



FAMEMA

GABARITO | 2025 | SP | 100 Questões



Gabarito: FAMEMA

2025 | SP

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O quadro clínico descrito — cefaleia, febre e sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) em um paciente de 62 anos — é clássico de meningite bacteriana aguda. Diante dessa suspeita, o tratamento deve ser instituído de forma imediata, logo após a coleta de exames (sangue e líquido) ou até mesmo antes, caso haja atraso na realização da punção lombar.

O tratamento empírico padrão para adultos envolve a cobertura dos agentes mais comuns: *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e *Neisseria meningitidis* (meningococo). A ceftriaxona é o antibiótico de escolha devido à sua excelente penetração no sistema nervoso central quando utilizada em doses elevadas (2 g a cada 12 horas).

Além do antibiótico, o uso de um corticoide, preferencialmente a dexametasona, é fundamental no manejo inicial. Ela deve ser administrada antes ou junto com a primeira dose do antibiótico para atenuar a resposta inflamatória causada pela lise bacteriana. Essa conduta reduz comprovadamente a mortalidade e o risco de sequelas neurológicas, como a surdez, especialmente nas meningites por pneumococo.

Análise das alternativas:

a) Correta. Apresenta o antibiótico de escolha na posologia correta para o sistema nervoso central (2 g de 12/12h) associado à dexametasona, seguindo as recomendações atuais para o tratamento inicial da meningite bacteriana no adulto.

b) Incorreta. Embora a ceftriaxona esteja correta, a omissão da dexametasona não é recomendada no tratamento empírico de adultos, pois o corticoide é essencial para melhorar o prognóstico clínico e reduzir sequelas.

c) Incorreta. O ciprofloxacino não é uma droga de primeira linha para o tratamento empírico da meningite bacteriana. Ele é utilizado principalmente para quimioprofilaxia de contatos de casos de meningite meningocócica ou em situações muito específicas de alergia a betalactâmicos.

d) Incorreta. O ciprofloxacino não é o tratamento de escolha e a ausência de corticoterapia torna a conduta inadequada para o manejo inicial.

Nota importante: Em pacientes com mais de 50 anos, como é o caso deste paciente de 62 anos, os protocolos costumam recomendar a adição de ampicilina ao esquema

(ceftriaxona + ampicilina) para cobrir a *Listeria monocytogenes*. No entanto, como nenhuma alternativa oferece essa associação, a letra (a) é a resposta correta por conter o tratamento padrão para os patógenos mais prevalentes e a corticoterapia necessária.

Questão 2

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer a farmacocinética dos diferentes tipos de insulinas, focando no início de ação, pico de atividade e duração do efeito.

Alternativa a: Incorreta. A insulina Lispro é um análogo de ação ultrarrápida, e não de ação prolongada. Seu início de ação ocorre em cerca de 5 a 15 minutos, apresentando um pico de ação entre 1 e 2 horas e duração total curta, geralmente de 3 a 5 horas.

Alternativa b: Incorreta. A insulina Regular é classificada como de ação rápida, e não intermediária. A insulina de ação intermediária padrão é a NPH. Embora o pico de ação da insulina Regular ocorra de fato entre 2 e 4 horas, o erro da alternativa reside na classificação do tempo de ação.

Alternativa c: Incorreta. A Levemir (Detemir) é uma insulina de ação prolongada. No entanto, a alternativa descreve um pico de ação entre 5 e 15 minutos, o que é uma característica do início de ação das insulinas ultrarrápidas (como Lispro, Aspart ou Glulisina). A Levemir possui um perfil de ação mais plano, com um pico muito discreto entre 6 e 8 horas ou quase inexistente.

Alternativa d: Correta. A Gargina é um análogo de insulina de ação prolongada, utilizada para suprir a necessidade basal de insulina. Sua principal característica é a formação de microprecipitados no tecido subcutâneo que permitem uma liberação lenta, constante e estável na corrente sanguínea. Por isso, ela é descrita tecnicamente como uma insulina sem pico de ação (perfil flat), mantendo seu efeito por aproximadamente 24 horas.

Questão 3

A chave para resolver esta questão reside no tempo de incubação dos sintomas. O enunciado informa que o quadro clínico teve início apenas duas horas após a ingestão dos alimentos. Esse período extremamente curto (hiperagudo) é característico de intoxicações causadas por toxinas pré-formadas no alimento, e não por infecções em que o patógeno precisa se multiplicar no trato gastrointestinal.

Análise das alternativas:

- a) Rotavírus: Incorreta. O período de incubação do rotavírus é geralmente de 1 a 3 dias. Além disso, é uma causa mais comum de diarreia grave em crianças pequenas e não costuma apresentar um início tão súbito (2 horas) após uma refeição específica em adultos.
- b) Norovírus: Incorreta. Embora o norovírus seja a causa mais comum de surtos de gastroenterite em navios de cruzeiro, seu período de incubação médio varia de 12 a 48 horas. O tempo de 2 horas descrito no caso é curto demais para uma etiologia viral.
- c) Estafilococos (*Staphylococcus aureus*): Correta. Esta é a alternativa que melhor se encaixa no quadro. O *S. aureus* produz enterotoxinas termoestáveis no alimento contaminado (frequentemente carnes, saladas com maionese ou laticínios) antes mesmo de ele ser consumido. Uma vez ingerida a toxina pré-formada, os sintomas de náuseas, vômitos intensos e cólicas surgem rapidamente, tipicamente entre 1 a 6 horas após a ingestão.
- d) Salmonela: Incorreta. A *Salmonella* spp. (não tifoide) exige a colonização e multiplicação bacteriana no intestino, o que demanda tempo. O período de incubação geralmente varia de 12 a 72 horas, tornando o diagnóstico improvável diante de sintomas que surgiram em apenas duas horas.

Questão 4

Para responder a essa questão, é necessário classificar os fatores de risco para o Tromboembolismo Venoso (TEV), que engloba a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A literatura médica, baseada principalmente nas diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC), categoriza esses fatores de acordo com a Razão de Chances (Odds Ratio - OR) de desencadear um evento embólico.

Alternativa (a) Incorreta: A gestação é classificada como um fator de risco fraco (OR inferior a 2). Embora a gravidez altere a dinâmica circulatória e a coagulação, o risco é significativamente menor quando comparado ao período de pós-parto (que é de risco moderado) ou a eventos prévios.

Alternativa (b) Correta: O antecedente de tromboembolismo venoso (ter tido uma TVP ou um TEP anteriormente) é considerado um fator de risco alto/forte (OR superior a 10). Pacientes com histórico positivo têm uma propensão clínica e biológica muito elevada para novos eventos, situando-se no mesmo grupo de risco de grandes traumas, cirurgias ortopédicas de grande porte (quadril e joelho) e lesões medulares

agudas.

Alternativa (c) Incorreta: Varizes em membros inferiores são consideradas fatores de risco fracos (OR inferior a 2). Apesar de indicarem insuficiência venosa e propiciarem certa estase sanguínea, isoladamente não representam um risco alto para o desenvolvimento de TEP em pacientes jovens sem outras comorbidades.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de anticoncepcionais orais combinados (contendo estrogênio) é um fator de risco moderado (OR entre 2 e 9). Embora seja uma causa frequente de TEP em mulheres jovens, na classificação epidemiológica ele não atinge o critério de "alto risco" (OR maior que 10), que é reservado para situações de vulnerabilidade extrema do sistema de coagulação ou estase severa.

Questão 5

A Encefalopatia Hepática (EH) é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa decorrente da insuficiência hepática e/ou de shunts portossistêmicos, sendo a Classificação de West-Haven o padrão-ouro para graduar a gravidade do quadro clínico.

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta sinais clássicos de Encefalopatia Hepática. O ponto crucial para a diferenciação entre os estágios é a presença do flapping (asterixis) associado à alteração do nível de consciência e comportamento. No relato, temos: desatenção, fala e raciocínio lentificados (letargia/apatia) e flapping evidente.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. No estágio I, as alterações são muito sutis. O paciente pode apresentar inversão do ciclo sono-vigília (insônia à noite, sonolência de dia), euforia, ansiedade ou leve redução da atenção. O flapping é geralmente ausente ou muito difícil de ser detectado neste estágio.

b) Correta. O estágio II é caracterizado por letargia ou apatia, desorientação temporal leve, comportamento inadequado e fala lentificada. O sinal clínico definitivo deste estágio é a presença nítida do asterixis (flapping). O quadro descrito — lentidão global e presença de flapping — encaixa-se perfeitamente nesta graduação.

c) Incorreta. No estágio III, o paciente encontra-se em estado de torpor ou sonolência profunda, embora ainda responda a estímulos verbais ou dolorosos. Há desorientação grosseira (não sabe onde está ou quem é) e confusão mental grave. Embora o flapping possa estar presente, o nível de consciência é muito mais rebaixado do que

o descrito no enunciado.

d) Incorreta. O estágio IV corresponde ao coma. O paciente não responde a estímulos e não há possibilidade de avaliar fala, raciocínio ou presença de flapping, pois não há tônus muscular voluntário ou interação.

Resumo da Classificação de West-Haven:

Estágio 0: Sem alterações clínicas (encefalopatia mínima).

Estágio I: Euforia/depressão, confusão leve, distúrbio do sono.

Estágio II: Letargia, desorientação temporal, flapping evidente, fala lentificada.

Estágio III: Torpor, sonolência profunda, desorientação espacial, confusão grave.

Estágio IV: Coma.

Questão 6

Análise do caso clínico:

O enunciado descreve um paciente jovem, de 26 anos, previamente hígido, totalmente assintomático e sem fatores de risco para hepatopatias, que apresenta um aumento leve e isolado das transaminases (AST e ALT) detectado em um exame de rotina (admissional). Diante de um achado incidental em paciente saudável, devemos pensar primeiramente em causas benignas e transitórias antes de investigar doenças raras ou crônicas graves.

Alternativa A (Correta): O exercício físico intenso é uma causa frequente e muitas vezes negligenciada de elevação das transaminases. Tanto a aspartato aminotransferase (AST) quanto a alanina aminotransferase (ALT) estão presentes no tecido muscular, embora a AST seja encontrada em maior proporção nos músculos do que a ALT. Atividades físicas extenuantes podem causar microlesões nas fibras musculares, levando à liberação dessas enzimas na corrente sanguínea. Em exames admissionais ou de rotina em pacientes jovens e saudáveis, essa é a causa provável mais comum, sendo recomendado repetir o exame após alguns dias de repouso físico para confirmação.

Alternativa B (Incorreta): A hepatite autoimune é uma doença inflamatória crônica do fígado. Embora possa ocorrer em pacientes jovens, ela geralmente se manifesta com elevações mais expressivas das transaminases, cansaço, icterícia ou outros sinais de autoimunidade. Além disso, costuma apresentar alteração nas proteínas totais e frações (hipergamaglobulinemia). Não seria a primeira hipótese para um achado leve e incidental em um paciente totalmente assintomático.

Alternativa C (Incorreta): A doença celíaca pode, de fato, causar uma hepatite

reacional com leve aumento de transaminases como manifestação extraintestinal. No entanto, o paciente não apresenta queixas gastrointestinais, anemia ou perda de peso. Estatisticamente, o esforço físico é uma causa muito mais prevalente de alteração isolada e súbita em exames admissionais do que a doença celíaca subclínica.

Alternativa D (Incorreta): A doença de Wilson é uma patologia rara do metabolismo do cobre que afeta jovens. Ela costuma cursar com acometimento multissistêmico, incluindo alterações neurológicas, psiquiátricas e anéis de Kayser-Fleischer na córnea. Embora possa causar hepatite crônica, sua raridade a torna uma hipótese diagnóstica muito menos provável do que o aumento enzimático por esforço físico em um contexto de exame admissional.

Questão 7

A questão aborda os critérios diagnósticos da Lesão Renal Aguda (LRA) de acordo com o consenso KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*), que é o padrão-ouro atual. Para diagnosticar a LRA, o KDIGO utiliza dois parâmetros principais: a variação da creatinina sérica e o volume do débito urinário.

Alternativa (a) Correta: Esta alternativa descreve perfeitamente um dos critérios diagnósticos do Estágio 1 do KDIGO. O diagnóstico de LRA pode ser feito quando há um aumento absoluto na creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em um período de 48 horas. Este critério é fundamental para identificar lesões agudas em pacientes que não possuem uma creatinina basal recente, mas que apresentam mudança rápida na função renal.

Alternativa (b) Incorreta: O critério de débito urinário para o Estágio 1 do KDIGO é uma redução para menos de 0,5 mL/kg/h por um período de pelo menos 6 a 12 horas. O valor de 0,3 mL/kg/h citado na alternativa só é considerado critério no Estágio 3 e, ainda assim, o período de tempo exigido seria de pelo menos 24 horas (ou anúria por 12 horas).

Alternativa (c) Incorreta: O critério de aumento relativo exige que a creatinina sérica aumente pelo menos 1,5 vez em relação à creatinina basal conhecida ou presumida dentro de um intervalo de 7 dias. Um aumento de "1,0 vez" o valor basal significaria que o valor permaneceu o mesmo (exemplo: 1,0 mg/dL basal e 1,0 mg/dL atual), o que não caracteriza lesão.

Alternativa (d) Incorreta: Segue o mesmo erro da alternativa anterior. Independentemente de a creatinina ser sabida ou presumida, o fator multiplicador para o diagnóstico de LRA deve ser maior ou igual a 1,5 vez o valor basal nos últimos

7 dias.

Resumo dos critérios KDIGO para diagnóstico de LRA:

- Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em 48 horas.
- Aumento da creatinina sérica maior ou igual a 1,5 vez o valor basal presumido ou conhecido nos últimos 7 dias.
- Débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por um período de 6 horas.

O caso clínico apresenta um paciente idoso e hipertenso que utilizou anti-inflamatórios (AINEs). Os AINEs inibem a síntese de prostaglandinas, que são responsáveis pela vasodilatação da arteríola aferente renal. Sem essa proteção, o paciente desenvolve uma queda na perfusão renal e conseqüente declínio da taxa de filtração glomerular, enquadrando-se nos critérios de lesão renal aguda discutidos.

Questão 8

Para diagnosticar o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) no eletrocardiograma, é necessário observar a elevação do ponto J em pelo menos duas derivações contíguas. Os valores de referência variam conforme a derivação analisada, o sexo e a idade do paciente.

Alternativa (a) está correta: De acordo com a Quarta Definição Universal de Infarto e as diretrizes de cardiologia, para pacientes do sexo feminino (independentemente da idade), o critério de supradesnivelamento nas derivações V2 e V3 é uma elevação maior ou igual a 1,5 mm. Como a paciente em questão é uma mulher de 79 anos, esse é o valor exato para o diagnóstico.

Alternativa (b) está incorreta: Para as derivações posteriores (V7, V8 e V9), o ponto de corte estabelecido para definir supradesnivelamento é de pelo menos 0,5 mm. O valor de 0,2 mm mencionado na alternativa é insuficiente para caracterizar o infarto nessas derivações.

Alternativa (c) está incorreta: Nas derivações periféricas, como DII, DIII e aVF (parede inferior), o critério padrão para supradesnivelamento do segmento ST é uma elevação de, no mínimo, 1,0 mm. O valor de 0,5 mm é considerado normal ou inespecífico para essas derivações.

Alternativa (d) está incorreta: O aparecimento de um Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) novo ou presumidamente novo, em um contexto clínico de dor torácica, é que é tradicionalmente aceito como um equivalente de supradesnivelamento do segmento ST. O Bloqueio de Ramo Direito (BRD) novo não é um critério definidor de IAMCSST, embora possa ocorrer em infartos extensos ou indicar gravidade.

Em resumo, os limites de normalidade para o ponto J nas derivações V2 e V3 são:

- Homens com menos de 40 anos: elevação de até 2,5 mm.
- Homens com 40 anos ou mais: elevação de até 2,0 mm.
- Mulheres de qualquer idade: elevação de até 1,5 mm.
- Demais derivações: elevação de até 1,0 mm.

Questão 9

Para entender a classificação de risco da dengue adotada pelo Ministério da Saúde, é fundamental correlacionar a gravidade dos sintomas com os grupos A, B, C e D (que a questão numerou de 1 a 4).

Alternativa (a) Incorreta: O Grupo 1 (Grupo A) refere-se a pacientes com suspeita de dengue, mas sem sinais de alarme, sem comorbidades e sem sangramentos. O choque franco com hipotensão arterial é o estágio mais avançado da gravidade, classificando o paciente obrigatoriamente no Grupo 4 (Grupo D).

Alternativa (b) Correta: O Grupo 2 (Grupo B) inclui pacientes que apresentam sangramentos espontâneos de pele (como petéquias e equimoses) ou prova do laço positiva, mas que não possuem sinais de alarme (como dor abdominal intensa ou vômitos persistentes). Além disso, pacientes em situações clínicas especiais (gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas) também são classificados aqui, desde que estejam hemodinamicamente estáveis.

Alternativa (c) Incorreta: O Grupo 3 (Grupo C) é definido pela presença de pelo menos um sinal de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, letargia ou irritabilidade, entre outros). Apresentar apenas sintomas inespecíficos e prova do laço positiva enquadra o paciente no Grupo B.

Alternativa (d) Incorreta: O Grupo 4 (Grupo D) é caracterizado pela dengue grave, que se manifesta por choque (hipotensão, pulso fino, extremidades frias), desconforto respiratório grave ou disfunção de órgãos. A taquicardia, em um contexto de dengue, é um sinal precoce de choque, o que já configura comprometimento hemodinâmico, invalidando a afirmação de que não haveria tal comprometimento.

Questão 10

Alternativa a: Incorreta. De acordo com as diretrizes da American Heart Association (AHA/ASA) e os protocolos nacionais para o tratamento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), a idade mínima recomendada para a realização de trombólise venosa com alteplase (rtPA) é de 18 anos. Embora existam estudos em populações pediátricas, para fins de protocolos de urgência e emergência em adultos, o limite estabelecido é de 18 anos ou mais.

Alternativa b: Correta. O manejo da pressão arterial é um dos critérios de elegibilidade mais críticos para a trombólise. Para iniciar a infusão do trombolítico, a pressão arterial deve estar obrigatoriamente igual ou inferior a 185 mmHg de sistólica e 110 mmHg de diastólica. Caso o paciente apresente valores superiores, é necessário realizar o controle pressórico com medicações endovenosas antes de proceder com a terapia, visando reduzir o risco de hemorragia intracraniana.

Alternativa c: Incorreta. O quadro clínico descrito aponta para uma lesão no hemisfério cerebral esquerdo. A afasia (alteração da linguagem) ocorre quase exclusivamente por lesões no hemisfério dominante, que é o esquerdo na imensa maioria da população. Além disso, as fibras motoras cruzam na decussação das pirâmides, fazendo com que uma lesão no lado esquerdo do cérebro cause hemiparesia no lado direito do corpo. Portanto, o vaso provavelmente acometido é a artéria cerebral média esquerda.

