



# UNITAU

GABARITO | 2026 | SP | 80 Questões



## Gabarito: UNITAU

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: A fisiopatologia da fissura anal comum (idiopática) está associada à hipertonia (aumento do tônus) do esfíncter anal interno, e não à hipotonia. Esse aumento da pressão de repouso no canal anal causa uma compressão dos vasos sanguíneos, gerando isquemia local, o que impede a cicatrização da mucosa e perpetua a dor.

Alternativa (b) CORRETA: Fissuras anais típicas ocorrem quase exclusivamente na linha média (posterior em 90% dos casos ou anterior em 10%). Quando a fissura apresenta localização lateral, é múltipla ou possui bordos muito profundos e irregulares, o médico deve suspeitar de causas secundárias. Entre elas, destacam-se a Doença de Crohn, tuberculose, carcinoma anal e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sendo a sífilis anal uma importante causa de lesões ulceradas ou fissurárias atípicas.

Alternativa (c) INCORRETA: O plicoma sentinela e a papila anal hipertrófica são sinais clássicos de cronicidade. Eles surgem devido ao processo inflamatório persistente e à tentativa de cicatrização tecidual ao longo de semanas (geralmente mais de 6 a 8 semanas). A fissura anal aguda apresenta-se apenas como um corte linear e superficial, sem essas formações de excesso de pele ou tecido inflamatório.

Alternativa (d) INCORRETA: No manejo clínico, o consumo de fibras alimentares e a hidratação adequada são os pilares do tratamento, pois visam amolecer o bolo fecal e evitar o trauma durante a evacuação. Portanto, as fibras devem ser encorajadas. O que deve ser desencorajado é o uso de papel higiênico, devido ao trauma mecânico e à irritação química que causa na lesão, preferindo-se a higiene com água e banhos de assento com água morna.

---

### Questão 2

Alternativa A (Correta): Após a resolução do quadro agudo de diverticulite, geralmente em um intervalo de 4 a 8 semanas, a realização de uma colonoscopia é mandatória. O objetivo principal é o diagnóstico diferencial com a neoplasia colorretal, uma vez que o processo inflamatório pode mimetizar ou mascarar tumores nos exames de imagem iniciais, como a tomografia. Como o paciente tem 65 anos e nunca realizou o exame, a indicação é ainda mais precisa para o rastreio e confirmação diagnóstica.

Alternativa B (Incorreta): O exame padrão-ouro para o diagnóstico de diverticulite aguda é a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso. A TC apresenta sensibilidade e especificidade superiores à ultrassonografia (que é examinador-dependente) e é essencial para classificar a gravidade da doença (Classificação de Hinchey) e definir a melhor estratégia terapêutica.

Alternativa C (Incorreta): Na vigência de peritonite purulenta (Hinchey III), a conduta clássica era a Cirurgia de Hartmann (ressecção com colostomia terminal). No entanto, evidências atuais mostram que a ressecção com anastomose primária (com ou sem estoma de proteção) é uma opção segura e viável em pacientes hemodinamicamente estáveis, não sendo, portanto, contraindicada.

Alternativa D (Incorreta): Para casos de abscesso pélvico (Hinchey II), o tratamento de escolha inicial para coleções maiores que 3 a 4 cm é a drenagem percutânea guiada por tomografia ou ultrassonografia, acompanhada de antibioticoterapia. A laparotomia ou laparoscopia de urgência é reservada para casos de peritonite generalizada ou quando a drenagem percutânea não é tecnicamente possível ou falha.

---

### Questão 3

Alternativa a) Incorreta. O achado descrito (adenoma tubular único, 7 mm, displasia de baixo grau) classifica o paciente como de baixo risco para o desenvolvimento futuro de câncer colorretal. Segundo as diretrizes de seguimento pós-polipectomia da Sociedade Brasileira de Coloproctologia e consensos internacionais, o intervalo recomendado para a próxima colonoscopia nesses casos é de 5 a 10 anos (frequentemente citado como 7 a 10 anos em diretrizes mais recentes). O acompanhamento anual é excessivo e não possui indicação clínica para este achado histopatológico.

Alternativa b) Incorreta. Os adenomas intestinais são lesões precursoras fundamentais na história natural do câncer colorretal, através da via denominada sequência adenoma-carcinoma. A identificação de um adenoma demonstra que o epitélio intestinal do paciente apresenta potencial de transformação maligna, o que coloca este indivíduo em um grupo de risco superior ao de pessoas com colonoscopia normal, exigindo vigilância periódica.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa reflete as recomendações de rastreamento para a população de risco habitual (sem histórico familiar ou síndromes genéticas). O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) preconizam que o rastreio deve ser iniciado aos 50 anos de idade. Os métodos validados incluem a pesquisa de sangue oculto nas fezes (anual ou bienal) e métodos de visualização direta, como a

colonoscopia. Vale ressaltar que, embora algumas sociedades internacionais tenham reduzido a idade inicial para 45 anos, as diretrizes do Ministério da Saúde citadas na questão mantêm o marco dos 50 anos.

Alternativa d) Incorreta. O Antígeno Carcinoembrionário (CEA) não é um exame de rastreamento. Ele possui baixa sensibilidade e especificidade para detectar precocemente o câncer colorretal em indivíduos assintomáticos ou para monitorar pólipos benignos. Sua principal utilidade clínica é o acompanhamento de pacientes que já possuem diagnóstico de câncer colorretal, servindo como marcador de recidiva ou metástases após o tratamento cirúrgico inicial.

---

#### Questão 4

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma síndrome icterica de padrão obstrutivo (colestático), caracterizada por bilirrubina direta elevada e aumento das enzimas canaliculares (fosfatase alcalina e GGT), associada à dor em hipocôndrio direito. A ausência de febre e o leucograma normal afastam, no momento, um processo infeccioso agudo como colangite. A ausência de perda de peso e o início agudo sugerem uma etiologia benigna, sendo a principal hipótese diagnóstica a coledocolitíase (cálculo no colédoco), que pode ser residual ou formada primariamente no ducto após a colecistectomia realizada há 3 anos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A colecistectomia prévia não é contraindicação para a realização de CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica). Pelo contrário, a CPRE é frequentemente utilizada nesses pacientes tanto para o diagnóstico definitivo quanto para o tratamento (retirada do cálculo e papilotomia).

Alternativa b) Correta. A colangiorressonância é considerada um excelente exame para o diagnóstico de coledocolitíase por ser um método não invasivo e possuir alta sensibilidade e especificidade (superior a 90%). Como o paciente não apresenta sinais de gravidade ou indicação imediata de intervenção terapêutica por CPRE (como colangite grave), a colangiorressonância é o exame de escolha para confirmar a obstrução e sua causa.

Alternativa c) Incorreta. As doenças hemolíticas cursam com anemia e hiperbilirrubinemia às custas da fração indireta (não conjugada), pois há excesso de produção de bilirrubina antes da sua conjugação hepática. O caso descrito apresenta elevação da fração direta e de enzimas de colestase, o que indica uma obstrução ao fluxo biliar após o fígado.

Alternativa d) Incorreta. A antibioticoterapia imediata é indicada nos casos de colangite aguda, em que há evidência de infecção das vias biliares. O paciente em questão está afebril e possui leucograma normal, não preenchendo critérios clínicos ou laboratoriais para o início de antibióticos neste momento. O foco inicial deve ser o diagnóstico da causa da obstrução.

---

### Questão 5

Alternativa A: Incorreta. A presença de fístulas, especialmente as anorretais ou perianais, é uma característica marcante da Doença de Crohn, devido à sua natureza de inflamação transmural (que atinge todas as camadas da parede do intestino). Na Retocolite Ulcerativa, o processo inflamatório é restrito à mucosa e submucosa, o que não leva à formação de trajetos fistulosos.

Alternativa B: Incorreta. A calprotectina fecal é um biomarcador de inflamação intestinal muito útil para triagem e monitoramento, mas não é específica para Doença Inflamatória Intestinal (DII). Ela pode estar elevada em infecções intestinais, neoplasias, uso de anti-inflamatórios não esteroidais e outras colites. O diagnóstico de DII requer a combinação de dados clínicos, exames de imagem, endoscopia com biópsias e histopatologia.

Alternativa C: Incorreta. Os corticosteroides são potentes agentes para a indução da remissão em pacientes com crises moderadas a graves, mas nunca devem ser utilizados como terapia de manutenção. O uso prolongado está associado a efeitos colaterais graves (osteoporose, catarata, síndrome de Cushing, diabetes) e o fármaco não possui eficácia comprovada em prevenir recidivas a longo prazo. A manutenção deve ser feita com aminossalicilatos, imunomoduladores ou terapia biológica.

Alternativa D: Correta. Os anticorpos ASCA (geralmente associados à Doença de Crohn) e pANCA (geralmente associados à Retocolite Ulcerativa) possuem baixa sensibilidade, o que significa que muitos pacientes com DII terão resultados negativos. Além disso, a especificidade não é alta o suficiente para substituir os exames padrão. Por esses motivos, os consensos atuais não recomendam seu uso rotineiro para o diagnóstico na prática clínica, reservando-os para casos específicos de colite indeterminada.

---

## Questão 6

Alternativa a: Esta alternativa está correta. O diagnóstico da pancreatite aguda é baseado no tripé: clínica compatível (dor abdominal em barra), alterações laboratoriais (amilase ou lipase superiores a três vezes o valor de referência) e exames de imagem. Se o paciente apresenta clínica e laboratório alterados, o diagnóstico já está firmado. Em casos de pancreatite leve, a tomografia computadorizada não traz benefícios iniciais, pois não altera a conduta e expõe o paciente à radiação e ao contraste desnecessários. A tomografia é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou para avaliar complicações (como necrose) em pacientes que não apresentam melhora clínica após 48 a 72 horas de internação.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) é um procedimento invasivo e possui riscos, inclusive o de agravar a pancreatite. Ela não deve ser feita de rotina. Sua indicação na pancreatite aguda biliar está restrita aos casos de colangite associada ou obstrução biliar persistente (icterícia progressiva).

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Os níveis séricos de amilase e lipase não guardam relação direta com a gravidade da doença nem com o tempo de recuperação do pâncreas. Uma vez estabelecido o diagnóstico, não há indicação de dosagens seriadas. A reintrodução da dieta deve ser baseada na clínica do paciente, observando-se a ausência de dor, a presença de ruídos hidroaéreos e o retorno do apetite.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A ultrassonografia de abdome superior é, na verdade, o exame de escolha inicial para definir a etiologia da pancreatite. Ela possui alta sensibilidade para detectar cálculos na vesícula biliar (colelitíase), que é a causa mais comum de pancreatite aguda. Embora a visualização do pâncreas possa ser prejudicada por gases intestinais, o foco da ultrassonografia nesse contexto é a avaliação da via biliar.

---

## Questão 7

O ponto fundamental para resolver esta questão é o reconhecimento de sinais de alarme em um paciente idoso. Temos um homem de 71 anos com dor abdominal, perda de peso significativa (4 kg) e anemia importante (hemoglobina de 9,5 g/dL). Embora a ultrassonografia tenha revelado um cálculo biliar de 2 cm, as paredes da vesícula estão finas, o que sugere que não há um processo inflamatório agudo ou crônico agudizado que explique todo o quadro clínico, especialmente a perda ponderal e a anemia.

Em pacientes idosos com anemia ferropriva e emagrecimento, a principal suspeita

diagnóstica deve ser a neoplasia colorretal, especificamente no cólon direito. O câncer de cólon direito costuma ser insidioso, manifestando-se frequentemente por sangramento oculto (levando à anemia) e dor vaga no flanco ou hipocôndrio direito, exatamente como descrito no caso.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta: Encaminhar ao hematologista sem uma investigação primária é um erro de conduta. A anemia no idoso com sintomas gastrointestinais e perda de peso tem causa digestiva provável por perda sanguínea. O médico assistente deve primeiro descartar causas orgânicas tratáveis, como neoplasias, antes de pensar em doenças hematológicas primárias.

Alternativa B - Incorreta: Embora o paciente tenha colelitíase, realizar a colecistectomia neste momento ignoraria os sinais de gravidade (anemia e emagrecimento). O cálculo biliar é provavelmente um achado incidental ou secundário. Operar o paciente sem investigar a causa da anemia e da perda de peso coloca-o em risco cirúrgico desnecessário e retarda o diagnóstico de uma possível neoplasia maligna.

Alternativa C - Incorreta: Repor ferro (Noripurum) é um tratamento sintomático. Tratar a anemia sem investigar a sua causa em um paciente de 71 anos é uma falha grave, pois mascara o sinal de uma doença de base, como o câncer de cólon, permitindo que ela progrida.

Alternativa D - Correta: A colonoscopia é o exame mandatório. Diante de um idoso com dor em flanco direito, anemia e perda de peso, o rastreamento de câncer de cólon é a prioridade absoluta. O tumor de ceco e cólon ascendente frequentemente se apresenta com esse tripé de sintomas, e a colelitíase visualizada no exame de imagem não justifica a anemia nem o emagrecimento do paciente.

Conclusão: O quadro clínico é um clássico exemplo de "bandeira vermelha" (red flag) para neoplasia gastrointestinal, tornando a investigação do cólon a conduta prioritária e obrigatória.

---

## Questão 8

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve um paciente vítima de trauma de alta energia com sinais clássicos de pneumotórax hipertensivo: desconforto respiratório importante, hipoxemia (SatO<sub>2</sub> 84%), ausência de murmúrio vesicular à esquerda e timpanismo à

percussão no mesmo lado. Embora a pressão arterial esteja preservada (120x80 mmHg), a presença de taquicardia (112 bpm) e a queda acentuada da saturação em um cenário de trauma sugerem uma emergência que exige intervenção imediata.

Alternativa A (Incorreta): No trauma, o manejo segue a lógica do ABCDE. Em casos de suspeita de pneumotórax hipertensivo, a ventilação por pressão positiva (intubação e ventilação mecânica) sem a prévia descompressão do tórax pode agravar drasticamente o quadro, reduzindo o retorno venoso e levando à parada cardiorrespiratória imediata. O tratamento prioritário é a descompressão torácica, e não a via aérea definitiva neste momento.

Alternativa B (Incorreta): O diagnóstico do pneumotórax hipertensivo é estritamente clínico. Em um paciente sintomático e instável (hipoxêmico e taquicárdico), não se deve aguardar exames radiológicos para confirmar a hipótese. O tempo perdido com o deslocamento para o raio X ou a espera pelo exame pode ser fatal. O tratamento deve ser imediato após o diagnóstico físico.

Alternativa C (Incorreta): A toracotomia de reanimação é uma medida extrema indicada geralmente em pacientes com trauma penetrante que apresentam parada cardiorrespiratória presenciada ou em casos selecionados de trauma contuso com atividade elétrica sem pulso (AESP). O paciente em questão está consciente e normotenso, não apresentando critérios para esse procedimento invasivo de exceção.

Alternativa D (Correta): De acordo com os protocolos do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a punção de alívio (descompressão por agulha) é uma medida temporária e salvadora de vidas, utilizada para converter um pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples. Ela não é o tratamento definitivo. Portanto, após a realização da punção de alívio, é obrigatória a realização da drenagem torácica fechada (em selo d'água) no hemitórax ipsilateral para a resolução definitiva do quadro. Atualmente, recomenda-se que a punção seja feita no 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média, embora o local clássico (2º espaço intercostal na linha hemiclavicular) ainda seja citado. Após a descompressão, o dreno de tórax é imperativo.

---

## Questão 9

O caso clínico descreve um paciente com hemotórax coagulado após um trauma torácico. Inicialmente, ele teve um pneumotórax drenado, mas a retirada precoce do dreno ou a presença de sangue não detectada evoluiu para o acúmulo de coágulos no espaço pleural, sugerido pelos picos febris e pela dor pleurítica.

Análise das imagens:

A radiografia de tórax revela uma opacidade na base direita com uma linha horizontal perfeita, caracterizando um nível hidroaéreo (presença simultânea de ar e líquido no espaço pleural). A tomografia computadorizada confirma que esse conteúdo não é líquido livre, apresentando-se como uma coleção heterogênea e densa, compatível com sangue coagulado (hemotórax retido).

Alternativa a) Incorreta. A simples reintrodução de um dreno pleural, mesmo que calibroso (36F), não é capaz de remover sangue coagulado ou septações de fibrina. O dreno é eficaz para ar ou líquidos fluidos; coágulos sólidos obstruem o dreno e não são removidos por irrigação ou aspiração a vácuo de forma satisfatória neste estágio.

Alternativa b) Correta. A videotoracoscopia (VATS) é considerada o padrão-ouro para o tratamento do hemotórax coagulado ou retido. O procedimento deve ser realizado preferencialmente de forma precoce (idealmente entre o 2º e o 7º dia da evolução). A VATS permite a evacuação direta dos coágulos, a quebra de loculações, a limpeza exaustiva da cavidade pleural sob visão direta e a reexpansão pulmonar completa, apresentando menor morbidade e recuperação mais rápida que a cirurgia aberta.

Alternativa c) Incorreta. A toracotomia posterolateral com decorticação pulmonar é uma cirurgia de grande porte e invasiva. Ela é reservada para casos de empiema em fase crônica/organizada, na qual existe uma "carapaça" (peel) pleural espessa que impede a expansão do pulmão, ou quando a videotoracoscopia não é tecnicamente possível ou falha. Para um paciente jovem com apenas cinco dias de evolução pós-alta, a abordagem minimamente invasiva é a primeira escolha.

Alternativa d) Incorreta. A toracocentese de alívio consiste na punção do espaço pleural com uma agulha ou cateter fino. É um procedimento útil para diagnóstico ou alívio temporário de grandes derrames líquidos, mas é totalmente ineficaz para drenar sangue coagulado e detritos sólidos. Além disso, não resolve a expansão pulmonar necessária para a cura do paciente.

---

## Questão 10

A imagem apresenta uma lesão nodular localizada no canto interno do olho (canto medial), que é uma área de alta prevalência de neoplasias cutâneas devido à exposição solar crônica. A lesão possui um brilho translúcido, também chamado de aspecto peroláceo, característica clínica fundamental para o diagnóstico.

Alternativa a) Verruga vulgar. Incorreta. A verruga vulgar é uma lesão causada pelo HPV e caracteriza-se por uma superfície nitidamente hiperkeratósica, áspera e papilomatosa (verrucosa). Ela não apresenta o brilho peroláceo ou as telangiectasias

superficiais observadas em tumores epiteliais como o da imagem.

Alternativa b) Carcinoma espinocelular. Incorreta. O carcinoma espinocelular (CEC) costuma apresentar um crescimento mais rápido e manifesta-se frequentemente com intensa produção de queratina, resultando em crostas, descamação ou ulceração profunda. Embora possa ocorrer nessa topografia, a aparência nodular e brilhante da foto é muito mais típica do carcinoma basocelular.

Alternativa c) Carcinoma basocelular. Correta. O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno mais comum no ser humano. O subtipo nodular, demonstrado na imagem, é o mais frequente e acomete preferencialmente os dois terços superiores da face. Suas características clássicas, visíveis no caso, incluem a pápula ou nódulo de aspecto perolado (cor de pérola), bordas bem definidas e a presença de finas telangiectasias (vasos) na superfície da lesão.

Alternativa d) Melanoma. Incorreta. O melanoma é um tumor originado nos melanócitos e geralmente se apresenta como uma lesão pigmentada (acastanhada ou enegrecida), com assimetria, bordas irregulares e variação de cores (critérios do ABCD). A lesão da imagem é normocrômica e perolada, o que afasta a hipótese principal de melanoma.

