA).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A demência frontotemporal costuma acometer pacientes em faixas etárias mais precoces (geralmente antes dos 65 anos). Suas variantes principais manifestam-se inicialmente com alterações marcantes de personalidade e comportamento (desinibição, apatia, perda de empatia) ou distúrbios de linguagem. Diferente do caso relatado, a memória episódica costuma estar relativamente preservada nas fases iniciais.

Alternativa B (Incorreta): A demência vascular tem, classicamente, uma evolução "em degraus" (pioras súbitas seguidas de períodos de estabilidade). Está fortemente associada a fatores de risco cardiovascular e episódios prévios de AVC. No exame físico, é comum encontrar déficits neurológicos focais (motores ou sensitivos), e a neuroimagem revelaria lesões isquêmicas ou hemorrágicas, não apenas atrofia cortical.

Alternativa C (Correta): O caso descreve o quadro clínico típico da Doença de Alzheimer, a causa mais comum de demência em idosos. As características principais

presentes são: início insidioso, progressão lenta, déficit proeminente de memória episódica (memória recente) e prejuízo funcional (dificuldade em tarefas complexas). A atrofia cortical difusa com predomínio têmporo-parietal na tomografia é um marcador clássico da doença, refletindo a degeneração de estruturas como o hipocampo e o córtex entorrinal.

Alternativa D (Incorreta): A demência com corpos de Lewy apresenta uma tríade característica composta por parkinsonismo (rigidez, bradicinesia), alucinações visuais detalhadas/vívidas e flutuação do nível de consciência/atenção. O caso afirma que o exame neurológico não mostra sinais motores e não descreve alucinações, o que torna esse diagnóstico improvável.

Alternativa E (Incorreta): No comprometimento cognitivo leve (CCL), o paciente apresenta um declínio cognitivo maior do que o esperado para sua idade e escolaridade, porém esse declínio não é grave o suficiente para comprometer de forma significativa as atividades de vida diária ou a independência do indivíduo. A paciente em questão já apresenta perda de autonomia em tarefas complexas e desorientação, o que preenche critérios para demência.

Questão 10

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro clássico de Anorexia Nervosa, caracterizado por IMC baixo (16 kg/m^2), restrição alimentar severa e distorção da imagem corporal. Os achados de bradicardia, hipotensão ortostática e presença de lanugo (pelos finos que surgem como resposta fisiológica à desnutrição) indicam um estado de desnutrição grave. As alterações laboratoriais, especificamente a hipocalcemia ($2,8 \text{ mEq/L}$) e a hipomagnesemia ($1,3 \text{ mg/dL}$), são sinais de alerta críticos, pois aumentam o risco de arritmias cardíacas e morte súbita.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA: A terapia nutricional agressiva inicial é perigosa devido ao risco da Síndrome de Realimentação (Refeeding Syndrome). Quando um paciente gravemente desnutrido recebe carga calórica excessiva subitamente, ocorre um pico de insulina que desloca eletrólitos (fósforo, potássio e magnésio) do meio extracelular para o intracelular, o que pode causar colapso cardiovascular, edema e convulsões. O ganho ponderal deve ser lento e monitorado.

b) INCORRETA: Os antidepressivos ISRS (como a fluoxetina) têm pouca ou nenhuma eficácia em pacientes com IMC muito baixo. O cérebro desnutrido não possui os

substratos necessários (como o triptofano) para a síntese adequada de serotonina, tornando a medicação ineficaz na fase aguda. O tratamento principal é a reabilitação nutricional e a psicoterapia especializada.

c) CORRETA: Esta é a conduta inicial padrão-ouro. Diante de instabilidade clínica (bradicardia, hipotensão e distúrbios eletrolíticos), a prioridade é a estabilização médica imediata. A correção dos eletrólitos previne eventos cardíacos fatais. O suporte nutricional deve ser gradual para evitar a Síndrome de Realimentação e o acompanhamento multidisciplinar é obrigatório para tratar a complexidade biopsicossocial da patologia.

d) INCORRETA: A indicação de internação não é baseada apenas na recusa do tratamento. Existem critérios médicos objetivos para hospitalização, como instabilidade hemodinâmica, arritmias, hipocalcemia grave refratária ou risco de suicídio. A paciente do caso já apresenta critérios de instabilidade (hipotensão e bradicardia) que justificariam a internação independentemente da sua vontade.

e) INCORRETA: Esperar o IMC atingir níveis ainda menores (abaixo de 15 kg/m²) para intervir seria negligência clínica. A gravidade da anorexia nervosa é determinada não apenas pelo IMC, mas pela velocidade da perda de peso e pelas complicações clínicas apresentadas. A paciente já apresenta sinais de sofrimento orgânico grave (elevação de TGO/TGP e distúrbios eletrolíticos) que exigem intervenção imediata.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve uma paciente com episódios súbitos e paroxísticos de ansiedade intensa, acompanhados de sintomas autonômicos exuberantes (palpitações, sudorese, tremores, dispneia) e sintomas cognitivos característicos (medo de morrer ou de enlouquecer). A duração breve (15 minutos) e o comportamento subsequente de evitar locais públicos por medo de novas crises (esquiva fóbica/agorafobia) são marcos diagnósticos fundamentais. A normalidade dos exames laboratoriais e do ECG afasta causas orgânicas imediatas, como disfunções tireoidianas, arritmias ou distúrbios hidroeletrólíticos.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se por uma ansiedade crônica, persistente e "flutuante", que dura a maior parte dos dias por pelo menos 6 meses, sobre diversos eventos ou atividades. Não se manifesta por ataques súbitos de pânico com medo de morte iminente. Além disso, o

uso de benzodiazepínicos em monoterapia contínua não é o tratamento padrão-ouro devido ao risco de dependência e tolerância.

Alternativa B (Correta): O diagnóstico é Transtorno de Pânico. Segundo o DSM-5, ele caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente com novos ataques ou mudanças desadaptativas no comportamento (como evitar lugares públicos). O tratamento de primeira linha são os antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Como os ISRS demoram de 2 a 4 semanas para iniciar o efeito terapêutico, o uso associado de benzodiazepínicos por curto prazo (2 a 4 semanas) pode ser recomendado para o controle sintomático agudo e para melhorar a adesão do paciente.

Alternativa C (Incorreta): Na Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social), o medo central é o de ser julgado, humilhado ou avaliado negativamente em situações sociais. No caso clínico, a paciente evita lugares públicos não pelo julgamento alheio, mas pelo medo de ter uma crise de pânico e não conseguir socorro ou escape (agorafobia). Além disso, o tratamento farmacológico é frequentemente indicado em casos moderados a graves.

Alternativa D (Incorreta): A hipoglicemia pode causar sintomas adrenérgicos (palpitação, tremor, sudorese), mas o quadro de medo de enlouquecer e a esquia fóbica crônica são tipicamente psiquiátricos. Além disso, os exames laboratoriais normais descartam distúrbios metabólicos recorrentes como causa primária.

Alternativa E (Incorreta): O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) envolve a presença de obsessões (pensamentos intrusivos e persistentes) e/ou compulsões (comportamentos repetitivos para reduzir a ansiedade), que não estão presentes no relato. A clomipramina é um antidepressivo tricíclico eficaz no TOC e no pânico, mas não é a primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos colaterais (anticolinérgicos, risco cardiovascular) quando comparada aos ISRS.

Questão 12

Análise do caso clínico: Trata-se de uma paciente de 82 anos, hipertensa e com artrose, apresentando um quadro de quedas recorrentes (três episódios em um ano). O exame físico é a chave para a questão, pois demonstra instabilidade postural e alterações na marcha, enquanto descarta fraqueza muscular e déficits neurológicos focais.

Alternativa a: Incorreta. A arritmia cardíaca geralmente causa queda por síncope (perda súbita e transitória da consciência). A paciente nega síncope, palpitações ou

sintomas sugestivos. Além disso, a instabilidade postural observada no exame físico direciona o diagnóstico para um problema de equilíbrio, e não para um evento cardiovascular súbito.

Alternativa b: Incorreta. Embora a sarcopenia e a fraqueza muscular sejam causas comuns de quedas em idosos frágeis, o enunciado afirma explicitamente que a paciente possui força preservada ao exame físico. Portanto, esta não pode ser considerada a causa principal neste caso específico.

Alternativa c: Incorreta. O déficit vestibular periférico (como na labirintopatia) manifesta-se tipicamente com vertigem, que é a sensação rotatória de movimento. A paciente negou expressamente a ocorrência de vertigem.

Alternativa d: Correta. As alterações de marcha e equilíbrio são consideradas um dos Gigantes da Geriatria (Instabilidade Postural). No idoso, essas alterações raramente têm uma causa única, sendo multifatoriais: envolvem a degeneração de sistemas sensoriais (visão, propriocepção), redução dos reflexos de retificação, além de comorbidades como a artrose de joelhos citada, que limita a mobilidade e altera a biomecânica. O exame físico confirmou marcha lenta e insegura, além de instabilidade, que são os fatores de risco mais prováveis e determinantes para as quedas recorrentes descritas.

Alternativa e: Incorreta. O próprio enunciado descarta esta opção ao informar que não há déficit neurológico focal ao exame físico, o que afasta a hipótese de sequelas de AVC ou outras doenças neurológicas localizadas como causa da instabilidade.

Questão 13

Esta questão exige o conhecimento das propriedades físicas e biológicas dos fios de sutura mais utilizados na prática cirúrgica. O enunciado descreve três características fundamentais do fio escolhido: ser sintético, absorvível e manter a força tênsil por cerca de 3 semanas com baixa reação inflamatória.

Análise das alternativas:

a) Poliglactina 910 (Vicryl): CORRETA. É um fio sintético e multifilamentar (trançado). Sua absorção ocorre por hidrólise, o que garante uma reação inflamatória tecidual mínima em comparação aos fios de origem orgânica. Em termos de resistência, a Poliglactina 910 mantém aproximadamente 50% de sua força tênsil na terceira semana pós-operatória, sendo ideal para o fechamento de aponeuroses em cirurgias eletivas nas quais se busca um suporte mecânico temporário, mas prolongado o suficiente para a cicatrização inicial.

b) Catgut simples: INCORRETA. O catgut é um fio de origem natural (submucosa de intestino de ovelha ou serosa de intestino de boi). Por ser uma proteína estranha, induz uma intensa reação inflamatória e sua absorção é feita por proteólise enzimática, o que torna o processo imprevisível. Além disso, o catgut simples perde sua força tênsil muito rapidamente, geralmente entre 7 a 10 dias, sendo considerado um fio de curta duração.

c) Polipropileno: INCORRETA. Embora seja um fio sintético com mínima reação inflamatória, o polipropileno é um material não absorvível. Ele permanece no organismo indefinidamente, a menos que seja removido. É muito utilizado em suturas vasculares e intradérmicas, mas não preenche o critério de ser "absorvível" solicitado no enunciado.

d) Seda: INCORRETA. A seda é um fio de origem natural (proteína da larva do bicho-da-seda). É classificada tecnicamente como um fio não absorvível, embora sofra uma degradação lenta ao longo de anos. Além disso, por ser uma fibra natural e multifilamentar, provoca uma reação inflamatória tecidual significativa, o que contraria as características mencionadas pelo cirurgião.

e) Poliéster: INCORRETA. O poliéster é um fio sintético multifilamentar de alta resistência, porém é não absorvível. É frequentemente utilizado em cirurgias cardíacas ou ortopédicas nas quais se deseja uma força permanente, não se encaixando no perfil de fio absorvível de média duração descrito na questão.

Portanto, a Poliglactina 910 é a única opção que reúne todas as propriedades citadas: origem sintética, absorção por hidrólise (baixa inflamação) e manutenção da força tênsil adequada para o período de 3 semanas.

Questão 14

A alternativa correta é a letra (a).

Esta questão avalia o conhecimento sobre o manejo das vias aéreas em pacientes vítimas de queimaduras e lesão por inalação. O ponto central é identificar sinais de alerta que indicam a necessidade de intervenção imediata para evitar a obstrução completa das vias respiratórias.

Alternativa (a): Está correta. A presença de fuligem na orofaringe, rouquidão (mencionada no quadro clínico) e estridor (mencionado na alternativa) são sinais clínicos de lesão térmica das vias aéreas superiores. Em vítimas de incêndio em locais fechados, o edema de glote e epiglote é progressivo e pode ocorrer

rapidamente. A intubação orotraqueal precoce é a conduta de escolha para garantir a perviabilidade da via aérea antes que o edema torne a intubação tecnicamente impossível.

Alternativa (b): Está incorreta. A oferta de oxigênio por máscara de alto fluxo é uma medida de suporte importante, mas não trata nem previne a obstrução física causada pelo edema inflamatório das vias superiores. Além disso, a saturação de oxigênio normal pode ser enganosa em casos de intoxicação por monóxido de carbono (frequente em incêndios), pois o oxímetro de pulso não diferencia a oxi-hemoglobina da carboxi-hemoglobina.

Alternativa (c): Está incorreta. A cricotireoidostomia não é a primeira escolha. A via aérea definitiva de escolha é a intubação orotraqueal. O acesso cirúrgico (cricotireoidostomia) é reservado para situações de exceção, quando a intubação orotraqueal falha ou não é possível de ser realizada (cenário de "não intubo, não ventilo").

Alternativa (d): Está incorreta. Embora a nebulização possa ser utilizada em protocolos específicos para lesões de vias aéreas inferiores ou broncoespasmo, ela não é o tratamento inicial de escolha diante de sinais de obstrução de via aérea superior em um queimado. O foco principal deve ser assegurar a via aérea mecanicamente através da intubação.

Alternativa (e): Está incorreta. A observação passiva é contraindicada na presença de sinais de alerta (fuligem, rouquidão, estridor). O edema de via aérea em queimados é dinâmico e evolutivo. Aguardar a instalação de sinais de hipoxemia ou desconforto respiratório grave pode significar que a janela de oportunidade para uma intubação segura já passou, aumentando drasticamente o risco de morte ou necessidade de via aérea cirúrgica de emergência.

Questão 15

Esta questão aborda os critérios de indicação para a cirurgia bariátrica no Brasil, que são regidos pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Para responder corretamente, é necessário conhecer os pontos de corte de IMC e as condições associadas.

Análise da paciente: Mulher de 36 anos com IMC de 37 kg/m² e sem comorbidades relatadas.