Alternativa d: Incorreta. A glicemia capilar deve ser testada para excluir a hipoglicemia, que é um mimetizador de AVC (stroke mimic). Se o paciente estiver hipoglicêmico (geralmente abaixo de 60 mg/dL), os sintomas podem reverter com a correção da glicose. Já a hiperglicemia, embora associada a um pior prognóstico funcional, não é uma contraindicação absoluta para a trombólise. Os valores citados na alternativa não servem como ponto de corte para contraindicar o procedimento.

Questão 11

A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é a causa mais comum de vertigem periférica, sendo caracterizada por episódios súbitos e breves de tontura rotatória desencadeados por mudanças na posição da cabeça.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O nistagmo na VPPB do canal posterior (o mais acometido) é tipicamente torsional e vertical para cima (*upbeating*). Uma característica fundamental para o diagnóstico é a presença de latência, ou seja, o nistagmo e a vertigem demoram alguns segundos para iniciar após a realização da manobra

provocativa. Dizer que raramente ocorre latência torna a alternativa errada.

b) Incorreta. O termo paroxística no nome da doença refere-se justamente à curta duração dos episódios. O nistagmo e a vertigem na VPPB clássica (canalitíase) duram geralmente menos de 60 segundos, frequentemente entre 10 e 30 segundos. Uma duração de 3 a 5 minutos é excessiva para o quadro típico.

c) Correta. A manobra de Dix-Hallpike é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico da VPPB envolvendo o canal semicircular posterior. Ela consiste em rotacionar a cabeça do paciente a 45 graus para o lado testado e deitá-lo rapidamente com a cabeça pendente, observando o surgimento do nistagmo característico.

d) Incorreta. A VPPB é uma disfunção puramente vestibular, causada pelo deslocamento de otocônias (cristais de carbonato de cálcio) para os canais semicirculares. Portanto, não há acometimento coclear. A presença de sintomas auditivos, como perda auditiva ou zumbido associados à vertigem, deve levar o médico a considerar outros diagnósticos, como Doença de Ménière ou neurolabirintite.

Questão 12

Análise da Questão: Profilaxia da Raiva Humana

A profilaxia da raiva humana no Brasil segue as normas do Ministério da Saúde. O manejo depende do tipo de animal envolvido, do estado de saúde do animal e da gravidade do ferimento (leve ou grave). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) INCORRETA: Em casos de acidentes com cães ou gatos, o período preconizado para observação do animal é de 10 dias, e não 25 dias. Se o animal permanecer sadio durante esses 10 dias, o risco de transmissão do vírus no momento da agressão é descartado. Além disso, a conduta em ferimentos leves por animais sem suspeita de raiva é apenas a observação do animal, sem necessidade imediata de vacina ou observação do paciente para fins de tratamento específico.

Alternativa (b) INCORRETA: Atualmente, o esquema de profilaxia pós-exposição padrão no Brasil utiliza 4 doses de vacina. O esquema de 5 doses era o protocolo antigo (esquema de Essen) e não é mais a rotina atual, independentemente de o animal ser silvestre ou doméstico. Para animais silvestres (incluindo morcegos e macacos), o acidente é sempre considerado grave, exigindo soro e 4 doses de vacina.

Alternativa (c) INCORRETA: O esquema de vacinação pós-exposição vigente, que utiliza 4 doses, deve ser administrado rigorosamente nos dias 0, 3, 7 e 14. A alternativa apresenta o dia 4 erroneamente, o que invalida a opção.

Alternativa (d) CORRETA: Todo contato com morcegos é classificado como um acidente grave pela possibilidade de ferimentos imperceptíveis e pela alta carga viral. Isso inclui não apenas mordeduras visíveis, mas também contatos indiretos ou situações em que a pessoa acorda e encontra um morcego no mesmo ambiente (pois não se pode descartar a agressão durante o sono). Nesses casos, a indicação é a profilaxia completa com soro antirrábico e 4 doses de vacina (administradas nos dias 0, 3, 7 e 14). A alternativa foca corretamente na quantidade de 4 doses de vacina preconizadas no esquema atual.

Resumo do protocolo atual para acidentes graves (incluindo morcegos):

1. Lavagem do ferimento com água e sabão.
2. Soro antirrábico (SAR) ou Imunoglobulina (IGHAR).
3. Vacina em 4 doses (dias 0, 3, 7 e 14).

Questão 13

Essa questão aborda o manejo clínico e as manifestações da hipocalcemia (redução dos níveis de potássio sérico), uma condição frequente em pacientes que utilizam diuréticos de alça ou tiazídicos para o tratamento de insuficiência cardíaca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A velocidade de reposição de potássio é um fator crítico de segurança. Em veia periférica, a concentração máxima recomendada costuma ser de 40 a 60 mEq/L para evitar lesão vascular, e a velocidade de infusão geralmente não deve ultrapassar 10 a 20 mEq/hora. Uma velocidade de 125 mEq/hora é extremamente alta e perigosa, podendo causar arritmias fatais e parada cardíaca.

b) Incorreta. A alternativa descreve alterações típicas da hipercalemia (excesso de potássio), na qual observamos ondas T em tenda (apiculadas). Na hipocalcemia, as alterações eletrocardiográficas características incluem o achatamento ou inversão da onda T, a depressão do segmento ST e o aparecimento ou aumento da amplitude da onda U.

c) Correta. O potássio é um eletrólito altamente irritante para o endotélio vascular. Quando administrado em veias periféricas, especialmente em concentrações mais elevadas ou velocidades superiores a 10 mEq/hora, há um risco significativo de o

paciente sentir dor local e desenvolver flebite química. Por esse motivo, quando são necessárias doses mais concentradas ou infusões mais rápidas, prefere-se o acesso venoso central.

d) Incorreta. Existe uma relação intrínseca entre o magnésio e o potássio. O magnésio é um cofator necessário para o funcionamento da bomba Na/K-ATPase e para a regulação dos canais de potássio nos túbulos renais. Na presença de hipomagnesemia, ocorre um aumento da excreção renal de potássio. Portanto, se a hipomagnesemia não for corrigida, a hipocalcemia frequentemente se torna refratária ao tratamento, sendo impossível normalizar os níveis de potássio apenas com a sua reposição isolada.

Questão 14

A descompensação da insuficiência cardíaca ocorre quando um fator-gatilho rompe o equilíbrio clínico do paciente. Para responder a esta questão, utilizamos os dados do Registro BREATHE (Brazilian Registry of Heart Failure), que é o maior levantamento brasileiro sobre pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca e a principal referência para provas de residência no país.

Alternativa A: Incorreta. Embora os quadros infecciosos, como a pneumonia e infecções urinárias, sejam causas muito comuns de descompensação, eles são responsáveis por aproximadamente 22,3% das internações no Brasil, um valor bem superior aos 10% citados na alternativa.

Alternativa B: Incorreta. O aumento isolado da ingestão de sal e água é um fator relevante, mas, nos registros estatísticos, ele raramente aparece isolado com o percentual de 20%. Na maioria das vezes, os erros dietéticos são computados juntamente com a falha no uso das medicações sob o rótulo de má aderência.

Alternativa C: Correta. A má aderência ao tratamento é, estatisticamente, o principal fator de descompensação da insuficiência cardíaca no cenário brasileiro. Ela engloba tanto o uso irregular ou a interrupção das medicações quanto o descumprimento das restrições de sal e líquidos. Segundo o Registro BREATHE, esse fator é responsável por 29,4% dos casos, o que valida o enunciado.

Alternativa D: Incorreta. O desenvolvimento de arritmias cardíacas, como a fibrilação atrial com alta resposta ventricular, é um gatilho clássico para a descompensação. No entanto, sua prevalência gira em torno de 12% a 15% dos casos, não atingindo o patamar de 30% sugerido pela alternativa.

Questão 15

Para compreender esta questão, devemos aplicar os critérios de gravidade e as diretrizes de tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). A ferramenta mais utilizada para estratificação de risco é o escore CURB-65 (Confusão mental, Ureia > 43 mg/dL, Respiração \geq 30 ipm, Baixa pressão arterial e idade \geq 65 anos).

Alternativa (a) Incorreta. Embora o paciente seja idoso e proveniente de casa de repouso (o que antes era classificado como pneumonia associada aos cuidados de saúde), as diretrizes atuais recomendam tratar como PAC, a menos que haja fatores de risco específicos para patógenos resistentes (como isolamento prévio de MRSA ou Pseudomonas). Em casos de sepse grave por PAC, o esquema vacinal e terapêutico padrão costuma envolver um beta-lactâmico associado a um macrolídeo (para cobertura de germes atípicos e efeito imunomodulador) ou uma quinolona respiratória isolada. O uso de vancomicina não é rotineiro sem forte suspeita de estafilococo áureo resistente à meticilina (MRSA).

Alternativa (b) Incorreta. Ao aplicarmos o CURB-65 (ou o CRB-65, por não termos o valor da ureia): o paciente tem 65 anos (1 ponto), PAS 80 mmHg (1 ponto) e FR 35 ipm (1 ponto). Com uma pontuação de 3, ele é classificado como de alto risco. A mortalidade estimada para um CURB-65 de 3 pontos é significativamente maior, girando em torno de 17% a 22%, e não 10% (valor mais próximo do escore 2, que é cerca de 9%).

Alternativa (c) Incorreta. A presença de confusão mental confere 1 ponto no escore CURB-65. Pacientes que pontuam devido à confusão mental ou instabilidade hemodinâmica, mesmo sendo jovens, geralmente requerem internação hospitalar ou observação rigorosa. Além disso, as diretrizes brasileiras sugerem o uso de beta-lactâmicos (como amoxicilina) ou macrolídeos para casos leves; a doxiciclina é uma opção secundária. A confusão mental é um sinal de alerta que contraindica, inicialmente, o tratamento ambulatorial simples sem uma avaliação mais profunda.

Alternativa (d) Correta. Trata-se de um paciente jovem, sem comorbidades e sem fatores de risco para resistência bacteriana. No escore CURB-65, ele pontua zero. Para pacientes hígidos, com quadro leve e tratamento ambulatorial, o uso de um macrolídeo (como a azitromicina ou claritromicina) ou de um beta-lactâmico (como a amoxicilina em doses adequadas) é a conduta correta e preconizada pelas principais diretrizes nacionais e internacionais.

Questão 16

A questão aborda os marcos anatômicos e o posicionamento correto para a realização de acessos venosos centrais, procedimentos fundamentais na prática médica de urgência, emergência e terapia intensiva. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: O triângulo de Sédillot é formado pelas duas cabeças do músculo esternocleidomastóideo (esternal e clavicular) e tem como base a clavícula. Na técnica central para punção da veia jugular interna, a agulha deve ser introduzida no ápice do triângulo, e não na sua base, direcionando-se para o mamilo ipsilateral. A punção anterior, citada na alternativa, é realizada ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo.

Alternativa (b) Incorreta: A veia axilar é a continuação da veia subclávia e localiza-se inferiormente à clavícula. O acesso a esse vaso é feito por via infraclavicular. Portanto, a descrição de punção "acima" do terço distal da clavícula é anatomicamente incompatível com a localização do vaso para um acesso central seguro.

Alternativa (c) Incorreta: Para o acesso venoso femoral, o posicionamento clássico do paciente é em decúbito dorsal com o membro inferior em leve abdução e rotação externa (posição conhecida como "perna de rã"). A rotação interna mencionada na alternativa dificulta a palpação da artéria femoral (referência para localizar a veia, que é medial a ela) e altera a relação anatômica ideal para a punção.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve o ponto de referência clássico para a punção da veia subclávia pela via infraclavicular. A agulha é inserida cerca de 1 a 2 cm abaixo da junção entre o terço médio e o terço lateral (distal) da clavícula. A partir desse ponto, a agulha progride rente à face posterior da clavícula, direcionada para a fúrcula esternal, onde a veia subclávia encontra a jugular interna para formar a veia braquiocefálica.

Questão 17

O despertar intraoperatório (ou consciência intraoperatória) é uma complicação anestésica grave que ocorre quando o paciente recupera a consciência e a capacidade de processar informações sensoriais durante uma cirurgia sob anestesia geral, podendo ou não haver memória explícita do evento e percepção de dor.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O despertar intraoperatório é um evento traumático. Cerca de

30% a 50% dos pacientes que vivenciam esse fenômeno podem desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), além de ansiedade, depressão e fobia de procedimentos médicos. É fundamental que a equipe médica acolha o relato do paciente, valide sua experiência e ofereça suporte psicológico imediato para mitigar danos a longo prazo.

Alternativa b) Incorreta. A incidência global de despertar intraoperatório sob anestesia geral é muito menor do que a citada, girando em torno de 0,1% a 0,2% na população geral. Em subgrupos de alto risco (como trauma, cirurgia cardíaca e cesariana), essa taxa pode ser maior, mas não atinge os níveis descritos na opção. Além disso, o aconselhamento e o seguimento do paciente no pós-operatório são indispensáveis, e não raros.

Alternativa c) Incorreta. Por definição, o despertar intraoperatório refere-se à consciência não pretendida durante o período em que o paciente deveria estar inconsciente (entre a indução anestésica e o final da cirurgia). Ele exclui explicitamente o período anterior à indução e o período de recuperação pós-anestésica. Também não inclui retornos intencionais à consciência, como o teste do despertar (*wake-up test*) utilizado em cirurgias de escoliose.

Alternativa d) Incorreta. Pacientes com fatores de risco conhecidos (uso crônico de opioides, abuso de substâncias, obesidade, via aérea difícil ou reserva fisiológica limitada) devem, sim, ser informados sobre o risco durante a avaliação pré-anestésica. O esclarecimento faz parte do consentimento informado e não há evidências de que a comunicação prévia aumente a incidência do evento. Pelo contrário, a identificação do risco permite ao anestesista otimizar a monitorização (como o uso de índices bispectrais - BIS) e ajustar a técnica anestésica.

Conclusão: A alternativa (a) reflete a conduta ética e clínica adequada diante de um evento com alto potencial de morbidade psíquica.

Questão 18

A classificação do estado físico da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) é uma ferramenta utilizada para quantificar o risco perioperatório com base nas comorbidades do paciente. Para responder a essa questão, devemos focar na gravidade e no controle das patologias mencionadas: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) sintomática e pouco controlada, além de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não medicada.

Alternativa a) Incorreta. O ASA 2 é reservado para pacientes com doença sistêmica leve, sem limitações funcionais. Exemplos clássicos incluem fumantes, pacientes com

hipertensão arterial bem controlada ou diabetes controlado apenas com dieta ou medicação oral. O paciente do enunciado possui sintomas cardíacos e falta de controle clínico, o que ultrapassa essa categoria.

Alternativa b) Incorreta. O ASA 1 define o paciente perfeitamente saudável, não fumante, sem uso de medicamentos e sem doenças crônicas. O histórico de ICC e HAS exclui totalmente essa possibilidade.

Alternativa c) Correta. O ASA 4 é definido como um paciente que apresenta uma doença sistêmica grave que constitui uma ameaça constante à vida. A insuficiência cardíaca congestiva sintomática e mal controlada é um dos exemplos mais citados na literatura para esta classificação. Isso ocorre porque a falência cardíaca descompensada representa um risco de morte iminente, que persiste independentemente da realização ou não do procedimento cirúrgico. Outros exemplos seriam o infarto agudo do miocárdio ocorrido há menos de 3 meses ou doença renal terminal sem diálise regular.

Alternativa d) Incorreta. O ASA 3 é destinado a pacientes com doença sistêmica grave que gera limitação funcional, mas que não representa uma ameaça constante à vida. Um paciente com ICC estável, compensada e sob controle medicamentoso seria classificado como ASA 3. O termo "pouco controlada" e a presença de sintomas ativos são os divisores de águas que elevam o risco deste paciente para o nível 4.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 19

O caso clínico apresenta um quadro de hérnia inguinal encarcerada com sinais inflamatórios (eritema), sugerindo estrangulamento e necessidade de intervenção cirúrgica. A questão avalia o conhecimento sobre os princípios técnicos do reparo herniário.

Alternativa a: Incorreta. O conceito moderno de hernioplastia baseia-se no reparo sem tensão (*tension-free*). A tensão excessiva nos tecidos suturados é a principal causa de isquemia tecidual, dor pós-operatória e, fundamentalmente, recidiva da hérnia. O uso de telas permite reforçar a região sem puxar as bordas do defeito com força excessiva.

Alternativa b: Incorreta. A hérnia direta ocorre justamente devido a uma fraqueza ou defeito no assoalho do canal inguinal, especificamente na fáscia transversalis. Portanto, o assoalho não é resistente. Embora existam reparos teciduais clássicos, o uso de telas é o padrão-ouro para compensar essa fragilidade do tecido do próprio

paciente.

Alternativa c: Incorreta. Durante a cirurgia de uma hérnia inguinal, é obrigatório explorar o cordão espermático em busca de um saco herniário indireto, mesmo que uma hérnia direta já tenha sido encontrada. A presença simultânea de uma hérnia direta e uma indireta é conhecida como hérnia em pantalona. Se o cirurgião não realizar essa exploração, uma das hérnias pode passar despercebida, resultando em falha do tratamento.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve os dois pilares do sucesso cirúrgico nas hérnias. Primeiro, deve-se realizar um reparo técnico adequado, preferencialmente sem tensão, para garantir a integridade da correção. Segundo, é essencial tratar as causas de base que aumentam a pressão intra-abdominal, pois fatores como tosse crônica, esforço para urinar ou evacuar e ascite são os principais responsáveis por forçar o reparo e causar a recidiva da hérnia.

Questão 20

O caso clínico apresenta um paciente com empiema pleural na fase organizada (fase III), caracterizada por um tempo de evolução superior a 4 semanas e pela falha da drenagem torácica convencional. Nessa fase, ocorre a formação de uma carapaça fibrosa espessa (peel pleural) que aprisiona o pulmão, impedindo sua reexpansão e mantendo um espaço residual infectado.

Alternativa A: Incorreta. A pneumectomia (retirada do pulmão) é um procedimento de exceção e de alta morbidade, indicado apenas quando há destruição completa do parênquima pulmonar por infecção ou necrose. Além disso, a retirada de longos segmentos costais sem um propósito de drenagem aberta não é a conduta padrão para o manejo do espaço pleural infectado.

Alternativa B: Correta. O procedimento de Eloesser, ou pleurostomia, consiste na criação de uma janela pleurocutânea através da ressecção de pequenos segmentos de arcos costais. Esta técnica permite a drenagem aberta e contínua do pus, além de possibilitar a realização de curativos locais diretamente na cavidade. É o tratamento de escolha para pacientes com empiema crônico que não possuem condições clínicas para uma decorticação pulmonar de grande porte ou quando a drenagem fechada falhou em obliterar o espaço pleural.

Alternativa C: Incorreta. A toracocentese e o uso de fibrinolíticos (como a estreptoquinase ou alteplase) são indicados na fase fibrinopurulenta (fase II), quando o líquido ainda é fluido o suficiente para ser aspirado ou quando há septações recentes. Na fase organizada (>4 semanas), o tecido fibroso é denso e não responde

à ação de enzimas fibrinolíticas.

Alternativa D: Incorreta. Embora a antibioticoterapia seja parte fundamental do tratamento da sepse e da pneumonia, ela isoladamente é incapaz de curar um empiema organizado. O princípio cirúrgico "ubi pus, ibi evacua" (onde há pus, deve-se esvaziar) é soberano aqui. O espessamento pleural impede a penetração adequada do antibiótico no foco infeccioso, tornando a intervenção cirúrgica obrigatória para o controle do foco.