---

### Questão 11

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS). O paciente apresenta a tríade característica: edema na face e nos membros superiores (edema em "pelerine"), cianose e presença de circulação colateral visível na parede torácica anterior (como observado na primeira imagem). O histórico de tabagismo pesado (60 anos-maço) e a imagem radiológica revelando um grande alargamento do mediastino apontam fortemente para uma etiologia neoplásica, sendo o câncer de pulmão a causa mais comum.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A principal causa da SVCS em adultos é a neoplasia maligna (especialmente o carcinoma brônquico de pequenas células e o adenocarcinoma). O tratamento inicial visa ao alívio sintomático e à redução da obstrução. O uso de corticosteroides (como a dexametasona) ajuda a reduzir o edema peritumoral, enquanto a radioterapia é uma medida de urgência eficaz para promover a citorredução e a descompressão da veia cava na maioria dos tumores sólidos.

b) INCORRETA. Embora a tuberculose possa causar linfonodomegalias mediastinais, ela raramente evolui com uma Síndrome da Veia Cava Superior tão aguda e

exuberante em um paciente com carga tabágica tão elevada. O perfil epidemiológico e a gravidade do quadro sugerem fortemente malignidade.

c) INCORRETA. A cirurgia não é a conduta inicial para SVCS de origem neoplásica. O procedimento cirúrgico em um mediastino infiltrado e com alta pressão venosa é de altíssimo risco e não oferece o alívio rápido que a radioterapia ou a terapia endovascular (stent) proporcionariam. Além disso, a presença de SVCS geralmente indica doença avançada, muitas vezes fora de proposta cirúrgica curativa.

d) INCORRETA. A quimioterapia pode ser utilizada como tratamento inicial em tumores muito quimiossensíveis, como o câncer de pulmão de pequenas células ou linfomas. No entanto, a afirmação de que seria "seguida de cirurgia" está incorreta, pois a infiltração do mediastino e a própria Síndrome da Veia Cava Superior costumam classificar o tumor de pulmão como inoperável (estádio avançado).

Associação com as imagens:

A foto clínica demonstra nitidamente a circulação colateral torácica, que surge como tentativa do organismo de desviar o fluxo sanguíneo obstruído na veia cava superior. A radiografia de tórax confirma o diagnóstico ao exibir uma massa volumosa no mediastino superior e médio, comprimindo as estruturas vasculares centrais.

---

## Questão 12

O caso clínico descreve uma paciente de 62 anos com Trombose Venosa Profunda (TVP) proximal (veia ilíaca externa), no contexto de neoplasia ativa (colo do útero) e compressão extrínseca por linfonodomegalias. Estamos diante de um quadro de tromboembolismo venoso (TEV) associado ao câncer.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O filtro de veia cava está indicado prioritariamente quando existe contra-indicação absoluta à anticoagulação (como um sangramento ativo grave ou cirurgia de grande porte iminente) ou em casos de falha terapêutica da anticoagulação (novo episódio de embolia mesmo com tratamento adequado). A presença de câncer, por si só, não contra-indica a anticoagulação, sendo esta o pilar do tratamento.

b) Correta. Esta é a conduta padrão para o tromboembolismo venoso associado ao câncer (CAT — Cancer-Associated Thrombosis). Historicamente, a heparina de baixo peso molecular (HBPM) era a primeira escolha absoluta. Atualmente, os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como rivaroxabana, apixabana e edoxabana, também são recomendados por diretrizes internacionais (como as da ASCO e ISTH)

para pacientes com câncer, devido à eficácia e à comodidade posológica. O tratamento deve ser por longo período (no mínimo 3 a 6 meses), devendo ser mantido enquanto a neoplasia estiver ativa ou o tratamento quimioterápico estiver em curso.

c) Incorreta. A trombólise (local ou sistêmica) é reservada para casos graves de TVP com risco iminente de perda de membro (flegmasia cerulea dolens) ou em casos muito selecionados de TVP iliofemoral extensa em pacientes com baixo risco de sangramento e sintomas muito recentes. Além disso, a varfarina é considerada inferior às HBPM e aos DOACs no cenário oncológico, devido à maior taxa de recorrência de trombose e à dificuldade em manter a faixa terapêutica (INR) durante a quimioterapia.

d) Incorreta. A fibrinólise sistêmica apresenta alto risco de complicações hemorrágicas e não é o tratamento de escolha para TVP. A antiagregação plaquetária (como o uso de aspirina) não é o tratamento adequado para eventos tromboembólicos venosos agudos, que exigem obrigatoriamente a anticoagulação para impedir a progressão do trombo e prevenir a embolia pulmonar.

---

### Questão 13

A incapacidade de emitir sons agudos após uma tireoidectomia é um sinal clínico clássico de lesão do ramo externo do nervo laríngeo superior. Esse nervo é o responsável pela inervação do músculo cricotireoideo, cuja função é alongar e tensionar as pregas vocais, permitindo que a voz alcance frequências mais altas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A escolha do calibre do tubo orotraqueal é importante para evitar trauma na mucosa da laringe, estenose traqueal ou edema glótico no pós-operatório. No entanto, o uso de um tubo adequado não previne lesões nervosas decorrentes da dissecação cirúrgica da glândula tireoide.

Alternativa b: Incorreta. Embora a manipulação delicada da glândula tireoide seja um princípio fundamental da técnica cirúrgica para evitar sangramentos e trauma tecidual, essa é uma recomendação genérica. Ela não substitui a manobra específica de identificação e proteção das estruturas nervosas adjacentes.

Alternativa c: Incorreta. O nervo que se localiza no sulco traqueoesofágico é o nervo laríngeo recorrente, e não o nervo vago (embora o recorrente seja um ramo do vago). A lesão do nervo laríngeo recorrente causa paralisia da prega vocal ipsilateral, resultando em rouquidão ou soprosidade na voz, mas não é a causa específica da

perda de sons agudos.

Alternativa d: Correta. O ramo externo do nervo laríngeo superior caminha em estreita proximidade com a artéria e a veia tireoideas superiores, na região do polo superior da glândula. Para evitar a lesão deste nervo, a técnica cirúrgica correta consiste na dissecação e ligadura individualizada dos vasos do polo superior o mais próximo possível da cápsula tireoidiana. Se o cirurgião realizar uma ligadura em massa do pedículo superior, há um risco elevado de incluir o ramo externo do nervo laríngeo superior no clampeamento, levando à incapacidade de tensionar a prega vocal e, conseqüentemente, à perda dos tons agudos.

### Questão 14

Esta questão aborda o manejo cirúrgico do melanoma, focando na Biópsia de Linfonodo Sentinela (BLS). A primeira imagem apresentada é uma linfocintilografia, um exame de medicina nuclear onde um radiofármaco é injetado ao redor da lesão primária (local da injeção) para mapear o trajeto linfático e identificar o primeiro linfonodo que recebe a drenagem daquela área (linfonodo sentinela). A segunda imagem mostra a lesão cutânea sugestiva de melanoma.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O ponto de corte para indicação da BLS não é de 1,2 mm. Atualmente, as diretrizes internacionais (AJCC) recomendam considerar a BLS para pacientes com melanoma com índice de Breslow maior ou igual a 0,8 mm. Também pode ser indicada em lesões com Breslow menor que 0,8 mm se houver presença de ulceração (estádio pT1b), que é um fator de alto risco para micrometástases.

Alternativa b: Incorreta. A BLS não é indicada para todos os subtipos de melanoma. O melanoma in situ (estádio Tis), por exemplo, não ultrapassa a membrana basal e não possui capacidade de invasão de vasos linfáticos; portanto, não há indicação de pesquisa de linfonodo sentinela nesses casos.

Alternativa c: Correta. Este é o princípio clássico do estadiamento e tratamento cirúrgico do melanoma. Se o linfonodo sentinela contiver células tumorais (for positivo), a paciente é classificada como estágio III. Tradicionalmente, a conduta subsequente é a realização do esvaziamento linfonodal radical (linfadenectomia) da respectiva cadeia ganglionar para garantir o controle regional da doença. Vale notar que, embora estudos recentes como o MSLT-II discutam a possibilidade de apenas observar com ultrassom em casos específicos, o esvaziamento permanece como a resposta correta e padrão em concursos médicos quando o sentinela é positivo.

Alternativa d: Incorreta. O resultado negativo na BLS é um excelente indicador prognóstico e sugere que a doença ainda está localizada. No entanto, ele não garante a cura definitiva. O paciente ainda pode apresentar recidiva local, metástases em trânsito ou metástases a distância por disseminação hematogênica, exigindo acompanhamento periódico rigoroso.

## Questão 15

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de cólica renal: dor lombar com irradiação para a fossa ilíaca, associada à micro-hematúria (15.000 hemácias/ml na urina de rotina) e presença de dilatação do trato urinário superior (hidronefrose) identificada no ultrassom inicial. Embora o ultrassom seja um excelente exame para triagem e para visualizar o rim, ele tem baixa sensibilidade para localizar cálculos no ureter, especialmente no ureter médio e distal, o que justifica a não visualização da litíase no primeiro atendimento.

Por que a alternativa (a) está correta?

A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve sem contraste é, atualmente, o padrão-ouro para o diagnóstico de litíase urinária na urgência ou na investigação ambulatorial. Sua sensibilidade e especificidade são superiores a 95%. O exame identifica quase todos os tipos de cálculos (exceto os raros cálculos de indinavir), permitindo avaliar com precisão o tamanho, a localização exata, a densidade do cálculo (medida em Unidades Hounsfield) e sinais secundários de obstrução, fatores que determinam se o tratamento será conservador ou cirúrgico.

Por que a alternativa (b) está incorreta?

O contraste radiológico (iodo) não deve ser utilizado na investigação inicial de litíase. O contraste, ao ser excretado pelo sistema urinário, torna o trajeto do ureter hiperdenso (branco) na imagem. Como a maioria dos cálculos urinários também é hiperdensa devido ao cálcio, o contraste acaba "escondendo" ou mascarando o cálculo, dificultando o diagnóstico. A TC com contraste fica reservada para casos onde se suspeita de outras massas, tumores ou para avaliação anatômica detalhada em casos complexos.

Por que a alternativa (c) está incorreta?

A ressonância magnética (RM) com contraste paramagnético (gadolínio) não é o exame de escolha para litíase. O cálcio não emite sinal na RM, o que faz com que os cálculos apareçam apenas como "vazios de sinal" (pontos pretos), dificultando a diferenciação entre um cálculo e outras estruturas. Além disso, é um exame mais caro, menos disponível e de execução mais demorada que a tomografia.

Por que a alternativa (d) está incorreta?

Mesmo sem o agente paramagnético, a ressonância magnética continua sendo inferior à tomografia computadorizada na detecção de litíase urinária. Seu uso é restrito a situações específicas onde se deseja evitar a radiação ionizante a qualquer custo e o ultrassom foi inconclusivo, sendo a principal indicação o grupo de pacientes gestantes.

Resumo:

Para a investigação de litíase urinária, a Tomografia Computadorizada de abdome e pelve sem contraste é o exame com maior acurácia e o mais indicado para prosseguir a investigação após um ultrassom sugestivo, porém não conclusivo.

---

### Questão 16

O nódulo de Virchow é um achado clássico no exame físico que sugere a presença de metástase de um tumor maligno intra-abdominal, sendo o câncer gástrico o exemplo mais comum na prática clínica e em provas de residência.

Alternativa (a) Incorreta: O nódulo submentoniano drena estruturas da face e da cavidade oral, como o lábio inferior e o assoalho da boca. Ele não possui relação anatômica com a drenagem linfática proveniente do abdome pelo ducto torácico.

Alternativa (b) Correta: O nódulo de Virchow é definido como uma linfonodomegalia na fossa supraclavicular esquerda. A explicação anatômica reside no fato de que o ducto torácico, que transporta a linfa de quase todo o corpo abaixo do diafragma (incluindo o estômago), desemboca no sistema venoso justamente no ângulo venoso entre a veia subclávia esquerda e a veia jugular interna esquerda. Células neoplásicas podem se disseminar por essa via e se alojar nos linfonodos dessa região. Quando esse nódulo é palpável, o achado também é referido como sinal de Troisier.

Alternativa (c) Incorreta: Assim como explicado na alternativa (a), a localização submentoniana (seja à direita ou à esquerda) não corresponde ao sítio de drenagem terminal do ducto torácico, não sendo, portanto, o local do nódulo de Virchow.

Alternativa (d) Incorreta: Os linfonodos inguiniais drenam os membros inferiores, a genitália externa e a região anal. Embora neoplasias abdominais possam, raramente, atingir essa região em estágios muito avançados, o epônimo "nódulo de Virchow" é específico para a topografia supraclavicular esquerda. Outros sinais de disseminação do câncer gástrico incluem o nódulo da Irmã Maria José (umbilical), o nódulo de Irish (axilar esquerdo) e a prateleira de Blumer (metástase no fundo de saco retal).

---

### Questão 17

O caso clínico apresenta um paciente com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mal controlado (HbA1c 8,9% e glicemia de jejum 253 mg/dL) que manifesta furunculose de repetição por MRSA (\*Staphylococcus aureus\* resistente à oxacilina). O ponto central para a resolução é entender que a recorrência de infecções de pele em diabéticos está diretamente relacionada ao ambiente de hiperglicemia, que prejudica a função dos neutrófilos (quimiotaxia e fagocitose) e facilita a proliferação bacteriana.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora o paciente apresente uma dislipidemia leve (HDL baixo e TG levemente elevado), o foco para o controle de infecções de repetição é o controle glicêmico, e não o lipídico. A sinvastatina tem papel na redução do risco cardiovascular, mas não é o tratamento para quadros infecciosos recorrentes.

b) Incorreta. O uso prolongado de antibióticos (8 semanas) para furunculose de repetição não é a conduta inicial nem definitiva. O paciente já realizou inúmeros tratamentos com antimicrobianos sem sucesso, pois o fator predisponente (diabetes descontrolado) permanece. Além disso, o uso indiscriminado de SMX-TMP favoreceria a seleção de resistência bacteriana e não resolveria a causa-base da imunodeficiência secundária.

c) Incorreta. Apesar de o controle glicêmico ser necessário, a proposta de insulinoterapia com NPH de 8/8 horas não é o esquema padrão inicial para este perfil de paciente. A dose de 0,1 UI/kg é baixa para um esquema basal-bolus, e o fracionamento da NPH em três tomadas é incomum na prática clínica ambulatorial para início de tratamento em DM2 estável.

d) Correta. Esta é a alternativa mais adequada porque foca na causa da recorrência da infecção. O paciente está usando uma dose subterapêutica de metformina (apenas 1.000 mg/dia, sendo que a dose plena é de 2.000 a 2.550 mg/dia). Otimizar a metformina e associar uma sulfonilureia de segunda geração (gliclazida) visam atingir a meta de HbA1c (geralmente < 7,0%). Com a glicemia controlada, a função leucocitária melhora, o que é fundamental para interromper o ciclo de furunculose de repetição. Vale ressaltar que o paciente está assintomático no momento, o que reforça que a prioridade não é tratar uma infecção aguda, mas sim prevenir novas recidivas através do ajuste metabólico.

## Questão 18

Análise do caso:

A paciente apresenta um quadro de asma não controlada, caracterizada por sintomas recorrentes (duas vezes por semana) e necessidade de medicação de resgate (Salbutamol). Além disso, possui uma carga tabágica elevada (30 anos-maço), o que agrava a inflamação brônquica e aumenta significativamente o risco cardiovascular e de câncer. O desafio da questão é identificar as ações que comprovadamente reduzem a morbimortalidade no contexto da Atenção Primária.

Alternativa (a) Incorreta: A simples orientação para cessar o tabagismo apresenta baixa taxa de sucesso quando comparada ao aconselhamento estruturado. Quanto ao corticoide, o uso por via oral é reservado para o manejo de crises agudas (exacerbações) por períodos curtos. O uso crônico ou recorrente de corticoide oral está associado à alta morbidade devido a efeitos colaterais como osteoporose, diabetes e hipertensão, não sendo a terapia de escolha para o controle da asma.

Alternativa (b) Incorreta: Embora proponha o acompanhamento adequado para o tabagismo, esta alternativa peca ao indicar o corticoide por via oral. No tratamento de manutenção da asma, a via inalatória é obrigatória porque permite que a droga atue diretamente no foco da inflamação com doses mínimas e pouca absorção sistêmica, reduzindo riscos ao paciente.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta que melhor atende aos critérios de redução de morbimortalidade. O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo; o aconselhamento terapêutico associado ao seguimento por pelo menos um ano é a estratégia mais eficaz para a cessação tabágica na rede básica. Em relação à asma, o início do corticoide inalatório é fundamental. As diretrizes internacionais (como o GINA) e nacionais estabelecem que o uso isolado de broncodilatadores de curta ação (Salbutamol) aumenta o risco de morte por asma. O corticoide inalatório é o único fármaco capaz de reduzir a inflamação das vias aéreas, prevenindo crises graves, hospitalizações e óbitos.

Alternativa (d) Incorreta: A Bupropiona é um fármaco auxiliar no tratamento do tabagismo, mas não deve ser utilizada isoladamente sem o suporte do aconselhamento. O erro principal desta alternativa é manter o tratamento da asma apenas com Salbutamol. O uso de Salbutamol sem um corticoide inalatório de controle mascara a inflamação subjacente e eleva a chance de o paciente apresentar uma crise fatal.

## Questão 19

A dosagem da vitamina D sérica (25(OH)D) não deve ser realizada como rastreamento populacional na população geral e saudável. Ela está indicada apenas para grupos específicos que apresentam alto risco de deficiência ou condições clínicas que podem ser agravadas pela hipovitaminose, conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. Embora os idosos (acima de 65 anos) sejam um grupo de risco clássico devido à menor síntese cutânea e menor exposição solar, adultos jovens saudáveis e indivíduos apenas hipertensos ou diabéticos (sem outras complicações como doença renal) não possuem indicação formal de rastreio de rotina.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa contempla grupos de alto risco estabelecidos pelos consensos médicos:

- Gestantes e lactantes: Apresentam maior demanda metabólica de cálcio e vitamina D.
- Portadores de Doença Renal Crônica (DRC): O rim é o local da segunda hidroxilação da vitamina D (transformando-a em sua forma ativa, o calcitriol). Além disso, a DRC altera todo o metabolismo mineral e ósseo.
- Doenças Inflamatórias Intestinais (DII): Condições como a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa prejudicam a absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), levando à deficiência.

Alternativa (c) Incorreta. Idosos e portadores de lúpus (pelo uso crônico de corticoides e necessidade de fotoproteção rigorosa) são grupos de risco. No entanto, a hanseníase e a psoríase, embora possam ter relações imunológicas com a vitamina D, não constam nas listas principais de indicações de triagem laboratorial sistemática para hipovitaminose D.

Alternativa (d) Incorreta. Portadores de osteoporose, osteopenia e doença celíaca (pela má absorção) são indicações corretas. Contudo, a alternativa cita "pancreatite" de forma genérica. Apenas a pancreatite crônica, que cursa com insuficiência pancreática exócrina e conseqüente má absorção intestinal, seria um fator de risco. A pancreatite aguda não é indicação para dosagem de vitamina D. Comparativamente, a alternativa (b) apresenta um conjunto de indicações mais sólido e frequente nas diretrizes clínicas.

## Questão 20

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de abuso de duas classes de substâncias: estimulantes (anfetaminas) e esteroides androgênicos anabólicos (testosterona). A combinação explica a sintomatologia de sudorese e hipertensão arterial.

Item I: Correto. As anfetaminas agem aumentando a liberação de catecolaminas (noradrenalina e dopamina), o que gera vasoconstrição, taquicardia e aumento da pressão arterial, elevando diretamente o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e eventos coronarianos. O uso de testosterona em doses suprafsiológicas também contribui para o aumento do risco cardiovascular por induzir hipertensão, dislipidemia, policitemia e hipertrofia ventricular.

Item II: Correto. O uso crônico ou em altas doses de anfetaminas pode desencadear a chamada psicose anfetamínica, caracterizada por paranoia e alucinações, além de irritabilidade extrema. Os esteroides anabólicos estão associados a mudanças de comportamento conhecidas como agressividade e instabilidade emocional, além de quadros de depressão profunda e risco de suicídio, especialmente durante a retirada da substância.

Item III: Incorreto. Esta afirmação é falsa. As anfetaminas possuem alto potencial de abuso e dependência. A sua interrupção causa uma síndrome de abstinência marcada por fadiga, depressão e fissura (craving). Da mesma forma, os esteroides anabólicos causam dependência física e psicológica, pois a supressão do eixo hormonal natural leva ao hipogonadismo secundário e sintomas depressivos quando o uso é interrompido.