Alternativa (a) Incorreta: Para pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² (Obesidade Grau II), a indicação cirúrgica não é automática. Segundo as normas do CFM, nessa

faixa de peso, a cirurgia só é indicada se houver a presença de pelo menos uma comorbidade relacionada à obesidade que seja agravada pelo excesso de peso. A indicação baseada apenas no IMC, independentemente de doenças associadas, é reservada para pacientes com IMC maior ou igual a 40 kg/m² (Obesidade Grau III).

Alternativa (b) Incorreta: O valor de IMC de 45 kg/m² não é o limite estabelecido para indicação independente. O critério atual define que pacientes com IMC a partir de 40 kg/m² já possuem indicação formal para o procedimento, mesmo que não apresentem outras doenças, devido ao alto risco cardiovascular e metabólico que esse grau de obesidade impõe.

Alternativa (c) Correta: Esta é a alternativa que reflete exatamente a norma técnica. Como a paciente possui IMC de 37 kg/m², ela se enquadra na categoria de Obesidade Grau II. Para que a cirurgia seja autorizada e indicada com segurança, é indispensável que ela apresente alguma comorbidade que tenha o tratamento otimizado pela perda ponderal, como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono, dislipidemia, doenças ortopédicas graves ou esteatose hepática, entre outras listadas pelo CFM.

Alternativa (d) Incorreta: A idade acima de 18 anos não é um critério absoluto e impeditivo. A Resolução do CFM permite a realização da cirurgia em jovens entre 16 e 18 anos, desde que haja uma avaliação criteriosa de uma equipe multidisciplinar e que os riscos e benefícios sejam discutidos com os responsáveis. Em casos ainda mais excepcionais, crianças e adolescentes abaixo de 16 anos podem ser operados após autorização especial e avaliação de juntas médicas.

Alternativa (e) Incorreta: O tratamento clínico prévio é um requisito fundamental para a indicação da cirurgia bariátrica. O paciente deve demonstrar que tentou o tratamento conservador (que inclui dieta, atividade física e acompanhamento médico e psicológico) por um período mínimo (geralmente dois anos), sem sucesso na manutenção da perda de peso ou no controle das comorbidades, antes de ser submetido a um procedimento invasivo e definitivo.

Questão 16

A resolução dessa questão depende do conhecimento da anatomia da região inguinal e da relação das hérnias com os vasos femorais e o ligamento inguinal.

Análise do Caso:

O ponto-chave do enunciado é a localização anatômica da massa: "medial à veia femoral". O canal femoral, que é o local de passagem das hérnias femorais, situa-se abaixo do ligamento inguinal e tem como limites a veia femoral lateralmente e o

ligamento lacunar medialmente. Portanto, qualquer protrusão que ocorra medialmente à veia femoral no espaço subinguinal é, por definição, uma hérnia femoral.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A hérnia inguinal direta ocorre acima do ligamento inguinal, através de uma fraqueza na fáscia transversalis no triângulo de Hesselbach. Sua referência anatômica principal é ser medial aos vasos epigástricos inferiores, e não especificamente em relação à veia femoral no canal femoral.

b) Incorreta. A hérnia inguinal indireta ocorre através do anel inguinal interno, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Assim como a direta, ela se localiza acima do ligamento inguinal.

c) Correta. A hérnia femoral (ou crural) projeta-se através do canal femoral. Este canal está localizado abaixo do ligamento inguinal e a massa herniária posiciona-se caracteristicamente medial à veia femoral. Embora seja mais comum em mulheres, pode ocorrer em homens, especialmente em idosos, e apresenta alto risco de encarceramento devido à rigidez das estruturas ao redor do anel femoral.

d) Incorreta. A hérnia umbilical ocorre através do anel umbilical, na linha média do abdome, não tendo relação com a região inguinal ou os vasos femorais.

e) Incorreta. A hérnia epigástrica ocorre na linha alba, entre o apêndice xifoide e o umbigo, sendo uma falha na aponeurose da linha média, sem relação com a anatomia inguinal descrita.

Questão 17

O rastreamento do câncer colorretal (CCR) passou por atualizações importantes nos últimos anos. Tradicionalmente, o início era recomendado aos 50 anos para a população de risco médio (indivíduos assintomáticos e sem histórico familiar). No entanto, devido ao aumento da incidência de CCR em adultos mais jovens, as principais diretrizes internacionais (como a American Cancer Society e a USPSTF) e as diretrizes brasileiras (como as da Sociedade Brasileira de Coloproctologia e da SOBED) reduziram a idade de início para 45 anos.

A seguir, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento, por definição, é realizado em indivíduos assintomáticos com o objetivo de identificar lesões precursoras (pólipos

adenomatosos) ou câncer em estágio inicial. Se houver sintomas, o procedimento deixa de ser rastreio e passa a ser investigação diagnóstica.

Alternativa b) Incorreta. Aos 60 anos, o benefício do rastreamento já é amplamente consolidado, mas iniciá-lo apenas nesta idade resultaria na perda de diagnósticos precoces em uma parcela significativa da população. O início deve ocorrer muito antes.

Alternativa c) Incorreta. Embora o teste de sangue oculto nas fezes (preferencialmente o FIT — Teste Imunoquímico Fecal) seja um método válido de rastreamento anual, a idade de 50 anos mencionada nesta alternativa está em processo de substituição pela recomendação de 45 anos nas diretrizes mais atuais, o que torna a alternativa (e) mais precisa conforme as atualizações recentes.

Alternativa d) Incorreta. A colonoscopia não é o único método validado; existem alternativas não invasivas, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes (anual), a retossigmoidoscopia e a colonografia por tomografia. Além disso, para indivíduos de risco médio com exame normal, o intervalo recomendado de repetição da colonoscopia é de 10 anos, e não 5 anos.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa reflete a recomendação mais atual das sociedades médicas. O início aos 45 anos para a população geral (risco médio) visa reduzir a morbimortalidade pelo câncer colorretal. As diretrizes permitem que o rastreio seja feito tanto por métodos estruturais/visuais (como a colonoscopia) quanto por testes baseados em fezes (não invasivos), respeitando a preferência do paciente e a disponibilidade de recursos.

Questão 18

Análise Clínica do Caso:

O paciente apresenta um quadro clássico de Isquemia Arterial Aguda (IAA) de membro inferior direito, caracterizado pelos 5 ou 6 Ps: Pain (dor), Pallor (palidez), Pulselessness (ausência de pulso), Paresthesia (parestesia), Paralysis (paralisia) e Poikilothermia (resfriamento). A instalação súbita e a presença de Fibrilação Atrial (FA) sugerem fortemente uma etiologia embólica: um trombo se formou no átrio esquerdo e embolizou para a circulação periférica, obstruindo o fluxo sanguíneo subitamente.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O quadro é agudo (instalação súbita), e não crônico. A

doença arterial obstrutiva crônica apresenta-se tipicamente com claudicação intermitente, dor em repouso de longa data e alterações tróficas de instalação lenta, o que difere totalmente do caso descrito.

Alternativa b) Incorreta. Placas estáveis de aterosclerose causam estreitamento progressivo da artéria (quadro crônico). A obstrução arterial aguda ocorre ou por embolia (como no caso da FA deste paciente) ou por trombose sobre uma placa preexistente que se tornou instável. Em pacientes com FA e sem histórico de claudicação prévia, a embolia é a causa mais provável.

Alternativa c) Incorreta. O quadro clínico é nitidamente arterial (membro pálido, frio e sem pulsos). O Doppler venoso avalia o sistema venoso e seria útil na suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP), que se manifesta com edema, calor e cianose, e não com ausência de pulsos e palidez. O diagnóstico diferencial pode ser feito clinicamente.

Alternativa d) Correta. Diante da suspeita clínica de Isquemia Arterial Aguda, a conduta inicial imediata é a anticoagulação plena, geralmente com heparina não fracionada endovenosa. Isso serve para evitar a propagação do trombo (crescimento do coágulo para ramos distais e proximais) e proteger a microcirculação enquanto se planeja a intervenção definitiva (cirurgia ou trombólise). A anticoagulação não deve aguardar exames de imagem se a suspeita for alta.

Alternativa e) Incorreta. A trombólise intra-arterial é uma das opções terapêuticas, mas não é a regra para todos os casos. Ela é geralmente reservada para quadros de isquemia menos graves (Rutherford I ou IIa) e com tempo de evolução mais longo ou em oclusões de enxertos. Em casos de embolia com isquemia grave e ameaça imediata ao membro, a embolectomia cirúrgica com cateter de Fogarty costuma ser a escolha mais rápida e eficaz. Além disso, o tempo de evolução é determinante para a escolha da conduta.

Questão 19

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro clássico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) de longa data (pirose e regurgitação), que evoluiu com sinais de alarme: perda de peso e disfagia progressiva. Esses sinais sugerem fortemente uma complicação mecânica ou neoplásica, como estenose péptica ou adenocarcinoma de esôfago.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O carcinoma epidermoide (ou escamocelular) de esôfago

está mais relacionado ao tabagismo e ao etilismo. Ele é o tipo histológico mais comum no mundo, mas, nos países ocidentais, o adenocarcinoma tem apresentado um crescimento expressivo. É o adenocarcinoma, e não o epidermoide, que possui forte associação com a obesidade e o refluxo crônico.

Alternativa b) Incorreta. A esofagite erosiva crônica é o principal fator de risco para o desenvolvimento do Esôfago de Barrett. O Barrett, por sua vez, é uma condição pré-neoplásica que pode evoluir para displasia e, posteriormente, para o adenocarcinoma de esôfago. Portanto, existe, sim, um risco de evolução para neoplasia.

Alternativa c) Incorreta. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) não deve ser feita como rastreamento anual para todos os pacientes com pirose. Ela está indicada em pacientes com sinais de alarme (como os apresentados por este paciente: perda de peso e disfagia), em homens com mais de 50 anos com sintomas crônicos de refluxo e outros fatores de risco (obesidade, história familiar), ou em casos refratários ao tratamento inicial. O rastreamento anual indiscriminado não tem custo-benefício e não é recomendado pelas diretrizes.

Alternativa d) Incorreta. Se a pirose é leve e bem controlada com Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), a tendência é manter o tratamento clínico. As indicações clássicas para o tratamento cirúrgico (funduplicatura) incluem: pacientes que não desejam fazer uso crônico de medicação, pacientes com efeitos colaterais aos IBPs, sintomas persistentes de regurgitação volumosa (que não responde bem ao IBP) ou complicações da DRGE, como estenoses recorrentes.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a história natural da complicação neoplásica da DRGE. O refluxo crônico leva à substituição do epitélio escamoso original por um epitélio colunar metaplásico (Esôfago de Barrett), que é o principal precursor do adenocarcinoma de esôfago. No caso clínico apresentado, o histórico de pirose de longa data somado aos sintomas atuais de disfagia e perda de peso aponta diretamente para essa patologia.

Questão 20

Análise do caso clínico:

O paciente em questão apresenta hematúria macroscópica indolor, de início súbito, em uma faixa etária de alerta (45 anos) e com carga tabágica significativa (30 maços-ano). Este é o cenário clássico que obriga o médico a investigar neoplasia do trato urinário, sendo o carcinoma urotelial (câncer de bexiga) a principal suspeita.

Alternativa A (Correta): Hematúria macroscópica indolor em um paciente tabagista é um dos sinais de alerta mais importantes na urologia. O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de bexiga. De acordo com os protocolos das sociedades de urologia (como a AUA e a EAU), a investigação com cistoscopia é mandatária nesses casos para a visualização direta da mucosa vesical, permitindo o diagnóstico de tumores que podem ser omitidos por exames de imagem.

Alternativa B (Incorreta): A ultrassonografia de rins e vias urinárias é um exame útil para avaliar o parênquima renal e hidronefrose, mas possui baixa sensibilidade para detectar tumores vesicais pequenos ou planos (como o carcinoma in situ). Portanto, ela não substitui a avaliação endoscópica (cistoscopia) na investigação de hematúria macroscópica em pacientes de risco.

Alternativa C (Incorreta): A idade de 45 anos associada a uma carga tabágica elevada coloca o paciente em um grupo de alta probabilidade para neoplasia. As diretrizes recomendam a investigação completa em pacientes acima de 35 a 40 anos com hematúria macroscópica, independentemente de a idade ser considerada jovem em outros contextos.

Alternativa D (Incorreta): A causa mais comum de hematúria macroscópica indolor em adultos com perfil de risco (idade e tabagismo) são as neoplasias urológicas. As glomerulopatias costumam se manifestar mais frequentemente com hematúria microscópica, proteinúria, edema ou hipertensão, e não estão diretamente ligadas ao tabagismo como fator causal primário.

Alternativa E (Incorreta): O dismorfismo eritrocitário e a proteinúria são achados característicos de hematúria de origem glomerular (nefrológica). O quadro clínico de hematúria macroscópica súbita em um ex-fumante sugere fortemente uma origem urológica (extraglomerular), onde os eritrócitos são isomórficos (mantêm sua forma normal) e não costuma haver proteinúria isolada.

Questão 21

Análise do caso clínico:

O paciente idoso apresenta pneumonia associada a sinais de disfunção orgânica e instabilidade hemodinâmica. O quadro clínico atual é de choque séptico, uma vez que houve hipotensão refratária à expansão volêmica inicial (30 mL/kg), necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média (PAM) acima de 65 mmHg e lactato elevado (5 mmol/L).

Alternativa a: Correta. Segundo o consenso internacional Sepsis-3, o choque séptico é definido clinicamente pela necessidade de vasopressores para manter a PAM maior

ou igual a 65 mmHg e pela presença de lactato sérico maior que 2 mmol/L (18 mg/dL), após a reposição volêmica adequada. O paciente do enunciado preenche exatamente esses critérios.

Alternativa b: Incorreta. A noradrenalina é a droga de primeira escolha no choque séptico. Seu uso deve ser iniciado precocemente quando a expansão volêmica não é suficiente para manter a PAM alvo, visando garantir a pressão de perfusão nos órgãos vitais. O risco de isquemia periférica existe em doses muito elevadas, mas o benefício na sobrevida e na perfusão esplâncnica e renal supera esse risco.