Questão 21

A questão descreve um quadro clássico de distúrbio evacuatório (obstipação de saída) causado por dissinergia do assoalho pélvico, confirmado por manometria anorretal. Nesse distúrbio, ocorre uma falha de coordenação: o paciente faz esforço evacuatório, mas o músculo puborretal e o esfíncter anal externo se contraem paradoxalmente ou não relaxam o suficiente para permitir a passagem das fezes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A metformina é um agente antidiabético da classe das biguanidas. Embora um de seus efeitos colaterais comuns seja a diarreia, ela não é utilizada terapêuticamente para tratar obstipação e não tem nenhuma ação na coordenação motora dos músculos do assoalho pélvico.

Alternativa b) Correta. O biofeedback é o tratamento de escolha (padrão-ouro) para a dissinergia do assoalho pélvico. É uma terapia de reeducação neuromuscular que utiliza sensores (pressão ou eletromiografia) para fornecer ao paciente um retorno visual ou sonoro de sua atividade muscular. Assim, o paciente aprende a relaxar a musculatura pélvica e a coordenar o esforço de propulsão abdominal durante a evacuação. Apresenta resultados superiores ao uso de laxantes e fibras nesta patologia.

Alternativa c) Incorreta. A ressecção intestinal (como a colectomia subtotal) é reservada para casos graves e refratários de inércia colônica (constipação de trânsito lento) e apenas após a exclusão de disfunções do assoalho pélvico. Realizar cirurgia em um paciente com dissinergia é contraindicado, pois o problema reside na "saída" (reto/ânus) e não no cólon; a cirurgia não resolveria a obstrução funcional e poderia piorar o quadro clínico.

Alternativa d) Incorreta. A suplementação de fibras é a conduta inicial para a constipação funcional simples. No entanto, em pacientes com dissinergia do assoalho pélvico, o aumento da ingestão de fibras muitas vezes é ineficaz e pode até piorar

sintomas como distensão abdominal e dor, já que o paciente continua incapaz de expelir o bolo fecal devido à obstrução funcional na musculatura pélvica.

Em resumo, diante do diagnóstico manométrico de dissinergia, a terapia comportamental com biofeedback é a conduta mais eficaz e indicada.

Questão 22

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clínico clássico de obstrução de ducto salivar, caracterizado por dor e edema na região submandibular que surgem ou pioram especificamente durante a alimentação (dor prandial). Esse fenômeno ocorre porque o estímulo gustativo aumenta a produção de saliva, que fica retida devido a uma obstrução, gerando pressão retrógrada e dor. A glândula submandibular é a mais frequentemente afetada (cerca de 80 a 90% dos casos) devido à tortuosidade do ducto de Wharton e à saliva mais espessa e rica em cálcio. A principal causa dessa obstrução é a sialolitíase (presença de cálculos).

Alternativa a: Incorreta. Embora a etiologia (sialolitíase) esteja correta, a sialografia não é o método indicado atualmente para o diagnóstico inicial. A sialografia envolve a injeção retrógrada de contraste no ducto salivar, sendo um método invasivo e desconfortável. Além disso, ela é contraindicada na fase aguda da inflamação/infecção, pois o procedimento pode exacerbar o quadro e causar dor intensa ao paciente.

Alternativa b: Incorreta. A ultrassonografia é um exame útil, acessível e muitas vezes utilizado como triagem inicial, apresentando boa sensibilidade para cálculos maiores que 2 mm. No entanto, o termo sialadenite refere-se apenas à inflamação da glândula, que neste caso é uma consequência secundária. A causa primária (etiologia) sugerida pela dor associada ao ato de comer é a sialolitíase.

Alternativa c: Correta. A sialolitíase é a causa mais comum de tumefação glandular relacionada às refeições. Atualmente, a tomografia computadorizada (TC) sem contraste é considerada o padrão-ouro para a detecção de cálculos salivares. A TC possui sensibilidade e especificidade superiores à radiografia convencional e à ultrassonografia, sendo capaz de identificar cálculos pequenos, múltiplos ou localizados em porções profundas do sistema ductal que poderiam passar despercebidos em outros métodos.

Questão 23

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente desnutrido submetido a uma cirurgia abdominal complexa (aderências extensas) que, no sétimo dia de pós-operatório, apresenta sinais de sepse abdominal seguidos pela saída de secreção entérica pela ferida operatória. Este é o quadro clássico de uma fístula enterocutânea (FEC) pós-operatória. O manejo dessa condição é um dos maiores desafios da cirurgia geral, exigindo uma abordagem sistematizada para reduzir a alta morbimortalidade.

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. A estatística apresentada está invertida. Cerca de 75% a 85% das fístulas enterocutâneas são iatrogênicas, ou seja, surgem como complicações de procedimentos cirúrgicos (deiscência de anastomoses, lesões despercebidas durante a lise de aderências ou erosão por drenos). As fístulas espontâneas, decorrentes de doença de Crohn, neoplasias, enterite actínica ou quadros infecciosos, correspondem a apenas 15% a 25% dos casos.

Alternativa B: INCORRETA. O tratamento inicial da fístula enterocutânea não é a cirurgia definitiva. A reoperação precoce em um abdome inflamado e com aderências firmes ("abdome hostil") está associada a altas taxas de recorrência e novas lesões intestinais. O tratamento inicial deve ser clínico e conservador, focado na estabilização hemodinâmica, controle da sepse, correção hidroeletrólítica e suporte nutricional (famoso protocolo SNAP). A cirurgia definitiva é geralmente adiada por, pelo menos, 3 a 6 meses.

Alternativa C: INCORRETA. O período de duas semanas é insuficiente para determinar a falha do tratamento não operatório. Muitas fístulas podem fechar espontaneamente com manejo clínico otimizado em um período que varia de 4 a 6 semanas (ou mais). A intervenção cirúrgica definitiva só é indicada após a completa resolução do processo inflamatório abdominal e a otimização do estado nutricional do paciente, o que raramente ocorre em apenas 14 dias.

Alternativa D: CORRETA. Esta alternativa resume as principais causas de óbito em pacientes com fístulas enterocutâneas. A sepse (geralmente por coleções intra-abdominais não drenadas), o desequilíbrio hidroeletrólítico severo (especialmente em fístulas de alto débito) e a desnutrição progressiva formam um cenário que leva à falência de múltiplos órgãos. O sucesso do tratamento depende da instituição imediata de medidas de suporte para controlar esses três pilares. Por isso, a estabilização precoce e o manejo multidisciplinar são cruciais para a sobrevivência do paciente.

Questão 24

A questão descreve um quadro clássico de urgência proctológica em uma paciente jovem, com histórico de obstipação crônica. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar os pilares: dor súbita e intensa, sangramento anal e impossibilidade de toque retal devido à dor.

Análise das alternativas:

a) Correta. A doença hemorroidária trombosada (trombose hemorroidária externa) manifesta-se tipicamente após esforço evacuatório (comum em obstipados). Ocorre a formação de um coágulo no interior dos vasos hemorroidários externos, gerando edema, distensão da pele e dor aguda, intensa e constante. A inspeção anal revela um nódulo arroxeadado ou azulado, edemaciado e extremamente doloroso ao toque. O sangramento mencionado ocorre quando há necrose por pressão da pele sobre o trombo, levando à sua eliminação espontânea.

b) Incorreta. A neoplasia de cólon é rara em pacientes de 28 anos sem antecedentes familiares. Além disso, o quadro clínico costuma ser insidioso, com alteração do hábito intestinal, perda de peso e sangramento crônico (anemia). Uma neoplasia necrosada poderia sangrar, mas não explicaria a dor anal súbita e intensa descrita, que é característica de patologias do canal anal e não do cólon.

c) Incorreta. A angiodisplasia é uma malformação vascular que causa sangramento gastrointestinal baixo, geralmente indolor e autolimitado. É uma condição típica de pacientes idosos (acima de 60 anos) e não apresenta correlação com dor anal aguda ou alteração na inspeção proctológica.

d) Incorreta. A doença diverticular é a principal causa de sangramento intestinal baixo volumoso em adultos, porém o sangramento diverticular é classicamente indolor. Assim como a angiodisplasia, acomete preferencialmente pacientes mais velhos e o sangue costuma ser misturado às fezes ou em coágulos, sem causar dor anal que impeça o toque retal.

Resumo do raciocínio:

A tríade dor anal súbita + inspeção alterada (nódulo) + impossibilidade de toque retal por dor em paciente jovem e obstipada direciona o diagnóstico para patologia orifical aguda. Entre as opções, apenas a trombose hemorroidária justifica todos os achados. Outra hipótese comum seria a fissura anal aguda, mas esta geralmente apresenta sangramento em pequena quantidade (no papel higiênico) e não costuma gerar uma alteração visual tão evidente na inspeção externa quanto a trombose.

Questão 25

O quadro clínico descrito apresenta um paciente de 50 anos com dor abdominal de início súbito e muito intensa no andar superior do abdome. Esse perfil de dor em facada ou súbita é altamente sugestivo de abdome agudo perfurativo.

A análise da tomografia computadorizada de abdome revela a presença de uma grande quantidade de gás livre na cavidade peritoneal, localizado anteriormente ao fígado e ao estômago (logo abaixo da parede abdominal anterior). Este achado é o pneumoperitônio, que é o sinal radiológico clássico de perfuração de víscera oca.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A apendicite subaguda manifesta-se geralmente com dor de evolução mais lenta, iniciando-se na região periumbilical e migrando para a fossa ilíaca direita. Além disso, raramente causa pneumoperitônio volumoso como o visualizado na imagem, e a localização da dor no andar superior do abdome não é a habitual.

b) Incorreta. A pancreatite necrosante causa dor intensa em faixa no andar superior do abdome, frequentemente associada a vômitos persistentes. No entanto, o achado radiológico típico seria o edema pancreático, coleções peripancreáticas e áreas de não realce do parênquima (necrose), e não a presença de ar livre (pneumoperitônio).

c) Correta. A perfuração de úlcera péptica (gástrica ou duodenal) é a causa mais comum de pneumoperitônio volumoso em pacientes com dor súbita no andar superior do abdome. O ar escapa da luz do estômago ou duodeno para a cavidade peritoneal, acumulando-se nas regiões mais altas do abdome, o que é nitidamente demonstrado na tomografia apresentada.

d) Incorreta. A isquemia intestinal aguda costuma apresentar uma dor abdominal desproporcional ao exame físico. Embora possa evoluir para perfuração e pneumoperitônio em estágios tardios de necrose transmural, a história de dor súbita no andar superior e a imagem clássica de pneumoperitônio direcionam o diagnóstico prioritariamente para a úlcera perfurada.

Questão 26

O quadro clínico descrito aponta para uma neoplasia de esôfago, sendo o carcinoma espinocelular a hipótese mais provável devido ao histórico de tabagismo e à localização da lesão no terço médio. No câncer de esôfago, o prognóstico é determinado fundamentalmente pela extensão da doença, avaliada pelo sistema de estadiamento TNM (Tumor, Linfonodo e Metástase).

Alternativa a: Incorreta. Embora o tipo histológico possa influenciar a sensibilidade a tratamentos como radioterapia e quimioterapia, ele não é o principal fator prognóstico isolado. O estágio da doença no momento do diagnóstico é muito mais determinante para a sobrevida do que se o tumor é um carcinoma espinocelular ou um adenocarcinoma.

Alternativa b: Correta. A profundidade de invasão da parede esofágica (que representa o componente T do sistema TNM) é um dos principais preditores de sobrevida e está diretamente relacionada ao risco de metástases linfonodais. Como o esôfago não possui camada serosa na maior parte de sua extensão, a invasão das camadas da parede facilita a disseminação local e sistêmica, tornando a profundidade da lesão um marcador prognóstico crítico.

Alternativa c: Incorreta. A disfagia é um sintoma clínico que reflete a obstrução do lúmen esofágico. Embora sua presença geralmente indique uma doença localmente avançada (pois o lúmen precisa estar reduzido em cerca de 50 a 75% para que o sintoma surja), a disfagia é uma manifestação clínica e não o parâmetro técnico utilizado para definir o prognóstico ou o estadiamento oncológico.

Alternativa d: Incorreta. O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o surgimento do câncer de esôfago (especialmente o espinocelular) e pode influenciar o risco cirúrgico e a saúde geral do paciente. No entanto, após o diagnóstico da neoplasia, o hábito de fumar não é o principal fator que dita a sobrevida relacionada especificamente ao câncer; essa responsabilidade cabe à extensão anatômica do tumor.

Questão 27

O quadro clínico descrito — dor abdominal em cólica, tontura, sudorese e taquicardia logo após as refeições em um paciente gastrectomizado — é clássico da Síndrome de Dumping. Essa condição ocorre devido ao esvaziamento gástrico rápido de um conteúdo alimentar hiperosmolar para dentro do intestino delgado (no caso, o jejuno, devido à reconstrução em Billroth II). Isso provoca um desvio de fluido do compartimento intravascular para o lúmen intestinal, além da liberação de diversos hormônios gastrointestinais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O aumento de carboidratos, especialmente os simples, agrava a Síndrome de Dumping. Os carboidratos simples possuem alta osmolaridade, o que acelera a saída de líquido do sangue para o intestino, piorando os sintomas de tontura e taquicardia.

b) Incorreta. A reoperação para conversão da reconstrução (como transformar Billroth II em Y de Roux) é reservada apenas para casos graves e refratários ao tratamento clínico. Jamais é o manejo inicial.

c) Incorreta. Os inibidores de bomba de prótons (IBP) atuam na redução da acidez gástrica. Embora úteis no tratamento da doença ulcerosa, eles não têm efeito sobre a velocidade do esvaziamento gástrico ou sobre a osmolaridade do quimo, não sendo o tratamento para Dumping.

d) Correta. O tratamento inicial da Síndrome de Dumping é dietético e conservador. Deve-se orientar o fracionamento das refeições (comer menores porções com maior frequência) para evitar a sobrecarga intestinal, reduzir a ingestão de carboidratos simples (para diminuir a osmolaridade do bolo alimentar) e evitar a ingestão de líquidos durante as refeições (para não acelerar ainda mais o esvaziamento gástrico).

Gabarito: Letra (d).

Questão 28

O hemangioma cavernoso é o tumor benigno mais comum do fígado. Na grande maioria dos casos, essas lesões são assintomáticas e diagnosticadas incidentalmente em exames de imagem, não necessitando de tratamento cirúrgico, independentemente do tamanho. No entanto, a intervenção torna-se indicada quando há a presença de sintomas importantes (como dor persistente ou efeito de massa) claramente atribuíveis à lesão, ou na ocorrência de complicações, como a ruptura (rara) ou a síndrome de Kasabach-Merritt.

Alternativa A: Correta. A paciente apresenta um hemangioma gigante (definido por diâmetro superior a 4 ou 5 cm, neste caso, com 12 cm) e manifesta dor moderada e persistente. Uma vez que o restante do fígado e as vias biliares estão normais, a dor é atribuída ao efeito de massa ou à distensão da cápsula de Glisson pelo tumor. A ressecção hepática (seja por enucleação, que é o padrão-ouro por preservar o parênquima, ou hepatectomia formal) é o tratamento definitivo e indicado para pacientes sintomáticos com boa reserva funcional.

Alternativa B: Incorreta. A embolização da artéria hepática pode ser utilizada em situações de urgência (como hemangioma roto com instabilidade hemodinâmica) ou como medida pré-operatória para reduzir o volume do tumor e o risco de sangramento intraoperatório. No entanto, não é considerada a terapia de escolha ou definitiva para um caso eletivo de hemangioma sintomático ressecável.

Alternativa C: Incorreta. A terapia com radiofrequência (ablação térmica) é uma modalidade utilizada principalmente no tratamento de pequenas neoplasias malignas (como o carcinoma hepatocelular ou metástases selecionadas). Para hemangiomas gigantes de 12 cm, a radiofrequência é ineficaz, apresenta alto risco de complicações térmicas e risco de hemorragia devido à natureza vascular da lesão.

Alternativa D: Incorreta. O transplante hepático é uma medida extrema e desproporcional para uma lesão benigna ressecável. Ele é reservado apenas para casos excepcionais de hemangiomatose massiva ou tumores gigantes irresssecáveis que causem insuficiência hepática ou sintomas graves intratáveis que não podem ser resolvidos com a cirurgia convencional, o que não se aplica a este caso de lesão periférica.

Questão 29

Texto Original:

A cicatrização no paciente diabético é um processo complexo prejudicado por múltiplos fatores vasculares, neurológicos e imunológicos, sendo a hipóxia tecidual o componente central e mais prejudicial para o fechamento das feridas.

Alternativa a: Incorreta. No paciente diabético, ocorre o oposto: há uma diminuição da angiogênese (formação de novos vasos). A redução de fatores de crescimento, como o VEGF, impede que novos capilares se formem de maneira eficiente, o que limita o suporte de nutrientes e células de defesa para o leito da ferida.

Alternativa b: Correta. A hipóxia tecidual é o fator que mais prejudica a cicatrização. Ela decorre tanto da macroangiopatia (aterosclerose que obstrui grandes vasos) quanto da microangiopatia (espessamento da membrana basal capilar que dificulta a troca de gases). O oxigênio é fundamental para a síntese e maturação do colágeno pelos fibroblastos e é essencial para o burst oxidativo dos neutrófilos, processo pelo qual as células imunes destroem bactérias. Portanto, a falta de oxigênio impede o fortalecimento do tecido e facilita infecções.

Alternativa c: Incorreta. A hipertermia localizada é um sinal de inflamação ou infecção secundária, mas não é o agente causador do prejuízo cicatricial. Na prática clínica, muitas feridas diabéticas isquêmicas apresentam-se com pele fria devido à má circulação periférica.

Alternativa d: Incorreta. O aumento da perfusão sanguínea seria um fator facilitador e desejável para a cicatrização. O prejuízo no diabetes reside justamente na redução da perfusão sanguínea, o que limita a chegada de oxigênio, nutrientes, antibióticos e células inflamatórias ao local da lesão.

Questão 30

Alternativa a: Incorreta. O suporte nutricional não tem o poder de anular a indicação de um procedimento cirúrgico. Se um paciente apresenta uma condição que exige intervenção operatória (como uma obstrução mecânica ou uma hemorragia ativa), a nutrição servirá como suporte para que o paciente tolere melhor o estresse do procedimento e se recupere mais rapidamente, mas não substitui o ato cirúrgico em si.

Alternativa b: Incorreta. A prevenção de infecções que ocorrem durante o ato operatório está diretamente ligada à técnica cirúrgica, à antisepsia, à assepsia e à antibioticoprofilaxia adequada. O suporte nutricional é fundamental para prevenir infecções no período pós-operatório (como infecções de sítio cirúrgico, pneumonias e sepse), pois melhora a resposta imunológica e a integridade das barreiras epiteliais, mas não atua especificamente no momento intraoperatório.