Item IV: Correto. A hepatotoxicidade é um efeito adverso bem estabelecido dos esteroides anabólicos. O uso dessas substâncias pode causar desde quadros de hepatite medicamentosa e colestase até o surgimento de tumores, como adenomas hepáticos (benignos) e carcinoma hepatocelular (maligno), além de pelicose hepática.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O item I está correto, mas os itens II e IV também estão.
- b) Incorreta. Os itens I e II estão corretos, mas o item IV também deve ser incluído.
- c) Incorreta. O item III invalida esta alternativa, pois as medicações não são isentas de dependência e abstinência.
- d) Correta. Identifica adequadamente que apenas as proposições I, II e IV são verdadeiras no contexto clínico apresentado.

Gabarito: Letra (d).

## Questão 21

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta uma taquiarritmia, com frequência cardíaca de 167 bpm. O eletrocardiograma revela um ritmo regular, com complexos QRS estreitos (menores que 120ms ou 3 quadradinhos) e ausência de ondas P nítidas antes de cada QRS. Esse achado é característico de uma Taquicardia Supraventricular (TSV).

O ponto fundamental para determinar a conduta em qualquer arritmia é a avaliação da estabilidade hemodinâmica. Segundo os protocolos de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), os sinais de instabilidade são:

1. Hipotensão arterial.
2. Alteração aguda do estado mental (confusão, sonolência).
3. Sinais de choque (como o tempo de enchimento capilar lentificado de 3 segundos e sudorese profusa).
4. Dor torácica isquêmica.
5. Insuficiência cardíaca aguda (dispneia e congestão).

O paciente em questão apresenta os três primeiros sinais de forma clara (PA 75x40 mmHg, confusão mental e TEC de 3 segundos), além de queixar-se de dispneia. Portanto, trata-se de uma Taquiarritmia Instável.

Análise das alternativas:

a) Correta. Para qualquer paciente com taquiarritmia e sinais de instabilidade, a conduta imediata é a cardioversão elétrica sincronizada. Como o paciente está confuso, mas ainda acordado, a sedação leve é recomendada antes do procedimento para evitar a dor e o sofrimento causados pelo choque, desde que não retarde excessivamente a intervenção.

b) Incorreta. A manobra vagal é uma conduta indicada para pacientes com taquicardia supraventricular de complexo estreito que estejam hemodinamicamente estáveis. No paciente instável, não se deve perder tempo com medidas de baixa eficácia.

c) Incorreta. A adenosina é a droga de escolha para o tratamento de Taquicardia Supraventricular regular em pacientes estáveis. Em casos de instabilidade, a terapia elétrica (cardioversão) precede o uso de fármacos.

d) Incorreta. Existe uma diferença técnica vital entre desfibrilação e cardioversão. A desfibrilação é um choque não sincronizado, indicado apenas para ritmos de parada cardiorrespiratória (Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso). No paciente com pulso e ritmo organizado (como a TSV), o choque deve ser sincronizado com a onda R do eletrocardiograma para evitar que a descarga ocorra durante o período vulnerável da repolarização ventricular (onda T), o que poderia induzir uma fibrilação ventricular.

---

## Questão 22

O caso clínico apresenta uma paciente de 44 anos, imunossuprimida (devido à neoplasia mamária), que evoluiu de um quadro de febre e tosse para um cenário de insuficiência respiratória (dispneia e dessaturação). Na tomografia de tórax, o padrão de vidro fosco reforça a hipótese de pneumonia viral.

Abaixo, a análise detalhada das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Síndrome Gripal (SG) é definida por um quadro de início agudo de febre, tosse e mialgia, mas sem sinais de gravidade. No momento em que a paciente apresenta dispneia e queda da saturação de oxigênio, o diagnóstico evolui obrigatoriamente para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O oseltamivir seria indicado se a suspeita principal fosse Influenza, mas a classificação sindrômica está equivocada para a gravidade do caso.

Alternativa b) Incorreta. "Síndrome da Dessaturação" não é uma nomenclatura técnica padronizada para diagnóstico sindrômico epidemiológico no contexto de infecções respiratórias. Além disso, o cefepime é um antibiótico de amplo espectro (com cobertura para Pseudomonas) indicado para infecções bacterianas graves ou neutropenia febril, o que não é o foco inicial sugerido pelo padrão radiológico de vidro fosco (típico de vírus).

Alternativa c) Correta. A paciente preenche os critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que consiste em Síndrome Gripal acrescida de dispneia, desconforto respiratório ou saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente. Por ser portadora de neoplasia (grupo de alto risco para progressão), o uso de antivirais específicos é indicado. O nirmatrelvir associado ao ritonavir (Paxlovid) é uma terapia antiviral indicada para pacientes com COVID-19 de risco elevado para complicações. Embora as diretrizes geralmente recomendem o Paxlovid para casos leves a moderados que não requerem oxigênio suplementar, no contexto da questão, esta é a alternativa que melhor correlaciona o diagnóstico sindrômico correto com uma terapêutica antiviral moderna para o grupo de risco descrito.

Alternativa d) Incorreta. Síndrome Febril é um termo muito genérico que ignora o comprometimento respiratório agudo da paciente. O palivizumabe não é um tratamento para infecções ativas; trata-se de um anticorpo monoclonal utilizado exclusivamente para a profilaxia (prevenção) de infecções graves pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em populações pediátricas específicas (prematuros e cardiopatas), não possuindo indicação para tratamento de adultos com SRAG.

Resumo do raciocínio:

1. Identificação da Gravidade: Dispneia + Dessaturação = SRAG.
2. Identificação do Grupo de Risco: Neoplasia ativa.
3. Conduta: Classificar como SRAG e instituir tratamento antiviral voltado para os patógenos suspeitos (neste caso, as opções apontam para o manejo da COVID-19 em paciente de alto risco).

## Questão 23

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de crises convulsivas, déficit motor focal de evolução subaguda (15 dias) e diagnóstico recente de infecção pelo HIV. Esse cenário clínico em um paciente jovem sugere fortemente uma complicação neurológica oportunista decorrente da imunodeficiência. A principal suspeita diagnóstica é a neurotoxoplasmose, que é a causa mais comum de lesão expansiva cerebral em pacientes com Aids.

### ANÁLISE DAS ASSERÇÕES

Asserção I: Verdadeira. Diante de um paciente com HIV e sintomas neurológicos focais, a tomografia de crânio (TC) sem contraste tem baixa sensibilidade e especificidade. O uso do contraste iodado é fundamental para avaliar a quebra da barreira hematoencefálica e o padrão de realce da lesão, o que permite diferenciar processos infecciosos de processos neoplásicos ou vasculares.

Asserção II: Verdadeira. A neurotoxoplasmose é, de fato, a infecção oportunista do sistema nervoso central mais frequente nesses pacientes. O diagnóstico é habitualmente baseado no critério clínico-radiológico: presença de déficit focal, sorologia positiva para *Toxoplasma gondii*\* e imagens sugestivas. O achado radiológico clássico é a presença de múltiplas lesões com realce anelar (em anel) periférico após a administração de contraste, localizadas preferencialmente nos gânglios da base e na transição corticossubcortical.

### RELAÇÃO ENTRE AS ASSERÇÕES

A segunda asserção justifica a primeira. A necessidade de realizar a tomografia com contraste (asserção I) existe justamente porque o diagnóstico da principal suspeita clínica (neurotoxoplasmose) depende da identificação do padrão de realce anelar, que só pode ser observado após a administração do meio de contraste (asserção II).

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Incorreta. Ambas as asserções são verdadeiras, e a asserção II é a justificativa direta da asserção I, pois explica o motivo técnico e clínico para a obrigatoriedade do contraste no exame de imagem.

b) Correta. A asserção I está correta ao apontar a falha na execução do exame (falta de contraste) e a asserção II fundamenta essa necessidade ao descrever a fisiopatologia e o padrão diagnóstico da doença mais provável para o caso.

c) Incorreta. A asserção II é verdadeira. A neurotoxoplasmose é definida e diagnosticada conforme descrito no texto da questão.

d) Incorreta. A asserção I é verdadeira. Em neurologia de urgência para pacientes imunossuprimidos, a TC de crânio sem contraste é considerada um exame incompleto para investigação de massas ou infecções.

---

#### Questão 24

O acompanhamento da cura da sífilis deve ser realizado com a utilização de testes não treponêmicos, como o VDRL ou o RPR, de forma quantitativa. O objetivo é observar a redução dos títulos em relação aos valores obtidos no início do tratamento.

Alternativa a: Incorreta. O teste rápido é um teste treponêmico. Esse tipo de exame costuma permanecer reagente pelo resto da vida na maioria dos indivíduos, mesmo após o tratamento adequado, fenômeno chamado de cicatriz sorológica. Portanto, o teste rápido não é utilizado para o controle de cura.

Alternativa b: Correta. O critério laboratorial de cura e resposta imunológica adequada é a queda da titulação em pelo menos duas diluições (o que equivale a uma redução de quatro vezes no título) em um período de 6 meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia ou latente. No exemplo citado, a queda de 1/16 para 1/2 representa uma redução de três diluições (passando por 1/8 e 1/4 até chegar a 1/2), o que preenche o critério de sucesso terapêutico.

Alternativa c: Incorreta. O aumento das titulações após o tratamento indica uma possível falha terapêutica ou, o que é mais frequente na prática clínica, uma reinfecção. Para considerar uma nova infecção ou falha, utiliza-se o critério de aumento de dois títulos (ex.: de 1/4 para 1/16).

Alternativa d: Incorreta. O sucesso do tratamento não é definido por um valor absoluto (como 1/2), mas sim pela queda proporcional em relação ao título inicial do diagnóstico. Um paciente que inicia o tratamento com VDRL 1/1 e permanece 1/2 após o tratamento, na verdade, apresentou um aumento do título, e não a cura. Além disso, muitos pacientes podem estabilizar seus títulos em valores baixos (como 1/1, 1/2 ou 1/4) permanentemente, mesmo estando curados.

---

### Questão 25

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), definida neste caso por uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 35% e sintomas de congestão sistêmica e pulmonar. O tratamento moderno da ICFER baseia-se nos quatro pilares farmacológicos que reduzem comprovadamente a mortalidade e o risco de hospitalização, além de diuréticos para o manejo de sintomas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A furosemida é um diurético de alça fundamental para o controle da congestão e alívio da dispneia (tratamento sintomático). No entanto, ela não altera o prognóstico nem reduz a mortalidade da doença. O tratamento da ICFER exige a introdução das terapias modificadoras da doença o mais precocemente possível durante a internação, assim que a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica.

Alternativa b) Incorreta. Embora o enalapril, a espironolactona e a dapagliflozina façam parte do tratamento da ICFER, o atenolol não é um betabloqueador indicado para essa patologia. Na insuficiência cardíaca, apenas três betabloqueadores possuem evidência sólida de redução de mortalidade: o carvedilol, o succinato de metoprolol e o bisoprolol. O atenolol não apresenta esse benefício.

Alternativa c) Incorreta. O erro desta alternativa também reside na inclusão do atenolol. O sacubitril-valsartana é uma excelente opção para substituir o IECA ou o BRA (losartana), mas a prescrição de atenolol torna a opção clinicamente inadequada para um paciente com IC com fração de ejeção reduzida.

Alternativa d) Correta. Esta prescrição abrange de forma completa o tratamento da

ICFEr e o manejo da congestão:

1. Bloqueador do Receptor de Angiotensina (BRA): Losartana (a paciente já a utilizava e o medicamento faz parte dos inibidores do sistema renina-angiotensina).
2. Betabloqueador: Succinato de Metoprolol (um dos três betabloqueadores padrão-ouro para redução de mortalidade).
3. Antagonista do Receptor Mineralocorticoide: Espironolactona.
4. Inibidor do SGLT2: Empagliflozina (pilar obrigatório nas diretrizes atuais para IC).
5. Diurético: Furosemida (necessário para o controle da volemia até a alta).

Gabarito: Letra (d).

## Questão 26

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão é um homem de 60 anos, etilista crônico, que apresenta um quadro clássico de hepatopatia crônica, muito provavelmente cirrose hepática de etiologia alcoólica. As evidências laboratoriais que sustentam esse diagnóstico são:

1. Inversão da relação TGO/TGP (AST/ALT): O valor de TGO (210) é mais que o dobro da TGP (95), padrão típico da agressão hepática pelo álcool.
2. Sinais de insuficiência hepatocelular: Queda da albumina (2,9 g/dL) e alargamento do INR (1,6).
3. Sinais de hipertensão portal: Plaquetopenia ( $90.000/\text{mm}^3$ ), sugerindo hiperesplenismo.
4. Icterícia às custas de bilirrubina direta, indicando dificuldade de excreção biliar pela desestruturação do parênquima hepático.

Avaliação das Alternativas:

- a) Incorreta. O sinal de Murphy é indicativo de colecistite aguda (interrupção da inspiração à palpação do ponto cístico). O sinal do piparote indica ascite volumosa, que até poderia estar presente, mas a acantose nigricans é um sinal de resistência insulínica ou neoplasia oculta, não sendo um estigma clássico de cirrose.
- b) Incorreta. A tríade de Charcot (febre, icterícia e dor abdominal) indica colangite aguda, o que não condiz com o quadro afebril do paciente. O semicírculo de Skoda é encontrado na percussão do tórax em casos de derrame pleural. O nódulo de Virchow (supraclavicular esquerdo) sugere metástase de neoplasias abdominais, especialmente gástrica.
- c) Correta. Estas três manifestações são conhecidas como estigmas de hepatopatia crônica. O eritema palmar e as telangiectasias (spider angiomas) ocorrem devido a alterações na vasculatura e ao hiperestrogenismo (o fígado doente não consegue

metabolizar o estrogênio). A ginecomastia também é decorrente desse desequilíbrio hormonal (aumento da relação estrogênio/testosterona), comum em pacientes cirróticos, especialmente alcoólatras.

d) Incorreta. Embora a atrofia testicular e a macicez móvel (sinal de ascite) possam ser encontradas em cirróticos, o sinal de Giordano (dor à punho-percussão lombar) é indicativo de pielonefrite ou litíase urinária, não tendo relação com o quadro hepático descrito.

Conclusão:

O examinador busca identificar o conhecimento do aluno sobre os estigmas periféricos de insuficiência hepática e hiperestrogenismo. A alternativa C reúne os sinais físicos mais específicos para o diagnóstico de cirrose hepática no exame físico.

---

## Questão 27

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com supra de ST). A história clínica de dor torácica típica em paciente com múltiplos fatores de risco cardiovascular (tabagismo, hipertensão, diabetes e obesidade) é corroborada pelos achados do eletrocardiograma.

Análise do Eletrocardiograma:

O ECG evidencia um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V1, V2, V3, V4 e V5, o que caracteriza um infarto agudo do miocárdio de parede anterior. Nota-se também imagem em espelho (infradesnivelamento de ST) nas derivações inferiores (II, III e aVF). Como a dor iniciou há apenas duas horas, a paciente está dentro da janela para terapia de reperfusão imediata.

Alternativa a) Correta. No IAM com supra de ST, a conduta deve ser imediata. A administração de dupla antiagregação plaquetária (AAS e Clopidogrel) é mandatária. Como a questão propõe a trombólise como método de reperfusão (Alteplase), esta deve ser sempre acompanhada de anticoagulação sistêmica, sendo a Enoxaparina uma das opções preferenciais, para garantir a patência do vaso e evitar a reoclusão após a ação do fibrinolítico.

Alternativa b) Incorreta. No contexto de um ECG com supradesnivelamento de ST claro e clínica compatível, o diagnóstico de infarto já está estabelecido. Não se deve solicitar ou aguardar o resultado da troponina para iniciar a terapia de reperfusão. O atraso para esperar exames laboratoriais aumenta a perda de massa miocárdica e a mortalidade.

Alternativa c) Incorreta. Embora inclua a antiagregação e o trombolítico, esta alternativa está incompleta em comparação à alternativa (a). A anticoagulação (com Enoxaparina ou Heparina não fracionada) é parte obrigatória do protocolo de reperfusão química (trombólise), sendo essencial para o sucesso do tratamento.

Alternativa d) Incorreta. Esta é a conduta mais perigosa em um cenário de supra de ST. Aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica (como a troponina) em um paciente com diagnóstico eletrocardiográfico de IAM com supra de ST retarda o tratamento definitivo e contraria todas as diretrizes nacionais e internacionais de cardiologia. Em casos de supra de ST, o tratamento é disparado pelo ECG, antes mesmo dos resultados laboratoriais.

---

## Questão 28

Esta questão aborda o manejo da neutropenia febril, uma emergência oncológica comum em pacientes submetidos à quimioterapia citotóxica.

Para resolver a questão, devemos seguir três passos fundamentais: diagnóstico, estratificação de risco e definição da conduta.

1. Diagnóstico: A neutropenia febril é definida como a presença de febre (temperatura oral única de 38,3 °C ou 38,0 °C mantida por mais de uma hora) associada a uma contagem absoluta de neutrófilos (CAN) menor que 500 células/mm<sup>3</sup> (ou menor que 1.000 com expectativa de queda para menos de 500). A paciente apresenta 450 neutrófilos e teve febre de 38,5 °C, confirmando o diagnóstico.

2. Estratificação de Risco: Utilizamos o escore MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) para determinar se o paciente é de alto ou baixo risco.

- Sintomas leves/ausentes: 5 pontos.
- Ausência de hipotensão: 5 pontos.
- Ausência de DPOC: 4 pontos.
- Tumor sólido (sem infecção fúngica prévia): 4 pontos.
- Ausência de desidratação: 3 pontos.
- Início da febre fora do hospital: 3 pontos.
- Idade menor que 60 anos: 2 pontos.

A paciente em questão apresenta estabilidade hemodinâmica, não tem outras queixas, possui tumor sólido e é jovem. Sua pontuação no MASCC seria 26 (o máximo é 26). Pacientes com MASCC maior ou igual a 21 são considerados de BAIXO RISCO.

3. Definição da Conduta: Pacientes de baixo risco, estáveis, com boa aceitação via

oral e suporte social podem ser tratados ambulatorialmente. O esquema antibiótico de escolha para o tratamento domiciliar é a combinação de Ciprofloxacino e Amoxicilina com Clavulanato. O Ciprofloxacino é essencial para cobrir *Pseudomonas aeruginosa*, e o Clavulin complementa a cobertura contra cocos gram-positivos e anaeróbios.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A internação não é obrigatória para pacientes de baixo risco. Além disso, a Ceftriaxona isoladamente é uma escolha inadequada para neutropenia febril, pois não possui cobertura contra *Pseudomonas aeruginosa*. O Filgrastim (G-CSF) não é recomendado rotineiramente para o tratamento de neutropenia febril já estabelecida em casos não complicados.

b) Incorreta. Toda febre em paciente neutropênico deve ser tratada como infecciosa até que se prove o contrário, devido à alta mortalidade se não houver cobertura antibiótica precoce. Atribuir a febre ao tumor sem antes tratar a potencial infecção é um erro grave.

c) Incorreta. O tratamento da neutropenia febril é uma emergência médica. O antibiótico deve ser iniciado na primeira hora ("golden hour") após a coleta de culturas. Jamais se deve aguardar o resultado das culturas (que demora dias) para iniciar a terapia.

d) Correta. Por ser uma paciente de baixo risco (MASCC alto), estável e sem complicações evidentes, o tratamento domiciliar com Ciprofloxacino e Amoxicilina/Clavulanato é a conduta padrão recomendada pelas diretrizes internacionais (IDSA/ASCO) e nacionais. A orientação de sinais de alarme e reavaliação precoce é fundamental para a segurança do paciente.

---

## Questão 29

A questão descreve um idoso de 78 anos, previamente independente, com queixas de perda de memória recente e prejuízo funcional (esquecer a panela no fogo), além de um escore de 16/30 no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Para um paciente com ensino médio completo, essa pontuação está significativamente abaixo do ponto de corte esperado, caracterizando uma síndrome demencial que exige investigação.

Alternativa (a) Incorreta: O diagnóstico de doença de Alzheimer é clínico e, fundamentalmente, de exclusão. Não se deve comunicar esse diagnóstico nem iniciar tratamento farmacológico com inibidores da acetilcolinesterase sem antes completar a propedêutica básica. É necessário descartar causas secundárias que podem

mimetizar ou agravar o quadro cognitivo.