Alternativa c: Incorreta. O uso de corticoides (como a hidrocortisona) não é indicado para todos os pacientes com sepse ou no diagnóstico inicial do choque. Ele é reservado apenas para casos de choque séptico refratário, ou seja, pacientes que permanecem instáveis hemodinamicamente mesmo após expansão volêmica vigorosa e uso de doses moderadas a altas de vasopressores.

Alternativa d: Incorreta. A recomendação atual para reanimação volêmica inicial na sepse é o uso de cristaloides (como Ringer Lactato ou Soro Fisiológico 0,9%), na dose de 30 mL/kg. O uso de solução salina hipertônica a 7,5% não possui evidência de superioridade e não é recomendado como conduta de primeira linha.

Alternativa e: Incorreta. No protocolo histórico de terapia guiada por metas (Early Goal-Directed Therapy), o objetivo de saturação venosa central (ScvO₂) era de, no mínimo, 70%. O valor de 80% está incorreto. Além disso, estudos recentes (como ProCESS e ARISE) mostraram que o manejo baseado em metas fixas de ScvO₂ não é obrigatório, sendo a avaliação da perfusão clínica e a redução do lactato os parâmetros mais utilizados atualmente.

Questão 22

O quadro clínico apresentado é clássico de uma síndrome de obstrução intestinal. A paciente possui fatores de risco (cirurgia abdominal prévia), sintomas típicos (dor, distensão, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes) e achados físicos característicos.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento inicial da obstrução intestinal não é invariavelmente cirúrgico. Em casos de obstrução intestinal alta por bridas (aderências), que é a principal suspeita para esta paciente, o manejo inicial costuma ser conservador. Este inclui jejum, decompressão gástrica com sonda nasogástrica, hidratação venosa e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. A cirurgia é reservada

para casos de falha do tratamento clínico ou quando há sinais de estrangulamento (sofrimento de alça).

Alternativa b) Incorreta. A radiografia simples de abdome (em pé e deitado) e a radiografia de tórax são exames fundamentais e geralmente os primeiros a serem solicitados. Elas possuem alto valor diagnóstico, permitindo identificar distensão de alças, níveis hidroaéreos e presença de pneumoperitônio, além de ajudar a diferenciar a obstrução alta (delgado) da baixa (cólon).

Alternativa c) Incorreta. Em adultos, a causa mais comum de obstrução do intestino delgado são as bridas ou aderências decorrentes de cirurgias prévias (como a histerectomia da paciente). As hérnias encarceradas aparecem como a segunda causa mais frequente. Já na obstrução do intestino grosso (cólon), a causa principal é o câncer colorretal.

Alternativa d) Incorreta. A parada de eliminação de gases e fezes é um sinal de interrupção do trânsito intestinal que pode ocorrer tanto em obstruções do intestino delgado (após o esvaziamento da porção distal ao obstáculo) quanto em obstruções colônicas. Não é um achado exclusivo da obstrução do cólon.

Alternativa e) Correta. Este é o achado fisiopatológico clássico da obstrução mecânica. No início do quadro obstrutivo, o intestino aumenta o peristaltismo na tentativa de vencer o obstáculo físico, o que gera ruídos hidroaéreos aumentados, metálicos ou em surtos. Isso diferencia a obstrução mecânica do íleo parálítico (obstrução funcional), no qual os ruídos hidroaéreos estão reduzidos ou ausentes devido à falta de motilidade intestinal.

Em resumo, a presença de dor abdominal, distensão e o aumento dos ruídos hidroaéreos (peristaltismo de luta) em uma paciente com cicatriz cirúrgica prévia aponta fortemente para um diagnóstico de obstrução intestinal mecânica por bridas.

Questão 23

A questão aborda o manejo do traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado (Glasgow 9-13) em um paciente com contusão cerebral parenquimatosa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A indicação de craniectomia descompressiva ou de drenagem cirúrgica de uma contusão depende do volume da lesão (geralmente $> 20-30 \text{ cm}^3$), do efeito de massa (desvio de linha média $> 5 \text{ mm}$) e da deterioração neurológica. Uma contusão de 15 mm em um paciente estável (Glasgow 13) sem desvio de linha média

tem indicação inicial de tratamento conservador e observação rigorosa.

b) Incorreta. O uso profilático de anticonvulsivantes (como fenitoína ou levetiracetam) é indicado nos primeiros 7 dias após o trauma em pacientes com lesões estruturais cerebrais (como contusões, hematomas ou fraturas com afundamento) para prevenir crises precoces, que poderiam agravar a lesão secundária.

c) Incorreta. A ruptura da artéria meníngea média está classicamente associada ao hematoma extradural (epidural), que ocorre no espaço entre a dura-máter e o crânio. A contusão cerebral é uma lesão do parênquima cerebral decorrente de forças de aceleração e desaceleração (mecanismo de golpe e contragolpe).

d) Correta. Contusões cerebrais são lesões dinâmicas. Nas primeiras 24 a 48 horas, é comum o fenômeno de expansão da lesão ou aumento do edema perilesional (conhecido como efeito de "florescimento" ou blossoming), o que pode levar à deterioração clínica. Por isso, a reavaliação clínica frequente e a repetição da tomografia de crânio em 12-24 horas são condutas padrão no manejo desses pacientes.

e) Incorreta. Vômitos são sintomas comuns no TCE e indicam a necessidade de realização de tomografia de crânio (conforme critérios de Brasília ou New Orleans), mas não são, por si sós, indicativos de intervenção cirúrgica imediata. A cirurgia é decidida com base no estado neurológico e nos achados radiológicos de efeito de massa.

Questão 24

O quadro clínico descrito — trauma de alta energia, insuficiência respiratória grave (cianose e saturação de 70%), murmúrio vesicular abolido e hipersonoridade à percussão, associados a sinais de choque (hipotensão e taquicardia) — é patognomônico de pneumotórax hipertensivo. O diagnóstico é estritamente clínico e a intervenção deve ser imediata.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a manutenção da via aérea com proteção cervical seja o primeiro passo do ABCDE do trauma, o paciente está consciente e falando, o que indica que a via aérea está pérvia no momento. O problema principal está no B (respiração/ventilação). Além disso, realizar a intubação orotraqueal (ventilação por pressão positiva) em um paciente com pneumotórax hipertensivo sem antes realizar a descompressão pode piorar rapidamente o estado hemodinâmico e levar à parada

cardiorrespiratória.

Alternativa b) Incorreta. De acordo com o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), a sequência prioritária é o ABCDE. Problemas ventilatórios com risco iminente de morte, como o pneumotórax hipertensivo, são abordados no B, antes da avaliação definitiva da circulação no C. Embora o choque hemorrágico seja uma causa comum de morte, neste caso o choque é obstrutivo, causado pela compressão do coração e grandes vasos devido à pressão intrapleurar elevada.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é clínico. Não se deve aguardar exames de imagem, como radiografia de tórax ou FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), para iniciar o tratamento. A demora para realizar o exame pode ser fatal para o paciente.

Alternativa d) Incorreta. A conduta clássica de reposição com múltiplos litros de cristalóide (2 litros ou mais) caiu em desuso. Atualmente, preconiza-se a ressuscitação volêmica parcimoniosa (geralmente 1 litro de cristalóide) e o uso precoce de hemoderivados em casos de choque hemorrágico. No entanto, o choque deste paciente é primariamente obstrutivo, e a prioridade é aliviar a pressão intratorácica.

Alternativa e) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para o pneumotórax hipertensivo. O tratamento imediato consiste na descompressão torácica para converter o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples. O ATLS 10 sugere a descompressão com agulha (toracocentese) no quinto espaço intercostal, na linha axilar anterior (ou no segundo espaço na linha hemiclavicular em crianças). Imediatamente após a descompressão manual, deve-se realizar a drenagem torácica fechada em selo d'água para o tratamento definitivo.

Questão 25

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica de pequenos e médios vasos, cuja complicação mais temida é a formação de aneurismas nas artérias coronárias. O principal objetivo do tratamento na fase aguda (até o 10º dia de febre) é reduzir a inflamação sistêmica e prevenir essas lesões coronarianas.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. A Imunoglobulina Humana Intravenosa (IGIV) é o padrão-ouro e a base do tratamento da Doença de Kawasaki na fase aguda. A administração precoce (idealmente entre o 5º e o 10º dia de febre) na dose de 2 g/kg em infusão única reduz drasticamente a incidência de aneurismas coronários (de

aproximadamente 25% para menos de 5%). Geralmente é associada ao Ácido Acetilsalicílico (AAS), que possui papel anti-inflamatório inicial e antiagregante plaquetário posterior.

Alternativa b) Incorreta. O Enalapril é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Embora possa ser utilizado em fases crônicas da doença se houver disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca residual decorrente de infarto prévio ou miocardite grave, ele não tem papel no tratamento da vasculite aguda nem na prevenção de aneurismas.

Alternativa c) Incorreta. O Propranolol é um betabloqueador. Seu uso não está indicado na fase aguda da Doença de Kawasaki. Ele poderia ser considerado em situações específicas de arritmias ou para reduzir o estresse de cisalhamento em aneurismas gigantes já formados em fases tardias, mas nunca como tratamento de primeira linha.

Alternativa d) Incorreta. Os diuréticos (como a furosemida) são utilizados apenas para manejo sintomático se o paciente apresentar insuficiência cardíaca congestiva ou sinais de sobrecarga volêmica decorrentes de uma miocardite aguda associada ao quadro. Eles tratam a consequência, e não a causa da vasculite.

Alternativa e) Incorreta. A Prostaglandina (Alprostadiil) é utilizada em neonatologia para manter a patência do canal arterial em cardiopatias congênitas dependentes do canal. Não possui qualquer aplicação no manejo da Doença de Kawasaki.

Questão 26

Alternativa A (Incorreta): A pesquisa de anticorpos IgM no recém-nascido possui baixa sensibilidade, variando entre 30% e 70%. Isso significa que muitos bebês infectados não apresentam IgM detectável ao nascimento. Além disso, podem ocorrer resultados falsos-positivos devido a interferências como o fator reumatoide, o que impede que a IgM isolada seja usada para confirmação diagnóstica definitiva.

Alternativa B (Incorreta): Como a sensibilidade da IgM é limitada no período neonatal, a sua ausência não exclui a infecção congênita. O padrão-ouro para o diagnóstico ou exclusão da doença é a detecção direta do vírus (por PCR ou cultura) em amostras biológicas coletadas nas primeiras três semanas de vida.

Alternativa C (Incorreta): A detecção do DNA viral por PCR na urina é, na verdade, um dos métodos mais seguros, sensíveis e específicos disponíveis. É considerado, junto com o PCR de saliva, o exame de escolha para o diagnóstico de CMV congênito, uma vez que o vírus é excretado em grandes quantidades pela urina do recém-nascido

infectado.

Alternativa D (Correta): O PCR na saliva é um método excelente para o diagnóstico e triagem, pois é não invasivo, rápido e apresenta sensibilidade e especificidade extremamente elevadas (superiores a 90-95%). Na prática clínica, caso um PCR de saliva resulte positivo, recomenda-se a confirmação com um PCR na urina para descartar resultados falsos-positivos que podem ocorrer se houver DNA do CMV proveniente do leite materno na cavidade oral do lactente no momento da coleta.

Alternativa E (Incorreta): Achados como anemia, plaquetopenia, neutropenia e hiperbilirrubinemia direta (colestase) são manifestações clínicas e laboratoriais comuns em diversas infecções neonatais, especialmente as do grupo TORCH (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes e Sífilis). Portanto, embora sugiram uma infecção congênita, não são específicos para o citomegalovírus.

Questão 27

O osteossarcoma é o tumor ósseo maligno primário mais comum em crianças e adolescentes. Sua fisiopatologia está intimamente ligada aos períodos de crescimento ósseo rápido, razão pela qual o tumor tem predileção pelas metáfises dos ossos longos, regiões onde a atividade osteoblástica e o remodelamento são mais intensos.

Abaixo, a análise de cada alternativa:

Alternativa a) Costela: Incorreta. As costelas não representam um sítio comum para o osteossarcoma. O tumor ósseo primário que mais frequentemente acomete a parede torácica e as costelas na infância é o Sarcoma de Ewing.

Alternativa b) Mandíbula: Incorreta. O osteossarcoma de mandíbula ou maxila é uma variante menos frequente, representando uma pequena parcela dos casos. Geralmente, quando ocorre, acomete pacientes em uma faixa etária um pouco mais elevada do que o osteossarcoma clássico de ossos longos.

Alternativa c) Bacia: Incorreta. O acometimento da bacia é possível, mas ocorre em cerca de 10% dos casos. É uma localização de tratamento complexo e pior prognóstico, mas não é a mais frequente.

Alternativa d) Fêmur: Correta. O fêmur é, isoladamente, o osso mais afetado pelo osteossarcoma. A localização específica mais comum é a metáfise distal do fêmur (região logo acima do joelho). Estatisticamente, cerca de 50% a 60% dos osteossarcomas ocorrem ao redor do joelho, somando-se o fêmur distal e a tíbia

proximal. Portanto, o fêmur é o sítio anatômico principal.

Alternativa e) Vértebras: Incorreta. O envolvimento primário da coluna vertebral por osteossarcoma é raro, incidindo em menos de 5% dos pacientes. A coluna é mais frequentemente local de metástases de outros tumores ou de tumores primários como o cordoma e o osteoblastoma.

Dica para memorização: O osteossarcoma costuma ocorrer perto do joelho (fêmur distal e tíbia proximal) e longe do cotovelo (úmero proximal). O fêmur distal é o campeão de incidência. Radiograficamente, a questão poderia mencionar o Triângulo de Codman (reação periosteal) e a imagem em raios de sol (sunburst), achados típicos nestas localizações.

Questão 28

Esta questão aborda a fisiologia da lactação e as variações na composição do leite humano. Vamos analisar cada alternativa para compreender por que a letra (c) é a correta:

Alternativa (a) Incorreta: O colostro, produzido nos primeiros dias após o parto, é extremamente rico em proteínas (especialmente imunoglobulinas) e minerais, porém possui menor teor de gorduras e lactose do que o leite maduro. Por esse motivo, o leite maduro possui uma densidade calórica maior (aproximadamente 67 a 70 kcal/100 mL) quando comparado ao colostro (aproximadamente 54 a 56 kcal/100 mL).