Alternativa c: Correta. Esta é a resposta mais abrangente e precisa. Pacientes cirúrgicos graves entram em um estado de hipermetabolismo e catabolismo intensos. O suporte nutricional adequado (seja por via enteral ou parenteral) visa atenuar a perda de massa magra, fornecer substrato para a cicatrização de tecidos, modular a resposta inflamatória e manter a funcionalidade do sistema imune. O conjunto desses fatores resulta na melhora dos desfechos clínicos, o que inclui a redução da morbimortalidade e do tempo de internação hospitalar.

Alternativa d: Incorreta. A produção de hormônios do estresse, como o cortisol e as catecolaminas, faz parte da Resposta Metabólica ao Trauma (REMET), que é uma reação fisiológica desencadeada pela lesão tecidual e pelo estado crítico. O suporte nutricional não interrompe a produção desses hormônios; seu papel é fornecer a energia e os nutrientes necessários para que o corpo consiga enfrentar o estado metabólico alterado por esses hormônios, evitando que o organismo consuma excessivamente suas próprias reservas proteicas e energéticas.

Questão 31

Esta questão avalia o raciocínio clínico diante de uma paciente idosa frágil que apresenta uma queda da própria altura. Em geriatria, uma queda raramente é um evento puramente mecânico; ela é frequentemente um evento sentinela que indica um declínio agudo na saúde ou uma condição médica subjacente que precisa de investigação imediata.

Alternativa a: Incorreta. Embora fraturas de compressão vertebral sejam comuns em idosos após quedas devido à osteoporose, a presença de taquicardia e confusão mental sugere uma alteração sistêmica ou metabólica, e não apenas uma lesão

osteoarticular adicional. A avaliação inicial deve priorizar o estado geral.

Alternativa b: Incorreta. A analgesia é parte essencial do cuidado hospitalar, porém não é a principal preocupação em um cenário onde há sinais de disfunção orgânica (delirium) e instabilidade autonômica (taquicardia). O controle da dor ocorre em paralelo à investigação clínica.

Alternativa c: Incorreta. O tratamento da fratura de Colles, seja por redução manual ou cirurgia, deve ser planejado após a paciente estar clinicamente estável. O risco de complicações é maior se a paciente for submetida a procedimentos enquanto apresenta confusão mental e taquicardia não esclarecidas.

Alternativa d: Correta. Esta é a principal preocupação, pois a confusão mental (delirium) e a taquicardia são sinais de alerta para condições graves em idosos. Estes achados podem indicar que a queda foi causada por um problema médico prévio (como infecção urinária, arritmia ou desidratação) ou que a paciente sofreu repercussões por ter permanecido muito tempo caída (como desidratação e rabdomiólise). O delirium é um marcador de gravidade e maior mortalidade em pacientes internados, exigindo busca ativa por causas metabólicas e infecciosas.

Questão 32

A alternativa correta é a letra (a).

O manitol é um agente osmótico utilizado para reduzir a pressão intracraniana (PIC) em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE). Ele atua criando um gradiente osmótico que retira água do tecido cerebral para o compartimento vascular. No entanto, seu efeito colateral mais importante é a diurese osmótica, que pode causar hipovolemia e queda da pressão arterial sistêmica.

Explicação detalhada das alternativas:

a) Hipotensão arterial sistêmica: Esta é a alternativa correta. O manitol é contraindicado em pacientes hipotensos (geralmente definidos por Pressão Arterial Sistólica menor que 90 mmHg), porque sua ação diurética agrava a instabilidade hemodinâmica e a hipovolemia. No manejo do TCE, a manutenção da pressão arterial é crucial para garantir a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), que é a diferença entre a Pressão Arterial Média e a Pressão Intracraniana. A queda da pressão arterial leva à redução do fluxo sanguíneo cerebral, causando lesão isquêmica secundária e piorando o prognóstico neurológico. Em pacientes hipotensos com sinais de hipertensão intracraniana, a solução salina hipertônica é frequentemente a escolha preferencial, pois ajuda na expansão volêmica ao mesmo tempo em que reduz a PIC.

b) Uso de anticoagulantes: O uso prévio de anticoagulantes é um fator de risco para a expansão de hematomas intracranianos, mas não constitui uma contraindicação ao uso do manitol. O manejo desses pacientes foca na reversão da anticoagulação e no controle rigoroso da pressão intracraniana, contexto em que o manitol pode ser utilizado se o paciente estiver hemodinamicamente estável.

c) Gravidez confirmada: A gravidez não é uma contraindicação absoluta para o uso de manitol em situações de emergência neurológica. Em casos de TCE grave com risco de herniação cerebral ou hipertensão intracraniana descontrolada, o tratamento da mãe é prioritário para garantir a sobrevivência de ambos, embora o uso deva ser feito com monitoramento adequado.

d) Perda da consciência: A perda da consciência é um achado clínico comum em pacientes com TCE moderado a grave. Ela não contraindica o uso do manitol; pelo contrário, pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8) e sinais de deterioração neurológica são justamente os que mais frequentemente necessitam de medidas para o controle da pressão intracraniana.

Questão 33

A classificação e o manejo da dengue em pediatria seguem protocolos específicos do Ministério da Saúde, baseados na presença de sinais de alarme, sinais de choque e condições clínicas especiais. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa (a) incorreta: Na pediatria, a prova do laço é considerada positiva quando surgem 10 ou mais petéquias em um quadrado de 2,5 cm por 2,5 cm (em adultos, o ponto de corte são 20 petéquias). Além disso, a prova do laço positiva isoladamente, sem outros sinais de gravidade, classifica o paciente no Grupo B, e não no Grupo C. O Grupo C é definido pela presença de sinais de alarme.

Alternativa (b) correta: Pacientes que apresentam manifestações hemorrágicas espontâneas restritas à pele (como petéquias) ou prova do laço positiva, e que não possuem sinais de alarme ou choque, são classificados no Grupo B. Para esses casos, a realização do hemograma completo é obrigatória. O resultado do hematócrito é fundamental para identificar a hemoconcentração, que é um marcador de extravasamento plasmático, definindo se o paciente poderá seguir em observação ou se precisará de condutas mais agressivas.

Alternativa (c) incorreta: Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e vômitos persistentes são considerados sinais de alarme, o que enquadra a criança no Grupo

C. O protocolo para o Grupo C exige obrigatoriamente a hidratação por via intravenosa (parenteral) imediata, e não hidratação oral. O volume de 130 mL/kg/dia é uma estimativa para a hidratação basal e de reposição em grupos ambulatoriais, mas não é a conduta de urgência para sinais de alarme.

Alternativa (d) incorreta: Embora o volume de 10 mL/kg de solução isotônica na primeira hora seja a conduta correta para o Grupo C (sinais de alarme), o erro da alternativa reside em afirmar que se deve aguardar resultados de exames para iniciar a hidratação. O tratamento da dengue deve ser precoce e baseado na clínica. A demora no início da hidratação enquanto se aguarda o hematócrito ou ultrassonografia aumenta drasticamente o risco de o paciente evoluir para choque e insuficiência multiorgânica.

Questão 34

Análise do Caso Clínico:

O quadro clínico descreve um adolescente de 13 anos que apresentou um episódio de perda súbita e transitória da consciência (síncope) precedido por um gatilho clássico: o ortostatismo prolongado (permanecer em pé, parado, por muito tempo). A recuperação rápida (em segundos), completa e espontânea, associada à palidez durante o evento e exame físico normal no pós-evento, é a apresentação típica da síncope neuromediada (também conhecida como síncope vasovagal ou reflexa).

Explicação das Alternativas:

a) Incorreta. A síncope psicogênica (pseudossíncope) geralmente apresenta episódios mais prolongados, muitas vezes com olhos fechados durante o evento e sem o gatilho fisiológico do ortostatismo prolongado. Embora o contexto da rede social pudesse sugerir um componente comportamental, os sinais clínicos (palidez e gatilho físico) direcionam para uma causa orgânica reflexa.

b) Incorreta. A síncope cardiogênica é uma preocupação importante, mas geralmente ocorre de forma súbita, sem pródromos, ou durante o esforço físico intenso. No caso em questão, o paciente estava parado (repouso em pé) e a síncope foi desencadeada por um mecanismo reflexo posicional. Em jovens sem antecedentes familiares de morte súbita e com exame físico normal, a causa cardíaca é menos provável do que a neuromediada.

c) Correta. A síncope neuromediada é a causa mais comum de desmaio na infância e adolescência. O principal gatilho é o acúmulo de sangue nos membros inferiores ao ficar em pé por muito tempo, o que gera uma resposta reflexa de bradicardia e/ou

vasodilatação, levando à hipoperfusão cerebral momentânea. O diagnóstico é clínico. A conduta correta é tranquilizar o paciente e a família, orientar sobre a benignidade do quadro e ensinar medidas preventivas, como hidratação adequada, evitar períodos longos de jejum e realizar manobras de contração física se sentir pródromos.

d) Incorreta. Causas metabólicas, como a hipoglicemia, raramente causam síncope com recuperação tão rápida e completa em segundos sem intervenção (como ingestão de açúcar). A hipoglicemia costuma causar um estado de confusão mental mais prolongado ou alteração do nível de consciência que não se resolve instantaneamente após a queda. O teste de tolerância oral à glicose não tem indicação na investigação de síncope.

Questão 35

Esta questão aborda a reanimação neonatal em um prematuro tardio (33 semanas), exigindo o conhecimento das diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

O ponto central da reanimação neonatal é a ventilação. O recém-nascido apresenta frequência cardíaca (FC) de 80 bpm (abaixo de 100 bpm) e apneia após as manobras iniciais, o que indica o início imediato da Ventilação com Pressão Positiva (VPP) nos primeiros 60 segundos de vida (o Minuto de Ouro).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Para recém-nascidos com idade gestacional menor que 34 semanas, a recomendação atual é iniciar a VPP com uma concentração de oxigênio (FiO_2) de 30%, e não com ar ambiente (21%). O ar ambiente é reservado para bebês com 34 semanas ou mais. Além disso, as compressões torácicas só devem ser iniciadas se a FC permanecer abaixo de 60 bpm após ventilação adequada, e não abaixo de 100 bpm.

b) Incorreta. O uso de oxigênio a 100% de forma rotineira é prejudicial, especialmente em prematuros, devido ao estresse oxidativo e lesões teciduais. As compressões torácicas nunca devem ser iniciadas simultaneamente à VPP inicial; elas só são indicadas se, após 30 segundos de VPP técnica e efetiva (preferencialmente com via aérea avançada), a FC permanecer abaixo de 60 bpm.

c) Correta. Esta alternativa segue rigorosamente os protocolos atuais. Em prematuros com menos de 34 semanas, inicia-se a VPP com FiO_2 de 30%. A instalação do oxímetro de pulso (no membro superior direito) é obrigatória para monitorar a saturação e guiar o ajuste da oferta de oxigênio conforme a tabela de alvos por

minuto de vida. As compressões torácicas são o passo seguinte apenas se a FC estiver abaixo de 60 bpm após ventilação eficaz (geralmente garantida por intubação traqueal).

d) Incorreta. A intubação traqueal imediata não é a conduta de escolha inicial; a maioria dos neonatos responde bem à VPP com máscara facial ou cânula nasal. O uso de oxigênio a 100% logo de início está errado para este perfil de paciente. A adrenalina é uma medida de exceção, utilizada apenas quando a FC permanece abaixo de 60 bpm mesmo após ventilação e massagem cardíaca coordenadas e eficazes.

Resumo do manejo para 33 semanas:

1. Avaliação inicial: Apneia e FC < 100 bpm.
2. Conduta: VPP imediata com FiO₂ inicial de 30%.
3. Monitorização: Oximetria de pulso e monitor cardíaco.
4. Reavaliação: Se FC < 60 bpm após VPP efetiva, proceder às compressões torácicas.

Questão 36

Para o cálculo da reposição volêmica em pacientes pediátricos queimados, a Sociedade Brasileira de Pediatria e o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support) recomendam a utilização de fórmulas baseadas na superfície corporal queimada e no peso do paciente. Para crianças, a constante habitualmente utilizada na fórmula de Parkland modificada é de 3 a 4 mL de Ringer Lactato por quilograma de peso por cada 1% de superfície corporal queimada (SCQ).

Dados da questão:

Peso: 12 kg.

Superfície Corporal Queimada (SCQ): 15%.

Tempo decorrido: 1 hora desde o acidente.

Cálculo do Volume Total (24 horas) utilizando a constante de 3 mL:

Volume = 3 mL x Peso (kg) x % SCQ.

Volume = 3 x 12 x 15 = 540 mL.

Distribuição do volume:

A regra de ouro na reposição volêmica do queimado determina que o volume total calculado para 24 horas deve ser administrado da seguinte forma:

1. Metade do volume (50%) deve ser infundida nas primeiras 8 horas, contadas a partir do momento exato do acidente (e não da chegada ao hospital).
2. A outra metade (50%) deve ser infundida nas 16 horas subsequentes.

Aplicação no caso:

Volume total = 540 mL.

Primeiras 8 horas: $540 / 2 = 270$ mL.

Próximas 16 horas: $540 / 2 = 270$ mL.

Como o paciente chegou 1 hora após o evento, ele ainda deve receber os 270 mL previstos para a primeira etapa nas 7 horas restantes desse primeiro bloco.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Esta alternativa aplica a constante de 3 mL/kg/SCQ, resultando em 540 mL totais, e respeita rigorosamente a divisão de 50% do volume nas primeiras 8 horas e 50% nas 16 horas seguintes.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 220 mL não corresponde aos cálculos baseados nas constantes padrão (3 ou 4 mL). Além disso, o intervalo de tempo proposto (12 horas e 16 horas) soma 28 horas, o que foge ao protocolo de 24 horas, e a divisão de tempo inicial de 12 horas está errada.

Alternativa c) Incorreta. Somando os valores, teríamos 720 mL (o que corresponderia a 4 mL/kg/SCQ). Embora o volume total pudesse ser aceitável em alguns contextos de maior gravidade, a distribuição temporal de 12 horas iniciais e 12 horas subsequentes está em desacordo com as diretrizes internacionais e nacionais, que preconizam o intervalo de 8 e 16 horas.

Alternativa d) Incorreta. O volume total de 1080 mL ($540 + 540$) equivaleria a uma constante de 6 mL/kg/SCQ. Esse volume é excessivo para um lactente com 15% de queimadura, gerando risco elevado de sobrecarga hídrica, edema generalizado e complicações respiratórias.

Observação pedagógica: Em pediatria, além da reposição da queimadura calculada pela fórmula acima, é fundamental associar a hidratação de manutenção (regra de Holliday-Segar) com adição de glicose, pois crianças possuem menores reservas de glicogênio e maior risco de hipoglicemia durante o estresse metabólico. A questão, no entanto, focou especificamente no componente da reposição da queimadura com Ringer Lactato.

Questão 37

A resolução desta questão baseia-se no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Lei 13.010/2014, conhecida como Lei Menino Bernardo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A legislação brasileira, desde a promulgação da Lei Menino Bernardo em 2014, aboliu a distinção entre "castigo disciplinar" e "maus-tratos". Atualmente, a lei estabelece que crianças e adolescentes têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante. Portanto, não cabe ao médico relativizar a agressão física como ferramenta pedagógica.

b) Incorreta. A responsabilidade do médico assistente na Unidade Básica de Saúde diante de uma suspeita de violência não é condicionada a um laudo pericial. O exame de corpo de delito pelo Instituto Médico Legal (IML) é um procedimento da esfera policial/judiciária. Na prática assistencial, a notificação deve ocorrer diante da suspeita clínica e epidemiológica, sem a necessidade de prova pericial prévia.

c) Incorreta. Embora conflitos familiares e a alienação parental existam, o dever primordial do médico é a proteção integral da criança. Diante do relato da avó sobre "tapas e chacoalhões", o profissional está diante de uma suspeita de violência física. Priorizar a investigação de alienação parental antes de realizar a notificação obrigatória coloca a criança em risco e fere o artigo 13 do ECA.

d) Correta. De acordo com o ECA (Artigo 13), os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. Além disso, a violência doméstica é um evento de notificação compulsória no sistema de saúde (ficha de notificação de violência/SINAN), sendo um dever do profissional de saúde informar às autoridades sanitárias para fins de vigilância epidemiológica e proteção social. Vale ressaltar que a notificação deve ser feita mesmo diante apenas da suspeita, não sendo necessária a confirmação definitiva dos fatos.

Questão 38

Análise do Cenário Clínico:

O caso descreve um recém-nascido de 18 dias com bom ganho de peso, que apresenta uma mudança súbita no padrão de comportamento nas últimas 36 horas: aumento da frequência das mamadas e maior irritabilidade. Esse quadro é clássico dos chamados picos de crescimento (growth spurts), que ocorrem frequentemente

por volta da segunda ou terceira semana de vida. Nesses períodos, o bebê demanda mais o seio para estimular a produção láctea da mãe e suprir suas necessidades metabólicas em expansão. Além disso, a regurgitação descrita, em um bebê que cresce bem, é fisiológica e não patológica.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O estabelecimento de horários fixos (como a cada 3 horas) ou de duração rígida das mamadas (15 a 20 minutos) é uma conduta contraindicada pelas diretrizes atuais de aleitamento materno. A recomendação padrão é o aleitamento em livre demanda, permitindo que o bebê dite a frequência e a duração das mamadas. Impor horários interfere negativamente na produção de leite e na saciedade da criança, além de não considerar que a velocidade de esvaziamento gástrico e a composição do leite podem variar.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a afirmação de que o leite materno é suficiente esteja correta, a prescrição de bromoprida é inadequada para este caso. O bebê apresenta regurgitação ocasional e mantém evolução ponderal adequada, o que caracteriza o refluxo fisiológico do lactente. Medicamentos procinéticos como a bromoprida não têm indicação no refluxo fisiológico e possuem potenciais efeitos colaterais neurológicos em recém-nascidos.

Alternativa (c) Incorreta: A introdução de fórmula infantil, mesmo que apenas no período noturno, é uma das principais causas de desmame precoce (ciclo do desmame). A falta de sucção do bebê durante a madrugada reduz o estímulo hormonal (prolactina e ocitocina), levando à diminuição da produção de leite. Não há indicação médica para suplementação, uma vez que o bebê tem bom ganho de peso. O foco deve ser o apoio à mãe e o manejo do cansaço por meio de uma rede de apoio, e não a interrupção do aleitamento exclusivo.

Alternativa (d) Correta: Esta é a alternativa que reflete as melhores evidências em pediatria e amamentação. O médico deve realizar a escuta qualificada das dúvidas maternas, desmistificar o conceito de leite fraco e explicar que os picos de crescimento são fenômenos normais e passageiros. A manutenção da livre demanda é essencial para que a produção de leite se ajuste à nova necessidade do bebê. Com o tempo, o binômio mãe-filho estabelece um equilíbrio e a rotina de mamadas tende a se estabilizar naturalmente.

Questão 39

Alternativa a: Correta. De acordo com o Manual de Manejo da Diarreia Aguda do Ministério da Saúde, a suplementação de zinco deve ser prescrita para todas as crianças com diarreia aguda, independentemente do estado de hidratação ou do tipo de diarreia (aquosa ou disenteria). A recomendação é de 10 a 14 dias de uso. A dosagem correta é de 10 mg por dia para crianças menores de 6 meses e de 20 mg por dia para crianças com 6 meses ou mais. Como o lactente tem 8 meses, a dose de 20 mg por dia está correta.