Alternativa (b) Incorreta: A depressão no idoso pode se manifestar com déficits cognitivos, quadro conhecido como pseudodemência. Embora a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) possa fazer parte da avaliação global, ela não deve ser a única conduta. O protocolo diagnóstico para demência exige, obrigatoriamente, exames laboratoriais e de imagem.

Alternativa (c) Correta: Esta é a conduta padrão estabelecida por diretrizes nacionais e internacionais. Diante de um paciente com declínio cognitivo e funcional, o médico deve buscar causas potencialmente reversíveis ou tratáveis. O TSH e o T4 livre rastreiam hipotireoidismo; a dosagem de vitamina B12 é essencial (especialmente em usuários crônicos de metformina, que pode causar má absorção dessa vitamina); o VDRL rastreia neurosífilis; e a tomografia de crânio é necessária para excluir causas estruturais, como tumores, hematoma subdural crônico ou hidrocefalia de pressão normal, além de avaliar padrões de atrofia.

Alternativa (d) Incorreta: Esquecimentos que geram risco (como deixar o fogo aceso) e uma pontuação de 16 no MEEM para um paciente escolarizado não são alterações fisiológicas do envelhecimento (senescência). Trata-se de um quadro patológico (senilidade) que requer investigação imediata para definir a etiologia e o manejo adequado.

---

### Questão 30

Análise do Caso Clínico:

A paciente apresenta um quadro clínico compatível com Episódio Depressivo Maior. Os critérios preenchidos incluem: humor deprimido, anedonia (perda de interesse em atividades prazerosas), alteração do sono (insônia inicial e fragmentada), fadiga (falta de energia), alteração do apetite com perda ponderal significativa (4 kg) e déficit de concentração. Os sintomas persistem por três meses, superando o critério temporal mínimo de duas semanas. A exclusão de causas orgânicas através de exames laboratoriais (TSH, hemograma e glicemia) reforça o diagnóstico psiquiátrico.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Sertralina é, de fato, um Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS) indicado como primeira linha para o tratamento da depressão. No entanto, a alternativa peca ao afirmar que esta é a "única conduta possível". Diretrizes clínicas nacionais e internacionais estabelecem que a psicoterapia isolada também é uma opção eficaz para casos de depressão leve a moderada.

Alternativa b) Incorreta. A Amitriptilina é um antidepressivo tricíclico eficaz, mas não é a primeira escolha atual devido ao seu perfil de efeitos colaterais (como sedação, boca seca, constipação e risco cardiovascular). Assim como na alternativa A, o erro principal é a exclusividade imposta pelo termo "única conduta possível".

Alternativa c) Correta. Para pacientes com depressão de intensidade leve a moderada, as evidências científicas demonstram que tanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) quanto o tratamento farmacológico com ISRS são eficazes como condutas iniciais. A escolha entre uma modalidade ou outra (ou a combinação de ambas) deve ser uma decisão compartilhada entre o médico e o paciente, levando em conta a gravidade, a disponibilidade do serviço e a preferência da paciente.

Alternativa d) Incorreta. Os benzodiazepínicos são medicamentos sintomáticos para ansiedade e insônia, porém não tratam a fisiopatologia da depressão. O uso isolado dessa classe não é indicado para o tratamento do transtorno depressivo. Além disso, o prazo de três meses para reavaliação é muito longo para um paciente com prejuízo funcional e perda de peso.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 31

#### DIAGNÓSTICO:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), considerando a idade, o histórico de tabagismo ativo e a queixa de dispneia progressiva. O diagnóstico é confirmado pela espirometria, que demonstra uma relação VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,70 (no caso, 0,60), o que caracteriza uma obstrução ao fluxo aéreo não totalmente reversível.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O salbutamol é um beta-2-agonista de curta duração (SABA), indicado apenas como medicação de resgate para alívio agudo dos sintomas. Ele não atua na manutenção da doença e não previne a progressão dos sintomas ou exacerbações em pacientes cronicamente sintomáticos.

Alternativa b) Incorreta. A associação de beta-2-agonista de longa duração (LABA) com corticoide inalatório (CI) é o pilar do tratamento da asma. Na DPOC, o uso de corticoides inalatórios é reservado para casos específicos, como pacientes com histórico de exacerbações frequentes ou contagem de eosinófilos no sangue superior

a 300 células/ $\mu$ L. As diretrizes atuais priorizam a dupla broncodilatação em detrimento do uso de corticoide no manejo inicial da DPOC sintomática.

Alternativa c) Incorreta. O uso contínuo de azitromicina é uma estratégia de exceção, reservada para pacientes que permanecem com exacerbações frequentes mesmo após a otimização máxima da terapia inalatória. Devido ao risco de resistência bacteriana e efeitos colaterais (como ototoxicidade e prolongamento do intervalo QT), não é uma opção de primeira linha.

Alternativa d) Correta. A combinação de um beta-2-agonista de longa duração (LABA) com um antagonista muscarínico de longa duração (LAMA) é o tratamento de escolha para pacientes com DPOC que apresentam sintomas persistentes (classificados como grupos B ou E nas diretrizes GOLD recentes). A dupla broncodilatação atua em diferentes vias da musculatura lisa brônquica, promovendo maior redução da hiperinsuflação pulmonar, melhor controle da dispneia e redução mais robusta do risco de exacerbações quando comparada ao uso de apenas um tipo de broncodilatador.

---

### Questão 32

Análise do caso clínico:

O paciente de 57 anos é classificado como de alto risco cardiovascular por ser diabético, tabagista e estar em prevenção secundária após um AVC isquêmico. Suas medidas de pressão arterial (130 x 85 mmHg) enquadram-se na categoria de Pressão Arterial Elevada definida pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 (níveis entre 120-139 mmHg de sistólica ou 70-89 mmHg de diastólica). Para pacientes nesta faixa que possuem alto risco cardiovascular, a recomendação é iniciar tratamento farmacológico caso as metas não sejam atingidas após um período de mudanças no estilo de vida.

Explicação das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A terapia combinada (uso de dois medicamentos) é a conduta inicial padrão para a maioria dos hipertensos já no estágio 1 (PA maior ou igual a 140/90 mmHg) ou estágio 2. No caso deste paciente, embora ele seja de alto risco, os níveis de PA ainda estão na categoria de Pressão Elevada (abaixo de 140/90 mmHg). Nessa situação específica, a diretriz recomenda iniciar o tratamento com apenas um fármaco (monoterapia).

Alternativa (b) Incorreta: Manter apenas as medidas não medicamentosas seria insuficiente para este paciente. Em indivíduos de baixo risco, a conduta inicial para

Pressão Elevada é apenas a mudança de estilo de vida. No entanto, para pacientes de alto risco cardiovascular, se a pressão permanecer acima de 130/80 mmHg após o acompanhamento inicial (neste caso, seis meses), o tratamento medicamentoso deve ser obrigatoriamente iniciado para reduzir a chance de novos eventos cardiovasculares.

Alternativa (c) Correta: De acordo com a Diretriz de 2025, pacientes com Pressão Arterial Elevada (120-139 / 70-89 mmHg) que possuem risco cardiovascular elevado devem iniciar tratamento medicamentoso se a PA não baixar de 130/80 mmHg com medidas não farmacológicas. A escolha por monoterapia é correta pelo nível de PA apresentado. O Losartana, sendo um bloqueador dos receptores de angiotensina (BRA), é uma excelente escolha inicial, especialmente para pacientes diabéticos e com histórico de AVC.

Alternativa (d) Incorreta: O MAPA é uma ferramenta importante para diagnóstico, mas o paciente já tem medidas de consultório consistentes em duas consultas diferentes e um perfil de risco que já define a necessidade de intervenção. Postergar o início do tratamento por mais seis meses em um paciente pós-AVC e diabético com PA de 130/85 mmHg configuraria inércia clínica e aumento do risco de novos eventos.

Gabarito: Alternativa (c).

---

### Questão 33

A questão aborda as diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Mesmo com a transição gradual para o teste de biologia molecular (DNA-HPV), a rotina de coleta da colpocitologia oncótica (Papanicolau) segue critérios específicos baseados na história natural da doença e na eficácia do diagnóstico citológico.

Alternativa (a) está incorreta. O rastreamento não deve ser realizado anualmente de forma permanente. A recomendação é que, após a obtenção de resultados negativos em dois exames anuais consecutivos, o intervalo entre as coletas seja ampliado para garantir a eficiência do programa de rastreio e evitar intervenções desnecessárias.

Alternativa (b) está incorreta. O intervalo de dois anos (bienal) não faz parte do protocolo oficial brasileiro para a citologia. As diretrizes nacionais preconizam a mudança do intervalo anual diretamente para o intervalo trienal após os dois primeiros exames normais.

Alternativa (c) está correta. Esta alternativa descreve precisamente a diretriz do

Ministério da Saúde: o início do rastreamento é aos 25 anos para mulheres que já iniciaram a vida sexual. Os dois primeiros exames devem ser anuais e, se ambos forem negativos, os próximos passam a ser realizados a cada três anos. O rastreio é interrompido aos 64 anos em mulheres que apresentarem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos antes de cessar o rastreamento.

Alternativa (d) está incorreta. O rastreio não deve ser iniciado em qualquer faixa etária, respeitando-se o limite de 25 anos, pois o câncer cervical é raro antes dessa idade e o tratamento de lesões que regrediriam espontaneamente em jovens pode causar prejuízos, como a incompetência istmocervical. Além disso, a sexarca (início da vida sexual) é um pré-requisito obrigatório, visto que a infecção pelo HPV, agente causal do câncer do colo, é uma infecção sexualmente transmissível.

### Questão 34

Para compreender a questão, é fundamental classificar os progestagênios de acordo com sua origem química e sua interação com os receptores de androgênios. Os progestagênios podem ter ação androgênica (estimulam receptores de testosterona, podendo causar acne e oleosidade) ou ação antiandrogênica (bloqueiam esses receptores, tratando o excesso de pelos e acne).

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: O Acetato de clormadinona é um derivado da progesterona (grupo dos pregnanos). Ele possui uma ação antiandrogênica, sendo utilizado clinicamente para melhorar a pele e diminuir sintomas relacionados ao excesso de androgênios.

Alternativa (b) CORRETA: O Gestodeno é um progestagênio de terceira geração, derivado da 19-nortestosterona (grupo dos gonanos). Por ser um derivado sintético da testosterona, ele mantém uma atividade androgênica residual. Embora essa atividade seja menor do que a observada em progestagênios de segunda geração (como o levonorgestrel), entre todas as opções apresentadas na questão, o Gestodeno é o único que possui efeito androgênico. Todas as outras opções são fármacos especificamente antiandrogênicos.

Alternativa (c) INCORRETA: A Drospirenona é um progestagênio único, derivado da espironolactona. Ela possui propriedades antimineralocorticoides (reduz a retenção de líquidos) e propriedades antiandrogênicas potentes, sendo muito prescrita para pacientes com síndrome dos ovários policísticos ou queixas de acne.

Alternativa (d) INCORRETA: O Acetato de ciproterona é considerado o progestagênio com o maior efeito antiandrogênico disponível na terapêutica. Ele compete diretamente com a di-hidrotestosterona (DHT) pelos receptores androgênicos, sendo o tratamento de escolha para casos moderados a graves de hirsutismo e acne virilizante.

#### RESUMO:

Para identificar a resposta correta, o estudante deve notar que as alternativas A, C e D descrevem progestagênios com perfil "antiandrogênico". O Gestodeno (Alternativa B) é o único progestagênio da lista derivado da testosterona que, por exclusão e por sua natureza química, desempenha o maior efeito androgênico comparativo.

## Questão 35

### CONCEITO DE INFERTILIDADE E CONDUTA INICIAL

A infertilidade conjugal é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas principais sociedades de reprodução humana, como a FEBRASGO (Brasil) e a ASRM (EUA), como a ausência de gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais frequentes, sem o uso de qualquer método contraceptivo. No caso de mulheres com 35 anos ou mais, esse prazo de espera é reduzido para 6 meses devido ao declínio da reserva ovariana. Para mulheres acima de 40 anos, a investigação pode ser iniciada imediatamente. Como o enunciado descreve um casal jovem tentando há mais de um ano, o critério clínico para o diagnóstico de infertilidade e o início da propedêutica já foram preenchidos.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O prazo de dois anos não é o padrão adotado pelas sociedades médicas para a definição de infertilidade. Aguardar esse período retardaria o diagnóstico e possíveis intervenções, o que pode comprometer o prognóstico reprodutivo do casal.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete a diretriz clássica: após 12 meses de tentativas sem sucesso em um casal jovem, a investigação deve ser iniciada. O objetivo é identificar possíveis causas (fatores masculinos, ovulatórios, tubários ou uterinos) para propor o tratamento mais adequado.

Alternativa c) Incorreta. A prática de iniciar um tratamento, como a indução da ovulação, antes de realizar a investigação básica é tecnicamente inadequada. É necessário primeiro diagnosticar a causa da infertilidade. Se o casal apresentar, por

exemplo, uma obstrução tubária bilateral ou uma alteração grave no espermograma, o uso de indutores de ovulação seria inútil e protelaria o tratamento correto.

Alternativa d) Incorreta. A investigação da infertilidade deve ser sempre simultânea, envolvendo o homem e a mulher ao mesmo tempo. O fator masculino isolado está presente em cerca de 30% dos casos e o fator feminino em outros 30%, havendo associação de ambos em cerca de 20% a 30% das vezes. Investigar de forma sequencial atrasa desnecessariamente o diagnóstico final.

GABARITO: Letra B.

---

### Questão 36

Os cistos de Naboth, também conhecidos como cistos de retenção cervical, são achados fisiológicos e extremamente comuns na prática ginecológica. Eles ocorrem devido à obstrução dos ductos das glândulas produtoras de muco do colo uterino (glândulas endocervicais) pelo epitélio escamoso durante o processo de metaplasia escamosa.

Na imagem ultrassonográfica apresentada, observa-se uma estrutura anecoica (preta), arredondada, de paredes finas e bem definidas, localizada no estroma do colo uterino, o que é característico de um cisto de Naboth simples.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Por ser uma alteração benigna, fisiológica e geralmente assintomática, o cisto de Naboth não possui potencial de malignização nem relevância clínica. Portanto, o achado não requer qualquer intervenção, tratamento ou continuidade da investigação diagnóstica. O manejo é apenas a observação e orientação da paciente sobre a natureza benigna do achado.

Alternativa b) Incorreta. A colposcopia com biópsia é um exame invasivo indicado para a investigação de lesões precursoras do câncer de colo uterino (identificadas no rastreamento citopatológico) ou lesões visualmente suspeitas ao exame especular. Um cisto simples e isolado no ultrassom não justifica esse procedimento.

Alternativa c) Incorreta. Não há necessidade de acompanhamento evolutivo em curto prazo (15 dias), pois a lesão é estática e benigna. Repetir exames desnecessariamente gera ansiedade na paciente e custos adicionais sem benefício clínico.

Alternativa d) Incorreta. A Ressonância Magnética é um exame de alta complexidade

e custo, reservada para o estadiamento de neoplasias malignas confirmadas ou avaliação de massas pélvicas complexas e duvidosas. Sua solicitação para avaliar um cisto de Naboth caracteriza conduta de excesso propedêutico.

### Questão 37

A imagem apresentada exhibe um exame especular evidenciando um conteúdo vaginal característico: secreção branca, espessa e disposta em grumos aderidos às paredes vaginais e ao colo uterino, com aspecto clássico de "leite coalhado".

Alternativa a) Incorreta. A vaginose bacteriana apresenta-se tipicamente como um corrimento fluido, homogêneo, branco-acinzentado, com odor fétido acentuado (peixe podre) e não costuma formar grumos espessos aderidos à mucosa como os visualizados na foto.

Alternativa b) Correta. O aspecto de "leite coalhado" ou placas esbranquiçadas aderidas à mucosa vaginal é a manifestação clínica patognomônica da candidíase vulvovaginal (colpite por *Candida* sp.). Além do achado visual, a paciente geralmente cursa com prurido intenso e hiperemia local.

Alternativa c) Incorreta. A endocervicite por *Chlamydia trachomatis* caracteriza-se pelo comprometimento do canal cervical, apresentando colo edemaciado, friável (sangra facilmente ao toque) e presença de secreção mucopurulenta exteriorizando-se pelo orifício externo do colo, diferindo totalmente das placas brancas da imagem.

Alternativa d) Incorreta. O linfogranuloma venéreo é uma infecção sexualmente transmissível sistêmica que se manifesta inicialmente por uma pequena pápula ou úlcera genital transitória, seguida de linfonodopatia inguinal dolorosa e supurativa (bubão) ou proctite, não sendo causa desse tipo de corrimento vaginal grumoso.

### Questão 38

Para compreender a questão, é fundamental estar atualizado com as Recomendações da FEBRASGO (2024) sobre o rastreio e tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

Alternativa (a) Incorreta: Embora os valores citados para o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) estejam corretos para o diagnóstico de DMG (Jejum  $\geq 92$  mg/dl; 1 hora  $\geq 180$  mg/dl; 2 horas  $\geq 153$  mg/dl), a alternativa peca ao indicar a Metformina como tratamento de primeira escolha. Segundo as diretrizes nacionais, o tratamento farmacológico inicial, quando as mudanças de estilo de vida (dieta e exercício) não

são suficientes, deve ser feito com Insulinoterapia.

Alternativa (b) Incorreta: O valor de 95 mg/dl para glicemia de jejum é utilizado por algumas sociedades internacionais (como o ACOG), mas a diretriz brasileira da FEBRASGO adota o ponto de corte de 92 mg/dl para o diagnóstico de DMG. Além disso, reforça-se que a Metformina não é a droga de primeira escolha frente à Insulina.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete o consenso da FEBRASGO. O diagnóstico de DMG é estabelecido quando a glicemia de jejum na primeira consulta (ou antes de 24 semanas) está entre 92 e 125 mg/dl. Caso a paciente não atinja as metas glicêmicas com o tratamento não farmacológico (Mudança do Estilo de Vida - MEV) em um período de 1 a 2 semanas, a Insulinoterapia é o tratamento farmacológico de escolha, por ser segura e não atravessar a barreira placentária em quantidades significativas.

Alternativa (d) Incorreta: Uma glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, identificada logo no início da gestação, não é classificada como Diabetes Mellitus Gestacional, mas sim como Diabetes Mellitus Pré-gestacional (ou Diabetes Mellitus \*Overt\*), indicando que a mulher já era diabética antes de engravidar e o diagnóstico foi feito durante o pré-natal.

Resumo do Diagnóstico de DMG (FEBRASGO):

- Glicemia de jejum (início da gestação): 92 a 125 mg/dl.
- TOTG 75g (24-28 semanas): Jejum  $\geq 92$  | 1h  $\geq 180$  | 2h  $\geq 153$  (apenas um valor alterado confirma o diagnóstico).

Resumo do Tratamento:

1. Dieta e atividade física (MEV).
2. Se controle inadequado em 7 a 14 dias: Insulinoterapia (Padrão-ouro).

---

### Questão 39

A Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) é uma condição de caráter pró-trombótico de origem autoimune. Para o seu diagnóstico, seguimos os critérios de Sydney, que exigem a presença de pelo menos um critério clínico (trombose vascular ou morbidade gestacional específica) e um critério laboratorial.

Alternativa (a) Incorreta: Os critérios laboratoriais para a SAF incluem três tipos de anticorpos, e não apenas dois. São eles: o lúpus anticoagulante (LAC), a anticardiolipina (ACL) IgG ou IgM em títulos moderados a altos, e o anticorpo anti-beta-2-glicoproteína I IgG ou IgM.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o crescimento intrauterino restrito (CIR) e a pré-eclâmpsia sejam complicações obstétricas associadas à SAF e façam parte dos critérios diagnósticos (quando levam ao parto prematuro antes de 34 semanas), não existe essa divisão estatística exata de 50% para cada. A síndrome pode se manifestar de diversas formas, incluindo perdas embrionárias recorrentes e óbitos fetais tardios.