Alternativa (b) Incorreta: A concentração proteica segue uma curva decrescente ao longo da lactação. O colostro apresenta cerca de 2,3 g/100 mL de proteínas, enquanto o leite maduro apresenta cerca de 0,9 a 1,1 g/100 mL. Essa maior concentração inicial é fundamental para a transferência de imunidade passiva e desenvolvimento do recém-nascido.

Alternativa (c) Correta: Durante uma mesma mamada, a composição do leite se altera. O leite do início da mamada (anterior) é mais fluido e rico em lactose para matar a sede do bebê. À medida que a mama se esvazia, ocorre a liberação do leite posterior, que chega a ter uma concentração de gordura até três a cinco vezes maior que a do leite inicial. Esse aumento progressivo de lipídios é essencial para conferir saciedade à criança e promover o ganho de peso.

Alternativa (d) Incorreta: Existe uma adaptação biológica importante para bebês prematuros. O leite de mães de recém-nascidos pré-termo possui teores mais elevados de proteínas, sódio, cloreto e calorias durante as primeiras semanas em

comparação ao leite de mães de bebês a termo. Essa diferença visa suprir as necessidades metabólicas aceleradas do recém-nascido pré-termo.

Alternativa (e) Incorreta: Como mencionado na análise da alternativa (b), a concentração de proteínas não é constante. Ela é máxima no colostro, diminui no leite de transição e atinge níveis mais baixos e estáveis no leite maduro. Essa variação reflete a mudança nas necessidades do lactente, que inicialmente precisa de alta proteção imunológica e depois de um aporte nutricional voltado para o crescimento.

Questão 29

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os diferentes mecanismos de transmissão das parasitoses intestinais, focando especificamente na via de penetração transcutânea (pela pele).

Alternativa (a) Incorreta: *Enterobius vermicularis*. A transmissão deste helminto, causador da oxiuríase, ocorre principalmente pela ingestão de ovos infectantes presentes em mãos, alimentos, água ou objetos contaminados (via fecal-oral). Também é comum a autoinfecção externa e a retroinfestação, mas o parasita não possui a capacidade de penetrar na pele íntegra para iniciar a infecção.

Alternativa (b) Incorreta: *Hymenolepis nana*. Este é um pequeno cestódeo cuja infecção se dá predominantemente pela ingestão de ovos presentes no ambiente (ciclo direto) ou, menos comumente, pela ingestão de insetos hospedeiros intermediários que contenham a larva cisticercoide. Não há estágio de penetração ativa pela pele no ciclo deste parasita.

Alternativa (c) Incorreta: *Giardia intestinalis*. A *Giardia* é um protozoário flagelado. Sua forma de transmissão é estritamente fecal-oral, ocorrendo pela ingestão de cistos maduros em água ou alimentos contaminados. Protozoários intestinais, em regra, não infectam o hospedeiro por via transcutânea.

Alternativa (d) Correta: *Ancylostoma duodenale*. Este parasita, um dos agentes da ancilostomíase (amarelão), apresenta um ciclo em que os ovos são eliminados nas fezes e eclodem no solo. As larvas passam por estágios evolutivos até atingirem a forma filarioide (L3), que é a forma infectante. Estas larvas penetram ativamente na pele íntegra do hospedeiro (geralmente pelos pés em contato com solo contaminado), atingem a circulação venosa e realizam o ciclo pulmonar antes de se estabelecerem no intestino delgado.

Alternativa (e) Incorreta: *Ascaris lumbricoides*. A infecção pelo *Ascaris* ocorre

exclusivamente pela via oral, através da ingestão de ovos embrionados contendo a larva infectante. Embora as larvas realizem um complexo ciclo de migração tecidual (Ciclo de Loos) após a eclosão no trato digestivo, elas não entram no organismo através da pele.

Questão 30

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve um lactente de 8 meses com um quadro clássico de Exantema Súbito, também conhecido como Roséola Infantil, causado principalmente pelo herpes-vírus humano tipo 6 (HHV-6). O marco patognomônico dessa patologia é a febre alta que desaparece subitamente (defervescência), seguida imediatamente pelo surgimento de um exantema maculopapular rosado.

Alternativa (c) - Correta:

O exantema súbito acomete tipicamente crianças entre 6 e 15 meses de idade. A história clínica de febre alta isolada (38,5 a 39,0 graus) que dura de 2 a 5 dias e cessa abruptamente para dar lugar a um exantema que se inicia no tronco ou pescoço e progride para a face e extremidades é a descrição típica da doença. O bom estado geral da criança no momento do aparecimento das lesões, apesar da febre alta prévia, é um dado fundamental para o diagnóstico.

Alternativa (a) - Incorreta:

No sarampo, o exantema surge no pico da febre (o paciente piora quando as manchas aparecem) e não após o seu desaparecimento. O sarampo apresenta um quadro de comprometimento do estado geral, com sintomas catarrais intensos (tosse, coriza, conjuntivite com fotofobia) e as manchas de Koplik na mucosa oral, que não estão presentes no caso descrito.

Alternativa (b) - Incorreta:

A escarlatina é causada pela toxina do *Streptococcus pyogenes* e é rara em lactentes de 8 meses, sendo mais comum em crianças em idade escolar. O exantema é micropapular e áspero (sensação de pele em lixa) e ocorre de forma concomitante à faringite e à febre. Há também sinais característicos como a língua em framboesa e a palidez perioral (sinal de Filatov).

Alternativa (d) - Incorreta:

O eritema infeccioso, causado pelo Parvovírus B19, manifesta-se classicamente em crianças maiores com o sinal da face esbofetada, seguido por um exantema rendilhado em tronco e membros. Diferente do exantema súbito, a febre costuma ser baixa ou ausente no momento em que as manchas surgem, e não há o relato desse período prévio de febre alta que desaparece subitamente.

Alternativa (e) - Incorreta:

A rubéola apresenta febre baixa e sintomas leves, sendo fortemente marcada pela presença de linfonodomegalia retroauricular, occipital e cervical posterior. O exantema e a febre ocorrem simultaneamente. Além disso, é uma doença atualmente rara em crianças com o calendário vacinal atualizado devido à vacina Tríplice Viral.

Questão 31

A Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido (HPPN) é uma falha na transição circulatória fetal para a neonatal, mantendo a resistência vascular pulmonar elevada. Vamos analisar cada assertiva para entender a lógica do diagnóstico:

Assertiva I: Incorreta. A lógica da oximetria de pulso na HPPN baseia-se no shunt direita-esquerda pelo canal arterial. O sangue pobre em oxigênio sai da artéria pulmonar e entra na aorta descendente após a emergência da artéria subclávia direita. Por isso, a saturação pré-ductal (medida na mão direita) deve ser MAIOR que a saturação pós-ductal (medida nos membros inferiores). O diagnóstico é sugerido quando a saturação pré-ductal é pelo menos 5% a 10% superior à pós-ductal. A assertiva inverteu essa relação ao afirmar que a pós-ductal seria maior.

Assertiva II: Correta. Esta é uma característica clássica da HPPN. O recém-nascido apresenta hipoxemia grave e cianose que não melhora adequadamente com a oferta de oxigênio (teste da hiperóxia negativo). Muitas vezes, ao realizar o raio X de tórax, o médico encontra campos pulmonares limpos ou com alterações mínimas, o que demonstra que a causa da cianose é hemodinâmica (hipertensão vascular e shunt) e não apenas uma doença do parênquima pulmonar.

Assertiva III: Correta. A vasculatura pulmonar desses pacientes é extremamente reativa e instável. Qualquer estímulo externo, como manipulação excessiva, frio, dor ou aspiração de vias aéreas, pode desencadear uma crise de vasoconstrição pulmonar aguda. Isso resulta em quedas súbitas e acentuadas da saturação de oxigênio, fenômeno conhecido como labilidade da oxigenação.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O item I é falso devido à inversão da relação entre as saturações.
- b) Incorreta. Embora o item II esteja correto, o item III também está, tornando a alternativa incompleta.
- c) Incorreta. Embora o item III esteja correto, o item II também está, tornando a

alternativa incompleta.

d) Incorreta. Inclui o item I, que descreve erroneamente o gradiente de oximetria.

e) Correta. Os itens II e III descrevem corretamente o quadro clínico e o comportamento fisiopatológico da HPPN.

Gabarito: Letra (e).

Questão 32

Para a correta avaliação antropométrica na pediatria, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde estabelecem parâmetros técnicos baseados na idade da criança, sendo o marco divisório os 2 anos de idade.

Análise de Otávio (1 ano e 2 meses): Por ser menor de 2 anos, a medida de estatura deve ser realizada obrigatoriamente como comprimento, ou seja, com a criança em decúbito dorsal (deitada) sobre uma superfície firme, utilizando um antropômetro horizontal (infantômetro). O peso deve ser aferido, preferencialmente, em balança pediátrica.

Análise de Ruth (3 anos e 6 meses): Por ter mais de 2 anos, a medida de estatura deve ser realizada na posição ortostática (em pé), utilizando um estadiômetro vertical. O peso pode ser aferido em balança tipo plataforma (adulto).

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Reflete exatamente a norma técnica. Ruth (maior de 2 anos) é medida em pé (estatura), e Otávio (menor de 2 anos) é medido deitado (comprimento) com auxílio do infantômetro.

Alternativa (b) Incorreta: O desenvolvimento da marcha não altera a recomendação técnica da idade. Mesmo que o bebê já ande, se ele tiver menos de 2 anos, a medida padrão para as curvas de crescimento deve ser feita em decúbito dorsal. Se for medida em pé, haveria necessidade de correção matemática do valor obtido, o que não é a conduta de escolha inicial.

Alternativa (c) Incorreta: A balança de adulto é indicada para crianças maiores de 2 anos que conseguem ficar paradas e equilibradas no centro da plataforma. Para Otávio (14 meses), a balança pediátrica (pesa-bebê) é a mais adequada para garantir a precisão da medida.

Alternativa (d) Incorreta: A medição da estatura em pé exige rigorosa padronização postural: a criança deve estar descalça, com calcanhares, nádegas e ombros

encostados no suporte vertical, e a cabeça posicionada no plano de Frankfort (linha imaginária que passa pelo limite inferior da órbita e pelo limite superior do conduto auditivo externo deve estar paralela ao chão).

Alternativa (e) Incorreta: Embora a estatura de Otávio deva ser aferida em decúbito dorsal, ele não deve ser pesado em balança de adulto como rotina, mas sim em balança pediátrica, adequada para sua faixa etária e peso. Além disso, a alternativa (a) é mais completa e correta ao definir as condutas para ambas as crianças conforme os protocolos oficiais.

Questão 33

A questão descreve um recém-nascido pré-termo tardio (36 semanas), com 36 horas de vida, apresentando icterícia visível até a raiz da coxa (o que sugere níveis de bilirrubina indireta em ascensão, zona 3 de Kramer) e dificuldade na amamentação. Para resolver essa questão, devemos analisar os dados clínicos e os mecanismos de icterícia neonatal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incompatibilidade Rh.

Incorreta. A questão informa que a mãe é A+ e o bebê é B+. Para que ocorresse a incompatibilidade Rh (D), a mãe obrigatoriamente teria que ser Rh-negativo e o conceito Rh-positivo. No caso de incompatibilidade ABO (mãe A e bebê B), a apresentação costuma ser mais comum quando a mãe é do tipo O, devido aos anticorpos anti-A e anti-B da classe IgG.

Alternativa b) Aumento da atividade da enzima uridina-difosfato-glicuroniltransferase. Incorreta. A enzima UGT1A1 é responsável pela conjugação da bilirrubina indireta em direta no fígado. Nos recém-nascidos, a atividade dessa enzima é fisiologicamente reduzida (cerca de 1% do nível do adulto), o que contribui para a icterícia. Um aumento da sua atividade, na verdade, reduziria os níveis de icterícia.

Alternativa c) Aumento do nível sérico de albumina.

Incorreta. A albumina é a proteína responsável pelo transporte da bilirrubina indireta no sangue até o fígado. Níveis elevados de albumina não causam icterícia; pelo contrário, uma maior oferta de sítios de ligação para a bilirrubina poderia ajudar no transporte e evitaria que a bilirrubina livre ultrapassasse a barreira hematoencefálica.

Alternativa d) Aumento da captação hepática de bilirrubina indireta.

Incorreta. O aumento da captação hepática (pelas proteínas Y e Z) facilitaria a

depuração da bilirrubina do plasma. Na icterícia neonatal, o que ocorre é uma diminuição dessa captação nos primeiros dias de vida.

Alternativa e) Aumento da circulação entero-hepática.

Correta. O quadro clínico de um bebê com dificuldade na amamentação aponta para a "icterícia do aleitamento materno" (ou icterícia por baixa oferta). Quando o bebê não ingere leite materno em quantidade adequada, ocorre um menor aporte calórico e desidratação relativa, o que reduz o trânsito intestinal. Isso favorece a ação da enzima beta-glicuronidase na luz intestinal, que desconjuga a bilirrubina direta, transformando-a novamente em indireta para ser reabsorvida pela mucosa intestinal e retornar à circulação (circulação entero-hepática). Esse é o principal mecanismo envolvido na icterícia associada à dificuldade de amamentação nas primeiras horas/dias de vida. Além disso, a prematuridade limítrofe (36 semanas) é um fator de risco adicional para o aumento dessa circulação.

Questão 34

A questão aborda a pitíriase versicolor, uma micose superficial muito comum causada por fungos do gênero *Malassezia*. Para identificar a alternativa incorreta, devemos analisar os aspectos diagnósticos e epidemiológicos dessa patologia.

Alternativa a) Correta. A *Malassezia* é um fungo lipofílico que faz parte da microbiota normal da pele. Sua transformação de levedura para a forma patogênica (filamentosa) é favorecida por fatores endógenos e exógenos, como calor, umidade, sudorese excessiva, oleosidade da pele, além de estados que debilitam a imunidade ou alteram a barreira cutânea, como o uso de corticoides e desnutrição.

Alternativa b) Correta. O exame micológico direto (raspado da lesão com hidróxido de potássio a 10-20%) é o padrão-ouro para confirmação diagnóstica. Nele, visualiza-se o aspecto clássico de "espaguete com almôndegas", composto por hifas curtas e grossas (pseudo-hifas) e agrupamentos de leveduras arredondadas.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). Esta é a afirmação falsa. O diagnóstico da pitíriase versicolor é eminentemente clínico e confirmado pelo exame micológico direto ou pela Luz de Wood (fluorescência amarelo-alaranjada). A cultura não é necessária na rotina clínica e, além disso, os fungos do gênero *Malassezia* são lipofílicos, o que significa que eles não crescem em meios de cultura comuns para dermatófitos (como o Ágar Sabouraud simples), exigindo a adição de ácidos graxos (como azeite de oliva) para o seu desenvolvimento em laboratório.