Alternativa b: Incorreta. O uso de antieméticos não é proscrito. Embora medicamentos como metoclopramida e alizaprida sejam evitados em crianças pequenas pelo risco de efeitos extrapiramidais e sedação, a ondansetrona é recomendada por diversas diretrizes (incluindo a Sociedade Brasileira de Pediatria) para crianças com vômitos persistentes durante o quadro de diarreia. O objetivo é viabilizar a terapia de reidratação oral (Plano B) e evitar a necessidade de hidratação parenteral ou internação.

Alternativa c: Incorreta. A hidratação parenteral (Plano C) para crianças com menos de 1 ano de idade deve ser realizada em um período total de 6 horas. O protocolo do Ministério da Saúde define a administração de 30 mL/kg nos primeiros 60 minutos e os 70 mL/kg restantes em 5 horas. O esquema descrito na alternativa (3 horas no total, com 30% em 30 minutos) é aplicado exclusivamente para crianças com 1 ano de idade ou mais.

Alternativa d: Incorreta. Embora a ciprofloxacina por 3 dias seja o tratamento de escolha para disenteria (diarreia com sangue) causada por *Shigella* segundo o Ministério da Saúde, a alternativa A é considerada a mais correta e abrangente dentro das normas de saúde pública. Além disso, em quadros de disenteria em crianças hidratadas e em bom estado geral, o foco principal é a manutenção da hidratação e a suplementação de zinco, reservando o antibiótico para casos confirmados ou clinicamente suspeitos de etiologia bacteriana invasiva (Shigellose), mas a prescrição de zinco (Alternativa A) é uma regra universal para qualquer caso de diarreia aguda no Brasil.

Questão 40

O quadro clínico apresentado é de um lactente jovem com choque hipovolêmico grave, caracterizado por hipotensão, letargia e má perfusão. O ponto-chave para o diagnóstico está no padrão dos exames laboratoriais: hiponatremia (sódio baixo), hipercalemia (potássio alto) e acidose metabólica. Esse conjunto de alterações, associado à história familiar de óbito neonatal sem causa definida, é o marcador clássico da forma perdedora de sal da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC).

A seguir, a análise de cada alternativa:

a) Insuficiência renal aguda; administração de fluidos intravenosos e diuréticos.

Incorreta. Embora a falência renal possa causar hipercalemia e acidose, o quadro clínico de desidratação profunda e choque sugere que o comprometimento renal, se existir, é secundário (pré-renal). Além disso, a administração de diuréticos em um paciente com sinais de choque hipovolêmico e depleção de volume é absolutamente contraindicada, pois agravaria a desidratação e a hipotensão.

b) Hiperplasia Adrenal Congênita; administração de fluidos intravenosos e hidrocortisona.

Correta. A deficiência da enzima 21-hidroxilase (causa mais comum da HAC) leva à falta de cortisol e aldosterona. A ausência de aldosterona impede a reabsorção de sódio e a excreção de potássio e hidrogênio nos rins, resultando em perda de sal, desidratação grave, hiponatremia, hipercalemia e acidose. Em meninos, como não há ambiguidade genital, o diagnóstico costuma ocorrer apenas quando o lactente entra em crise adrenal. O tratamento de emergência consiste na expansão volêmica para tratar o choque e na administração de hidrocortisona, que repõe o glicocorticoide e ajuda na estabilização hemodinâmica.

c) Estenose hipertrófica de piloro; correção cirúrgica urgente.

Incorreta. A estenose de piloro causa vômitos persistentes, mas o distúrbio metabólico clássico associado é a alcalose metabólica hipoclorêmica com hipocalemia (potássio baixo), devido à perda de ácido gástrico. O caso apresenta o oposto: acidose e potássio elevado.

d) Sepses neonatal tardia; antibióticos de amplo espectro e suporte hemodinâmico.

Incorreta. A sepsis pode causar choque e letargia, sendo sempre um diferencial em lactentes graves. No entanto, ela não explica o padrão eletrolítico específico de hiponatremia com hipercalemia marcante. A história familiar de irmão falecido com sintomas semelhantes reforça a etiologia genética/metabólica da Hiperplasia Adrenal Congênita em detrimento de um quadro infeccioso isolado.

Questão 41

O quadro clínico apresentado (febre alta, dor de garganta, exsudato purulento bilateral, adenopatia cervical anterior dolorosa e ausência de tosse ou coriza) em um escolar de 6 anos é altamente sugestivo de Faringoamigdalite Bacteriana Aguda, causada pelo *Streptococcus pyogenes* (Estréptococo do Grupo A). A dor abdominal mencionada é um sintoma comum em crianças com essa condição, muitas vezes associada à linfadenite mesentérica reacional.

Alternativa A: Incorreta. Embora o paciente apresente uma pontuação alta nos critérios clínicos (como os de Centor ou Mclsaac), o diagnóstico puramente clínico tem especificidade limitada, pois muitos vírus podem mimetizar esse quadro. As diretrizes atuais recomendam, sempre que disponível, a realização de exames confirmatórios, como o teste rápido de detecção de antígeno (TRDA) ou a cultura de orofaringe, para evitar o uso desnecessário de antibióticos.

Alternativa B: Correta. A amoxicilina é considerada terapia de primeira linha para a faringite estreptocócica. Diretrizes internacionais e nacionais (como as da Sociedade Brasileira de Pediatria e da American Heart Association) validam o uso da amoxicilina em dose única diária (50 mg/kg/dia, com máximo de 1000 mg) por 10 dias, demonstrando eficácia semelhante aos regimes fracionados em duas ou três doses diárias, o que favorece a adesão ao tratamento.

Alternativa C: Incorreta. O quadro descrito, especialmente pela ausência de sintomas virais (tosse e coriza) e presença de exsudato purulento e linfadenopatia anterior, aponta para etiologia bacteriana. Além disso, a faringite estreptocócica está associada a complicações graves, como abscesso periamigdaliano (supurativo) e febre reumática ou glomerulonefrite pós-estreptocócica (não supurativas).

Alternativa D: Incorreta. Neutrofilia com células atípicas não é um achado padrão. A presença de linfocitose com atipia linfocitária e hepatomegalia (ou esplenomegalia) é característica da Mononucleose Infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr. Embora a mononucleose possa cursar com faringite exsudativa, ela geralmente apresenta uma evolução mais arrastada e linfadenopatia generalizada ou em cadeia posterior.

Questão 42

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Na doença de Kawasaki, a conjuntivite característica é não exsudativa (bilateral e sem secreção). Além disso, embora o exantema seja polimorfo, ele tipicamente não é vesicular ou bolhoso; a presença de vesículas deve levar à consideração de outros diagnósticos. Os critérios diagnósticos incluem febre alta por 5 dias ou mais, associada a pelo menos quatro de cinco critérios: alterações em extremidades, exantema polimorfo, conjuntivite não exsudativa, alterações labiais/orais e linfadenopatia cervical.

Alternativa (b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o quadro clínico clássico do sarampo. A doença inicia-se com um pródromo febril acompanhado de tosse, coriza e conjuntivite (o chamado "catarro triplo"). O exantema típico

mencionado é a mancha de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa jugal, na altura dos molares), que é patognomônico da doença e precede o exantema morbiliforme (maculopapular de progressão craniocaudal).

Alternativa (c) Incorreta. A descrição de "face esbofetada" e a prevalência em crianças em idade escolar são características do eritema infeccioso (causado pelo parvovírus B19). O exantema súbito (ou roséola), causado pelo herpesvírus humano 6 ou 7, é mais comum em lactentes (6 a 15 meses) e caracteriza-se por uma febre muito alta que desaparece subitamente ("em crise"), momento em que surge o exantema maculopapular, iniciando-se preferencialmente no tronco.

Alternativa (d) Incorreta. A escarlatina é rara em bebês menores de dois anos devido à presença de anticorpos maternos e à falta de sensibilização prévia às toxinas pirogênicas do *Streptococcus pyogenes*. Ao contrário do que afirma a questão, a face é acometida (apresentando o sinal de Filatov, que é a palidez ao redor da boca), e o tratamento com antibióticos (como penicilina ou amoxicilina) é obrigatório para prevenir complicações não supurativas, como a febre reumática, e interromper a cadeia de transmissão.

Questão 43

Para resolver esta questão, devemos aplicar os critérios do Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotado pelo Ministério da Saúde, que utiliza sinais clínicos simples para diagnosticar e manejar infecções respiratórias em crianças.

Análise do quadro clínico:

A criança tem 3 anos de idade e apresenta tosse e febre. O dado fundamental no exame físico é a frequência respiratória (FR) de 42 incursões respiratórias por minuto (irpm). De acordo com o AIDPI, para uma criança entre 1 e 5 anos, a taquipneia (respiração rápida) é definida como uma FR igual ou superior a 40 irpm. Além disso, a ausculta apresenta estertores finos e diminuição do murmúrio vesicular à direita, o que reforça o comprometimento pulmonar.

Classificação segundo o AIDPI:

1. Pneumonia Grave ou Doença Muito Grave: Presença de sinais de perigo (incapacidade de beber, vômitos persistentes, convulsões, letargia) ou tiragem subcostal ou estridor em repouso ou cianose. O paciente em questão não apresenta esses sinais (está alerta, ativo, sem retrações e com saturação de 95%).
2. Pneumonia: Presença de tosse ou dificuldade para respirar acompanhada de respiração rápida (taquipneia). É o caso deste paciente.
3. Tosse ou Resfriado (Sem Pneumonia): Presença de tosse, mas sem sinais de

respiração rápida ou sinais de gravidade.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. De acordo com o manejo do AIDPI e do Ministério da Saúde, o diagnóstico da pneumonia na atenção primária é eminentemente clínico. A ausência de sinais de gravidade dispensa o encaminhamento hospitalar imediato ou a realização de exames laboratoriais e radiológicos para iniciar o tratamento.

Alternativa b) Incorreta. A presença de taquipneia (FR de 42 irpm em criança de 3 anos) e alterações na ausculta pulmonar (estertores) classifica o quadro como pneumonia, e não apenas uma infecção das vias aéreas superiores ou quadro viral simples. Portanto, o uso de antibiótico é indicado.

Alternativa c) Correta. O diagnóstico de pneumonia é firmado pela presença de tosse e taquipneia. Conforme a norma técnica, o tratamento para pneumonia não grave deve ser realizado em domicílio com antibioticoterapia por via oral (geralmente amoxicilina). A orientação é retornar para reavaliação em 48 horas ou antes, caso haja sinais de piora (sinais de perigo ou dificuldade respiratória progressiva).

Alternativa d) Incorreta. O uso de broncodilatadores é indicado quando há sibilos (chiado), o que não foi relatado no exame físico deste paciente. A via intramuscular para antibióticos é reservada para casos específicos de impossibilidade da via oral ou como dose inicial em casos graves que serão referenciados, o que não se aplica a este paciente, que está comendo e bebendo normalmente.

Questão 44

O quadro clínico descreve um caso clássico de crise febril simples em um paciente na faixa etária típica. Para chegarmos ao diagnóstico correto, devemos analisar os critérios de definição e a conduta recomendada.

A crise febril é o distúrbio convulsivo mais comum da infância, ocorrendo geralmente entre os 6 meses e os 5 anos de idade. Ela é classificada como simples quando preenche três critérios: é generalizada (não focal), dura menos de 15 minutos e não se repete em um período de 24 horas. No caso apresentado, a criança tem 2 anos e 4 meses, a crise durou apenas 3 minutos, foi do tipo tônico-clônica generalizada e houve recuperação completa da consciência, o que confirma o diagnóstico de crise febril simples.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A epilepsia é definida pela ocorrência de duas ou mais crises convulsivas não provocadas. No caso em questão, a crise foi provocada pela febre. Além disso, o prognóstico da crise febril simples é excelente e não há necessidade de introdução de anticonvulsivantes ou encaminhamento rotineiro ao neuropediatra após um único episódio simples.

b) Incorreta. Embora a meningite seja um diagnóstico diferencial importante em crianças com febre e convulsão, o exame físico do paciente é normal, ele não apresenta sinais de irritação meníngea (como rigidez de nuca) e recuperou prontamente o estado de alerta. A coleta de líquido e o início de antibioticoterapia seriam condutas agressivas e desnecessárias para este quadro clínico estável.

c) Correta. Este é o diagnóstico mais provável. O manejo inicial da crise febril simples baseia-se em tranquilizar os pais sobre a natureza benigna do evento, orientar que a febre não causa dano cerebral e focar no controle térmico com antitérmicos para o conforto da criança. Exames de imagem ou eletroencefalograma não são indicados rotineiramente.

d) Incorreta. A crise não foi afebril, pois os pais relataram febre desde a noite anterior e irritabilidade. O fato de a temperatura estar 37,1 °C no momento do atendimento não exclui o diagnóstico, pois a crise geralmente ocorre na subida térmica da febre. O eletroencefalograma (EEG) não está indicado para crises febris simples, pois não prediz a recorrência de crises nem o desenvolvimento futuro de epilepsia.

Questão 45

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. De acordo com o DSM-5-TR, para o diagnóstico em crianças e adolescentes (até 16 anos), são necessários pelo menos 6 sintomas de um dos domínios (ou de ambos), por pelo menos 6 meses, em dois ou mais ambientes, com início antes dos 12 anos e prejuízo funcional claro.

Alternativa (a): Correta. O caso clínico descreve o paciente com sintomas marcantes de desatenção: 1) erros por descuido em tarefas; 2) dificuldade em manter a atenção; 3) perda de materiais; 4) esquiva de tarefas que exigem esforço mental prolongado; e 5) distratibilidade por estímulos externos. O tempo de evolução (8 meses) excede o mínimo de 6 meses exigido, e os sintomas ocorrem na escola e em casa, configurando a apresentação predominantemente desatenta.

Alternativa (b): Incorreta. A apresentação combinada exige que o paciente preencha o critério de 6 ou mais sintomas de desatenção E 6 ou mais sintomas de

hiperatividade/impulsividade simultaneamente. No relato, embora haja a menção de interromper conversas (impulsividade), não há evidências de outros 5 sintomas desse grupo. Além disso, a alternativa afirma erroneamente que não há tempo suficiente de evolução, mas os 8 meses relatados são suficientes para o diagnóstico.

Alternativa (c): Incorreta. No Transtorno de Aprendizagem, as dificuldades são específicas em habilidades acadêmicas (leitura, escrita ou matemática) e não explicam a desatenção e a perda de materiais em contextos não acadêmicos, como ocorre em casa com o adolescente em questão. No TDAH, o prejuízo escolar é uma consequência da falha atencional e não de uma incapacidade específica de processamento da linguagem ou lógica.

Alternativa (d): Incorreta. Para esta classificação, seriam necessários no mínimo 6 sintomas do domínio de hiperatividade/impulsividade (como agitar mãos e pés, levantar-se da cadeira, correr ou escalar em situações inapropriadas, responder perguntas precocemente, entre outros). O relato foca quase inteiramente em déficits de atenção e organização, tornando a apresentação hiperativa incorreta para este quadro clínico.

Questão 46

O caso clínico apresenta uma adolescente em parada cardiorrespiratória (PCR) após ingestão medicamentosa. A descrição do monitor (frequência de 130 bpm, QRS largo de 0,12 s, morfologia bizarra e ausência de onda P) define o ritmo de taquicardia ventricular. Como a paciente está em PCR, trata-se de uma taquicardia ventricular sem pulso (TVSP).

Alternativa a: Incorreta. A atropina é indicada para o manejo de bradicardias sintomáticas em pacientes que possuem pulso. Ela foi retirada dos algoritmos de PCR da American Heart Association (AHA) por não demonstrar benefício em casos de assistolia ou atividade elétrica sem pulso, e não tem qualquer indicação em ritmos taquicárdicos.

Alternativa b: Incorreta. No protocolo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), para ritmos chocáveis (TVSP e fibrilação ventricular), a prioridade absoluta é o choque. A adrenalina só deve ser administrada caso o ritmo persista após o segundo choque. Iniciar a droga antes da terapia elétrica em um ritmo chocável reduz as chances de retorno à circulação espontânea.

Alternativa c: Correta. A taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) é um ritmo chocável. O tratamento imediato e definitivo para esse ritmo em uma situação de PCR é a desfibrilação, que utiliza o choque em modo não sincronizado. O objetivo é

despolarizar o miocárdio de forma global para permitir que o marcapasso fisiológico retome o comando do coração.

Alternativa d: Incorreta. A cardioversão elétrica sincronizada é o tratamento para taquiarritmias em pacientes que possuem pulso, mas apresentam sinais de instabilidade hemodinâmica. Na PCR (paciente sem pulso), o aparelho teria dificuldade em detectar a onda R para sincronizar o disparo, e o atraso na entrega da energia é contraindicado. Por isso, na parada, o choque é sempre não sincronizado (desfibrilação).

Questão 47

O caso clínico descreve uma adolescente no estágio M4 de Tanner, identificado pela presença de tecido glandular que ultrapassa a aréola e, principalmente, pela projeção da aréola e da papila formando um montículo secundário sobre o corpo da mama, o chamado aspecto de duplo contorno.

Letra a: Incorreta. O estágio M4 não indica que a puberdade começou recentemente. O marco inicial da puberdade feminina é a telarca (estágio M2), que ocorre geralmente entre 8 e 13 anos. O estágio M4 é uma fase avançada do desenvolvimento. Além disso, a menarca costuma ocorrer cerca de 2 a 2,5 anos após a telarca, o que a coloca como iminente no estágio M4, e não para daqui a 2 anos.

Letra b: Incorreta. Embora a cronologia esteja normal, a afirmação de que o pico de velocidade de crescimento (estirão) não ocorreu está errada. Nas meninas, o pico do crescimento acontece precocemente, geralmente no estágio M3 de Tanner. Ao atingir o estágio M4, a adolescente já passou pelo pico e encontra-se em fase de desaceleração do crescimento.

Letra c: Correta. O estágio M4 de Tanner é o período em que a maioria das meninas apresenta a menarca (primeira menstruação). Esse evento marca a fase final do desenvolvimento puberal e ocorre quando a velocidade de crescimento já está diminuindo (desaceleração). Aos 12 anos e 8 meses, estar no estágio M4 sem ter menstruado ainda é um achado clínico normal e frequente.

Letra d: Incorreta. Não há qualquer evidência de dissociação maturacional no caso apresentado. Os achados do exame físico estão em total conformidade com a idade cronológica da paciente e com a sequência fisiológica da puberdade. A menção à pandemia de SARS-CoV-2 é um distrator sem relação com a fisiologia normal descrita na questão.

Questão 48

A Síndrome de Down é uma condição que predispõe a uma maior frequência e gravidade de infecções respiratórias, principalmente pneumonias, devido a alterações imunológicas (disfunção de células T e B) e fatores anatômicos. Por esse motivo, o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) estabelece protocolos específicos para esses pacientes, focando na ampliação da proteção contra o *Streptococcus pneumoniae*.