Alternativa (c) Incorreta: O tratamento varia conforme o histórico da paciente (se SAF obstétrica ou trombótica), mas a afirmação está errada principalmente ao dizer que não há indicação de complementação após o parto. O puerpério é o período de maior risco para eventos trombóticos, e a anticoagulação deve ser mantida por pelo menos 6 semanas após o nascimento. Além disso, o tratamento padrão na gestação geralmente associa o AAS em baixa dose à heparina (seja profilática ou terapêutica).

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa define com precisão a natureza dos anticorpos na SAF. Eles representam um grupo heterogêneo de autoanticorpos que têm afinidade por fosfolipídeos de carga negativa (aniônicos) ou por proteínas plasmáticas ligadas a esses fosfolipídeos localizados nas superfícies celulares (como endotélio e plaquetas). Essa ligação interfere na cascata de coagulação e na função celular, resultando no estado de hipercoagulabilidade característico da doença.

---

### Questão 40

A quimioprofilaxia intraparto para o Estreptococo do Grupo B (GBS) tem como objetivo reduzir a colonização neonatal e o risco de sepse precoce no recém-nascido. O rastreio universal é realizado entre 35 e 37 semanas de gestação por meio de cultura vaginorretal. Se o resultado for positivo, a profilaxia deve ser iniciada no momento da internação para o parto.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A ampicilina (dose de ataque de 2 g seguida por 1 g a cada 4 horas) é um esquema eficaz e amplamente aceito como alternativa. Entretanto, não é a primeira escolha. A preferência recai sobre a penicilina por esta possuir um espectro de ação mais estreito, o que ajuda a evitar a seleção de cepas resistentes em outros patógenos.

Alternativa b: Incorreta. A cefazolina é indicada para gestantes alérgicas à penicilina, desde que apresentem baixo risco de anafilaxia. Não é o tratamento de escolha para a população geral que não possui contraindicações aos betalactâmicos.

Alternativa c: Incorreta. O tratamento via oral realizado antes do parto não é eficaz. Como o GBS faz parte da flora transitória, a bactéria pode recolonizar o canal de parto em pouco tempo. Para que a profilaxia seja efetiva, o antibiótico deve ser administrado por via endovenosa durante o trabalho de parto ou após a ruptura das membranas, garantindo níveis terapêuticos no líquido amniótico e na circulação fetal.

Alternativa d: Correta. A Penicilina G Cristalina é a droga de primeira escolha e padrão-ouro para a profilaxia do GBS. O esquema recomendado pelos principais protocolos (como CDC e ACOG) consiste em uma dose de ataque de 5 milhões de Unidades Internacionais (UI) por via endovenosa, seguida de 2,5 milhões de UI a cada 4 horas até o nascimento.

Gabarito: Letra D.

---

### Questão 41

A cirurgia laparoscópica fundamenta-se no acesso à cavidade abdominal por meio de pequenos portais e na criação de um pneumoperitônio para visualização das estruturas. Essa abordagem transformou a ginecologia moderna devido aos seus benefícios intrínsecos à técnica minimamente invasiva.

Alternativa A (Correta): Esta é a principal vantagem da laparoscopia em relação à laparotomia (cirurgia aberta). Por utilizar incisões milimétricas, há menor trauma nos tecidos da parede abdominal e menor manipulação das alças intestinais. Isso resulta em uma resposta inflamatória reduzida, gerando significativamente menos dor no pós-operatório e permitindo que a paciente retome suas atividades laborais e rotineiras em um período muito mais curto.

Alternativa B (Incorreta): A energia eletrocirúrgica é um componente fundamental da técnica laparoscópica. O uso de pinças bipolares, monopolares e dispositivos de energia ultrassônica ou avançada é rotineiro e necessário para realizar a dissecação de tecidos e a hemostasia (controle de sangramentos) de forma eficiente durante o procedimento.

Alternativa C (Incorreta): Estatisticamente, a cirurgia laparoscópica está associada a uma menor perda sanguínea quando comparada à cirurgia aberta. A câmera fornece uma visão magnificada (aumentada) das estruturas e vasos sanguíneos, o que permite ao cirurgião realizar uma técnica muito mais precisa e cautelosa, prevenindo hemorragias.

Alternativa D (Incorreta): A técnica não é limitada apenas a pacientes de baixo risco. Embora existam contraindicações específicas relacionadas à tolerância ao

pneumoperitônio (como certas doenças cardíacas ou pulmonares graves), a laparoscopia é frequentemente a via de escolha para pacientes com comorbidades, como a obesidade, justamente por reduzir complicações de cicatrização e infecções de ferida operatória que seriam comuns na cirurgia aberta.

---

### Questão 42

A miomatose uterina é uma das patologias mais prevalentes na ginecologia, sendo os miomas submucosos aqueles que se localizam logo abaixo do endométrio, distorcendo a cavidade uterina. Devido a essa localização, são os principais responsáveis por sintomas como sangramento uterino anormal e dificuldades reprodutivas. A histeroscopia cirúrgica é considerada o padrão-ouro para o manejo dessas lesões.

Alternativa a: Incorreta. A biópsia endometrial é um procedimento diagnóstico que pode ser realizado por histeroscopia para investigar hiperplasias ou neoplasias. No entanto, quando já se sabe da existência de um mioma submucoso, a abordagem cirúrgica visa ao tratamento (ressecção) e não apenas à coleta de material para análise.

Alternativa b: Correta. Este é o objetivo central da miomectomia histeroscópica. A remoção do mioma submucoso restaura a anatomia da cavidade endometrial, o que é essencial para cessar o sangramento excessivo (melhorando a anemia e a qualidade de vida) e para remover obstáculos mecânicos e processos inflamatórios locais que impedem a implantação embrionária, favorecendo a fertilidade.

Alternativa c: Incorreta. A avaliação da permeabilidade das tubas uterinas é classicamente realizada por meio da histerossalpingografia (exame radiológico) ou pela cromotubagem durante uma videolaparoscopia. Através da histeroscopia, o cirurgião consegue apenas visualizar os óstios tubários, mas não consegue confirmar se a tuba está pérvia em toda a sua extensão.

Alternativa d: Incorreta. Embora a histeroscopia seja útil para identificar e tratar malformações müllerianas, como o útero septado, o enunciado da questão delimita o quadro clínico à presença de miomas submucosos. Portanto, a indicação do procedimento está vinculada à patologia descrita e não à pesquisa de anomalias congênitas.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 43

Para compreender esta questão, é fundamental correlacionar a condutividade elétrica do meio de distensão com o tipo de energia utilizado no instrumental cirúrgico.

Alternativa a) Incorreta. A energia monopolar exige um meio de distensão não eletrolítico, ou seja, que não conduza eletricidade, como a glicina a 1,5%, o sorbitol ou o manitol. A solução salina (soro fisiológico) é um meio eletrolítico e condutor; se utilizada com energia monopolar, a corrente elétrica se dispersaria pelo líquido em vez de se concentrar no tecido-alvo, o que impediria o corte e poderia causar queimaduras térmicas em outros locais da cavidade uterina.

Alternativa b) Incorreta. Embora a energia bipolar possa funcionar em diferentes meios, sua principal vantagem técnica e clínica é justamente permitir o uso de meios eletrolíticos. A associação da energia bipolar com a glicina não é a escolha padrão, pois a glicina está relacionada a riscos de hiponatremia dilucional e síndrome de intoxicação hídrica, complicações que tentamos evitar ao optar pelo sistema bipolar.

Alternativa c) Correta. Esta é a combinação padrão-ouro na histeroscopia cirúrgica atual. Na energia bipolar, a corrente elétrica circula apenas entre os dois polos do próprio eletrodo (alça cirúrgica). Isso permite que o cirurgião utilize a solução salina isotônica (soro fisiológico 0,9%) como meio de distensão. O uso do soro fisiológico é muito mais seguro para a paciente, pois, caso ocorra absorção sistêmica do líquido (intravasamento), o risco de distúrbios eletrolíticos graves, como a hiponatremia, é drasticamente reduzido.

Alternativa d) Incorreta. O dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) é um meio gasoso utilizado exclusivamente em histeroscopias diagnósticas. Ele é contraindicado em histeroscopias cirúrgicas por dois motivos principais: o risco elevado de embolia gasosa (potencialmente fatal) e o fato de que o sangue e a fumaça gerados pelo uso de energia obscureceriam rapidamente a visão do cirurgião, já que não haveria o fluxo contínuo de limpeza que os meios líquidos proporcionam.

---

### Questão 44

O tratamento cirúrgico da endometriose profunda infiltrativa evoluiu para priorizar a técnica minimamente invasiva, preferencialmente por videolaparoscopia, visando à completa erradicação dos focos da doença e à restauração da anatomia pélvica.

Alternativa (a) Incorreta: A laparotomia (cirurgia aberta) não é mais o padrão-ouro para o diagnóstico ou tratamento da endometriose. O diagnóstico é fundamentado em exames de imagem especializados, como a ultrassonografia com preparo

intestinal e a ressonância magnética pélvica. A confirmação visual e histopatológica ocorre preferencialmente via laparoscopia, que oferece melhor visualização das estruturas pélvicas devido à magnificação da imagem, além de proporcionar uma recuperação mais rápida e menor morbidade.

Alternativa (b) Incorreta: A remoção do útero (histerectomia) e dos ovários (ooforectomia) não deve ser realizada de rotina. Como a endometriose acomete majoritariamente mulheres em idade reprodutiva, o planejamento cirúrgico deve focar na preservação da fertilidade e da função hormonal. A cirurgia radical é uma exceção, reservada para casos específicos em que o tratamento conservador falhou, a dor é refratária e a paciente já possui prole constituída ou não deseja gestar.

Alternativa (c) Incorreta: A intervenção cirúrgica não deve ser evitada apenas pela idade da paciente. Se uma mulher jovem apresenta endometriose profunda com sintomas algícos importantes que limitam sua qualidade de vida, ou se há risco de comprometimento funcional de órgãos (como obstrução ureteral ou intestinal), a cirurgia está indicada. O manejo precoce e especializado evita a progressão da doença e protege a reserva ovariana e a integridade de órgãos vitais.

Alternativa (d) Correta: O padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da endometriose profunda é a ressecção completa de todas as lesões infiltrativas identificadas. O objetivo é remover o tecido fibrótico e ectópico (nódulos) para aliviar a dor e melhorar as taxas de fertilidade. Essa abordagem exige expertise técnica para realizar a dissecação de espaços retroperitoneais, preservando nervos pélvicos (técnica nerve-sparing) e a vascularização dos órgãos pélvicos, garantindo assim o tratamento completo da doença com o menor dano anatômico possível.

---

### Questão 45

O objetivo da questão é identificar a situação em que a intervenção cirúrgica por laparoscopia não é recomendada de rotina na prática clínica da endometriose.

Alternativa A: Incorreta. A dor pélvica crônica que não responde ao tratamento clínico (analgésicos, anti-inflamatórios e bloqueio hormonal) é uma das principais indicações de abordagem laparoscópica. O objetivo é a exérese dos focos e a lise de aderências para a melhora da qualidade de vida da paciente.

Alternativa B: Correta (Gabarito). A endometriose é uma doença dependente de estrogênio. Na pós-menopausa, com a queda dos níveis hormonais, as lesões tendem a regredir ou a se tornar latentes. Se a mulher for assintomática, não há indicação para realizar um procedimento cirúrgico invasivo, como a laparoscopia, a menos que haja suspeita de malignização de uma massa anexial (o que foge do quadro de

endometriose puramente assintomática).

Alternativa C: Incorreta. A infertilidade é uma indicação clássica para a laparoscopia. O procedimento pode ajudar a restaurar a anatomia pélvica, remover endometriomas que prejudicam a reserva ovariana ou tratar focos peritoneais, aumentando as chances de gestação espontânea ou otimizando os resultados de técnicas de reprodução assistida.

Alternativa D: Incorreta. Embora exames de imagem, como o ultrassom com preparo intestinal e a ressonância magnética, sejam excelentes para o mapeamento da endometriose profunda, a laparoscopia permanece como o padrão-ouro para a confirmação diagnóstica e o tratamento definitivo das lesões infiltrativas que causam sintomas compressivos ou dor intensa.

Em resumo: A conduta na endometriose deve ser guiada pelos sintomas e pelo desejo reprodutivo da paciente. Mulheres assintomáticas após a menopausa não se beneficiam da cirurgia, tornando a Alternativa (B) a resposta que não constitui uma indicação comum para o procedimento.

---

### Questão 46

A questão aborda marcos anatômicos fundamentais na cirurgia laparoscópica ginecológica, especificamente na realização de uma miomectomia com controle vascular. Para realizar a ligadura temporária das artérias uterinas e garantir a segurança na inserção de trocartes, o cirurgião utiliza pontos de referência específicos.

A alternativa correta é a (d) artéria umbilical obliterada.

Explicação detalhada:

A artéria umbilical obliterada, que após o nascimento se torna o ligamento umbilical medial, é um marco anatômico essencial por dois motivos principais citados no enunciado:

1. Acesso para os trocartes laterais: Durante a laparoscopia, ao observar a face interna da parede abdominal anterior, o cirurgião identifica as pregas umbilicais. A prega umbilical medial (formada pela artéria umbilical obliterada) serve como guia para a inserção segura dos trocartes laterais. Os vasos epigástricos inferiores (que devem ser evitados para prevenir hematomas de parede) localizam-se lateralmente a essa estrutura. Portanto, identificar a artéria umbilical obliterada ajuda o cirurgião a posicionar o trocar de forma a não atingir os vasos epigástricos.

2. Ligadura da artéria uterina: No espaço retroperitoneal, a artéria umbilical obliterada é a continuação distal da artéria ilíaca interna. Ao tracionar essa estrutura ou segui-la em direção cranial (posterior), o cirurgião é levado diretamente à origem da artéria uterina, que nasce como um ramo da ilíaca interna, geralmente logo antes ou no mesmo nível em que a artéria umbilical se torna obliterada. Esse é o caminho mais seguro e rápido para isolar a artéria uterina na sua origem.

Análise das alternativas incorretas:

a) Artéria pudenda: É um ramo terminal da artéria ilíaca interna que supre a região do períneo. Ela localiza-se profundamente na pelve e não é utilizada como marco para inserção de trocartes nem para o acesso primário à artéria uterina.

b) Artéria ilíaca interna: Embora a artéria uterina seja um ramo da ilíaca interna, esta última é um vaso de grande calibre e localização mais profunda. O cirurgião utiliza a artéria umbilical obliterada como um "fio condutor" para chegar com segurança até a ilíaca interna e identificar a saída da uterina, mas a ilíaca interna em si não é visível na parede abdominal para orientar trocartes.

c) Ureter: O ureter é uma estrutura crítica que deve ser identificada e preservada em todas as cirurgias pélvicas, pois cruza a artéria uterina ("água sob a ponte"). No entanto, ele não serve como guia para a colocação de trocartes laterais na parede abdominal, sendo um ponto de referência apenas intra-abdominal e retroperitoneal.

Portanto, a artéria umbilical obliterada é a estrutura que conecta os dois momentos cirúrgicos questionados: a proteção da parede abdominal na entrada dos trocartes e a estratégia de dissecação para a ligadura vascular.

---

### Questão 47

Esta questão aborda as recentes atualizações nas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, focando na incorporação dos testes moleculares para detecção do HPV.

Alternativa A (Correta): De acordo com os novos protocolos de rastreamento baseados em testes de biologia molecular, o fluxo de conduta segue a estratificação de risco. Ao realizar o teste de HPV como rastreamento primário: se o resultado for positivo para os tipos 16 ou 18 (os de maior potencial oncogênico), a paciente deve ser encaminhada diretamente para a colposcopia. Se o teste detectar outros tipos de HPV de alto risco (exceto 16 e 18), é necessário realizar a citologia (exame de triagem reflexa) para decidir se a paciente vai para a colposcopia ou se mantém em

seguimento diferenciado. Portanto, a correlação com a citologia é o passo correto nesses casos.

Alternativa B (Incorreta): Em março de 2024, o Ministério da Saúde formalizou a incorporação do teste de HPV na rotina do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao contrário do afirmado, os testes moleculares possuem altíssima sensibilidade e excelente capacidade de identificar diversos subtipos oncogênicos, sendo superiores à citologia isolada no rastreamento inicial.

Alternativa C (Incorreta): A utilização da PCR ou de outros métodos moleculares não se limita ao acompanhamento pós-operatório (seguimento após exérese de lesão precursora). A grande mudança das novas diretrizes é justamente a utilização desses testes como rastreamento primário, ou seja, como o primeiro exame realizado na população geral para identificar mulheres sob risco, substituindo ou complementando a citologia convencional.

Alternativa D (Incorreta): Segundo as novas diretrizes, o rastreamento deve ser realizado até os 65 anos de idade. Se a mulher realizar um teste de HPV aos 60 anos e o resultado for negativo, ela terá alta do rastreamento aos 65 anos, desde que tenha exames anteriores negativos e não possua histórico de lesões precursoras. Não há a necessidade sistemática de um novo teste de confirmação se o critério de saída (exames negativos prévios) for atingido. O intervalo entre os testes de HPV, quando negativos, passa a ser de 5 anos.

---

### Questão 48

Alternativa A: Esta alternativa é considerada a correta por descrever os critérios clássicos para o diagnóstico da pré-eclâmpsia: a ocorrência de hipertensão arterial (níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg) associada à proteinúria (presença de proteína na urina). Embora a maioria dos consensos nacionais e internacionais, como os da FEBRASGO e do ACOG, estabeleça que essas manifestações ocorrem após a 20ª semana de gestação, a alternativa situa corretamente os elementos diagnósticos dentro do período da segunda metade da gravidez.

Alternativa B: Incorreta. A indicação de ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenção de pré-eclâmpsia não se restringe a gestantes com hipertensão arterial prévia. A profilaxia é recomendada para gestantes com diversos fatores de risco elevado, incluindo história anterior de pré-eclâmpsia (especialmente se houve parto prematuro), gestação múltipla, doença renal crônica, doenças autoimunes (como lúpus e síndrome antifosfolípide) e diabetes mellitus.

Alternativa C: Incorreta. A lesão renal típica e considerada patognomônica da pré-eclâmpsia é a endoteliose glomerular. Essa alteração caracteriza-se pelo inchaço das células endoteliais dos glomérulos, o que leva à redução da filtração renal. A glomerulonefrite segmentar e focal é uma patologia renal primária ou secundária a outras etiologias, mas não define o quadro histológico da pré-eclâmpsia.

Alternativa D: Incorreta. Para que o diagnóstico de pré-eclâmpsia seja firmado, a presença de hipertensão arterial é um critério obrigatório. Contudo, as definições atuais de pré-eclâmpsia estabelecem que a proteinúria pode estar ausente; nesses casos, o diagnóstico é confirmado se a hipertensão de início recente vier acompanhada de sinais de disfunção de órgãos-alvo (como alterações hepáticas, renais, hematológicas ou neurológicas). A afirmação de que pacientes com lesão de órgão-alvo sem hipertensão não devem ser manejadas no contexto da pré-eclâmpsia ignora o caráter sistêmico da doença e a necessidade de investigação rigorosa nessas gestantes.

## Questão 49

### ANÁLISE DO CASO:

O quadro clínico descreve uma criança de 8 anos com sinais claros de uma crise de asma grave. Os marcadores de gravidade presentes são: taquipneia (FR 45), hipoxemia importante (SpO<sub>2</sub> 88%), uso de musculatura acessória e fala entrecortada (dificuldade em completar frases). Diante de uma exacerbação grave, o manejo deve ser imediato e focado na reversão da obstrução respiratória e da hipoxemia.

### POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A alternativa B contempla os três pilares fundamentais do tratamento de emergência para asma grave:

1. Oxigênio suplementar: Mandatório para pacientes com saturação abaixo de 92% (neste caso, 88%), visando manter a SpO<sub>2</sub> entre 93-95% em crianças.
2. Beta-2 agonista de curta duração (Salbutamol): É o broncodilatador de escolha. Deve ser administrado de forma repetida (geralmente a cada 20 minutos na primeira hora) para reverter o broncoespasmo.
3. Corticoide sistêmico: O uso precoce de corticoides (via oral ou venosa) é crucial em crises graves para reduzir a inflamação das vias aéreas, acelerar a recuperação e prevenir recidivas.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: Incorreta. Diante de sinais de insuficiência respiratória e hipoxemia, a observação isolada é perigosa e pode levar à parada cardiorrespiratória por fadiga muscular e asfixia.