Alternativa d) Correta. O termo "versicolor" refere-se justamente à variação de tonalidade das lesões. Elas podem ser hipocrômicas (mais claras que a pele ao redor,

devido à produção de ácido azelaico pelo fungo, que inibe a melanogênese), hiperocrômicas/acastanhadas ou eritematosas.

Alternativa e) Correta. Como o agente etiológico habita a pele normalmente, as recidivas são extremamente frequentes, ocorrendo em até 60% a 80% dos casos. Por isso, orientações sobre higiene, uso de roupas leves e, em alguns pacientes, o uso profilático de antifúngicos tópicos ou sistêmicos são estratégias comuns no manejo da doença.

Questão 35

O caso clínico apresenta um lactente de 9 meses com quadro clássico de Otite Média Aguda (OMA), caracterizado pelo início súbito de sintomas inflamatórios (febre, irritabilidade, recusa alimentar) e sinais otoscópicos de efusão em orelha média (abaulamento da membrana timpânica).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o tratamento com antibiótico está indicado imediatamente para: 1) Crianças com menos de 6 meses de idade; 2) Crianças entre 6 meses e 2 anos com diagnóstico de OMA confirmada (presença de abaulamento ou otorreia); 3) Crianças de qualquer idade com sintomas graves (dor intensa, febre acima de 39 °C ou sintomas persistentes por mais de 48 horas). Como o paciente tem 9 meses e apresenta membrana timpânica abaulada e febre, a prescrição de antibiótico (amoxicilina é a primeira linha) é a conduta correta.

Alternativa B (Incorreta): A conduta expectante (observação por 48-72 horas apenas com analgésicos) é uma opção segura apenas para crianças acima de 6 meses com sintomas leves e quadro unilateral, ou para crianças acima de 2 anos sem sinais de gravidade. No caso de um lactente de 9 meses com abaulamento e febre, o risco de complicações e a menor taxa de resolução espontânea tornam o uso do antibiótico mandatório.

Alternativa C (Incorreta): A timpanocentese com cultura é um procedimento invasivo reservado para situações específicas, como falha terapêutica após múltiplos esquemas de antibióticos, complicações supurativas (mastoidite), recém-nascidos ou pacientes imunocomprometidos. Não é um exame de rotina para o primeiro episódio de OMA.

Alternativa D (Incorreta): O uso de corticoides orais não faz parte do protocolo de tratamento da OMA. O foco do manejo sintomático deve ser a analgesia com

antitérmicos/analgésicos comuns (paracetamol ou dipirona) ou anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno), associados ao tratamento etiológico (antibiótico).

Alternativa E (Incorreta): A imensa maioria dos casos de OMA é manejada adequadamente pelo pediatra ou médico generalista no pronto atendimento ou ambulatório. O encaminhamento ao otorrinolaringologista é indicado em casos de otites de repetição, suspeita de complicações ou necessidade de procedimentos como a miringotomia. O quadro atual não apresenta sinais de urgência que justifiquem o encaminhamento imediato antes do início do tratamento.

Questão 36

O quadro clínico descrito é clássico da forma perdedora de sal da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC). Os três pilares para o diagnóstico nesta paciente são: 1) Virilização da genitália feminina (clitoromegalia e ausência de testículos, indicando que é uma menina virilizada, e não um menino criptorquídico); 2) Crise adrenal/insuficiência mineralocorticoide (vômitos, desidratação, letargia); e 3) Alterações hidroeletrólíticas características (hiponatremia e hipercalemia).

A deficiência da enzima 21-hidroxilase é a causa de mais de 90% dos casos de HAC. Nesta condição, há um bloqueio na conversão de progesterona em desoxicorticosterona (via da aldosterona) e de 17-OH-progesterona em 11-desoxicortisol (via do cortisol). O acúmulo de precursores é desviado para a via dos androgênios, causando a virilização do feto feminino. A falta de aldosterona leva à perda de sódio (hiponatremia) e à retenção de potássio (hipercalemia), enquanto a falta de cortisol gera o quadro de choque e letargia.

Análise das alternativas:

a) 17-hidroxilase: Incorreta. A deficiência desta enzima impediria a produção de androgênios e cortisol. O resultado seria um excesso de mineralocorticoides, levando à hipertensão arterial e à hipocalemia (o oposto do caso), e genitália feminina impúbere ou ambiguidade em pacientes geneticamente masculinos (não haveria virilização em fêmeas).

b) 21-hidroxilase: Correta. É a enzima que, quando deficiente, explica simultaneamente a genitália ambígua por excesso de androgênios e a crise de perda de sal (hiponatremia e hipercalemia) por deficiência de mineralocorticoides e glicocorticoides.

c) 11 β -hidroxilase: Incorreta. Embora cause virilização por excesso de androgênios, o bloqueio nesta etapa leva ao acúmulo de 11-desoxicorticosterona (DOC), um

mineralocorticoide fraco que causa retenção de sódio e hipertensão arterial. Portanto, o paciente apresentaria hipocalcemia e pressão alta, e não desidratação com hipercalemia.

d) Colesterol desmolase: Incorreta. Esta deficiência (conhecida como Hiperplasia Adrenal Congênita Lipoide) bloqueia a primeira etapa da esteroidogênese, impedindo a formação de qualquer hormônio esteroide. Embora cause crise adrenal grave, não haveria produção de androgênios, logo, uma recém-nascida do sexo feminino apresentaria genitália externa normal, sem virilização.

e) 3β -hidroxiesteroide desidrogenase (3β -HSD): Incorreta. Embora possa causar perda de sal e genitália ambígua, o quadro de virilização em meninas costuma ser leve (apenas discreta clitoromegalia), pois a via de produção de androgênios potentes também está prejudicada. Em meninos, causaria pseudo-hermafroditismo masculino (virilização incompleta). A 21-hidroxilase é muito mais frequente e compatível com a virilização acentuada e o distúrbio eletrolítico grave apresentados.

Questão 37

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

I. CORRETA. Após a ovulação, o corpo lúteo se estabelece e passa a produzir quantidades significativas de progesterona e estradiol. Esses esteroides ovarianos exercem um feedback negativo sobre o hipotálamo e a hipófise, reduzindo a secreção de GnRH e das gonadotrofinas (FSH e LH). Esse mecanismo é fundamental para impedir o recrutamento de novos folículos durante a fase lútea, garantindo que um novo ciclo só se inicie caso não ocorra a fecundação e o corpo lúteo sofra involução.

II. CORRETA. As inibinas são hormônios glicoproteicos produzidos pelas células da granulosa do folículo ovariano. A inibina B é produzida predominantemente na fase folicular inicial e média, enquanto a inibina A é produzida pelo corpo lúteo na fase lútea. Ambas têm a função específica de realizar o retrocontrole (feedback) negativo sobre a secreção de FSH pela hipófise anterior, sem afetar significativamente a secreção de LH.

III. INCORRETA. Embora a descrição hormonal esteja correta (predomínio de estradiol e inibina B), a fase folicular NÃO tem duração fixa. Ela é a fase variável do ciclo menstrual, podendo durar de 7 a 21 dias ou mais, sendo a principal responsável pelas variações no comprimento total do ciclo de uma mulher. A fase que possui duração fixa e previsível de aproximadamente 14 dias (variando entre 12 e 16 dias) é a fase lútea, devido ao tempo de vida funcional do corpo lúteo.

CONCLUSÃO:

A alternativa (d) é a correta porque as assertivas I e II apresentam conceitos fisiológicos exatos sobre o controle hormonal do ciclo menstrual, enquanto a assertiva III erra ao atribuir característica de duração fixa à fase folicular.

Questão 38

A classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para leiomiomas uterinos é fundamental para correlacionar a localização do tumor com a sintomatologia da paciente. O sangramento uterino anormal (SUA) é o sintoma mais comum associado aos miomas que distorcem a cavidade endometrial ou estão em contato direto com ela.

Análise das alternativas:

Alternativa a) CORRETA. Os números 0, 1 e 2 compõem o grupo dos miomas submucosos.

- O tipo 0 é pediculado e totalmente intracavitário.
- O tipo 1 é submucoso com componente intramural menor que 50%.
- O tipo 2 é submucoso com componente intramural maior ou igual a 50%.

Estes miomas aumentam a área de superfície endometrial, causam congestão venosa local e dificultam a contratilidade do miométrio para o controle da hemostasia, sendo os principais causadores de hemorragia.

Alternativa b) INCORRETA. Apesar de incluir o tipo 0, a alternativa apresenta os tipos 4 e 6. O tipo 4 é um mioma intramural puro, que não toca a cavidade. O tipo 6 é subseroso (está na parte externa do útero). Miomas subserosos estão mais associados a sintomas de compressão de órgãos vizinhos (bexiga e reto) ou aumento do volume abdominal, e não a sangramento.

Alternativa c) INCORRETA. Embora apresente os tipos 1 e 2, inclui o tipo 7. O tipo 7 é um mioma subseroso pediculado. Por estar localizado na superfície externa do útero e preso apenas por um pedículo, ele não tem qualquer impacto no fluxo menstrual.

Alternativa d) INCORRETA. O tipo 1 é submucoso, mas os tipos 3 e 5 são menos propensos a causar sangramento importante. O tipo 3 é intramural mas toca o endométrio (sem ser submucoso), e o tipo 5 é subseroso com componente intramural maior ou igual a 50%. O tipo 5, especificamente, tem baixa correlação com sangramento.

Alternativa e) INCORRETA. Esta alternativa agrupa miomas intramurais e subserosos

(3, 4 e 6). Como nenhum destes é submucoso, eles não são os tipos que "mais causam" sangramento uterino anormal quando comparados aos tipos 0, 1 e 2.

Portanto, a alternativa A é a correta por selecionar exclusivamente os tipos submucosos da classificação FIGO.

Questão 39

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. A idade da mulher é o fator isolado mais importante para o sucesso reprodutivo. Com o avançar da idade, ocorre uma diminuição quantitativa e qualitativa dos oócitos (maior taxa de aneuploidias). Esse declínio impacta tanto a fertilidade natural quanto as taxas de sucesso em técnicas de reprodução assistida, como a fertilização in vitro, na qual a taxa de nascidos vivos diminui progressivamente após os 35 anos.

Assertiva II: Correta. A literatura médica estabelece que os fatores de infertilidade são distribuídos de forma equilibrada entre os sexos. Aproximadamente 30% a 40% dos casos são de causa exclusivamente feminina, cerca de 30% são de causa exclusivamente masculina e os demais casos dividem-se entre causas combinadas (ambos os parceiros) e infertilidade sem causa aparente (ISCA). Portanto, afirmar que no mínimo um terço (33%) é de causa masculina está estatisticamente correto.

Assertiva III: Correta. A regularidade menstrual (eumenorreia) é um excelente indicador clínico de ciclos ovulatórios. Mulheres que apresentam ciclos previsíveis, com intervalos entre 25 e 35 dias, têm alta probabilidade de estarem ovulando normalmente devido à integridade do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Na propedêutica inicial básica, se a paciente é eumenorreica, a confirmação laboratorial ou ultrassonográfica da ovulação pode ser dispensada, focando a investigação em outros fatores (como o tubário ou o masculino).

Conclusão: Como todas as assertivas estão corretas, a alternativa correta é a letra (e).

Questão 40

Alternativa A: Incorreta. A Doxíciclina pertence à classe das tetraciclina. Atualmente, consensos internacionais, como os do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e da OMS, indicam que antibióticos que não são indutores enzimáticos, como a doxíciclina, não reduzem a eficácia dos contraceptivos hormonais. A teoria de que eles alterariam a circulação entero-hepática de forma clinicamente relevante é

hoje considerada desprovida de evidência para a maioria dos antibióticos, com exceção das rifamicinas (como a rifampicina).

Alternativa B: Incorreta. O Ácido Valproico é um anticonvulsivante que atua principalmente como inibidor das enzimas do citocromo P450. Diferente de outros anticonvulsivantes, como a fenitoína, o fenobarbital e a carbamazepina, que são indutores enzimáticos e aceleram o metabolismo dos hormônios, o ácido valproico não reduz os níveis séricos dos contraceptivos.

Alternativa C: Incorreta. A Ampicilina, assim como a doxiciclina, é um antibiótico que não possui capacidade de indução enzimática. Estudos clínicos modernos não demonstraram redução significativa nos níveis hormonais ou aumento do risco de gravidez em mulheres usando penicilinas concomitantemente com anticoncepcionais orais.

Alternativa D: Correta. A Tirzepatida é um agonista dos receptores de GIP (peptídeo insulínico dependente de glicose) e GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon 1) utilizado no tratamento do diabetes tipo 2 e da obesidade. Um efeito farmacodinâmico central desta classe é o retardo significativo do esvaziamento gástrico. Esse atraso na motilidade gástrica pode reduzir a velocidade e a extensão da absorção de medicamentos orais. No caso dos contraceptivos hormonais orais, a tirzepatida pode reduzir a concentração máxima (C_{max}) e a exposição total (AUC) dos hormônios, potencialmente comprometendo a eficácia contraceptiva. As recomendações atuais orientam que pacientes que utilizam anticoncepcionais orais devem mudar para um método não oral ou adicionar um método de barreira (como preservativo) por 4 semanas após o início do tratamento e por 4 semanas após cada escalonamento de dose da tirzepatida.

Alternativa E: Incorreta. O Metronidazol não interfere na eficácia dos anticoncepcionais orais. Sua interação medicamentosa mais conhecida e clinicamente relevante na prática médica é com o consumo de álcool, devido ao efeito tipo dissulfiram (antabuse), não havendo interferência no metabolismo ou absorção dos hormônios esteroides presentes nos contraceptivos.

Questão 41

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar a fisiopatologia e a etiologia das principais causas de amenorreia.

Associação entre as colunas:

(2) Síndrome de Asherman: É uma causa anatômica de amenorreia. Caracteriza-se

pela presença de sinéquias (cicatrizes/aderências) dentro da cavidade uterina, geralmente após traumas como curetagens uterinas ou infecções graves (endometrite). Essas aderências impedem o funcionamento normal do endométrio e a saída do fluxo menstrual.