Alternativa a: Incorreta. A vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13) é disponibilizada no CRIE para grupos de alto risco específicos, como pacientes convivendo com HIV, asplenia anatômica ou funcional, transplantados, portadores de fístula liquórica e doenças oncológicas. A Síndrome de Down, isoladamente, não é uma indicação para a substituição da VPC10 (da rede básica) pela VPC13 no esquema inicial, a menos que existam outras comorbidades graves que se enquadrem nos critérios de imunodeficiência.

Alternativa b: Correta. De acordo com o Manual do CRIE, para crianças com Síndrome de Down, a recomendação é manter o esquema de rotina do Programa Nacional de Imunizações com a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) e adicionar a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23). A VPP23 deve ser administrada a partir dos 2 anos de idade, com uma segunda dose (reforço) após um intervalo de 5 anos. Essa estratégia visa ampliar o espectro de proteção contra mais sorotipos da bactéria.

Alternativa c: Incorreta. A vacina meningocócica conjugada quadrivalente (ACWY) no primeiro ano de vida é indicada pelo CRIE apenas para pacientes com condições clínicas muito específicas, como hemoglobinúria paroxística noturna, asplenia ou deficiências de frações do complemento. Para crianças com Síndrome de Down sem essas condições, segue-se o calendário de rotina com a vacina meningocócica C.

Alternativa d: Incorreta. A vacina DTPa (difteria, tétano e pertussis acelular) é recomendada para crianças com risco aumentado de desenvolver eventos adversos graves à vacina DTPw (células inteiras), como aquelas portadoras de doenças neurológicas crônicas, cardiopatias ou pneumopatias crônicas com risco de descompensação. Como o enunciado especifica que a criança não possui cardiopatia, não há indicação formal para o uso de DTPa em substituição à DTPw do esquema de rotina, a menos que ocorra um evento adverso subsequente às doses iniciais.

Questão 49

Análise do Quadro Clínico:

A paciente de 47 anos encontra-se na faixa etária de transição menopausal. Ela apresenta a tríade clássica do climatério: sintomas vasomotores (sudorese noturna), alterações de humor e irregularidade menstrual (ciclos alongados para 45 dias). O achado de hipermenorreia (aumento do fluxo), associado ao exame físico que revela um útero palpável na sínfise púbica (aumento do volume uterino), sugere a presença de alterações estruturais, como miomatose uterina ou adenomiose, que são frequentes nessa idade e podem ser exacerbadas pelas flutuações hormonais do período.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O hipotireoidismo pode causar irregularidade menstrual e cansaço, mas não costuma cursar com sudorese noturna intensa (sintoma mais ligado ao hipertireoidismo ou ao climatério). Além disso, o exame inicial para avaliar a função tireoidiana é o TSH, e não a ultrassonografia da tireoide, que é indicada para a avaliação morfológica de nódulos.

b) Incorreta. O câncer de colo uterino manifesta-se tipicamente por sangramento pós-coito ou sangramento intermenstrual fétido em estágios avançados. Ele não explica os sintomas sistêmicos de humor e fogachos. A colpocitologia oncótica é um exame de rastreamento, e não o método principal para investigar o aumento do volume uterino e as queixas hormonais relatadas.

c) Incorreta. Por definição, a menopausa é um diagnóstico retrospectivo, estabelecido após 12 meses consecutivos de amenorreia (ausência de menstruação). Como a paciente ainda menstrua (embora com atrasos e fluxo aumentado), ela está no climatério (perimenopausa), e não na menopausa. O FSH pode estar elevado, mas o diagnóstico clínico de climatério nesta idade dispensa exames laboratoriais hormonais rotineiros para confirmação.

d) Correta. O termo climatério compreende todo o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva. O quadro de irregularidade menstrual, somado aos sintomas vasomotores, é patognomônico dessa fase. A ultrassonografia transvaginal é o exame de escolha para investigar a queixa de hipermenorreia e o achado físico de útero aumentado, permitindo avaliar a presença de miomas, pólipos ou espessamento endometrial.

Conclusão:

O diagnóstico de climatério é clínico, baseado na idade e nos sintomas. A propedêutica complementar com ultrassonografia justifica-se pela alteração do fluxo menstrual e pelo útero palpável, visando excluir patologias orgânicas uterinas.

Questão 50

Análise do quadro clínico:

A paciente tem 47 anos e apresenta queixas clássicas de transição menopausal (perimenopausa), caracterizada por sintomas vasomotores (sudorese noturna), alterações de humor e irregularidade menstrual (ciclos longos com hipermenorreia). O exame físico indica útero palpável na sínfise púbica, sugerindo um volume uterino normal ou levemente aumentado, e os exames complementares (mamografia, USG transvaginal e citologia) estão normais, o que afasta patologias malignas ou estruturais graves no momento.

A principal indicação para o início da Terapia Hormonal (TH) no climatério são os sintomas vasomotores que impactam a qualidade de vida. Como a paciente possui útero, a terapia deve obrigatoriamente combinar um estrogênio (para tratar os sintomas) com um progestagênio (para proteger o endométrio contra a hiperplasia e o câncer).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As isoflavonas são fitoestrogênios. Embora possam ser utilizadas como alternativa em pacientes com contraindicações formais à terapia hormonal convencional, elas possuem eficácia significativamente inferior ao estrogênio no controle dos sintomas vasomotores. No caso em questão, a paciente não apresenta contraindicações que justifiquem o uso de uma terapia menos eficaz como primeira escolha.

b) Incorreta. O uso isolado de progesterona poderia ajudar a regular o ciclo menstrual e reduzir a hipermenorreia, mas não é o tratamento de escolha para os sintomas vasomotores (fogachos e sudorese), que são causados pela deficiência estrogênica.

c) Correta. A terapia estroprogestativa é o tratamento padrão-ouro para os sintomas do climatério em mulheres com útero preservado. O componente estrogênico trata a sudorese e a instabilidade de humor, enquanto o componente progestagênio é essencial para a proteção endometrial. Vale ressaltar que o histórico familiar de câncer de mama em uma tia aos 65 anos não contraindica a TH, pois não se trata de parente de primeiro grau com diagnóstico precoce.

d) Incorreta. A testosterona não tem indicação para o tratamento de sintomas

vasomotores ou irregularidade menstrual. Seu uso na pós-menopausa é restrito a casos selecionados de Desejo Sexual Hipoaditivo, após avaliação criteriosa e falha da terapia estrogênica convencional.

Conclusão: Diante da presença de sintomas vasomotores intensos e ausência de contraindicações (exames normais e risco familiar baixo), a terapia combinada (estroprogestativa) é a conduta mais adequada.

Questão 51

Alternativa (a): Esta alternativa está correta. A terapia de reposição hormonal (TRH) combinada, que utiliza estrogênio e progestagênio, é um fator de risco clássico e comprovado para o câncer de mama. O uso prolongado, geralmente acima de 5 anos, aumenta a exposição do tecido mamário a hormônios que estimulam a proliferação celular, elevando o risco de desenvolvimento de neoplasias.

Alternativa (b): Esta alternativa está incorreta. A idade tardia da menarca (primeira menstruação) e a menopausa precoce são fatores protetores. O risco de câncer de mama está diretamente relacionado ao tempo total de exposição do organismo aos hormônios estrogênio e progesterona (janela estrogênica). Portanto, começar a menstruar tarde ou parar cedo diminui esse tempo de exposição.

Alternativa (c): Esta alternativa está incorreta. Tanto a multiparidade quanto a amamentação são consideradas fatores de proteção. A gestação, especialmente a primeira gravidez a termo antes dos 30 anos, promove a diferenciação das células mamárias, tornando-as menos suscetíveis a transformações malignas. A amamentação reduz o número de ciclos menstruais e, conseqüentemente, a exposição hormonal.

Alternativa (d): Esta alternativa está incorreta. Lesões mamárias não proliferativas, como cistos simples, fibroadenomas sem características complexas e alterações papilares simples, não aumentam o risco de câncer de mama. O risco aumentado é observado em lesões proliferativas, como a hiperplasia ductal ou lobular, especialmente quando apresentam atipias celulares. A ausência de antecedentes familiares também reduz a probabilidade estatística de risco genético.

Questão 52

Definição de Infertilidade Conjugal: O diagnóstico de infertilidade é estabelecido após 12 meses de relações sexuais regulares, sem uso de métodos contraceptivos, em mulheres com menos de 35 anos. Como o casal do enunciado tenta engravidar há exatamente 12 meses e a mulher tem 30 anos, eles já preenchem o critério clínico para iniciar a investigação básica.

A propedêutica mínima inicial deve buscar avaliar os quatro fatores fundamentais da reprodução: o fator masculino, o fator ovulatório, o fator tuboperitoneal e o fator uterino.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O cariótipo do casal não é um exame de triagem inicial. Ele é solicitado apenas em situações específicas, como em casos de perda gestacional recorrente (abortamento habitual), falhas repetidas em técnicas de reprodução assistida ou quando o homem apresenta alterações graves no espermograma (como azoospermia ou oligospermia severa).

b) Incorreta. A investigação imunológica é um tema controverso na medicina reprodutiva e não faz parte do protocolo básico de investigação de um casal que nunca engravidou. O TSH pode ser solicitado para avaliar distúrbios da tireoide que afetam a ovulação, mas a alternativa está incompleta por ignorar o fator masculino e os fatores anatômicos femininos.

c) Correta. Esta alternativa contempla a avaliação inicial de dois pilares essenciais. O espermograma é o primeiro e principal exame para avaliar o fator masculino, que está presente em cerca de 40% dos casos de infertilidade. A ultrassonografia transvaginal avalia o fator uterino (identificando miomas, pólipos ou malformações) e os ovários (permitindo a contagem de folículos antrais e identificação de tumorações ou sinais de endometriose). Em uma investigação completa, somar-se-iam a estes a histerossalpingografia (para avaliar as tubas) e a confirmação da ovulação.

d) Incorreta. O prazo de 12 meses é o padrão-ouro para mulheres abaixo de 35 anos. Aguardar 2 anos atrasaria o diagnóstico sem benefício clínico. Vale lembrar que, se a mulher tivesse 35 anos ou mais, a investigação deveria ser iniciada precocemente, após apenas 6 meses de tentativas infrutíferas.

Questão 53

Para compreendermos a questão, devemos analisar o quadro clínico de uma paciente jovem, sexualmente ativa, com dor pélvica aguda e sinais inflamatórios/infecciosos. A chave para o diagnóstico está na associação dos achados de exame físico e nos resultados laboratoriais.

Análise das alternativas:

a) Dismenorreia: Incorreta. A dismenorreia refere-se à cólica menstrual que ocorre tipicamente antes ou durante o fluxo menstrual. O caso descreve uma dor que apareceu após a menstruação, de forte intensidade, acompanhada de febre (37,7°C), rigidez abdominal e leucocitose (13.000), achados que não fazem parte do quadro de dismenorreia primária ou secundária habitual.

b) Gestação ectópica: Incorreta. Embora a dor pélvica e a rigidez abdominal possam ocorrer em uma gestação ectópica rota, o resultado do beta-hCG é negativo. O beta-hCG negativo exclui com segurança qualquer complicação relacionada à gravidez na fase atual.

c) Apendicite: Incorreta. A apendicite aguda é um importante diagnóstico diferencial de abdome agudo em pacientes jovens. No entanto, a paciente não apresenta sintomas gastrointestinais (como náuseas ou vômitos) e apresenta dor à mobilização do colo uterino no toque vaginal, o que é um sinal clássico de irritação dos órgãos pélvicos internos (sinal de Proust ou sinal do "grito"), direcionando o raciocínio para a esfera ginecológica.

d) Doença inflamatória pélvica aguda (DIP): Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. A DIP é uma infecção ascendente do trato genital feminino. A paciente apresenta critérios maiores (dor infraumbilical e dor à mobilização cervical) e critérios menores (febre, leucocitose e PCR elevada). O uso de DIU de cobre, embora seja um excelente método anticonceptivo, pode estar associado a um risco discretamente aumentado de DIP, especialmente nos primeiros dias após a inserção ou em pacientes com múltiplos parceiros. O quadro de dor pós-menstrual é típico, pois a perda da barreira de muco cervical durante a menstruação facilita a ascensão de patógenos.

Resumo do raciocínio: A presença de dor pélvica, febre, dor à mobilização do colo uterino e exames laboratoriais indicando inflamação (leucocitose e PCR elevada), na ausência de gravidez (beta-hCG negativo), fecha o diagnóstico sindrômico de Doença Inflamatória Pélvica.

Questão 54

O manejo sindrômico das úlceras genitais, preconizado pelo Ministério da Saúde, visa ao tratamento imediato das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais prováveis, sem depender de exames laboratoriais complexos que retardariam o início da terapia. A base do fluxograma é a presença ou ausência de vesículas e o tempo de evolução da lesão.

Alternativa (a) Incorreta. O diagnóstico de herpes no manejo sindrômico é clínico, baseado na presença de vesículas agrupadas sobre base eritematosa. A solicitação de sorologias para HSV tipos 1 e 2 não faz parte da rotina do manejo inicial das úlceras, pois as sorologias não distinguem infecção atual de infecção pregressa de forma eficaz para a conduta aguda. O foco é o tratamento e a solicitação de testes para sífilis, HIV e hepatites B e C.

Alternativa (b) Correta. Este é o passo fundamental do fluxograma oficial. Se o paciente apresenta úlcera genital sem a presença de vesículas e a lesão tem menos de 4 semanas de duração, as principais suspeitas são sífilis (cancro duro) e cancro mole. Como a diferenciação clínica entre ambas pode ser difícil e imprecisa, o Ministério da Saúde recomenda o tratamento simultâneo para ambas: penicilina benzatina (para sífilis) e azitromicina (para cancro mole).

Alternativa (c) Incorreta. Se a lesão apresenta vesículas, o tratamento de escolha é para herpes simples (aciclovir). A investigação para donovanose e a realização de biópsia são indicadas para úlceras que persistem por mais de 4 semanas (úlceras crônicas), independentemente de terem começado com vesículas ou não. Além disso, a donovanose caracteriza-se clinicamente por úlceras indolores, de crescimento lento e fundo granulomatoso vermelho-vivo, e não por lesões vesiculosas.

Alternativa (d) Incorreta. Existe uma confusão de conceitos aqui. O cancro duro (sífilis primária) é classicamente uma lesão única, de base endurecida e INDOLOR. Uma lesão dolorosa é mais característica do cancro mole ou do herpes. No manejo sindrômico, se a lesão é dolorosa e não possui vesículas, ela será tratada tanto para sífilis quanto para cancro mole, mas a descrição "única e dolorosa" não define o tratamento isolado como cancro duro.

Questão 55

Esta questão exige o conhecimento das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo Ministério da Saúde e pelo INCA.

Alternativa A: Incorreta. No Brasil, o método de rastreamento preconizado pelo Ministério da Saúde é a citopatologia oncológica (exame de Papanicolaou), e não a

pesquisa de DNA de HPV como rotina inicial para toda a população. Além disso, o rastreamento não deve ser feito "independentemente da idade", mas sim em uma faixa etária específica e em pessoas que já iniciaram a vida sexual.

Alternativa B: Correta. As diretrizes do INCA/Ministério da Saúde estabelecem que o rastreamento deve ser priorizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram atividade sexual. O exame de escolha para essa população é a citopatologia oncológica (citologia).

Alternativa C: Incorreta. A periodicidade de três anos não é a regra para todos os momentos. A recomendação oficial é que o exame seja realizado anualmente. Somente após dois resultados consecutivos negativos (normais), com intervalo de um ano entre eles, é que o próximo exame deve ser realizado após três anos. Portanto, a alternativa B define melhor a estrutura do programa de rastreamento.

Alternativa D: Incorreta. Segundo o manual de condutas do INCA, o achado de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) não justifica o encaminhamento imediato para colposcopia. A conduta recomendada para mulheres com 25 anos ou mais é repetir a citologia em seis meses. Para mulheres com menos de 25 anos, a recomendação é a repetição em três anos. A colposcopia é indicada apenas se a lesão persistir nos exames de seguimento ou em casos de suspeita de alto grau.

Questão 56

Para compreender esta questão, o ponto fundamental é a interpretação do valor da 17-OH-progesterona. A paciente apresenta um quadro clínico que mimetiza a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), com irregularidade menstrual e sinais de hiperandrogenismo (aumento de pelos e sobrepeso). No entanto, o diagnóstico diferencial é essencial, especialmente em adolescentes.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Na adolescência, o critério ultrassonográfico (ovários policísticos) não é recomendado para o diagnóstico de SOP, pois é comum encontrar ovários de aspecto multifolicular fisiológico nessa faixa etária. O diagnóstico de SOP em adolescentes exige obrigatoriamente a presença de hiperandrogenismo (clínico ou laboratorial) associado à anovulação persistente. Porém, antes de fechar o diagnóstico de SOP, é obrigatório excluir outras causas, como a hiperplasia adrenal.

Alternativa (b) Incorreta: Embora seja verdade que uma adolescente possa ter SOP mesmo com exames de imagem normais, essa não é a melhor explicação para o caso clínico apresentado. O valor de 17-OH-progesterona de 800 ng/dL é o "divisor de

águas" nesta questão, apontando para uma patologia específica da glândula adrenal.

Alternativa (c) Correta: A 17-OH-progesterona é o marcador para o diagnóstico da Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), especificamente a forma não clássica (ou tardia), causada pela deficiência da enzima 21-hidroxilase. Valores acima de 200 ng/dL são suspeitos, e valores acima de 800-1000 ng/dL são fortemente sugestivos ou confirmatórios do diagnóstico. Os sintomas da HAC não clássica são virtualmente idênticos aos da SOP (hirsutismo, acne, irregularidade menstrual), por isso a dosagem desse hormônio faz parte da rotina de investigação de hiperandrogenismo.

Alternativa (d) Incorreta: O sobrepeso está frequentemente associado à resistência insulínica, mas a normalidade da glicemia e da curva glicêmica não exclui o diagnóstico de SOP ou de HAC, nem explica a alteração hormonal encontrada (elevação da 17-OH-progesterona). Esta alternativa ignora o achado laboratorial mais importante do enunciado.

Resumo didático: Sempre que uma paciente apresentar sinais de SOP, mas a 17-OH-progesterona estiver elevada (especialmente acima de 200 ng/dL), o foco diagnóstico deve mudar da SOP para a Hiperplasia Adrenal Congênita, forma não clássica.