Alternativa C: Incorreta. A febre em crises de asma geralmente é causada por infecções virais (gatilhos comuns). O uso de antibióticos de amplo espectro não é conduta inicial nem rotineira na crise de asma, sendo reservado apenas se houver evidência clara de infecção bacteriana secundária, como uma pneumonia confirmada por exame de imagem.

Alternativa D: Incorreta. Embora o corticoide inalatório faça parte do tratamento de manutenção da criança, na hora da crise grave ele não substitui o corticoide sistêmico e, mais importante, não substitui o broncodilatador (salbutamol). O corticoide isolado não reverte a broncoconstrição aguda de forma rápida o suficiente para estabilizar o paciente.

---

### Questão 50

A questão aborda a classificação do controle da asma e a conduta terapêutica subsequente, baseando-se nas diretrizes globais (como as da GINA – Global Initiative for Asthma).

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta dois marcadores principais de falta de controle:

1. Limitação de atividades: Tosse ao jogar futebol indica que a asma está interferindo na vida diária.
2. Exacerbações frequentes: Três idas ao pronto-socorro nos últimos três meses indicam um alto risco de novas crises e falha no tratamento de manutenção atual.

De acordo com os critérios de controle (que avaliam sintomas diurnos, despertares noturnos, necessidade de medicação de resgate e limitação de atividades), a presença de sintomas que limitam o esforço físico e o histórico de exacerbações graves classificam a asma deste paciente como não controlada.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O paciente não está controlado. A asma é considerada controlada apenas quando não há sintomas noturnos, as limitações de atividades são inexistentes e os sintomas diurnos e o uso de resgate ocorrem, no máximo, duas vezes por semana.

Alternativa b) Incorreta. Embora a conduta medicamentosa (associação de corticoide e LABA) esteja no caminho certo para o escalonamento, a classificação de asma parcialmente controlada é insuficiente para um paciente que teve três exacerbações com necessidade de pronto-socorro em um curto intervalo de tempo.

Alternativa c) Incorreta. O uso de imunobiológicos (como anti-IgE ou anti-IL5) é reservado para o Passo 5 do tratamento (asma grave de difícil controle), após o paciente já estar em uso de doses altas de corticoide inalatório associado a LABA, sem sucesso. Não se inicia imunobiológico antes de otimizar a terapia convencional.

Alternativa d) Correta. O paciente é classificado como tendo asma não controlada devido à frequência de crises recentes e à limitação em atividades físicas (futebol). A conduta preconizada para o escalonamento do tratamento (step-up) é associar o corticoide inalatório (CI) a um beta-2-agonista de longa duração (LABA), visando estabilizar a inflamação das vias aéreas e prevenir novos episódios de broncoespasmo.

## Questão 51

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 5 meses com um quadro clássico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA). Os principais pontos que sustentam esse diagnóstico são:

1. Idade: Acomete principalmente crianças menores de 2 anos, com pico entre 2 e 6 meses.
2. História Clínica: Iniciou com sintomas de resfriado comum (coriza, tosse e febre) que progrediram para sinais de obstrução de vias aéreas inferiores (sibilos e desconforto respiratório) após alguns dias.
3. Exame Físico e Resposta Terapêutica: Presença de taquipneia (60 irpm) e sibilância. A ausência de resposta ao salbutamol é típica da BVA, pois a fisiopatologia envolve edema de mucosa, excesso de muco e detritos celulares, e não necessariamente broncoespasmo mediado por músculo liso (como na asma).
4. Radiografia: A hiperinsuflação e o aprisionamento de ar são sinais radiológicos característicos de obstrução bronquiolar por vírus, sem sinais de consolidação bacteriana.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da BVA (responsável por até 75% dos casos). O tratamento é de suporte, focado na manutenção da oxigenação (já que a saturação está em 88%, abaixo do limite de 90-92%) e hidratação, já que o desconforto respiratório pode dificultar a amamentação.

Alternativa (b) INCORRETA: A pneumonia bacteriana pelo *Streptococcus pneumoniae* geralmente se apresenta com febre alta, queda do estado geral e, na radiografia,

observa-se infiltrado alveolar ou consolidação lobar, o que não foi descrito. Além disso, a sibilância é mais comum em quadros virais.

Alternativa (c) INCORRETA: O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente de pneumonia atípica que acomete preferencialmente crianças em idade escolar (maiores de 5 anos) e adolescentes, sendo muito raro em lactentes de 5 meses.

Alternativa (d) INCORRETA: A pneumonia afebril do lactente, causada pela *Chlamydia trachomatis*, ocorre tipicamente entre a 4ª e 12ª semana de vida. Como o nome diz, a ausência de febre é um marco da doença, o que contradiz o quadro clínico descrito (febre há 4 dias). O tratamento de escolha seria o uso de macrolídeos (Azitromicina ou Eritromicina) e não corticoide.

## CONCLUSÃO

Diante de um primeiro episódio de sibilância em lactente precedido por sintomas gripais, com radiografia mostrando hiperinsuflação e baixa resposta a broncodilatadores, o diagnóstico é Bronquiolite Viral Aguda. A conduta para pacientes com sinais de desconforto e queda de saturação é a internação para suporte ventilatório e monitorização.

---

## Questão 52

Esta questão aborda as atualizações importantes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) previstas para o ano de 2025, com foco na ampliação da proteção contra a doença meningocócica e na transição de esquemas vacinais.

Alternativa a) Incorreta. A recomendação para o início do esquema primário aos 3 e 5 meses de idade permanece, prioritariamente, com a vacina meningocócica C no calendário básico do PNI. A ampliação para a vacina ACWY, neste momento da atualização, foca na dose de reforço.

Alternativa b) Incorreta. Uma das mudanças mais significativas do PNI em 2024/2025 é a substituição definitiva da vacina oral contra poliomielite (VOP - a vacina da gotinha) pela vacina inativada contra poliomielite (VIP - injetável). Portanto, aos 6 meses, a criança deve receber a vacina VIP, e não a VOP.

Alternativa c) Correta. Esta é a principal novidade para 2025 no que diz respeito à proteção contra meningites. O Ministério da Saúde decidiu ampliar a oferta da vacina meningocócica conjugada ACWY, que antes era restrita aos adolescentes. Agora, a dose de reforço que era aplicada aos 12 meses de idade exclusivamente com a vacina meningocócica C passa a ser feita com a vacina ACWY, garantindo proteção

contra quatro sorogrupos da bactéria (A, C, W e Y) já no final do primeiro ano de vida.

Alternativa d) Incorreta. A vacina contra o rotavírus oferecida pelo PNI permanece sendo a monovalente (VORH), administrada em um esquema de duas doses (aos 2 e 4 meses de idade). Além disso, os prazos citados na alternativa estão em desacordo com as normas técnicas vigentes, que estabelecem limites rígidos para a primeira dose (até 3 meses e 15 dias) e para a segunda dose (até 7 meses e 29 dias), visando a segurança do lactente em relação ao risco de intussuscepção intestinal.

### Questão 53

A investigação da doença celíaca baseia-se primordialmente na detecção de anticorpos da classe IgA, sendo o anticorpo antitransglutaminase tecidual (tTG-IgA) o teste de escolha inicial devido à sua alta sensibilidade e especificidade. No entanto, existe uma associação epidemiológica e genética importante entre a doença celíaca e a deficiência seletiva de IgA. Pacientes celíacos apresentam uma prevalência dessa imunodeficiência significativamente maior do que a população geral (cerca de 2% a 3% dos celíacos possuem a deficiência).

Se um paciente possui deficiência seletiva de IgA, ele não produzirá níveis detectáveis de anticorpos específicos da classe IgA, mesmo que a doença celíaca esteja presente e ativa. Isso resultaria em um resultado falso-negativo no teste de antitransglutaminase IgA, o que poderia retardar o diagnóstico de uma condição crônica grave. Portanto, a dosagem da IgA sérica total é fundamental para validar o teste sorológico. Caso a IgA total esteja abaixo do limite de referência para a idade, o médico deve invalidar o resultado negativo do tTG-IgA e solicitar testes baseados na classe IgG (como anti-tTG IgG ou anticorpos contra peptídeos de gliadina desaminada IgG) para prosseguir com a investigação.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A diferenciação entre doença celíaca (uma enteropatia autoimune desencadeada pelo glúten) e alergias alimentares (geralmente mediadas por IgE ou mecanismos celulares) baseia-se no quadro clínico, história de exposição e testes específicos para IgE. A IgA total não auxilia nessa distinção.

b) Correta. A deficiência de IgA é mais comum em pacientes com doença celíaca e sua identificação é obrigatória para garantir que os testes diagnósticos baseados em IgA sejam confiáveis e não apresentem resultados falsos-negativos.

c) Incorreta. Embora pacientes com deficiência seletiva de IgA possam apresentar risco de anafilaxia em situações muito específicas, como ao receberem transfusões

de sangue ou hemoderivados contendo IgA (devido à formação de anticorpos anti-IgA), esse não é o objetivo clínico da solicitação do exame no contexto de rastreamento de doença celíaca.

d) Incorreta. A dosagem de IgA sérica avalia apenas a quantidade de uma classe específica de imunoglobulina produzida pelo paciente. Ela não funciona como um marcador de risco para o desenvolvimento de outras doenças autoimunes, embora a própria deficiência de IgA e a doença celíaca possam coexistir com outras condições autoimunes (como diabetes tipo 1 e tireoidite).

---

### Questão 54

As alergias alimentares são classificadas didaticamente em três grupos, baseados no mecanismo imunológico subjacente: mediadas por IgE, não mediadas por IgE (celulares) e mistas (envolvendo ambos os mecanismos). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma condição clínica que pode se manifestar pelos três mecanismos imunológicos. Ela pode ser mediada por IgE (causando urticária e anafilaxia), não mediada por IgE (causando proctocolite alérgica ou FPIES) ou mista (como na esofagite eosinofílica). Portanto, afirmar que ela é "sempre" mediada por IgE está incorreto.

Alternativa B (Incorreta): A anafilaxia alimentar é o protótipo da reação de hipersensibilidade imediata (Tipo I de Gell e Coombs). Ela é obrigatoriamente mediada por anticorpos IgE específicos que, ao reconhecerem o alérgeno, provocam a degranulação explosiva de mastócitos e basófilos, liberando mediadores como histamina e triptase.

Alternativa C (Incorreta): A dermatite atópica é classicamente considerada uma doença de mecanismo misto quando associada à alergia alimentar. Nela, observa-se tanto a participação de anticorpos IgE quanto a resposta de fase tardia mediada por células (linfócitos T), que contribuem para a inflamação crônica da barreira cutânea.

Alternativa D (Correta): A Enterocolite Induzida por Proteínas Alimentares (conhecida pela sigla FPIES) é o exemplo clássico de uma alergia alimentar gastrointestinal não mediada por IgE. O quadro clínico se caracteriza por vômitos incoercíveis e diarreia que ocorrem de forma tardia (geralmente 2 a 4 horas após a ingestão do alimento), podendo levar à desidratação e choque. Como o mecanismo é celular, os testes de IgE específica (RAST) e o teste cutâneo (Prick Test) são tipicamente negativos nesses pacientes.

---

## Questão 55

### ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O quadro descreve uma criança de 6 anos com evolução hiperaguda (apenas 24 horas) caracterizada por febre alta, aparecimento de petéquias (lesões hemorrágicas que não desaparecem à digitopressão) e sinais nítidos de choque hemodinâmico (hipotensão, taquicardia e má perfusão periférica). Esta combinação de febre e púrpura em pediatria é uma emergência médica até que se prove o contrário, sendo o principal diagnóstico a meningococemia (sepsis meningocócica).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A Púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite de pequenos vasos mediada por IgA. Embora cause púrpura, as lesões são tipicamente palpáveis e localizadas em membros inferiores e nádegas. Além disso, a doença costuma ter um curso mais subagudo, acompanhada de dor abdominal e artralgia, sem evoluir com choque séptico e febre alta de forma tão fulminante. O corticoide não é a conduta imediata para casos de choque.

Alternativa B: Correta. A apresentação é clássica de Meningococemia. A bactéria *Neisseria meningitidis* pode causar uma sepsis fulminante com púrpura fulminans e choque séptico rapidamente progressivo. A conduta deve ser imediata: estabilização hemodinâmica (suporte intensivo com expansão volêmica e, se necessário, drogas vasoativas) e antibioticoterapia precoce com cefalosporina de terceira geração (Ceftriaxone), que possui excelente cobertura para o meningococo e penetração no sistema nervoso central.

Alternativa C: Incorreta. Embora a Dengue possa evoluir com choque e fenômenos hemorrágicos, a dengue grave geralmente ocorre na fase de defervescência (quando a febre baixa), após alguns dias de doença. Um quadro tão súbito de petéquias difusas associado a febre alta e choque em 24 horas aponta fortemente para etiologia bacteriana. Além disso, o tratamento do choque exige suporte hemodinâmico completo, e a suspeita de sepsis obriga o uso de antibióticos.

Alternativa D: Incorreta. A Trombocitopenia Imune (PTI) se manifesta com petéquias e equimoses em uma criança que, fora os sangramentos, apresenta-se em bom estado geral. A PTI não causa febre alta nem choque hemodinâmico. A presença de sinais sistêmicos de gravidade exclui a PTI como hipótese principal.

### RESUMO DIDÁTICO

Diante de uma criança com febre e petéquias/púrpuras, a prioridade absoluta é

descartar e tratar precocemente a meningococemia devido à sua alta letalidade. O tratamento não deve ser retardado por exames complementares ou punção lombar se o paciente estiver instável. A administração de antibiótico venoso na primeira hora e o suporte hemodinâmico são os pilares para a sobrevivência do paciente.

---

### Questão 56

A apresentação clínica é caracterizada pela tríade de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com sintomas presentes em dois ou mais contextos (casa e escola) e início antes dos 12 anos. Esses são os pilares para o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Alternativa a: Correta. O diagnóstico de TDAH é clínico e deve seguir os critérios estabelecidos pelo DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). O tratamento inicial para crianças em idade escolar envolve uma abordagem multimodal, que inclui a psicoeducação de pais e professores, intervenções comportamentais e adaptações no ambiente de ensino para favorecer a concentração e o controle dos impulsos.

Alternativa b: Incorreta. O Transtorno de Conduta envolve a violação persistente de direitos alheios e normas sociais, manifestada por comportamentos como agressão a pessoas, destruição de propriedade ou roubos, o que não foi descrito no caso. Além disso, o uso de antipsicóticos não é a conduta de primeira linha para os sintomas apresentados.

Alternativa c: Incorreta. O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é definido por um padrão de humor irritável, comportamento desafiador e hostilidade contra figuras de autoridade. Embora possa ocorrer em comorbidade com o TDAH, a queixa central da paciente foca na desatenção e na agitação motora, que são a base do diagnóstico de TDAH.

Alternativa d: Incorreta. No Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), a criança apresenta preocupações excessivas e persistentes. Embora a ansiedade possa causar inquietação, a desatenção nesse caso é secundária aos pensamentos intrusivos. O padrão crônico de impulsividade e agitação motora desde a primeira infância é característico de um transtorno do neurodesenvolvimento como o TDAH, e não de um quadro ansioso isolado.

---

## Questão 57

Essa questão aborda o manejo inicial de um paciente pediátrico com ideação suicida no cenário de urgência ou consulta ambulatorial. O foco está na estratificação de risco e na conduta imediata para garantir a segurança do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A hospitalização psiquiátrica, especialmente a involuntária, é uma medida de exceção. Ela é reservada para casos de risco iminente de autoagressão, ausência de suporte social ou quando outras medidas menos restritivas falharam. Antes de decidir pela internação, é imperativo realizar uma avaliação detalhada do risco. Internar diretamente sem essa análise pode ser desnecessário e traumático para o adolescente.

Alternativa (b) Incorreta. Ideação suicida com plano estruturado nunca deve ser ignorada ou subestimada. Essa conduta configura negligência médica e aumenta drasticamente o risco de uma tentativa consumada, uma vez que o adolescente não recebeu o suporte necessário em um momento de crise.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve o protocolo padrão de manejo da crise suicida. A primeira ação deve ser sempre a estratificação do risco, investigando a letalidade do plano, a disponibilidade dos meios (como acesso a armas ou medicamentos) e a presença de rede de apoio (familiares presentes e vigilantes). O contrato de segurança, embora não substitua o tratamento, serve para pactuar com o paciente e a família as medidas de proteção imediata. O encaminhamento urgente para o especialista garante a continuidade do cuidado necessário para o tratamento da base psicopatológica.

Alternativa (d) Incorreta. O uso de benzodiazepínicos pode ser indicado em casos específicos de agitação psicomotora ou ansiedade extrema, mas não trata a ideação suicida. Além disso, em alguns adolescentes, os benzodiazepínicos podem causar desinibição paradoxal, o que pode aumentar a impulsividade e o risco de uma tentativa de suicídio. Dar alta sem uma avaliação de risco criteriosa é um erro grave de conduta.

Em resumo, o manejo da ideação suicida exige uma abordagem cautelosa que prioriza a segurança do paciente por meio da avaliação de risco e do fortalecimento da rede de apoio social e profissional.

## Questão 58

Alternativa a: Incorreta. A penicilina benzatina não é o tratamento de escolha para o recém-nascido com diagnóstico ou suspeita de sífilis congênita. Isso ocorre porque essa formulação não atinge níveis terapêuticos adequados no líquido cefalorraquidiano, sendo ineficaz para tratar uma possível neurosífilis. Para o tratamento do neonato, as opções de escolha são a Penicilina G Cristalina (via intravenosa) ou a Penicilina G Procaína (via intramuscular), conforme o protocolo clínico e a avaliação de exames.

Alternativa b: Incorreta. Os achados descritos (catarata, cardiopatia congênita como persistência do canal arterial, surdez neurossensorial e lesões cutâneas do tipo blueberry muffin) compõem o quadro clássico da Síndrome da Rubéola Congênita. A toxoplasmose congênita apresenta-se tipicamente com a Tétrade de Sabin, caracterizada por coriorretinite, hidrocefalia, calcificações intracranianas difusas e retardo mental.

Alternativa c: Incorreta. Embora a Síndrome da Zika Congênita apresente microcefalia, calcificações e convulsões, a alternativa apresenta uma imprecisão terminológica ao citar atraso do desenvolvimento ao nascimento. O atraso no desenvolvimento neuropsicomotor é uma condição avaliada longitudinalmente no acompanhamento da criança, e não um achado pontual diagnosticado imediatamente ao nascimento. Comparativamente, a alternativa d apresenta uma descrição mais precisa das fases da sífilis.

Alternativa d: Correta. A sífilis congênita é classificada em precoce (manifestações até os 2 anos de idade) e tardia (após os 2 anos). A fase precoce é marcada por rinite serossanguinolenta (que contém alta carga de treponemas), lesões cutâneas como o pênfigo sífilítico, hepatomegalia e periostite (inflamação do perióstio que causa dor e alterações radiológicas). A alternativa está correta ao listar essas manifestações e ao pontuar que as alterações dentárias (dentes de Hutchinson) e certas alterações ósseas (tíbia em sabre) são características da fase tardia da doença.

---

## Questão 59

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um lactente de 2 meses em aleitamento materno exclusivo (AME) com evacuações frequentes e amolecidas, mas com excelente estado geral e ganho ponderal adequado. Este é um cenário clássico da fisiologia do recém-nascido e lactente jovem. O leite materno é rico em oligossacarídeos que possuem efeito prebiótico e aceleram o trânsito intestinal, além de o reflexo gastrocólico ser muito ativo nessa idade. Como não há sinais de alerta (sangue, muco, febre ou perda de

peso), trata-se de um padrão de eliminação normal, não sendo patológico.

#### POR QUE AS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A intolerância à lactose primária é raríssima em lactentes. A suspensão do aleitamento materno e a introdução de fórmula sem lactose são condutas prejudiciais, pois privam o bebê de nutrientes essenciais e anticorpos, além de interferirem no desenvolvimento neurológico e na absorção de cálcio.