(1) Exercícios físicos intensos e baixo percentual de gordura corporal: São causas de amenorreia hipotalâmica funcional. O estresse físico extremo e a baixa disponibilidade de energia (leptina baixa) provocam a supressão da secreção pulsátil do GnRH pelo hipotálamo. Sem o estímulo do GnRH, não há produção adequada de LH e FSH pela hipófise, levando à ausência de ovulação e menstruação.

(4) Síndrome de Rokitansky: Também conhecida como agenesia mülleriana, é uma causa congênita de amenorreia primária. Ocorre por uma falha no desenvolvimento dos ductos de Müller durante a embriogênese, resultando na ausência de útero, trompas e dos dois terços superiores da vagina, embora os ovários e os caracteres sexuais secundários sejam normais (cariótipo 46,XX).

(3) Síndrome dos ovários policísticos (SOP): É a causa clássica de amenorreia por anovulação crônica. Ocorre um desequilíbrio endócrino com hiperandrogenismo e alteração na relação LH/FSH, o que impede o recrutamento e a maturação folicular adequada, resultando em ciclos anovulatórios.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 2 - 1 - 4 - 3: Esta é a alternativa correta. A sequência obedece exatamente às descrições fisiopatológicas de cada condição citada na Coluna 2 em relação às categorias da Coluna 1.

Alternativa b) 4 - 1 - 2 - 3: Incorreta. Classifica a Síndrome de Asherman como congênita (quando é adquirida por trauma) e a Síndrome de Rokitansky como causa anatômica adquirida (quando é uma malformação congênita).

Alternativa c) 2 - 3 - 4 - 1: Incorreta. Associa exercícios físicos à anovulação (embora a anovulação ocorra, o mecanismo primário é a falha hipotalâmica) e coloca a SOP como causa hipotalâmica, o que está incorreto, pois a SOP é um distúrbio endócrino-metabólico que gera anovulação.

Alternativa d) 4 - 2 - 3 - 1: Incorreta. Troca a causa de Asherman por congênita e coloca a SOP como causa anatômica, o que não faz sentido clínico, já que a SOP não apresenta obstrução física ao fluxo.

Alternativa e) 1 - 2 - 3 - 4: Incorreta. Inverte todas as associações, sugerindo, por

exemplo, que a Síndrome de Asherman é hipotalâmica e que a SOP é anatômica.

Questão 42

O quadro clínico descreve uma paciente de 60 anos, na pós-menopausa há 10 anos, apresentando sintomas clássicos de hipoestrogenismo local: ardor vaginal, dispareunia e, fundamentalmente, infecções urinárias de repetição (cistites recorrentes). O exame físico confirma a atrofia vaginal (parede fina e hipocorada).

O termo atual para essa condição é Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM). A deficiência de estrogênio leva à diminuição da vascularização, perda de colágeno e redução do glicogênio vaginal. Isso resulta em um aumento do pH vaginal e alteração da microbiota (redução de lactobacilos), o que favorece a colonização por patógenos uropatogênicos, explicando as cistites de repetição.

Alternativa a) Correta. A Síndrome Geniturinária da Menopausa engloba tanto os sintomas vaginais quanto os urinários decorrentes da privação estrogênica. O tratamento de escolha para sintomas exclusivamente locais e para a prevenção de cistites recorrentes na pós-menopausa é o estrogênio tópico (creme, óvulo ou anel). O estrogênio local restaura o trofismo, acidifica o pH vaginal e restabelece a flora de Döderlein, reduzindo a incidência de infecções urinárias.

Alternativa b) Incorreta. Embora o termo atrofia urogenital tenha sido muito utilizado, o diagnóstico atual preferencial é SGM. Quanto à conduta, os lubrificantes vaginais apenas reduzem o atrito durante o coito, não tratando a causa fisiopatológica da atrofia nem prevenindo as infecções urinárias.

Alternativa c) Incorreta. A terapia hormonal sistêmica (estradiol e progestogênio) é indicada primordialmente para o tratamento de sintomas vasomotores (fogachos), os quais a paciente nega ter. Para o tratamento isolado da SGM, a via tópica é preferível por ser mais eficaz localmente e apresentar menor absorção sistêmica, minimizando riscos. Além disso, a terapia combinada com progestogênio só é necessária na terapia sistêmica para proteção endometrial; na terapia tópica em doses habituais, o progestogênio não é preconizado.

Alternativa d) Incorreta. Além do erro na escolha da via (estradiol sistêmico não é a primeira escolha para sintomas exclusivamente locais), o uso de estrogênio sistêmico isolado só é permitido em mulheres sem útero (histerectomizadas), o que não foi mencionado no caso.

Alternativa e) Incorreta. O estradiol oral é uma forma de terapia sistêmica. Como a paciente não apresenta sintomas gerais (fogachos) e o objetivo é tratar a mucosa

vaginal e prevenir cistites, a via oral é menos eficiente que a via tópica e expõe a paciente a riscos sistêmicos desnecessários.

Questão 43

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta dois antecedentes obstétricos que definem riscos elevados para a gestação atual:

1. Risco de recorrência de pré-eclâmpsia: Apresentou a condição na primeira gestação com interrupção precoce (32 semanas), o que a classifica como alto risco.
2. Risco de novo parto prematuro espontâneo: Apresentou parto prematuro com 31 semanas na segunda gestação.

Para a prevenção da pré-eclâmpsia, as diretrizes da FEBRASGO e do Ministério da Saúde recomendam o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em dose baixa e carbonato de cálcio. O momento ideal para iniciar essa profilaxia é entre a 12^a e a 16^a semana de gestação.

Para a prevenção do parto prematuro espontâneo em pacientes com antecedente de prematuridade, o padrão-ouro é o uso de progesterona vaginal. Entretanto, o período recomendado para iniciar a progesterona é entre a 16^a e a 24^a semana de gestação.

Como a paciente se encontra na 12^a semana, a conduta terapêutica imediata deve priorizar a profilaxia da pré-eclâmpsia, deixando a prescrição da progesterona para o momento oportuno (a partir da 16^a semana).

Explicação das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O sulfato ferroso é uma suplementação rotineira para prevenir anemia, mas não é o tratamento profilático específico para os riscos de pré-eclâmpsia e prematuridade. A progesterona é indicada para esta paciente, mas o início deve ser na 16^a semana, e não na 12^a.

Alternativa B: Incorreta. O AAS está correto para a prevenção da pré-eclâmpsia, porém a alternativa omite o cálcio, que é essencial no grupo de alto risco. O sulfato ferroso, embora importante na rotina pré-natal, não substitui as profilaxias necessárias para o histórico da paciente.

Alternativa C: Incorreta. Embora contenha as medicações que serão utilizadas pela paciente no futuro, a progesterona não tem indicação de início imediato com 12 semanas de gestação para casos de antecedente de parto prematuro. O foco da

consulta de 12 semanas deve ser a introdução do AAS e do cálcio.

Alternativa D: Correta. Esta é a conduta farmacológica imediata para uma gestante de alto risco para pré-eclâmpsia. O AAS e o carbonato de cálcio devem ser prescritos entre 12 e 16 semanas para que exerçam seu efeito protetor sobre a placentação e a reatividade vascular.

Alternativa E: Incorreta. O AAS está indicado, mas a progesterona está sendo prescrita antes do tempo preconizado pelos protocolos clínicos (16 semanas). Além disso, a alternativa falha ao não incluir a suplementação de cálcio, fundamental para a prevenção de pré-eclâmpsia em populações com baixa ingestão dietética desse mineral.

Questão 44

Análise do caso clínico:

O caso apresenta uma gestante de 34 semanas com quadro de hipertensão arterial (155x105 mmHg). Para diferenciar as síndromes hipertensivas na gestação, devemos observar o momento do surgimento da hipertensão e a presença de proteinúria ou lesão de órgão-alvo. Como a paciente era previamente normotensa e a hipertensão surgiu após a 20ª semana, descartamos hipertensão crônica. O exame de relação proteína/creatinina (P/C) de 0,1 afasta o diagnóstico de proteinúria (que seria maior ou igual a 0,3). Além disso, os exames laboratoriais (plaquetas, creatinina e enzimas hepáticas) estão normais, o que exclui disfunção orgânica.

Diagnóstico e Conduta:

A presença de hipertensão após 20 semanas, sem proteinúria e sem sinais de gravidade, define a Hipertensão Gestacional. O tratamento medicamentoso para controle da pressão arterial nessas condições tem como primeira escolha a metildopa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hipertensão arterial crônica é diagnosticada quando a pressão elevada já existia antes da gravidez ou é detectada antes de 20 semanas de gestação. A paciente tinha pré-natal normal até então. O anlodipino não é a droga de primeira escolha na gestação.

b) Incorreta. Para ser pré-eclâmpsia, deveria haver proteinúria (P/C maior ou igual a 0,3) ou critérios de gravidade com disfunção de órgãos, o que os exames

laboratoriais negam. O sulfato de magnésio é indicado apenas em casos de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

c) Correta. O quadro clínico e laboratorial preenche critérios para hipertensão gestacional (pressão maior ou igual a 140/90 mmHg após 20 semanas e ausência de proteinúria). A metildopa é o anti-hipertensivo padrão de primeira linha para o tratamento de manutenção.

d) Incorreta. Hipertensão transitória é um termo frequentemente usado para hipertensão gestacional que regride no pós-parto (diagnóstico retrospectivo). O nifedipino pode ser usado, mas a metildopa permanece como referência inicial na prática clínica e em provas.

e) Incorreta. A iminência de eclâmpsia exige sinais de gravidade, como pressão arterial maior ou igual a 160/110 mmHg, cefaleia persistente e grave, alterações visuais ou dor abdominal em hipocôndrio direito, geralmente associados a alterações laboratoriais. O quadro da paciente é leve/moderado e os exames estão normais, não havendo indicação de sulfato de magnésio.

Questão 45

Esta questão exige a análise da relação entre a idade da mulher e os resultados reprodutivos, utilizando dois conceitos fundamentais em medicina reprodutiva: a reserva ovariana e a qualidade ovocitária.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Esta afirmação está correta. O primeiro gráfico mostra uma curva ascendente na taxa de abortos espontâneos conforme a idade materna avança, especialmente após os 35 anos. Isso ocorre porque o envelhecimento dos ovócitos aumenta a probabilidade de erros na disjunção cromossômica durante a meiose, levando a uma maior frequência de aneuploidias (como as trissomias), que são a principal causa de abortamento espontâneo.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. A qualidade dos ovócitos refere-se à sua competência para serem fertilizados e gerarem um embrião saudável capaz de evoluir até o parto. O segundo gráfico demonstra que a taxa de nascidos vivos cai significativamente após os 35 anos, refletindo não apenas a dificuldade em engravidar, mas também a dificuldade em manter a gestação até o final devido à piora na qualidade celular do ovócito.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. A mulher já nasce com todo o seu estoque

de folículos, que sofre atresia contínua ao longo da vida. Com o passar dos anos, há uma redução quantitativa (reserva ovariana) e qualitativa desses folículos. Menos folículos disponíveis resultam em menores chances de ovulação bem-sucedida e, conseqüentemente, menores taxas de nascidos vivos, conforme ilustrado no segundo gráfico.

Alternativa d) Esta afirmação está INCORRETA e é o gabarito da questão. O segundo gráfico é específico sobre ciclos de fertilização in vitro (IVF). Ele mostra claramente que a taxa de sucesso do procedimento (nascidos vivos) cai de cerca de 40% em mulheres com menos de 35 anos para menos de 5% em mulheres com mais de 44 anos. Portanto, a idade materna e a qualidade dos ovócitos são, na verdade, os principais fatores determinantes para o sucesso ou fracasso das técnicas de reprodução assistida.

Alternativa e) Esta afirmação está correta. Ao observar ambos os gráficos, nota-se uma mudança drástica de inclinação nas curvas após os 40 anos. A taxa de aborto sobe para níveis próximos a 40-45% e a taxa de nascidos vivos em ciclos de fertilização cai para níveis muito baixos (abaixo de 15% e chegando perto de zero aos 45 anos), caracterizando o declínio acentuado da fertilidade nesse período.

Questão 46

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro de abdome agudo hemorrágico. Os principais pontos que sustentam essa hipótese são: idade fértil, vida sexual ativa, dor abdominal súbita, sangramento vaginal irregular, sinais evidentes de choque hipovolêmico (hipotensão severa de 70x40 mmHg e taquicardia de 128 bpm) e sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca positiva). A ultrassonografia confirma a presença de massa anexial e grande quantidade de líquido livre (hemoperitônio). O uso de DIU, embora seja um excelente método anticoncepcivo, caso apresente falha e ocorra gravidez, esta terá maior risco de ser ectópica. O diagnóstico mais provável é de gravidez ectópica rota.

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. Embora a ressuscitação volêmica seja fundamental, aguardar o resultado de um exame laboratorial, como o beta-hCG, em uma paciente com choque franco e sinais claros de hemoperitônio, retarda o tratamento definitivo e aumenta a mortalidade. O diagnóstico aqui é clínico e ultrassonográfico devido à instabilidade.

b) Correta. Diante de uma paciente com choque hipovolêmico por abdome agudo hemorrágico, a conduta imediata consiste em duas frentes: estabilização

hemodinâmica (ressuscitação volêmica com cristaloides e, se necessário, hemoderivados) e intervenção cirúrgica imediata para controle do sangramento. Em pacientes instáveis hemodinamicamente, a via preferencial é a laparotomia, que permite um acesso mais rápido e seguro para o controle da hemorragia.

c) Incorreta. A videolaparoscopia é o padrão-ouro para o tratamento da gravidez ectópica em pacientes estáveis. No entanto, em pacientes com instabilidade hemodinâmica grave, o pneumoperitônio necessário para a laparoscopia pode reduzir ainda mais o retorno venoso e piorar o estado circulatório. Portanto, a laparotomia é a escolha mais segura para este caso específico.

d) Incorreta. Esta conduta seria direcionada para um quadro infeccioso, como a doença inflamatória pélvica (DIP) ou abscesso tubo-ovariano. Entretanto, a instalação súbita, a presença de choque e o grande volume de líquido livre (sangue) direcionam o diagnóstico para hemorragia, não para sepse de foco ginecológico.

e) Incorreta. A antibioticoterapia isolada não trata a causa-base (hemorragia por ruptura de órgão/anexo) nem a instabilidade hemodinâmica da paciente. O quadro é cirúrgico e não puramente infeccioso.