Questão 57

ANÁLISE DO CASO:

O quadro clínico descreve uma gestante que apresentou uma síndrome gripal no primeiro trimestre, período crítico para a organogênese e de maior risco de sequelas fetais graves decorrentes de infecções. Os achados da ultrassonografia morfológica do segundo trimestre são típicos de uma infecção congênita do grupo TORCH: a ventriculomegalia indica comprometimento do sistema nervoso central, a hepatomegalia indica disseminação sistêmica, e a placentomegalia com calcificações reflete a resposta inflamatória placentária à infecção viral.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A síndrome da rubéola congênita é classicamente caracterizada pela tríade de Gregg: catarata (ou outras alterações oculares), surdez neurosensorial e cardiopatia congênita (principalmente persistência do canal arterial). Embora possa haver restrição de crescimento e hepatomegalia, os achados placentários e a ventriculomegalia são mais marcantes na infecção por citomegalovírus. Além disso, a rubéola tornou-se rara devido ao sucesso das campanhas de vacinação.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. O coronavírus (SARS-CoV-2) pode causar quadros gripais em gestantes e está associado a um risco aumentado de pré-eclâmpsia e

parto prematuro. No entanto, até o momento, não existe um padrão de malformações congênitas ou alterações morfológicas fetais específicas, como ventriculomegalia e calcificações placentárias, diretamente atribuído ao vírus de forma sistemática, como ocorre nas infecções TORCH.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. A toxoplasmose é um diagnóstico diferencial importante, pois também causa ventriculomegalia e calcificações. No entanto, a toxoplasmose materna costuma ser assintomática ou apresentar apenas linfonodomegalia cervical, sendo menos associada a quadros de "forte gripe". Outro ponto fundamental é que a questão solicita a conduta inicial. A PCR no líquido amniótico é um método invasivo realizado após a suspeita sorológica materna; portanto, não seria o primeiro passo no manejo.

ALTERNATIVA D: CORRETA. O citomegalovírus (CMV) é a infecção congênita mais frequente e a principal causa de surdez não hereditária e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A primoinfecção materna frequentemente se manifesta como uma síndrome gripal ou de mononucleose. Os achados ultrassonográficos descritos (restrição de crescimento, ventriculomegalia, hepatomegalia e placentomegalia com calcificações) compõem o espectro clássico da infecção fetal pelo CMV. A conduta inicial diante da suspeita clínica é a avaliação da imunidade materna através das sorologias IgG e IgM.

CONCLUSÃO:

A combinação de sintomas maternos no primeiro trimestre com achados no sistema nervoso central e viscerais no feto torna o citomegalovírus a hipótese mais provável, exigindo triagem sorológica inicial para confirmação diagnóstica.

Questão 58

Análise do Traçado Cardiotocográfico:

Para responder a esta questão, devemos observar os três parâmetros principais presentes na imagem: a frequência cardíaca fetal (FHR) basal, a variabilidade e a relação das desacelerações com as contrações uterinas.

1. Frequência Cardíaca Basal: Está mantida em torno de 140-150 bpm.
2. Variabilidade: Ao observar a linha de base, percebe-se que ela está bastante "lisa", com oscilações inferiores a 5 bpm. Isso caracteriza uma variabilidade reduzida ou mínima, o que é um sinal de alerta para hipóxia fetal ou sono fetal.
3. Desacelerações: No gráfico, observa-se uma queda na frequência cardíaca fetal que ocorre de forma tardia em relação à contração uterina (indicada no gráfico inferior). O ponto mais baixo da desaceleração (nadir) acontece após o pico da

contração. Este padrão define o DIP tipo II (ou DIP tardio).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A cardiotocografia tipo I (ou Categoria I) é o traçado normal, que exige obrigatoriamente variabilidade moderada (6 a 25 bpm), ausência de desacelerações tardias ou variáveis e frequência basal entre 110-160 bpm. O traçado da imagem apresenta DIP II e variabilidade reduzida.

b) Incorreta. O DIP I (ou desaceleração precoce) é cefálico e ocorre simultaneamente à contração (o nadir da desaceleração coincide com o pico da contração). Na imagem, a desaceleração é claramente tardia (DIP II), indicando insuficiência uteroplacentária.

c) Incorreta. A variabilidade normal (moderada) deve apresentar flutuações de 6 a 25 bpm. No traçado apresentado, a linha está quase retilínea, evidenciando uma variabilidade reduzida (menor que 5 bpm), o que é um sinal patológico neste contexto.

d) Correta. A cardiotocografia tipo II (ou Categoria II) engloba traçados que não são claramente normais, mas que também não são necessariamente terminais (Categoria III). A presença de desacelerações tardias (DIP II) e a variabilidade reduzida classificam este exame como Tipo II (indeterminado/suspeito), exigindo vigilância rigorosa ou medidas de ressuscitação intrauterina. Em algumas nomenclaturas mais antigas de provas, o termo "tipo II" é usado genericamente para traçados não tranquilizadores que apresentam o DIP II.

Questão 59

Alternativa a: Correta. A medida da circunferência abdominal (CA) fetal é o parâmetro biométrico isolado mais sensível para a detecção da restrição de crescimento fetal (RCF). Isso ocorre porque o fígado é um dos primeiros órgãos a sofrer redução de volume devido à depleção dos estoques de glicogênio e ao desvio de fluxo sanguíneo para órgãos nobres (como o cérebro) em situações de insuficiência placentária. Como a circunferência abdominal reflete diretamente o tamanho do fígado, ela se altera antes de outros parâmetros, como o comprimento do fêmur ou o diâmetro biparietal.

Alternativa b: Incorreta. A dopplervelocimetria é, na verdade, a ferramenta padrão-ouro para o diagnóstico e manejo da insuficiência placentária. O Doppler da artéria umbilical reflete a resistência vascular da placenta e possui alta acurácia para identificar fetos que estão sofrendo devido ao aporte inadequado de nutrientes e

oxigênio, permitindo diferenciar o feto "pequeno para a idade gestacional" (PIG) constitucional do feto com restrição de crescimento patológica.

Alternativa c: Incorreta. Em casos de RCF por insuficiência placentária, o índice de pulsatilidade (IP) da artéria umbilical apresenta um aumento, e não uma redução. O aumento do IP indica maior resistência à passagem do sangue no leito placentário. Em casos graves, essa resistência é tão alta que pode ocorrer a diástole zero ou diástole reversa. A redução do índice de pulsatilidade é observada na artéria cerebral média, fenômeno conhecido como centralização fetal (vasodilatação cerebral para proteção do órgão).

Alternativa d: Incorreta. Embora a síndrome antifosfolípide (SAF) seja uma causa grave e bem estabelecida de RCF precoce, ela não é a hipótese mais provável ou comum. A maioria dos casos de restrição de crescimento precoce (aqueles diagnosticados antes das 32 semanas) está relacionada à insuficiência placentária primária decorrente de falha na segunda onda de invasão trofoblástica, frequentemente associada à pré-eclâmpsia, ou ainda a aneuploidias, malformações fetais e infecções congênitas (como citomegalovírus).

Questão 60

Alternativa (a) Correta: O diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é clínico e baseia-se na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares associadas a modificações do colo uterino. Em gestações com menos de 34 a 36 semanas, a constatação de esvaecimento cervical (afinamento) e dilatação inicial (como 1 cm) em uma paciente com contrações persistentes justifica a internação para inibição uterina (tocólise). O objetivo é postergar o parto por pelo menos 48 horas para que se possa administrar a corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

Alternativa (b) Incorreta: Com 5 cm de dilatação, a gestante já se encontra na fase ativa do trabalho de parto, o que torna a tentativa de inibição uterina (tocólise) geralmente ineficaz e contraindicada. Além disso, o sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é formalmente indicado em casos de parto iminente abaixo de 32 semanas de gestação, não sendo a conduta padrão para todas as idades gestacionais abaixo de 36 semanas.

Alternativa (c) Incorreta: A saída de líquido amniótico caracteriza a Amniorrexe Prematura. Quando associada ao trabalho de parto (dilatação de 3 cm), a conduta envolve a avaliação da idade gestacional e da vitalidade fetal. A prematuridade, por si só, não é indicação de cesariana de urgência; o parto vaginal é preferencial, a menos que haja uma contraindicação obstétrica clássica (como descolamento de placenta ou sofrimento fetal agudo).

Alternativa (d) Incorreta: Se o colo é impérvio (fechado e grosso), não há diagnóstico de trabalho de parto prematuro, podendo ser apenas contrações de Braxton-Hicks ou útero irritável. O erro principal desta alternativa é o uso do termo "inibina". A inibina é um hormônio produzido pelos ovários e placenta, não sendo uma medicação utilizada na prática médica para tocólise. Os medicamentos utilizados para esse fim são a Nifedipina ou o Atosiban.

Questão 61

Para a resolução desta questão, é necessário dominar os critérios diagnósticos das intercorrências do primeiro trimestre da gestação, baseando-se em achados clínicos e ultrassonográficos.

Alternativa (a): Incorreta. No abortamento incompleto, o colo uterino geralmente encontra-se aberto e o conteúdo endometrial é heterogêneo e espessado (geralmente acima de 15 mm). Um endométrio de 10 mm com colo fechado está mais associado a um abortamento completo ou a uma fase muito inicial da gestação.

Alternativa (b): Incorreta. Pelos critérios atuais (Sociedade de Radiologistas em Ultrassom - SRU), o diagnóstico de aborto retido por ausência de batimentos cardíacos só é definitivo se o comprimento cabeça-nádega (CCN) for igual ou superior a 7 mm. Com um embrião de 4 mm sem batimentos, o achado é inconclusivo, sendo obrigatória a repetição do exame em 7 a 10 dias para confirmar a viabilidade.

Alternativa (c): Incorreta. O quadro descrito (sangramento, cólicas, colo fechado e embrião vivo) caracteriza uma ameaça de abortamento, e não um abortamento em curso. No abortamento em curso, o colo está aberto e a expulsão dos produtos concepcionais está ocorrendo. Além disso, o uso de progesterona na ameaça de abortamento é um tema de debate acadêmico, não sendo a conduta principal ou obrigatória em todos os protocolos.

Alternativa (d): Correta. A gestação anembrionada é definida pela presença do saco gestacional sem a evidência de embrião em seu interior. Embora diretrizes internacionais mais conservadoras utilizem o marco de 25 mm para o diâmetro médio do saco gestacional (para evitar erros), muitos protocolos e bancos de questões de concursos ainda utilizam o patamar de 20 a 21 mm como diagnóstico, especialmente se não houver vesícula vitelina. Confirmado o diagnóstico de gestação não viável, a aspiração manual intrauterina (AMIU) ou a aspiração a vácuo são condutas assertivas e seguras.

Em resumo, a alternativa (d) é a que melhor correlaciona o achado ultrassonográfico

de um saco gestacional vazio acima de um limite crítico com o diagnóstico de gestação anembrionada e a respectiva possibilidade terapêutica de esvaziamento uterino.

Questão 62

Para a correta análise desta questão, devemos observar os dados laboratoriais apresentados para uma gestante de 22 semanas de idade gestacional.

O ponto central para a resolução é o resultado da glicemia de jejum de 94 mg/dL. Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes, o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) é estabelecido quando a glicemia de jejum se encontra entre 92 mg/dL e 125 mg/dL em qualquer momento da gestação. Assim, a conduta inicial obrigatória é a orientação dietética. Somado a isso, a paciente está com 22 semanas, momento em que está indicada a vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche acelular), que deve ser administrada em toda gestação a partir da 20ª semana para garantir a proteção do recém-nascido.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta porque a hemoglobina de 11 g/dL e o hematócrito de 33% estão dentro dos limites da normalidade para o segundo trimestre da gestação. O Ministério da Saúde define anemia na gravidez como hemoglobina menor que 11 g/dL. Portanto, deve-se manter apenas a suplementação profilática de ferro, sem necessidade de aumentar para dose terapêutica.

Alternativa b: Está incorreta. Embora a paciente seja Rh-negativo com Coombs indireto negativo, a imunoglobulina anti-D (Rhogan) é indicada de forma profilática apenas na 28ª semana de gestação ou em situações específicas, como sangramentos ou traumas. A vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR) é uma recomendação recente e específica, mas o foco principal da questão, dado o diagnóstico de diabetes, é a dTpa e o controle glicêmico.

Alternativa c: Está correta. A glicemia de 94 mg/dL confirma o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, o que exige orientação de dieta e mudanças no estilo de vida como primeiro passo terapêutico. A vacina dTpa é a conduta vacinal padrão e necessária para a idade gestacional de 22 semanas.

Alternativa d: Está incorreta. Um TSH de 3,5 mUI/L no segundo trimestre não justifica o início de levotiroxina em dose elevada (75 mcg) sem uma avaliação mais aprofundada de anticorpos ou T4 livre, e muitos protocolos aceitam esse valor para o período. Além disso, a paciente já faz uso de ácido fólico e sulfato ferroso, não

havendo indicação formal de polivitamínicos adicionais se a dieta for adequada.

Questão 63

Esta questão aborda as orientações fundamentais que o médico deve fornecer durante o pré-natal, focando na diferenciação entre mudanças fisiológicas e sinais de alerta, além de cuidados preventivos.

Alternativa (a) Incorreta: As estrias gravídicas costumam aparecer mais tardiamente na gestação, geralmente a partir do segundo trimestre, quando ocorre a distensão mecânica mais acentuada da pele no abdome e nas mamas. Além disso, não há evidência científica definitiva de que cremes ou óleos previnam efetivamente o surgimento de estrias, que está muito ligado a fatores genéticos e ao ganho de peso.

Alternativa (b) Correta: O encaminhamento ao odontologista é uma recomendação padrão no pré-natal. A gestante apresenta alterações vasculares e hormonais que predispõem à gengivite. Estudos demonstram que a doença periodontal inflamatória está associada a um risco aumentado de desfechos adversos, como o parto prematuro e o baixo peso ao nascer, possivelmente devido à disseminação sistêmica de mediadores inflamatórios e bactérias.

Alternativa (c) Incorreta: A lipotimia (sensação de desmaio) na gestante ocorre frequentemente por hipotensão ortostática ou pela compressão da veia cava inferior pelo útero ao deitar-se de costas. A orientação adequada é o repouso em decúbito lateral esquerdo para melhorar o retorno venoso ou sentar-se com a cabeça baixa. O uso de sal sob a língua não é uma conduta médica baseada em evidências para esse quadro e pode ser prejudicial em pacientes com distúrbios hipertensivos.

Alternativa (d) Incorreta: Em uma gestação de baixo risco, o coito não está associado ao abortamento ou ao trabalho de parto prematuro. A atividade sexual só deve ser contraindicada em situações específicas e patológicas, como em casos de placenta prévia sangrante, ruptura prematura de membranas ou risco iminente de parto pré-termo. No início de uma gestação normal, não há justificativa para tal proibição.

Questão 64

A questão aborda o manejo pré-concepcional, etapa fundamental para reduzir riscos maternos e fetais, especialmente em mulheres com comorbidades. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) CORRETA: O ácido fólico deve ser iniciado pelo menos 30 dias antes da concepção e mantido durante o primeiro trimestre. A recomendação padrão é de

0,4 mg/dia para a população geral e doses maiores (4 a 5 mg/dia) para mulheres de alto risco (uso de anticonvulsivantes, antecedentes de defeitos do tubo neural em gestações anteriores ou obesidade). Como grande parte das gestações não é planejada, a orientação estende-se a todas as mulheres em idade fértil que não utilizam métodos contraceptivos eficazes, visando prevenir defeitos do tubo neural, que se fecha precocemente (até o 28º dia pós-concepção).

Alternativa (b) INCORRETA: A vitamina A em altas doses é reconhecidamente teratogênica. O consumo de doses superiores a 10.000 UI por dia está associado a malformações fetais envolvendo o sistema nervoso central, coração e estruturas craniofaciais. Embora pacientes pós-cirurgia bariátrica precisem de monitorização nutricional e reposição vitamínica, a dose de 25.000 UI é considerada tóxica e contraindicada no período pré-concepcional e gestacional.

Alternativa (c) INCORRETA: O controle glicêmico rigoroso é crucial antes da gestação para minimizar o risco de abortamento e malformações congênitas (como a Síndrome da Regressão Caudal). As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA recomendam que a hemoglobina glicada (HbA1c) esteja o mais próxima possível do normal, idealmente abaixo de 6,0% ou 6,5%. Um valor de 7% ainda confere um risco elevado de complicações fetais e não é o alvo ideal para liberar a concepção.

Alternativa (d) INCORRETA: Para mulheres com hipotireoidismo que planejam engravidar, o alvo do TSH é mais rígido do que para a população geral. Recomenda-se ajustar a dose da levotiroxina para manter o TSH abaixo de 2,5 mUI/L antes da concepção. Níveis de TSH próximos a 5 são considerados elevados para o início de uma gestação, podendo aumentar o risco de perda gestacional e comprometer o desenvolvimento neurocognitivo fetal.

Questão 65

Para compreender esta questão, é fundamental dominar o conceito de Acidente de Trabalho sob a ótica da Saúde Pública e da Vigilância Epidemiológica, que é mais abrangente do que a visão meramente previdenciária.

A definição de acidente de trabalho para fins de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) engloba todo evento que ocorre no exercício do trabalho (a serviço da empresa ou atividade autônoma) ou no percurso entre a residência e o local de trabalho (acidente de trajeto), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda/redução da capacidade laboral.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A notificação no SINAN deve ser realizada independentemente de o vínculo empregatício ser formal (com carteira assinada/CLT) ou informal. Trabalhadores autônomos, como o entregador por aplicativo, e trabalhadores domésticos possuem o mesmo direito à vigilância epidemiológica. Portanto, restringir aos seguranças pelo "mercado formal" está errado.

Alternativa b) Incorreta. Fenômenos da natureza (chuvas, raios, inundações) não excluem a caracterização do acidente de trabalho. Se o trabalhador estava exposto ao risco em decorrência de sua atividade laboral ou durante o trajeto, o evento é considerado acidente de trabalho.

Alternativa c) Correta. Todos os casos descritos se enquadram nos critérios de notificação:

1. Entregador por aplicativo: estava em serviço (tentando fazer uma entrega), configurando acidente de trabalho típico.
2. Trabalhadora doméstica: estava no percurso de volta para casa (acidente de trajeto), o que é equiparado ao acidente de trabalho para fins de notificação e direitos.
3. Seguranças do supermercado: estavam em serviço, agindo em prol do patrimônio do empregador, configurando acidente de trabalho típico.

Como todos os casos resultaram em óbito, a notificação no SINAN é compulsória e imediata.

Alternativa d) Incorreta. O óbito da trabalhadora doméstica não deve ser excluído. O acidente ocorrido no deslocamento entre o trabalho e a residência (ou vice-versa) é classificado como acidente de trajeto e deve, obrigatoriamente, ser notificado como acidente de trabalho.

Em resumo, a vigilância em saúde busca identificar todos os agravos relacionados ao trabalho para planejar políticas de prevenção, não importando se o evento foi causado por fatores climáticos ou se o trabalhador possui contrato formal. Por envolver óbitos, todos os quatro casos exigem a emissão da ficha de notificação de Acidente de Trabalho Grave no SINAN.

Questão 66

A alternativa correta é a (a) gravidade.

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos epidemiológicos que descrevem a relação entre o agente infeccioso e o hospedeiro:

Alternativa a) Gravidade: Esta é a alternativa correta. O coeficiente de letalidade calcula a proporção de óbitos em relação ao número total de doentes por uma causa específica. Ou seja, ele mede o risco de uma pessoa morrer caso adoença. Portanto, a letalidade é o indicador direto da gravidade de uma doença em uma população, refletindo o potencial do agravo em produzir desfechos fatais.

Alternativa b) Infectividade: Está incorreta. A infectividade é a capacidade do agente etiológico de penetrar, se alojar e se multiplicar no hospedeiro, causando uma infecção. Ela não está relacionada à morte, mas sim à facilidade com que o microrganismo "coloniza" o corpo, podendo resultar em infecções assintomáticas ou sintomáticas.