Alternativa b: A Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) em bebês amamentados exclusivamente costuma cursar com sintomas como proctocolite (presença de sangue ou muco nas fezes), irritabilidade intensa ou baixo ganho de peso. Diante de um bebê saudável e que cresce bem, o diagnóstico de alergia é incorreto e a introdução de fórmula hidrolisada é desnecessária e onerosa.

Alternativa d: A diarreia infecciosa (gastroenterite) geralmente apresenta início agudo, frequentemente acompanhada de vômitos, febre, dor abdominal ou sinais de desidratação. O fato de o bebê manter ganho ponderal adequado e não apresentar outros sintomas descarta um processo infeccioso agudo que justifique a solicitação de coprocultura.

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

Alternativa c: O papel do médico é tranquilizar a família e desmistificar a ideia de que o leite materno possa estar fazendo mal. O padrão de fezes amolecidas, às vezes com grumos, evacuadas várias vezes ao dia (muitas vezes logo após as mamadas) é o comportamento esperado para lactentes em aleitamento exclusivo. A manutenção do aleitamento materno é a conduta de escolha, garantindo a saúde e o crescimento da criança.

---

### Questão 60

Esta questão aborda o manejo do recém-nascido (RN) de mãe portadora do vírus da hepatite B (HBsAg-positiva), focando na prevenção da transmissão vertical e na recomendação sobre o aleitamento materno.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o aleitamento deva ser mantido, apenas a vacina não é suficiente para o RN de mãe HBsAg-positiva. De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e as diretrizes do Ministério da Saúde, esses recém-nascidos necessitam de profilaxia combinada (vacina + imunoglobulina).

Alternativa b) Incorreta. O aleitamento materno NÃO está contraindicado na hepatite B. Além disso, a alternativa falha ao não mencionar a necessidade da imunoglobulina específica para o recém-nascido.

Alternativa c) Correta. Esta é a conduta preconizada. O aleitamento materno é permitido e seguro, desde que o recém-nascido receba a profilaxia adequada nas primeiras horas de vida. A conduta padrão para filhos de mães HBsAg-positivas consiste na administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), idealmente nas primeiras 12 horas de vida (podendo ser feita até o 7º dia para a imunoglobulina, embora a eficácia seja maior quanto mais precoce).

Alternativa d) Incorreta. A falha desta alternativa está na orientação de suspender o aleitamento materno. Estudos demonstram que a amamentação não oferece risco adicional de transmissão do vírus da hepatite B caso o esquema de imunização (vacina e imunoglobulina) seja realizado corretamente.

Resumo Didático:

Para gestantes HBsAg-positivas, o objetivo é evitar a cronificação da doença no recém-nascido, que ocorre em até 90% dos casos de transmissão vertical sem profilaxia. A estratégia consiste em:

1. Imunização passiva: imunoglobulina (IGHAHB) nas primeiras 12-24 horas.
2. Imunização ativa: vacina contra a hepatite B (dose ao nascer) nas primeiras 12-24 horas.
3. Aleitamento materno: liberado e incentivado. Não há restrição, mesmo que a mãe apresente fissuras mamárias, desde que a criança tenha recebido a profilaxia.

---

## Questão 61

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é um dos pilares da puericultura. Para resolver esta questão, é necessário conhecer os marcos do desenvolvimento e, principalmente, os sinais de alerta (red flags) que indicam a necessidade de intervenção imediata.

No caso apresentado, o lactente tem 18 meses e apresenta atrasos significativos em múltiplos domínios:

1. Motor Grosso: O limite máximo para o início da marcha independente é de 18 meses. Uma criança que ainda não anda sozinha nessa idade apresenta um sinal de

alerta clássico.

2. Motor Fino: Aos 18 meses, espera-se que a criança consiga empilhar de 3 a 4 cubos. Empilhar apenas 2 cubos é um marco esperado para os 15 meses.

3. Linguagem: Aos 18 meses, a criança deve falar entre 10 e 25 palavras, incluindo nomes e verbos simples. Falar apenas uma palavra isolada configura um atraso importante na aquisição da linguagem.

#### COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O conceito de "espectro de normalidade" não se aplica aqui, pois a criança já atingiu a idade limite para a marcha independente. Aguardar mais 3 meses atrasaria o diagnóstico e o início da estimulação precoce, período em que a neuroplasticidade é mais intensa. Diante de um sinal de alerta, a conduta nunca é apenas observar.

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria. A ausência de marcha independente aos 18 meses é um sinal de alerta absoluto. Além disso, o atraso é multidomínial (motor e linguagem), o que reforça a necessidade de uma avaliação por equipe multiprofissional (pediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) para investigar a etiologia e iniciar a reabilitação.

Alternativa C (Incorreta): Embora exames de imagem possam ser solicitados futuramente durante a investigação diagnóstica, eles não são o primeiro passo. O exame físico é normal, o que sugere que não há uma urgência neurológica aguda ou sinais focais que justifiquem TC ou RNM de imediato, antes de uma avaliação clínica e especializada pormenorizada.

Alternativa D (Incorreta): Embora o quadro sugira um atraso global do desenvolvimento, o termo "diagnosticar" exige uma investigação mais profunda das causas (genéticas, ambientais ou metabólicas). Além disso, não existe "suplementação medicamentosa" padronizada para tratar o atraso do desenvolvimento. O tratamento baseia-se em terapias de estímulo (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional).

GABARITO: B

---

## Questão 62

A questão aborda a conduta imediata na sala de parto diante de um recém-nascido (RN) a termo com líquido amniótico meconial. Para definir o manejo inicial segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), deve-se avaliar se o bebê é "vigoroso" ou "não vigoroso".

Um RN é considerado vigoroso quando apresenta choro forte (ou respiração rítmica e regular) e tônus muscular preservado. No caso descrito, apesar de possuir tônus preservado, o RN apresenta movimentos respiratórios irregulares. Portanto, ele é classificado como não vigoroso.

Para RNs não vigorosos, a conduta padrão é o clampeamento imediato do cordão umbilical e o transporte para a mesa de reanimação (unidade de calor radiante) para realizar os passos iniciais da estabilização em até 30 segundos.

Alternativa a: Incorreta. O contato pele a pele imediato é reservado apenas para RNs a termo vigorosos. Como este bebê apresenta respiração irregular, ele não deve permanecer com a mãe, pois necessita de avaliação e suporte em ambiente controlado (mesa de reanimação).

Alternativa b: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a condição de "não vigoroso" impede a permanência no contato pele a pele. A fricção para estímulo respiratório deve ser feita durante a secagem na unidade de calor radiante, após o posicionamento correto das vias aéreas.

Alternativa c: Incorreta. Antigamente, indicava-se a intubação orotraqueal para aspiração traqueal de rotina em todo RN não vigoroso com líquido meconial. Entretanto, as diretrizes atuais aboliram essa prática. Agora, o foco são os passos iniciais e a ventilação por pressão positiva (VPP), se necessário. A intubação fica reservada para casos em que a VPP não é eficaz ou em situações específicas de reanimação avançada.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve os passos iniciais da reanimação neonatal para um RN não vigoroso: 1) Prover calor na unidade de calor radiante; 2) Posicionar a cabeça em leve extensão (posição de olfação); 3) Aspirar o excesso de secreções (boca e depois nariz), o que é mandatório em casos de líquido meconial em RN não vigoroso; 4) Secar o corpo e a cabeça; 5) Desprezar os campos úmidos para evitar perda de calor por evaporação; 6) Avaliar a frequência cardíaca e a respiração para decidir a necessidade de VPP.

### Questão 63

A conduta na reanimação neonatal para recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas segue o fluxograma atualizado da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). O caso descreve um RN de 35 semanas que, após 30 segundos de ventilação por pressão positiva (VPP) adequada (com técnica correta e expansão torácica), mantém uma frequência cardíaca (FC) de 60 bpm.

De acordo com as diretrizes da SBP, quando a FC permanece abaixo de 60 bpm após 30 segundos de VPP efetiva, o próximo passo consiste no início da massagem cardíaca externa coordenada com a ventilação e no aumento da oferta de oxigênio.

Alternativa a: Correta. Segundo o protocolo, se a FC for menor que 60 bpm após a VPP inicial, deve-se iniciar a massagem cardíaca na técnica dos dois polegares, utilizando a proporção de 3 compressões para 1 ventilação (3:1). Nesse momento, o manual também orienta que a concentração de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) seja elevada para 100% para otimizar a oferta de O<sub>2</sub> aos tecidos e ao miocárdio.

Alternativa b: Incorreta. A intubação traqueal é fortemente recomendada no momento em que se decide iniciar a massagem cardíaca, para garantir que a via aérea esteja pérvia e a ventilação seja máxima. No entanto, a alternativa "a" é mais completa ao descrever a ação terapêutica principal do algoritmo (massagem cardíaca e ajuste do oxigênio) para reverter a bradicardia grave.

Alternativa c: Incorreta. A administração de adrenalina é uma etapa avançada da reanimação. Ela só é indicada se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm mesmo após 60 segundos de massagem cardíaca técnica e adequadamente coordenada com a ventilação traqueal e oxigênio a 100%.

Alternativa d: Incorreta. Observar por 30 segundos é uma conduta passiva e inadequada para um paciente com bradicardia importante (60 bpm). A demora em intervir com massagem cardíaca nesse cenário pode levar à hipóxia grave, dano orgânico multissistêmico ou óbito.

---

### Questão 64

A questão aborda os marcos cronológicos do desenvolvimento puberal na infância. Para meninas, a puberdade é considerada precoce quando há o surgimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade. Por outro lado, a puberdade é considerada atrasada quando não há o surgimento do broto mamário (telarca) até os 13 anos.

A paciente A tem 6 anos e 2 meses e apresenta telarca e pubarca (pelos pubianos).

Como esses sinais surgiram antes dos 8 anos, ela se enquadra nos critérios de puberdade precoce. A investigação inicial obrigatória deve confirmar se há ativação precoce do eixo hormonal e se isso está impactando o crescimento ósseo. Por isso, solicita-se a idade óssea (para verificar se há avanço em relação à idade cronológica) e as dosagens hormonais de LH, FSH e estradiol.

A paciente B tem 9 anos e não possui sinais de desenvolvimento puberal. Como ela ainda não atingiu o limite de 13 anos, seu estado é considerado pré-puberal fisiológico (normal). A conduta adequada é manter o acompanhamento clínico de rotina, monitorando a velocidade de crescimento e o surgimento futuro das mamas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A paciente B é saudável e não precisa de especialista. Para a paciente A, antes de suspeitar de alterações genéticas raras, deve-se realizar a propedêutica básica.

Alternativa b) Incorreta. A paciente A não apresenta uma variação fisiológica, pois o desenvolvimento ocorreu antes da idade mínima esperada (8 anos), exigindo investigação para descartar causas centrais ou periféricas.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a conduta inicial padrão: investigação laboratorial e radiológica para o quadro de puberdade precoce (paciente A) e seguimento clínico para a criança com desenvolvimento normal para a idade (paciente B).

Alternativa d) Incorreta. Nunca se inicia bloqueio hormonal ou reposição estrogênica como conduta inicial. O tratamento só é instituído após o diagnóstico etiológico confirmado. Além disso, a paciente B, aos 9 anos, não possui qualquer indicação de reposição hormonal.

---

## Questão 65

Para resolver essa questão, é fundamental compreender os conceitos básicos de bioestatística e epidemiologia aplicados à metodologia de pesquisa científica.

Em um estudo epidemiológico ou clínico, as variáveis são classificadas de acordo com o papel que desempenham na análise:

1. Variável Independente: É aquela que o pesquisador acredita que influenciará o resultado. No contexto epidemiológico, ela representa a EXPOSIÇÃO ou os fatores preditores. No enunciado, as variáveis clínicas (como a forma da hanseníase) e

sociodemográficas (como idade e escolaridade) são as exposições que podem ou não levar a uma consequência.

2. Variável Dependente: É o resultado que se pretende medir ou explicar, sofrendo influência das variáveis independentes. No contexto epidemiológico, ela representa o DESFECHO (outcome) ou o efeito. No estudo citado, a limitação funcional é o desfecho que depende das condições prévias do paciente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As variáveis independentes não são necessariamente "apenas" fatores de risco; elas podem ser fatores de proteção, de risco ou variáveis de confusão. Além disso, a variável dependente é o desfecho clínico pesquisado, e não um "fator de proteção".

b) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, o erro está em restringir as variáveis independentes a apenas uma natureza (proteção) e definir erroneamente a variável dependente como um "fator de risco". A variável dependente é a doença ou a condição resultante (neste caso, a limitação).

c) Incorreta. Esta alternativa inverte completamente os conceitos. O desfecho é sempre o que se quer observar (dependente) e a exposição é o que se estuda como causa ou associação (independente).

d) Correta. Esta alternativa traz a definição técnica precisa utilizada em epidemiologia e bioestatística: as variáveis independentes representam a exposição (fatores que o paciente possui ou aos quais foi submetido) e a variável dependente representa o desfecho (o resultado clínico observado, que, no caso, é a limitação funcional).

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 66

Alternativa a: Incorreta. Um valor de  $p$  igual a 0,047 é menor que o ponto de corte padrão de 0,05, o que indica que o resultado possui significância estatística. Além disso, um Odds Ratio (OR) de 3,80 aponta para uma maior chance do desfecho, contradizendo a afirmação de que não haveria significância.

Alternativa b: Incorreta. Esta opção apresenta dois erros de interpretação. Primeiro, um OR de 3,80 indica que a variável é um fator associado a uma maior chance do desfecho (fator de risco), enquanto um fator de proteção exigiria obrigatoriamente

um OR menor que 1,0. Segundo, o valor de p de 0,047 indica que o achado é estatisticamente significativo.

Alternativa c: Correta. Para que uma associação seja considerada estatisticamente significativa em uma regressão logística, o valor de p deve ser menor que 0,05 e o Intervalo de Confiança (IC) não deve incluir o valor 1,0. No caso apresentado, o p é 0,021 (menor que 0,05) e o IC95% varia de 1,14 a 16,07. Como o limite inferior do intervalo (1,14) é maior que 1,0, confirma-se que a Classificação Operacional multibacilar está significativamente associada a uma maior chance (4,28 vezes mais) de limitação funcional.

Alternativa d: Incorreta. Embora utilize os mesmos dados da alternativa anterior, esta opção afirma erroneamente que não houve associação estatisticamente significativa. Conforme demonstrado pelos valores de p e pelo intervalo de confiança que não cruza a unidade (1,0), a associação é real e estatisticamente válida dentro dos parâmetros descritos.

---

### Questão 67

Para resolver esta questão, é fundamental compreender os conceitos de sensibilidade e especificidade e seus respectivos complementares, que representam as taxas de erro do teste diagnóstico.

Sensibilidade: é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que possuem a doença (verdadeiros-positivos). O erro associado à sensibilidade é o falso-negativo (indivíduos doentes que o teste não detectou). A taxa de falso-negativo é calculada como 100% menos a sensibilidade.

Especificidade: é a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos que não possuem a doença (verdadeiros-negativos). O erro associado à especificidade é o falso-positivo (indivíduos saudáveis que o teste aponta erroneamente como doentes). A taxa de falso-positivo é calculada como 100% menos a especificidade.

Análise dos dados da questão:

Sensibilidade = 98,0%. Logo, a taxa de falso-negativo é  $100,0\% - 98,0\% = 2,0\%$ .

Especificidade = 94,0%. Logo, a taxa de falso-positivo é  $100,0\% - 94,0\% = 6,0\%$ .

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 2,0% corresponde à taxa de falso-negativo (complementar da sensibilidade), e não à de falso-positivo.

b) Incorreta. O valor de 94,0% representa a taxa de verdadeiro-negativo (a própria especificidade). A taxa de verdadeiro-positivo é a sensibilidade, que, neste caso, é de 98,0%.

c) Correta. A interpretação direta da especificidade de 94,0% nos diz que o teste acerta 94 em cada 100 pacientes saudáveis. Os outros 6 pacientes (6,0%) receberão um resultado erroneamente positivo, configurando a taxa de falso-positivo.

d) Incorreta. Como visto nos cálculos acima, a taxa de falso-negativo é de 2,0% (100,0% - 98,0% de sensibilidade). O valor de 6,0% refere-se aos resultados falsos-positivos.

---

### Questão 68

Esta questão exige a interpretação de dados epidemiológicos apresentados em uma tabela, especificamente o Odds Ratio (OR) e seu respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Em estudos transversais, o OR é utilizado para estimar a chance de ocorrência de um evento. Quando o OR é maior que 1,0 e o limite inferior do IC95% também é maior que 1,0, há uma associação estatisticamente significativa de maior chance (fator de risco).

Análise das afirmações:

Afirmção I: CORRETA. Ao analisar os dados de Curitiba na variável Faixa Etária, o grupo de 15 a 29 anos é utilizado como referência (OR=1,00). Os grupos de 40 a 49 anos (OR=1,63; IC95% 1,03-2,56) e de 50 anos ou mais (OR=1,73; IC95% 1,12-2,66) apresentam OR superior a 1 e intervalos de confiança que não incluem o valor 1. Isso confirma que esses indivíduos têm maior probabilidade de interromper o tratamento em comparação ao grupo de referência.

Afirmção II: CORRETA. Na variável Escolaridade para a cidade de Curitiba, a categoria Desconhecida apresenta um OR de 1,67 na tabela (o enunciado cita 1,66, um ajuste comum em questões de prova) e IC95% de 1,06-2,62. Como o OR é maior que 1 e o intervalo de confiança está inteiramente acima de 1, a interpretação correta é a de que há uma maior chance de interrupção do tratamento para quem não declarou o nível de instrução.

Afirmção III: INCORRETA. Esta alternativa contradiz a lógica estatística dos dados apresentados. Se o OR é 1,66 e o limite inferior do IC95% é 1,06, a associação é obrigatoriamente de maior chance (risco), e não de menor chance (proteção). Para representar uma menor chance, o OR deveria ser inferior a 1,0 (por exemplo, 0,60).

Afirmção IV: CORRETA. Observando a coluna de Florianópolis na variável Escolaridade, o grupo com 12 ou mais anos de estudo é a referência. Os participantes com até 7 anos de escolaridade (OR=1,62; IC95% 1,15-2,29) e aqueles com 8 a 11 anos (OR=1,42; IC95% 1,09-1,84) apresentam OR significativamente maiores que 1. Isso indica que, nesta cidade, a interrupção foi mais frequente entre aqueles com menor nível de escolaridade.

Conclusão: Estão corretas as afirmações I, II e IV. Portanto, a alternativa correta é a (d).

---

### Questão 69

Para identificar o delineamento de um estudo epidemiológico, devemos analisar como a coleta de dados foi realizada em relação ao tempo e aos indivíduos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estudo ecológico utiliza dados agregados de populações ou grupos (como estatísticas de uma cidade ou país) e não dados individuais. No caso descrito, os pesquisadores aplicaram questionários diretamente a cada trabalhador, caracterizando uma análise baseada em indivíduos, o que exclui o delineamento ecológico.

b) Correta. O estudo transversal (ou seccional) é caracterizado pela coleta de dados de exposição e desfecho em um único momento no tempo, funcionando como uma "fotografia" da situação. O texto deixa claro que os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada em um "mesmo e único momento" e foca na "prevalência" das doenças. Essas são as marcas registradas de um estudo transversal.

c) Incorreta. O estudo de coorte é um estudo longitudinal e prospectivo. Nele, seleciona-se um grupo de pessoas expostas a um fator e outro grupo não exposto, acompanhando-os ao longo do tempo para observar quem desenvolverá a doença no futuro (incidência). O estudo da questão não fez acompanhamento temporal, apenas uma coleta pontual.

d) Incorreta. O estudo de caso-controle é retrospectivo. Ele parte de pessoas que já possuem a doença (casos) e as compara com pessoas saudáveis (controles) para investigar, no passado, a exposição a possíveis fatores de risco. O enunciado descreve uma análise simultânea de todos os trabalhadores de uma cooperativa, sem separar previamente grupos de doentes e saudáveis para olhar para o passado.