Questão 47

Análise das Assertivas:

Assertiva I: Incorreta. Em gestantes de risco habitual (baixo risco), a ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais é o método padrão-ouro e deve ser mantida durante todo o trabalho de parto, inclusive no segundo período (fase expulsiva). No primeiro período, a ausculta deve ocorrer a cada 15 a 30 minutos; no segundo período, deve ser mais frequente, a cada 5 a 15 minutos (ou após cada contração). A monitorização eletrônica contínua (cardiotocografia) não é recomendada de rotina para baixo risco, pois está associada a um aumento nas taxas de intervenções cirúrgicas (cesáreas e partos instrumentais) sem melhora comprovada nos desfechos neonatais.

Assertiva II: Correta. As diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que o toque vaginal seja realizado em intervalos de 4 horas em partos de evolução normal. No entanto, esse intervalo pode ser individualizado conforme a necessidade clínica. A recomendação fundamental é limitar o número de exames vaginais ao mínimo necessário para reduzir o risco de infecção ascendente e garantir o conforto da paciente.

Assertiva III: Correta. A liberdade de movimento é um pilar da assistência ao parto

humanizado e baseada em evidências. A parturiente deve ser incentivada a deambular e a adotar posições verticalizadas (sentada, de cócoras, semissentada ou de quatro apoios) conforme sua preferência. Essas posições auxiliam na progressão da descida fetal, podem encurtar o tempo de trabalho de parto e aumentam a satisfação materna em comparação com a posição de litotomia (supina).

Conclusão:

Como as assertivas II e III estão corretas, a alternativa correta é a (d).

Gabarito: Letra (d).

Questão 48

O caso clínico descreve uma amniorrexe prematura (ruptura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto) em uma gestante pré-termo (33 semanas). O diagnóstico é confirmado pelo exame especular, que evidenciou a saída de líquido amniótico pelo colo uterino. Como a paciente está clinicamente estável, sem sinais de infecção (corioamnionite) e o feto apresenta boa vitalidade, a conduta deve seguir os protocolos para prematuridade extrema/moderada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A indução do parto de imediato só estaria indicada se houvesse sinais de infecção ovular, sofrimento fetal ou se a gestação já tivesse atingido 34 semanas. Com 33 semanas, o objetivo é ganhar tempo para a maturação pulmonar fetal.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão para a amniorrexe prematura entre 24 e 33 semanas e 6 dias na ausência de complicações. A conduta conservadora (expectante) visa aumentar a idade gestacional. A antibioticoprofilaxia é utilizada para aumentar o período de latência (tempo entre a ruptura e o parto) e reduzir riscos infecciosos. A corticoterapia (geralmente betametasona ou dexametasona) é fundamental para reduzir a incidência de síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante no recém-nascido. A vigilância materno-fetal monitora o aparecimento de sinais de alerta.

Alternativa c) Incorreta. O sulfato de magnésio é utilizado para neuroproteção fetal em casos de parto iminente abaixo de 32 semanas (ou até 33 semanas e 6 dias, dependendo do protocolo institucional). Não há indicação de cesariana eletiva apenas pela ruptura de membranas; a via de parto deve ser decidida por indicações obstétricas.

Alternativa d) Incorreta. Embora a conduta conservadora e a corticoterapia estejam corretas, a "sulfatação" (sulfato de magnésio) não é feita de forma rotineira na conduta conservadora prolongada. Ela é reservada para o momento em que o parto se torna iminente ou quando se decide pela interrupção. Além disso, a alternativa omite a antibioticoprofilaxia, que é um pilar essencial para aumentar o tempo de latência.

Alternativa e) Incorreta. A indução do parto às 33 semanas, sem evidência de infecção ou comprometimento fetal, aumenta desnecessariamente os riscos da prematuridade. A interrupção da gestação na ruptura prematura de membranas é recomendada a partir das 34 semanas.

Questão 49

Para compreender essa questão, precisamos analisar dois componentes fundamentais de uma meta-análise: o efeito global (Risco Relativo e seu Intervalo de Confiança) e a heterogeneidade entre os estudos.

Análise dos dados fornecidos:

1. Risco Relativo (RR) de 0,72 com IC 95% (0,60-0,88): Como o valor de 0,72 é menor que 1,0 e o intervalo de confiança não cruza a unidade (1,0), concluímos que o novo anticoagulante reduz a mortalidade de forma estatisticamente significativa (uma redução de 28%).
2. Teste de Heterogeneidade (Qui-quadrado) com $p = 0,31$: O teste de heterogeneidade avalia se as diferenças entre os resultados dos estudos individuais são maiores do que o esperado apenas pelo acaso. Um p-valor maior que 0,05 (neste caso, 0,31) indica que não há evidência estatística de heterogeneidade significativa. Ou seja, os estudos são considerados homogêneos ou consistentes entre si.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Um p-valor elevado no teste de heterogeneidade não retira a confiabilidade da meta-análise. Pelo contrário, ele sugere que os estudos incluídos são semelhantes o suficiente para que seus resultados sejam combinados de forma robusta.
- b) Incorreta. O benefício é estatisticamente significativo, pois o intervalo de confiança do Risco Relativo (0,60 a 0,88) está inteiramente abaixo de 1,0, indicando proteção.
- c) Incorreta. Um risco relativo de 0,72 indica uma redução de 28% na mortalidade (efeito protetor), e não um aumento. O aumento de mortalidade seria indicado por um RR maior que 1,0.

d) Incorreta. O teste de heterogeneidade (Qui-quadrado ou I-quadrado) mede a variabilidade entre os estudos. O viés de publicação é avaliado por outros métodos, como o gráfico de funil (Funnel Plot) ou os testes de Egger e Begg.

e) Correta. Como o p-valor do teste Qui-quadrado foi 0,31 (maior que o nível de significância padrão de 0,05 ou 0,10), falhamos em rejeitar a hipótese nula de homogeneidade. Isso significa que as variações entre os estudos são provavelmente devidas ao acaso, sugerindo consistência nos achados.

Questão 50

A questão aborda as limitações metodológicas do estudo transversal (também chamado de seccional). Esse tipo de delineamento epidemiológico realiza a observação de uma população em um único momento, funcionando como uma fotografia da realidade de saúde de um grupo.

Alternativa (b) - GABARITO: O Risco Relativo (RR) é uma medida que compara a incidência de uma doença em indivíduos expostos a um fator de risco versus indivíduos não expostos. Para calcular a incidência (casos novos), é obrigatório o acompanhamento da população ao longo do tempo, o que caracteriza os estudos longitudinais (como o Estudo de Coorte). No estudo transversal, medimos apenas a prevalência (casos existentes) em um único ponto temporal, sem seguimento. Portanto, não há validade para estimar o risco de "desenvolver" a doença, pois não se sabe quem era saudável no início e adoeceu depois.

Alternativa (a) - INCORRETA: É possível medir simultaneamente a idade do paciente e aplicar uma escala ou escore de depressão para verificar se existe uma relação estatística (correlação) entre o envelhecimento e a intensidade dos sintomas no momento da coleta.

Alternativa (c) - INCORRETA: A Razão de Prevalência é a medida de associação clássica dos estudos transversais. Ela compara a proporção de doentes entre os expostos e os não expostos no momento da pesquisa, sendo perfeitamente calculável com os dados fornecidos.

Alternativa (d) - INCORRETA: Como o estudo mede a presença ou ausência da doença na amostra total, o pesquisador pode subdividir os dados por sexo e comparar se a prevalência é maior entre homens ou mulheres.

Alternativa (e) - INCORRETA: O pesquisador pode identificar, no mesmo momento da coleta de dados, outras doenças presentes nos indivíduos que têm depressão. Isso

permite estabelecer a frequência de comorbidades que coexistem naquela população específica.

Questão 51

Para compreender a questão, devemos analisar os dois componentes principais do resultado apresentado: o Odds Ratio (OR) e o Intervalo de Confiança (IC 95%). O OR de 2,4 indica que há uma associação positiva entre tabagismo e doença periodontal. O IC de 95%, variando de 1,01 a 5,71, indica que o resultado é estatisticamente significativo (pois não inclui o valor 1,0), mas nos traz informações sobre a precisão do estudo.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O Odds Ratio é uma medida de associação amplamente utilizada em estudos observacionais, especialmente em estudos de caso-controle e em análises de regressão logística em estudos transversais ou de coorte.

Alternativa B: Correta. A precisão de um estudo é refletida pela amplitude do seu intervalo de confiança. Um intervalo que vai de 1,01 (quase sem efeito) até 5,71 (um risco muito elevado) é considerado largo. Isso sugere que o tamanho da amostra pode ter sido pequeno, gerando uma estimativa pouco precisa de onde o verdadeiro valor da população realmente se encontra.

Alternativa C: Incorreta. A grande utilidade da regressão logística é justamente permitir o ajuste de diversas variáveis simultaneamente, controlando, assim, os fatores de confusão. É uma das ferramentas estatísticas mais poderosas para esse fim.

Alternativa D: Incorreta. A existência de uma associação estatística, por si só, não comprova causalidade. Para estabelecer um nexó causal em medicina, são necessários outros critérios (como os de Bradford Hill), incluindo temporalidade, plausibilidade biológica e consistência dos dados, o que um único estudo observacional raramente consegue encerrar.

Alternativa E: Incorreta. Esta alternativa inverte o conceito estatístico. Se o intervalo de confiança NÃO inclui a unidade (o valor 1,0), o resultado é considerado estatisticamente significativo, ou seja, há uma associação detectada. O efeito só seria considerado nulo (sem significância estatística) se o intervalo incluísse o valor 1,0 (por exemplo, um IC de 0,80 a 3,50). No caso da questão, o intervalo começa em 1,01, portanto está fora da nulidade.

Questão 52

CONCEITO DE QALY

O QALY (Quality-Adjusted Life Year, ou Ano de Vida Ajustado pela Qualidade) é a métrica central nas análises de custo-utilidade em economia da saúde. Ele serve para quantificar o benefício de uma intervenção de saúde em uma única unidade de medida, facilitando a comparação entre diferentes tratamentos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O ganho de QALY indica que a terapia é mais eficaz do ponto de vista do paciente (vive-se mais ou melhor), mas não traz informações sobre o custo financeiro. Uma nova terapia pode oferecer mais QALYs e ser significativamente mais cara que o tratamento convencional.

Alternativa b) Incorreta. A medida que considera apenas o tempo de vida adicional é o "Ano de Vida Ganho" (Life Year). O QALY diferencia-se justamente por ponderar esse tempo pela qualidade de vida que o paciente experimenta. Por exemplo, dois anos de vida com saúde debilitada valem menos QALYs do que dois anos em saúde plena.

Alternativa c) Incorreta. Ter um ganho de QALY não significa que o sistema de saúde gastará menos. Na verdade, a maioria das novas tecnologias que oferecem ganho de QALY aumenta os gastos totais. A decisão de incorporar a tecnologia depende de quanto o sistema está disposto a pagar por cada QALY ganho (limiar de custo-efetividade).

Alternativa d) Incorreta. O uso do QALY é universal na economia da saúde. Ele é aplicado para avaliar qualquer tipo de intervenção, incluindo medicamentos (como no caso da insuficiência cardíaca), dispositivos médicos, procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos e programas de triagem.

Alternativa e) Correta. Esta alternativa apresenta a definição técnica e exata da métrica. O QALY combina a quantidade de anos vividos com a qualidade de vida nesses anos (chamada de utilidade). O cálculo básico é o tempo de sobrevivência multiplicado por um peso que varia de 0 (morte) a 1 (saúde perfeita). Assim, 1 QALY equivale a um ano de vida em saúde plena.

GABARITO: Alternativa (e).

Questão 53

Para resolver esta questão de bioestatística, é necessário seguir três etapas lógicas: calcular o risco no grupo experimental, determinar a redução do risco absoluto e, por fim, calcular o NNT.

1. Identificar o Risco do Grupo Controle (RC): A questão informa que o risco no grupo controle é de 10% (ou 0,10).

2. Calcular o Risco do Grupo Experimental (RE): O Risco Relativo (RR) é a razão entre o risco do grupo tratado e o risco do grupo controle ($RR = RE / RC$). Para encontrar o RE, multiplicamos o RC pelo RR.

Cálculo: $10\% \times 0,80 = 8\%$ (ou 0,08).

3. Calcular a Redução do Risco Absoluto (RRA): A RRA é a diferença aritmética entre o risco do controle e o risco do grupo experimental.

Cálculo: $10\% - 8\% = 2\%$ (ou 0,02).

4. Calcular o Número Necessário para Tratar (NNT): O NNT é definido como o inverso da Redução do Risco Absoluto ($1 / RRA$). Ele representa quantos pacientes precisam ser tratados para prevenir um desfecho negativo.

Cálculo: $1 / 0,02 = 50$.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Um NNT de 2 indicaria uma Redução do Risco Absoluto de 50% ($1 / 0,5$), o que é incompatível com os dados fornecidos.

Alternativa b) Incorreta. O valor 8 (ou 8%) é o risco encontrado no grupo experimental após a aplicação do tratamento, mas não é o NNT.

Alternativa c) Incorreta. Um NNT de 20 exigiria uma Redução do Risco Absoluto de 5% ($1 / 0,05$). Para isso ocorrer com um risco basal de 10%, o Risco Relativo deveria ser de 0,50.

Alternativa d) Correta. Conforme os cálculos realizados, a redução absoluta de 2% (0,02) resultante de um RR de 0,80 sobre um risco basal de 10% gera um NNT de exatamente 50.

Alternativa e) Incorreta. Um NNT de 100 exigiria uma Redução do Risco Absoluto de apenas 1% ($1 / 0,01$). Isso ocorreria se o Risco Relativo fosse de 0,90 (redução de apenas 10% do risco original).

Questão 54

Para entender essa questão, é fundamental diferenciar sobrevida aparente de redução de mortalidade real. O cenário descreve uma situação clássica em programas de rastreamento: o diagnóstico é feito precocemente, ainda na fase pré-clínica, o que aumenta o tempo em que o paciente vive "com o diagnóstico", mas não altera o momento final do óbito.

Alternativa (a) Incorreta. O viés de seleção ocorre quando os grupos comparados não são semelhantes desde o início, como quando pessoas mais saudáveis e preocupadas com a saúde buscam voluntariamente o rastreamento (conhecido como viés do voluntário saudável). Embora possa ocorrer em estudos de rastreamento, a descrição específica de aumento do intervalo diagnóstico-óbito sem mudança na mortalidade total é a definição clássica de lead-time bias.

Alternativa (b) Correta. O viés de tempo de antecipação (lead-time bias) acontece quando o rastreamento detecta a doença em um estágio inicial, antes do surgimento de sintomas, mas essa detecção precoce não modifica a história natural da doença ou o momento da morte. Isso cria a ilusão estatística de que o paciente viveu mais tempo após o diagnóstico, quando, na verdade, ele apenas conviveu por mais tempo com o rótulo da doença antes de falecer no mesmo período que faleceria sem o teste.

Alternativa (c) Incorreta. O viés de causalidade reversa ocorre quando a variável que se acredita ser a exposição (causa) é, na verdade, uma consequência do desfecho. É comum em estudos transversais e não explica o fenômeno de aumento de sobrevida em programas de rastreamento.

Alternativa (d) Incorreta. O viés de memória (recall bias) é típico de estudos de caso-controle, nos quais pacientes doentes lembram-se de exposições passadas com maior ou menor detalhe do que o grupo controle. Não tem qualquer relação com os indicadores de tempo de sobrevida ou mortalidade descritos.

Alternativa (e) Incorreta. O viés de perda de seguimento ocorre quando os participantes saem do estudo ao longo do tempo (atritos), o que pode distorcer os resultados se os que saíram tiverem prognósticos diferentes dos que permaneceram. O enunciado foca na interpretação do tempo médio entre diagnóstico e óbito, e não em problemas de retenção de pacientes no estudo.

Em resumo, sempre que houver aumento da sobrevida (tempo diagnóstico-morte) sem que haja uma redução correspondente na mortalidade da população, estamos diante do viés de tempo de antecipação (lead-time bias).

Questão 55

Esta questão exige conhecimento sobre delineamentos de estudos epidemiológicos, medidas de associação e interpretação de intervalos de confiança.

Análise do Estudo:

O estudo é transversal (seccional), o que significa que a exposição (tempo de tela) e o desfecho (obesidade) são coletados simultaneamente. Esse desenho de estudo fornece uma "fotografia" do momento, sendo ideal para calcular a prevalência, mas limitado para estabelecer relações de causa e efeito.

Alternativa a) Incorreta. O termo "risco" é tecnicamente reservado para estudos longitudinais (como coortes ou ensaios clínicos), que medem a incidência de novos casos ao longo do tempo. Em estudos transversais, utilizamos o Odds Ratio (OR) ou a Razão de Prevalência. Embora, na prática, muitos usem os termos como sinônimos, em provas de residência essa distinção é fundamental.

Alternativa b) Incorreta. Uma associação estatística, por si só, não prova causalidade. Para inferir que o tempo de tela "causa" obesidade, seriam necessários critérios de Bradford Hill, especialmente a temporalidade (garantir que a exposição veio antes do desfecho), o que o estudo transversal não permite.

Alternativa c) Incorreta. A associação é estatisticamente significativa. Para um Odds Ratio (OR) ser significativo, o intervalo de confiança (IC 95%) não pode conter o valor 1,0 (que representa a ausência de associação). Como o IC deste estudo é de 1,2 a 3,0 (todo acima de 1), existe significância estatística.

Alternativa d) Incorreta. O IC mostra que, no pior cenário da estimativa, a chance de obesidade é 20% maior (1,2) e, no melhor cenário, é 3 vezes maior (3,0). Um aumento de 90% na chance (OR 1,9) é considerado um efeito clinicamente relevante em saúde pública.

Alternativa e) Correta. Esta é a interpretação mais técnica e prudente. Existe uma associação entre as variáveis e ela faz sentido biológico e comportamental (é plausível); porém, devido ao viés de temporalidade típico dos estudos transversais (não sabemos se o adolescente é obeso porque vê muita tela ou se vê muita tela porque, devido à obesidade, tem hábitos mais sedentários), não podemos afirmar que há uma relação causal.

Questão 56

Comentário da questão:

A questão aborda o dilema ético entre o dever de sigilo profissional e a proteção de indivíduos em situação de vulnerabilidade. O cerne da discussão está no conflito entre a autonomia do paciente e o dever legal do médico.

De acordo com o Código de Ética Médica (CEM), em seu Artigo 73, o médico é proibido de revelar segredo profissional, exceto em três situações específicas: motivo justo, dever legal ou autorização por escrito do paciente. No caso de idosos, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), no Artigo 19, estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de violência (que inclui a negligência) devem ser obrigatoriamente comunicados pelos serviços de saúde às autoridades competentes, como o Ministério Público, os conselhos do idoso ou as delegacias. Portanto, trata-se de um dever legal que se sobrepõe ao desejo de sigilo do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O princípio da autonomia não é absoluto. Quando o paciente está em situação de risco por negligência grave, o médico tem o dever de intervir para garantir a segurança e a integridade do idoso. O sigilo, neste caso, configuraria omissão de socorro e descumprimento de dever legal.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta adequada. A negligência familiar grave contra o idoso é considerada uma forma de violência. Havendo um dever legal de notificação compulsória, o médico deve comunicar o fato às autoridades (como o Conselho Municipal do Idoso ou o Ministério Público), mesmo contra a vontade do paciente, para que as medidas de proteção sejam tomadas.

Alternativa (c) Incorreta: A negligência é descrita como sendo da própria família. Discutir o caso apenas com os familiares pode não resolver a situação e até colocar o paciente em maior risco. A notificação externa é necessária para que o Estado fiscalize e garanta os direitos do idoso.

Alternativa (d) Incorreta: O registro em prontuário é obrigatório, mas a notificação compulsória em casos de violência contra o idoso independe de ordem judicial. O médico tem autonomia e obrigação legal de notificar os órgãos de proteção assim que identificar a situação.

Alternativa (e) Incorreta: O suporte psicológico e multidisciplinar é importante para o tratamento do paciente, mas não substitui a responsabilidade ética e legal de notificar a negligência. O médico não pode transferir para outro profissional uma

obrigação que é inerente à sua função diante de um caso de violência ou maus-tratos.

Gabarito: Letra (b).

Questão 57

COMENTÁRIO GERAL

A publicidade médica no Brasil é regida pelo Código de Ética Médica (CEM) e pela Resolução CFM 2.336/2023. O objetivo fundamental dessas normas é evitar a mercantilização da medicina, protegendo a dignidade da profissão e a segurança do paciente. O princípio básico é que a publicidade deve ter caráter exclusivamente informativo e educativo.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

Divulgar a especialidade acompanhada do número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) não é proibido; é, na verdade, uma obrigatoriedade. Todo anúncio médico deve conter o nome do profissional, o CRM e o Registro de Qualificação de Especialista (RQE), caso o médico anuncie uma especialidade. Isso garante a transparência e a segurança para o paciente.

ALTERNATIVA B - INCORRETA

Houve uma mudança significativa neste ponto com a publicação da Resolução CFM 2.336/2023. Atualmente, o médico tem permissão para divulgar o valor de suas consultas, procedimentos e formas de pagamento em seus canais de comunicação. Anteriormente, essa prática era restringida para evitar a comercialização, mas hoje é entendida como um direito à informação do consumidor, desde que não seja feita de forma sensacionalista.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

Anunciar os planos de saúde e convênios atendidos é uma conduta permitida e comum. Trata-se de uma informação útil ao público que ajuda o paciente a identificar onde pode utilizar o seu seguro-saúde.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

O uso das redes sociais para educação em saúde é incentivado. O médico pode e deve utilizar esses meios para informar sobre patologias, sintomas e métodos de

prevenção, contribuindo para a saúde coletiva. A vedação ocorreria apenas se houvesse exposição indevida de pacientes (o "antes e depois" com identificação) ou se a postagem tivesse o intuito de autopromoção abusiva.

ALTERNATIVA E - CORRETA

Esta é a conduta vedada. De acordo com o Código de Ética Médica e as normas de publicidade, é expressamente proibido anunciar a cura de doenças para as quais não haja tratamento eficaz ou prometer resultados garantidos. A medicina é considerada uma atividade de meio e não de resultado. Isso significa que o profissional se compromete a usar todos os recursos científicos disponíveis para tratar o paciente, mas não pode garantir um desfecho específico, pois a resposta biológica é individual e multifatorial. Prometer resultados é considerado sensacionalismo e publicidade enganosa.

Questão 58

A questão aborda o conflito aparente entre a autonomia individual e o dever do Estado de proteger a saúde pública, especificamente no que tange à vacinação infantil no Brasil. A explicação segue a análise de cada alternativa baseada no ordenamento jurídico e no entendimento dos tribunais superiores:

Alternativa A: Incorreta. O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a vacinação obrigatória é constitucional. O direito à liberdade dos pais não é absoluto e não pode se sobrepôr ao direito à vida e à saúde da criança, que é tratada com prioridade absoluta pela Constituição Federal (Artigo 227).

Alternativa B: Incorreta. A obrigatoriedade não é uma medida de exceção. Ela está fundamentada em leis ordinárias vigentes e no Programa Nacional de Imunizações (PNI), aplicando-se rotineiramente como política de saúde pública preventiva, independentemente de crises institucionais ou calamidades.

Alternativa C: Correta. Este é o entendimento consolidado pelo STF (Tema 1103 de Repercussão Geral). A vacinação de crianças é obrigatória sempre que houver recomendação das autoridades sanitárias e previsão legal. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 14, parágrafo 1º, reforça expressamente que é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pela autoridade sanitária.

Alternativa D: Incorreta. A obrigatoriedade decorre diretamente da lei e das regulamentações do Ministério da Saúde. Não é necessária uma intervenção judicial prévia para que o Estado execute suas políticas de vacinação ou para que as

unidades de saúde exijam o cumprimento do calendário vacinal. O Judiciário atua apenas se houver descumprimento ou conflitos específicos.

Alternativa E: Incorreta. Embora a liberdade de consciência e crença seja garantida pela Constituição, o interesse coletivo e a proteção integral à saúde da criança prevalecem. O Estado tem o dever de assegurar que a criança não seja privada de cuidados essenciais à sua sobrevivência e desenvolvimento devido a escolhas particulares dos responsáveis que contrariem a ciência e a saúde pública.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 59

Para entender essa questão, é fundamental compreender a relação inversa entre sensibilidade e especificidade em testes diagnósticos que utilizam variáveis contínuas (como níveis de proteínas).

Ao elevar o ponto de corte de 10 ng/mL para 20 ng/mL, você está tornando o critério para considerar um exame como positivo mais rigoroso ou restrito.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O aumento do ponto de corte torna o teste menos sensível, pois indivíduos doentes que possuem níveis da proteína entre 10 e 20 ng/mL passarão a ser classificados como negativos (falsos negativos). Além disso, um ponto de corte mais alto reduz os falsos positivos, e não os aumenta.

Alternativa (b) Correta: Ao subir o nível de exigência para 20 ng/mL, o teste se torna mais específico, ou seja, ele terá maior capacidade de identificar corretamente os indivíduos saudáveis, diminuindo os falsos positivos. Por outro lado, ele perderá sensibilidade, pois deixará de detectar doentes que têm a proteína presente em níveis menores que o novo corte.

Alternativa (c) Incorreta: Esta alternativa descreve o que aconteceria se o ponto de corte fosse reduzido (por exemplo, de 10 ng/mL para 5 ng/mL). Reduzir o corte aumenta a sensibilidade e reduz a especificidade.

Alternativa (d) Incorreta: Sensibilidade e especificidade funcionam como uma balança em um mesmo teste. Quando você altera o ponto de corte, se uma métrica aumenta, a outra obrigatoriamente diminui. Elas não se reduzem simultaneamente nesse cenário.

Alternativa (e) Incorreta: Os parâmetros de sensibilidade e especificidade são intrínsecos ao teste para um determinado ponto de corte. Se o ponto de corte é alterado, as métricas de desempenho do teste mudam necessariamente.

Resumo Didático:

Ponto de corte mais ALTO: Teste mais exigente/rigoroso. Aumenta a Especificidade (menos falsos positivos) e diminui a Sensibilidade (mais falsos negativos).

Ponto de corte mais BAIXO: Teste mais "liberal". Aumenta a Sensibilidade (menos falsos negativos) e diminui a Especificidade (mais falsos positivos).

Questão 60

Para compreender essa questão, devemos aplicar os conceitos fundamentais de incidência e prevalência na epidemiologia.

Incidência refere-se ao número de novos casos de uma doença que surgem em uma população em um determinado período. O enunciado afirma explicitamente que o fármaco não previne o aparecimento da doença. Portanto, o número de pessoas que desenvolvem a fibrose pulmonar idiopática a cada ano permanecerá o mesmo. Logo, a incidência é inalterada.

Prevalência refere-se ao número total de casos (novos e antigos) existentes em um determinado momento. A prevalência é influenciada tanto pela incidência quanto pela duração da doença. A fórmula clássica que relaciona esses conceitos é: Prevalência aproximadamente igual à Incidência multiplicada pela Duração média da doença. Como o novo medicamento aumenta significativamente o tempo de sobrevida, os pacientes vivem por mais tempo com a patologia em vez de irem a óbito precocemente. Esse aumento na duração da sobrevivência faz com que os casos se acumulem na população, resultando em uma prevalência aumentada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A incidência não diminui porque o medicamento não tem caráter preventivo; ele atua apenas após o diagnóstico.

b) Correta. A incidência permanece inalterada (não há prevenção) e a prevalência aumenta (devido ao aumento da sobrevida e conseqüente acúmulo de doentes vivos na população).

c) Incorreta. A prevalência aumenta com a sobrevida, não diminui. Além disso, não há dados que sugiram um aumento no surgimento de novos casos (incidência).

d) Incorreta. A prevalência aumenta com o aumento da sobrevida. A incidência só diminuiria se o medicamento evitasse que novas pessoas ficassem doentes.

e) Incorreta. Se a sobrevida aumenta, a prevalência obrigatoriamente sofrerá alteração (aumento), a menos que a incidência caísse drasticamente, o que não é o caso descrito. Além disso, o fármaco não aumenta o risco de desenvolver a doença.