Conclusão: A característica de coletar dados sobre exposição e doença

simultaneamente em indivíduos de uma população definida define o estudo como transversal.

### Questão 70

Para compreender essa questão, é fundamental revisar os conceitos de erros em estudos epidemiológicos. Os erros podem ser divididos em dois grandes grupos: erros aleatórios e erros sistemáticos (vieses).

O enunciado destaca o tabagismo como um "fator de confundimento" para as doenças respiratórias estudadas (DPOC e asma). O confundimento ocorre quando uma variável externa está associada tanto à exposição quanto ao desfecho, podendo mascarar ou distorcer a verdadeira relação entre eles.

Análise das alternativas:

a) Correta. O viés sistemático (ou erro sistemático) é aquele que distorce os resultados de forma direcionada, não sendo causado pelo acaso. Ele se divide classicamente em três categorias: viés de seleção, viés de aferição (informação) e viés de confundimento. Como o tabagismo é um fator de confundimento, ele se enquadra na categoria de viés sistemático. O pesquisador tenta controlar esse viés por meio de modelos multivariados (análise ajustada), como mencionado no texto.

b) Incorreta. O viés de seleção ocorre quando há erros sistemáticos na forma como os participantes são escolhidos ou retidos no estudo, fazendo com que a amostra não represente adequadamente a população-alvo. Embora o tabagismo pudesse influenciar a participação, o enunciado foca no seu papel de variável que confunde a relação entre o ambiente de trabalho e a doença respiratória.

c) Incorreta. O viés de aferição (ou de informação) surge quando os dados coletados sobre a exposição ou o desfecho estão incorretos (devido a falhas na memória do entrevistado, instrumentos descalibrados ou critérios diagnósticos inadequados). O tabagismo aqui é tratado como uma variável de ajuste para evitar o confundimento, e não como um erro na coleta dos dados em si.

d) Incorreta. O erro aleatório está relacionado ao acaso e à variabilidade da amostra. Ele pode ser reduzido aumentando-se o tamanho da amostra (n). O confundimento, por outro lado, é uma distorção estrutural que não desaparece simplesmente aumentando o número de participantes; ele exige técnicas de ajuste na análise ou no desenho do estudo (como a regressão multivariada citada no texto).

Em resumo, como o confundimento é uma das formas de distorção sistemática dos

resultados, a variável tabagismo refere-se a um viés sistemático.

---

### Questão 71

Esta questão aborda os conceitos fundamentais da Curva ROC (\*Receiver Operating Characteristic\*), uma ferramenta estatística essencial na medicina para avaliar o desempenho de testes diagnósticos e determinar pontos de corte ideais.

Análise das afirmativas:

I. Correta. A Curva ROC é gerada ao testar todos os valores possíveis de um exame contínuo (como a frequência cardíaca) para funcionar como "divisor" entre quem tem e quem não tem a condição estudada. Para cada um desses valores, o \*software\* calcula a sensibilidade e a 1-especificidade.

II. Correta. No gráfico da Curva ROC, o eixo vertical (Y) representa a Sensibilidade (Taxa de Verdadeiros Positivos) e o eixo horizontal (X) representa a 1-Especificidade (Taxa de Falsos Positivos). Cada ponto na curva corresponde a um par de coordenadas (X, Y) para um determinado ponto de corte.

III. Incorreta. Um teste com alta precisão e acurácia é aquele que se aproxima do canto superior ESQUERDO do gráfico. O canto superior esquerdo representa o ponto ideal, onde a sensibilidade é de 100% e a 1-especificidade é 0 (ou seja, especificidade de 100%). Uma curva que se aproxima do canto superior direito (ponto 1,1) indica um teste em que a sensibilidade é máxima, mas a especificidade é zero, o que não reflete alta precisão.

IV. Correta. A Curva ROC permite visualizar o \*trade-off\* (compensação) entre sensibilidade e especificidade. Por meio dela, pesquisadores e clínicos podem utilizar métodos como o Índice de Youden para identificar qual ponto de corte oferece o melhor equilíbrio para a aplicação clínica pretendida, maximizando o acerto do teste.

Conclusão: Como apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas, a alternativa (d) é a resposta certa.

---

### Questão 72

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. A Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelece a família como o núcleo central da atenção. Ao deslocar o foco do indivíduo isolado para o seu contexto familiar, a equipe consegue compreender melhor as variáveis que

interferem no processo saúde-doença, como hábitos de vida, dinâmicas relacionais e condições socioeconômicas. Isso possibilita um cuidado integral e biopsicossocial.

Afirmativa II: Está correta. A territorialização é a etapa fundamental para o planejamento das ações em saúde na Atenção Primária. Não se trata apenas de delimitar uma área geográfica, mas de reconhecer o território-processo, identificando grupos de risco, equipamentos sociais e as necessidades específicas daquela população. O diagnóstico situacional derivado desse processo orienta as intervenções da equipe multiprofissional.

Afirmativa III: Está correta. O uso de ferramentas de abordagem familiar é essencial para organizar o cuidado. O genograma e o ecomapa permitem que o profissional visualize, de forma rápida e sistematizada, a estrutura da família, os ciclos de vida, as doenças prevalentes no grupo e a qualidade das relações, auxiliando na criação de um Plano Terapêutico Singular (PTS).

Afirmativa IV: Está incorreta. Houve uma inversão de conceitos nesta afirmativa. O Genograma é que representa graficamente a estrutura interna da família, as relações de parentesco, dados de saúde e geracionais. O Ecomapa, por outro lado, é a ferramenta que ilustra o relacionamento da família com o meio externo e sua rede de apoio social (trabalho, escola, igreja, serviços de saúde).

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I, II e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

---

### Questão 73

Alternativa (a) - Correta: Esta alternativa reflete o disposto no Artigo 194 da Constituição Federal de 1988, parágrafo único, inciso II. A Seguridade Social, que engloba a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, tem como um de seus objetivos a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços prestados tanto às populações urbanas quanto às rurais. A inclusão das comunidades indígenas está em consonância com os princípios da universalidade e da equidade previstos na Carta Magna e na legislação infraconstitucional (como o Subsistema de Saúde Indígena inserido na Lei 8.080/90).

Alternativa (b) - Incorreta: O financiamento do Sistema Único de Saúde não é exclusivo da União. De acordo com o Artigo 198, parágrafo 1º, da Constituição, o SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Trata-se de um financiamento tripartite (ou quadripartite, considerando o DF).

Alternativa (c) - Incorreta: Embora as instituições privadas possam participar do SUS de forma complementar e as entidades filantrópicas tenham, de fato, preferência, elas não seguem diretrizes próprias. O Artigo 199, parágrafo 1º, estabelece que essa participação deve ocorrer mediante contrato de direito público ou convênio, observando as diretrizes do próprio Sistema Único de Saúde, e não as normas particulares da instituição privada.

Alternativa (d) - Incorreta: A redação original do Artigo 199, parágrafo 3º, da Constituição previa a vedação da participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo nos casos previstos em lei. Atualmente, a Lei 13.097/2015 alterou a Lei 8.080/90 para permitir amplamente a participação de capital estrangeiro em hospitais, clínicas e ações de saúde. Portanto, o erro está na expressão "em qualquer hipótese", já que existem exceções legais consolidadas.

---

## Questão 74

Comentário do Especialista:

A questão aborda o conceito de Saúde Planetária no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), focando na intersectorialidade e na prevenção de agravos externos e ambientais na infância. O cenário descrito envolve crianças de 2 a 5 anos, faixa etária de alta vulnerabilidade a acidentes domésticos, agravada por condições ambientais adversas (poluição e fumaça de queimadas).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Não existem medicamentos com indicação clínica para a prevenção de traumas ou acidentes. A prevenção de causas externas é baseada em mudanças comportamentais, estruturais e ambientais, e não em intervenções farmacológicas.

Alternativa (b) Incorreta. A internação é uma medida de cuidado hospitalar destinada a casos de maior gravidade ou que necessitam de vigilância intensiva. Além de não ser uma estratégia de prevenção, a internação de todos os casos sobrecarregaria o sistema de saúde sem atuar na raiz do problema (as causas dos acidentes).

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa reflete os pilares da promoção da saúde e prevenção de doenças na APS. A educação parental capacita os cuidadores a identificar riscos; a segurança doméstica propõe adaptações físicas no ambiente para evitar quedas; e a mitigação ambiental aborda os determinantes externos mencionados no enunciado (poluição e fumaça), que podem comprometer a

visibilidade e a saúde respiratória, contribuindo indiretamente para o aumento de acidentes e a piora da qualidade de vida. É a resposta que melhor integra o cuidado clínico com o conceito de Saúde Planetária.

Alternativa (d) Incorreta. A transferência de populações não é uma estratégia de saúde pública viável nem ética para o manejo de riscos ambientais locais. A missão da APS é atuar no território, transformando a realidade local e promovendo a sustentabilidade e a saúde da comunidade onde esta reside.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 75

Análise da questão:

O enunciado exige que o profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) selecione uma intervenção capaz de integrar o manejo clínico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como Diabetes e Hipertensão, com a abordagem dos determinantes ambientais, especificamente a poluição do ar urbana.

Alternativa (a) Incorreta. A prescrição isolada de medicamentos atende apenas à dimensão clínica e curativa. No contexto da APS e da Saúde Coletiva, ignorar os fatores ambientais e as mudanças de estilo de vida limita a eficácia do tratamento a longo prazo e não cumpre o papel de integração solicitado.

Alternativa (b) Correta. Esta é a resposta que melhor exemplifica o princípio da integralidade. O controle glicêmico trata a patologia instalada (clínico), enquanto a educação ambiental e a orientação para reduzir a exposição a poluentes (como evitar atividades físicas próximas a vias de tráfego intenso em horários de pico) abordam o componente ambiental. Essa visão multidimensional é essencial para o controle de DCNTs em centros urbanos.

Alternativa (c) Incorreta. Do ponto de vista de saúde pública e gestão de território, incentivar a mudança de domicílio é uma medida inviável, impraticável para a maioria da população e não resolve o problema da comunidade. A APS deve trabalhar com estratégias de mitigação e adaptação dentro do território de abrangência.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa é restritiva e excludente. O uso de academias privadas não é acessível a toda a comunidade, ferindo o princípio da equidade do SUS. Além disso, o exercício físico isolado, sem o manejo clínico e a consideração sobre a qualidade do ar, não integra os cuidados conforme solicitado pelo enunciado.

---

## Questão 76

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta a tríade clássica da Tuberculose (TB): tosse crônica (por mais de 3 semanas), febre vespertina e emagrecimento. O contexto de zona rural e acesso limitado reforça a necessidade de uma intervenção robusta da Atenção Primária à Saúde (APS).

Alternativa (a) - CORRETA:

Esta alternativa contempla os três pilares do controle da Tuberculose no Brasil. 1) Tratamento supervisionado (TDO - Tratamento Diretamente Observado): é a estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde para garantir a adesão do paciente, reduzir o abandono e evitar o surgimento de cepas multirresistentes. 2) Rastrear contatos: essencial para identificar outros doentes ou pessoas com infecção latente, interrompendo a cadeia de transmissão na comunidade. 3) Melhorias ambientais: a TB é uma doença com forte determinante social; ambientes ventilados e com luz solar direta ajudam a reduzir a carga de bacilos no ar.

Alternativa (b) - INCORRETA:

O tratamento da tuberculose exige um esquema específico de poliquimioterapia (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). Prescrever antibióticos comuns para sintomas seria uma conduta negligente, pois não trataria a causa base e permitiria a progressão da doença e a contaminação de outras pessoas.

Alternativa (c) - INCORRETA:

A falta de recursos não exime o profissional ou o sistema de saúde da responsabilidade. A Tuberculose é um grave problema de saúde pública e seu tratamento é gratuito e garantido pelo SUS em todo o território nacional. O papel da equipe de saúde é buscar meios para realizar o diagnóstico e o acompanhamento, mesmo em áreas remotas.

Alternativa (d) - INCORRETA:

A Tuberculose é, prioritariamente, uma doença de manejo da Atenção Primária. O encaminhamento para hospitais ou centros de referência deve ser feito apenas em situações específicas, como formas graves da doença (meningoencefalite, disseminada), intolerância medicamentosa grave, suspeita de resistência aos fármacos ou pacientes em situações clínicas muito debilitadas. Manter o cuidado na APS facilita o vínculo e a adesão ao tratamento.

### Questão 77

A questão aborda o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) na gestão de saúde pública e vigilância epidemiológica. Diante de uma queda na cobertura vacinal e do risco de surto de uma doença altamente infectocontagiosa como o sarampo, a atuação deve ser proativa e coletiva.

Alternativa (a) Incorreta: A prescrição de sintomáticos é uma conduta de manejo clínico individual e não resolve o problema de saúde pública em questão. O foco da APS, neste cenário, deve ser a prevenção e o controle da disseminação do vírus na comunidade.

Alternativa (b) Incorreta: O encaminhamento para o hospital central deve ser reservado apenas para casos graves ou com complicações. Além disso, o deslocamento desnecessário de pacientes com suspeita de sarampo favorece a propagação do vírus, contrariando as normas de controle de infecção.

Alternativa (c) Incorreta: O monitoramento passivo (aguardar a notificação espontânea de casos) é insuficiente quando já se identificou um risco iminente de surto. A situação exige vigilância ativa e intervenção imediata para reverter a baixa cobertura vacinal.

Alternativa (d) Correta: Esta é a medida prioritária e mais completa. As campanhas de vacinação buscam elevar rapidamente a imunidade de grupo (cobertura vacinal); a vigilância epidemiológica permite a detecção precoce de casos e a realização de bloqueio vacinal oportuno; e a educação comunitária é essencial para sensibilizar a população sobre a importância da vacina, garantindo a adesão e sustentabilidade das ações de saúde.

---

### Questão 78

A questão aborda a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) diante de problemas de saúde pública causados por determinantes ambientais, especificamente a poluição do ar em centros urbanos e industrializados. A exposição crônica a poluentes atmosféricos, como o material particulado, está diretamente associada ao aumento de processos inflamatórios sistêmicos, estresse oxidativo e disfunção endotelial, o que eleva a incidência de infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais.

Alternativa (a) Incorreta: A prescrição de medicamentos deve ser sempre individualizada, baseada em critérios clínicos e diagnósticos precisos. O uso generalizado de anti-hipertensivos para toda a população, sem considerar os níveis tensionais de cada paciente, é uma conduta tecnicamente errada, antiética e

submeteria indivíduos saudáveis a efeitos colaterais desnecessários sem evidência de benefício.

Alternativa (b) Incorreta: O encaminhamento para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) deve ocorrer apenas em casos de urgência e emergência com instabilidade clínica ou risco iminente de morte. A função da APS é o acompanhamento longitudinal, a prevenção e o controle de doenças crônicas, e não a transferência indiscriminada de pacientes com base apenas na exposição a riscos ambientais.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa reflete o papel integral da APS e da Medicina de Família e Comunidade. O controle clínico rigoroso e o monitoramento reduzem o impacto dos fatores de risco nos pacientes já predispostos. A educação comunitária capacita a população a adotar medidas de proteção individual (como evitar atividades ao ar livre em dias de poluição crítica). Por fim, o advocacy por políticas públicas é uma função essencial da saúde coletiva para atuar sobre as causas fundamentais do problema (os determinantes sociais e ambientais), buscando a redução da emissão de poluentes na fonte.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o exercício físico seja fundamental para a saúde cardiovascular, a orientação deve ser cautelosa em áreas poluídas. A prática de atividades físicas intensas em locais e horários de alta concentração de poluentes aumenta a ventilação-minuto, fazendo com que o indivíduo inale uma carga maior de partículas nocivas, o que pode desencadear eventos cardiovasculares agudos em vez de preveni-los. A APS deve orientar a prática de exercícios em horários e locais com melhor qualidade do ar.

---

## Questão 79

### ANÁLISE DO CENÁRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:

O quadro descrito (febre, mialgia e icterícia leve após exposição a águas de enchente) é altamente sugestivo de Leptospirose. A incidência relatada de 15 casos por 10.000 habitantes configura um surto em uma área de risco. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a abordagem deve ser integral, unindo o cuidado individual (clínico) às ações de vigilância em saúde (coletivas).

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

A conduta na APS diante de doenças de notificação compulsória e surtos infecciosos deve ser multifacetada:

1. Notificação imediata: A leptospirose é uma doença de notificação compulsória. Em situações de surto, a rapidez da notificação permite que os órgãos de vigilância epidemiológica ajam para controlar a fonte de infecção.
2. Tratamento dos casos: O manejo clínico oportuno reduz a morbidade e o risco de

progressão para formas graves (Síndrome de Weil).

3. Educação sanitária e prevenção de exposição: Instruir a população sobre como evitar o contato com água ou lama contaminada e como realizar a desinfecção de domicílios com hipoclorito de sódio.

4. Mobilização comunitária: Fundamental para identificar novos casos e organizar a resposta local ao desastre ambiental.

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

Alternativa (a): Embora o tratamento precoce seja indicado para casos suspeitos, a conduta da APS não pode se restringir apenas à prescrição de antibióticos. Uma abordagem puramente assistencialista ignora a necessidade de vigilância epidemiológica e as ações de saúde pública essenciais para conter o surto na comunidade.

Alternativa (c): A APS tem um papel resolutivo e deve tratar os casos leves e moderados conforme os protocolos do Ministério da Saúde. O encaminhamento hospitalar é reservado para casos com sinais de alerta (insuficiência renal, hemorragia pulmonar, icterícia rubínica) ou gravidade. Além disso, focar apenas nos casos graves negligencia o controle epidemiológico da doença na comunidade.

Alternativa (d): O fechamento da Unidade Básica de Saúde no momento de maior necessidade da população (após um desastre natural e durante um aumento de casos de doenças infecciosas) é uma medida tecnicamente inadequada e eticamente incorreta. A unidade deve, ao contrário, organizar seu fluxo de atendimento para absorver a demanda extra.

---

### Questão 80

CONHECIMENTOS ENVOLVIDOS: Atenção Primária à Saúde (APS), Saúde Ambiental e Gestação.

A questão exige o entendimento do papel da APS frente às mudanças climáticas e à proteção de grupos vulneráveis, como as gestantes, que possuem maior sensibilidade a extremos térmicos.

ALTERNATIVA A (CORRETA): A intervenção prioritária na APS deve ser sempre pautada na prevenção e na promoção da saúde. O reforço da hidratação e as orientações sobre a exposição solar combatem diretamente as causas da desidratação e do estresse térmico mencionados no enunciado. Além disso, o monitoramento intensificado, articulado com alertas climáticos, reflete uma gestão de saúde pública moderna e eficiente, permitindo que a equipe identifique e proteja

as pacientes de maior risco antes que complicações graves se instalem.

**ALTERNATIVA B (INCORRETA):** O uso de diuréticos é perigoso neste cenário. Se as gestantes já apresentam sinais de desidratação e câibras (que sugerem perda de eletrólitos), o diurético agravaria drasticamente o quadro, podendo levar ao choque hipovolêmico e à redução da perfusão placentária, o que coloca em risco a vida fetal e materna. A pressão arterial elevada, nesse contexto, pode ser uma resposta fisiológica ao estresse térmico e à dor, não sendo uma indicação para o uso de diuréticos de rotina.

**ALTERNATIVA C (INCORRETA):** A internação de todas as gestantes é uma medida inviável e tecnicamente inadequada. A APS deve ter capacidade instalada para manejar casos leves de desidratação e desconforto térmico. O internamento deve ser reservado apenas para casos com sinais de gravidade ou instabilidade que não respondam às medidas iniciais.

**ALTERNATIVA D (INCORRETA):** Embora o encaminhamento de emergências seja necessário, a questão pergunta qual intervenção a APS deve **PRIORIZAR** para **PROTEGER** as gestantes. Limitar-se a encaminhar casos graves é uma conduta puramente reativa. A prioridade da saúde primária é agir preventivamente para que os casos de emergência nem cheguem a acontecer.

**CONCLUSÃO:** A alternativa A é a que melhor define as competências da Atenção Primária: vigilância em saúde, educação das pacientes e adaptação do cuidado pré-natal a riscos ambientais específicos.

---