Alternativa c) Patogenicidade: Está incorreta. A patogenicidade é a capacidade do agente de produzir sintomas clínicos (doença) em indivíduos infectados. Um agente pode ter alta patogenicidade (quase todos os infectados ficam doentes), mas baixa letalidade (quase nenhum doente morre). Um exemplo clássico é o vírus do sarampo, que é muito patogênico, mas apresenta baixa letalidade em populações bem-nutridas.

Alternativa d) Transmissibilidade: Está incorreta. Este termo refere-se à capacidade do agente de ser difundido ou transmitido de um hospedeiro a outro. Ela mede o potencial de contágio e propagação da doença na comunidade, o que não possui relação direta com a gravidade clínica ou o risco de morte do indivíduo infectado.

Em resumo, enquanto a infectividade foca na invasão do corpo e a patogenicidade foca no surgimento de sintomas, a letalidade foca no desfecho de óbito, sendo a medida de eleição para avaliar a gravidade de uma patologia.

Questão 67

COMENTÁRIO DA QUESTÃO: RETINOPATIA DIABÉTICA

A retinopatia diabética (RD) é uma complicação microvascular crônica do Diabetes Mellitus, caracterizada por danos aos capilares da retina devido à hiperglicemia prolongada.

ALTERNATIVA A (INCORRETA): O rastreamento da retinopatia diabética deve ser frequente. Em pacientes com DM tipo 1, o primeiro exame deve ocorrer 5 anos após o diagnóstico. No DM tipo 2, deve ser realizado imediatamente no momento do diagnóstico. Após o primeiro exame, se não houver alterações, a recomendação geral da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) é a repetição anual. Intervalos de 10 anos são absolutamente inadequados e colocam o paciente em alto risco de perda visual.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A progressão da RD está diretamente relacionada ao controle metabólico. O controle rigoroso da glicemia (avaliado pela hemoglobina glicada - HbA1c) e o controle da pressão arterial são os dois principais pilares para prevenir o surgimento e a progressão da doença. A hipertensão arterial sistêmica descontrolada aumenta a pressão de perfusão e o dano endotelial nos vasos retinianos.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A retinopatia diabética é uma doença de evolução lenta e progressiva, levando anos de hiperglicemia para se manifestar clinicamente. Nas fases iniciais (não proliferativa leve), o paciente costuma ser totalmente assintomático. Sintomas súbitos, como perda de visão, geralmente ocorrem apenas em fases avançadas, decorrentes de complicações como hemorragia vítrea ou descolamento de retina tracional.

ALTERNATIVA D (CORRETA): A retinopatia diabética é a principal causa de cegueira irreversível (e evitável) na população em idade produtiva (20 a 74 anos), tanto no Brasil quanto no mundo. O termo "irreversível" refere-se ao fato de que, uma vez instaladas certas lesões graves, como a isquemia macular severa ou fibrose cicatricial, a visão perdida não pode ser totalmente recuperada, embora o tratamento possa estacionar o quadro.

GABARITO: LETRA D.

Questão 68

Para compreender a questão, é necessário conhecer as diretrizes de vigilância epidemiológica da febre amarela no Brasil, especificamente no que diz respeito às epizootias (morte ou adoecimento de animais).

Alternativa (a): CORRETA. Os primatas não humanos (PNH), como os macacos, atuam como "sentinelas" para a febre amarela. A morte de um macaco em uma área de risco indica que o vírus pode estar circulando naquela região antes mesmo de atingir a população humana. A notificação de epizootias de PNH é compulsória e imediata, devendo ser comunicada em até 24 horas às autoridades de saúde e registrada no

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A coleta de amostras ou o envio do corpo para análise laboratorial é fundamental para confirmar a causa da morte e orientar ações de bloqueio vacinal na região.

Alternativa (b): INCORRETA. O SINAN não se limita a "primatas humanos". Ele é o sistema oficial para notificação de diversos agravos, incluindo as epizootias em primatas não humanos. Embora o setor de zoonoses participe da logística e vigilância, a afirmação sobre a restrição do SINAN torna a alternativa tecnicamente inadequada.

Alternativa (c): INCORRETA. O objetivo do programa de vigilância da febre amarela não é a eliminação dos vetores (mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes* no ciclo silvestre), o que seria biologicamente inviável em áreas de mata. O foco é a detecção precoce da circulação viral para prevenir casos humanos, principalmente por meio da vacinação. Monitorar e analisar os hospedeiros (macacos) é, portanto, um dos pilares centrais da estratégia de prevenção.

Alternativa (d): INCORRETA. Embora o corpo do macaco deva ser analisado, a justificativa apresentada é falsa. Não existem casos registrados de febre amarela urbana no Brasil desde 1942. Todos os surtos e casos ocorridos nas últimas décadas, inclusive os grandes surtos recentes, pertencem ao ciclo silvestre de transmissão. A vigilância das epizootias serve justamente para evitar que o vírus chegue ao ambiente urbano e seja transmitido pelo *Aedes aegypti*.

Questão 69

Análise da Questão

A questão aborda o rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em um paciente jovem, assintomático, mas com fatores de risco importantes: sedentarismo e história familiar de primeiro grau (pai diabético com diagnóstico precoce). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), o rastreamento deve ser considerado em adultos de qualquer idade que apresentem sobrepeso ou obesidade e que possuam pelo menos um fator de risco adicional. No contexto da Atenção Primária (UBS), a conduta deve focar na detecção precoce e na promoção da saúde.

Distribuição das Alternativas

Alternativa a) Incorreta. A hemoglobina glicada (HbA1c) é, de fato, um exame válido para o rastreamento e diagnóstico de diabetes. No entanto, o erro da alternativa reside na conduta de encaminhamento para o endocrinologista. João é um paciente

jovem, assintomático e que está em sua primeira abordagem na UBS. O manejo de fatores de risco e o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis são competências fundamentais do médico generalista ou de família na Unidade Básica de Saúde, não havendo indicação de encaminhamento especializado neste momento.

Alternativa b) Correta. A glicemia de jejum é o teste inicial de rastreamento mais comum, prático e de menor custo na rede pública. João apresenta fatores de risco (sedentarismo e hereditariedade), o que justifica a investigação laboratorial mesmo aos 23 anos. Além do exame, a orientação sobre hábitos saudáveis (dieta e atividade física) é a intervenção mais importante para a prevenção primária do diabetes e outras doenças metabólicas, agindo diretamente sobre o fator de risco modificável do paciente (falta de exercício).

Alternativa c) Incorreta. O teste de tolerância à glicose (TOTG) com sobrecarga de 75g é um teste sensível e validado para o diagnóstico. Contudo, devido à sua complexidade logística (necessidade de duas coletas e tempo de espera do paciente na unidade), ele geralmente é reservado para casos em que a glicemia de jejum é inconclusiva (pré-diabetes) ou em situações específicas, como o rastreamento de diabetes gestacional. Além disso, a orientação de "perder peso" pode não ser adequada se o paciente tiver um Índice de Massa Corporal (IMC) normal, enquanto a orientação de "hábitos saudáveis" é universal.

Alternativa d) Incorreta. Não existe recomendação para solicitar rotineiramente dois exames de rastreamento diferentes (glicemia e TOTG) de forma simultânea para um paciente assintomático na triagem inicial. Escolhe-se um dos métodos preconizados. A orientação de apenas "fortalecer a musculatura" é muito restrita; a recomendação de atividade física deve ser mais abrangente, incluindo exercícios aeróbicos e mudanças no estilo de vida global.

Questão 70

Alternativa a: Incorreta. A vacina contra a febre amarela (atenuada) possui um esquema vacinal de duas doses para o público infantil: a primeira dose é administrada aos 9 meses de idade e a dose de reforço aos 4 anos de idade. Portanto, a previsão da primeira dose aos 7 anos de idade está em desacordo com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Alternativa b: Correta. Esta alternativa cobra um conhecimento específico sobre as variações do Calendário Nacional de Vacinação. Embora a vacina pneumocócica 23-valente (Pneumo 23) não seja de rotina para a população geral urbana aos 5 anos, ela está prevista no calendário oficial para a população indígena (uma dose aos 5 anos). Além disso, ela é indicada para crianças com condições clínicas especiais (por

meio dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais — CRIE). Como as demais alternativas apresentam erros cronológicos fundamentais, esta é a resposta correta.

Alternativa c: Incorreta. A vacina rotavírus humano G1P[8] (VRH) deve ser administrada precocemente, em duas doses: aos 2 e 4 meses de idade. Existem limites de idade rigorosos para a aplicação desta vacina por causa do risco de intussuscepção intestinal: a primeira dose não pode ser administrada após os 3 meses e 15 dias, e a segunda dose não pode ser administrada após os 7 meses e 29 dias. Jamais seria iniciada aos 5 anos de idade.

Alternativa d: Incorreta. A vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) é indicada no Brasil para meninas e meninos na faixa etária de 9 a 14 anos. Atualmente, o esquema adotado pelo Ministério da Saúde é de dose única. Aos 5 anos de idade, a criança ainda não atingiu a idade mínima recomendada para o início desta vacinação no calendário de rotina.

Questão 71

Esta questão aborda as diretrizes de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentadas principalmente na Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.508/2011.

Alternativa (a) incorreta: O planejamento no SUS é caracterizado por ser ascendente. Isso significa que ele deve partir das necessidades locais e regionais para os níveis estadual e federal. A alternativa erra ao sugerir que o planejamento estadual ocorre meramente a partir de determinações verticais do Ministério da Saúde, ignorando a construção que vem da base (municípios e regiões).

Alternativa (b) incorreta: O planejamento da saúde é uma obrigação legal para todos os entes federativos (municípios, estados, Distrito Federal e União), independentemente do porte populacional. Municípios com menos de 100 mil habitantes também devem realizar seu planejamento para receber recursos e organizar o sistema. Além disso, o planejamento do SUS não é impositivo para o funcionamento interno de toda a iniciativa privada, mas sim para o setor público e para os serviços privados que atuam de forma complementar ao SUS.

Alternativa (c) incorreta: O erro reside na compreensão da lógica ascendente. Embora o Ministério da Saúde participe da formulação de políticas nacionais, as diretrizes do planejamento são pactuadas e devem refletir as necessidades detectadas nas Regiões de Saúde. O planejamento não é uma imposição do Ministério sobre as características locais, mas sim uma integração dessas realidades locais na esfera federal.

Alternativa (d) correta: Esta alternativa está em perfeita consonância com o Artigo 36 do Decreto nº 7.508/2011. O planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado. O instrumento que formaliza esse processo é o Plano de Saúde, que deve conter as metas de saúde e garantir que as ações propostas sejam compatíveis com a disponibilidade orçamentária e financeira de cada ente federativo. O Plano de Saúde é o documento norteador de cada gestão para o período de quatro anos.

Questão 72

Alternativa a: Incorreta. A PNAISM não prioriza a atenção especializada sob a justificativa de que a Atenção Primária à Saúde (APS) é insuficiente. Pelo contrário, a APS é o pilar central e a ordenadora do cuidado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo da política é fortalecer a rede de forma integrada, garantindo que a APS realize o acompanhamento longitudinal, enquanto a atenção especializada atua de forma complementar e referenciada.

Alternativa b: Incorreta. A visão que limita a saúde da mulher ao ciclo gravídico-puerperal ou apenas ao aparelho reprodutor é o que chamamos de modelo materno-infantil, predominante até a década de 1970. A PNAISM rompe com esse conceito reducionista, adotando a perspectiva da integralidade, que enxerga a mulher como sujeito de direitos em todas as suas dimensões, e não apenas como um corpo biológico reprodutivo.

Alternativa c: Correta. O fundamento principal da PNAISM é a integralidade da atenção. A política reconhece que a mulher possui necessidades de saúde em todas as fases de sua vida (adolescência, idade adulta, climatério e velhice) e em diferentes contextos (saúde mental, enfrentamento à violência, doenças crônicas, entre outros). Portanto, o cuidado deve extrapolar o momento da gestação e do parto para garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos em todos os ciclos vitais.

Alternativa d: Incorreta. As ações públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil possuem marcos históricos muito anteriores a 2010. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi o precursor da atual política e introduziu o conceito de integralidade, foi criado em 1984. Já a PNAISM, em seu formato atual, foi consolidada e publicada em 2004.

Questão 73

Análise do tema: A questão aborda os conceitos de intersetorialidade e promoção da saúde, fundamentais para a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciativas que integram agricultura sustentável, segurança alimentar e educação são exemplos claros de intervenção nos Determinantes Sociais de Saúde, exigindo que o setor saúde atue de forma integrada com as demais secretarias municipais.

Alternativa a: Está correta. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o centro da rede de atenção e possui o maior vínculo com o território. Capacitar a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde) sobre os benefícios dos orgânicos permite que essa informação seja disseminada de forma transversal. O tema passa a compor as orientações em consultas de pré-natal, puericultura, acompanhamento de diabéticos e grupos de educação em saúde, tornando a iniciativa do prefeito uma ação de saúde pública sustentável e capilarizada.

Alternativa b: Está incorreta. A saúde não é meramente a ausência de doenças, mas o resultado de condições de alimentação, meio ambiente e trabalho, entre outros fatores. O cultivo livre de agrotóxicos reduz o risco de intoxicações crônicas, neoplasias e distúrbios endócrinos, além de promover uma dieta mais nutritiva, estando totalmente relacionada às ações de saúde.

Alternativa c: Está incorreta. Esta opção falha ao restringir a ação a uma única especialidade (endocrinologia) e a um formato pedagógico pouco acessível (aulas noturnas). A promoção da saúde deve ser democrática, multidisciplinar e inserida no cotidiano da população, e não isolada em uma visão puramente subespecializada da medicina.

Alternativa d: Está incorreta. O uso de aulas gravadas por toxicologistas foca em um modelo de transmissão de informação tecnicista e passivo. A educação em saúde no SUS é mais efetiva quando baseada no diálogo, na troca de saberes e na proximidade com a realidade local, papel que é melhor desempenhado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do que por especialistas distantes.

Questão 74

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT) visa descentralizar as ações de saúde do trabalhador, integrando-as à rede assistencial do SUS, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Alternativa a: Incorreta. As equipes da APS não detêm poder de polícia administrativa ou competência legal para aplicar multas a empresas. A fiscalização punitiva e a

aplicação de sanções são atribuições das Vigilâncias (Sanitária e em Saúde do Trabalhador) e dos órgãos de inspeção do Ministério do Trabalho. O papel da APS é o acolhimento, a assistência e a vigilância epidemiológica.

Alternativa b: Incorreta. Os exames admissionais e periódicos são obrigações legais do empregador, conforme as Normas Regulamentadoras (NR-7), e devem ser realizados por meio do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) da empresa. O SUS não deve substituir as responsabilidades financeiras e organizacionais do setor privado no que tange aos exames ocupacionais obrigatórios.

Alternativa c: Correta. Uma das funções primordiais da APS é a territorialização. No contexto da saúde do trabalhador, isso se traduz em conhecer o perfil socio-ocupacional da população (saber quem trabalha, em que trabalha e sob quais riscos) e identificar a rede de suporte social (sindicatos, associações, centros de referência) para garantir a integralidade do cuidado e a articulação de ações intersetoriais.

Alternativa d: Incorreta. Embora a educação permanente seja uma estratégia fundamental da RENASTT, a falha desta alternativa reside na "fiscalização dos processos de trabalho". Assim como mencionado na alternativa A, a fiscalização é uma atividade de vigilância com caráter regulatório e muitas vezes punitivo, o que foge ao escopo assistencial e promocional das equipes de Saúde da Família na APS.

Em resumo, a APS atua na identificação das necessidades de saúde dos trabalhadores em seu território, utilizando ferramentas de mapeamento e suporte social para orientar o cuidado, enquanto funções de fiscalização e exames ocupacionais obrigatórios pertencem a outras esferas.

Questão 75

Alternativa A: Incorreta. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo não recomenda, em hipótese alguma, o uso de cigarros eletrônicos como ferramenta para a cessação do tabagismo. Além de não haver evidências de segurança e eficácia para esse fim, a comercialização e importação desses dispositivos são proibidas pela ANVISA no Brasil. A abordagem não medicamentosa baseia-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), e não em psicoterapia genérica.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a estrutura da abordagem intensiva ou abordagem cognitivo-comportamental preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA. O protocolo padrão consiste em 4 sessões iniciais (semanais) com os temas: 1. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2.

Os primeiros dias sem fumar; 3. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar; 4. Benefícios obtidos após parar de fumar. Após essas sessões, seguem-se encontros de manutenção (quinzenais e depois mensais).

Alternativa C: Incorreta. De acordo com os critérios de dependência (Teste de Fagerström), fumantes que consomem o primeiro cigarro do dia nos primeiros 30 minutos após acordar são considerados dependentes pesados e têm indicação prioritária de tratamento medicamentoso associado à abordagem comportamental. Além disso, fumantes de mais de 20 cigarros por dia ou aqueles que já falharam apenas com a abordagem comportamental também devem receber medicação. O tratamento sem medicamentos é indicado para fumantes de menos de 10 cigarros por dia ou casos muito específicos, mas o limite de 1 hora citado na alternativa não é o critério de corte correto para alta dependência.

Alternativa D: Incorreta. O tratamento do tabagismo deve ser realizado preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde - UBS), e não na rede de serviços especializados. A Atenção Primária é o nível de atenção ideal devido ao seu papel de coordenação do cuidado e maior proximidade com a população. Os serviços especializados (Centros de Referência) são reservados para casos de maior complexidade, como pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas ou falhas repetidas em tratamentos anteriores.

Questão 76

Para entender o processo da Reforma Sanitária Brasileira e responder corretamente à questão, é necessário analisar o contexto histórico, político e social do Brasil nas décadas de 1970 e 1980.

Alternativa (a) Incorreta: A Reforma Sanitária não foi fruto de um consenso entre os gestores da década de 1970. Naquele período, o modelo vigente era o médico-previdenciário, focado na assistência hospitalar e curativa para trabalhadores com carteira assinada. A reforma surgiu justamente como um movimento de oposição a esse modelo, sendo liderada por intelectuais, profissionais de saúde e movimentos sociais, e não pela cúpula gestora da época, que representava os interesses da ditadura militar.

Alternativa (b) Incorreta: É um erro afirmar que a reforma foi uma constatação técnica sem influência política. A Reforma Sanitária Brasileira é reconhecida mundialmente por ser um movimento profundamente político e social. O lema "Saúde é Democracia" sintetiza essa característica. Embora houvesse a discussão sobre a prática multiprofissional, o motor da reforma foi a luta pela redemocratização do país e pela garantia da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve com precisão a essência do movimento. O campo da Saúde Coletiva consolidou-se no Brasil simultaneamente ao movimento da Reforma Sanitária. Houve uma simbiose: enquanto a produção teórica acadêmica fornecia as bases conceituais (crítica ao modelo médico privatista, determinação social do processo saúde-doença), a militância política levava essas ideias para as conferências de saúde e para a Assembleia Constituinte. O sucesso da reforma foi indissociável do movimento pela redemocratização do Brasil.

Alternativa (d) Incorreta: A reforma não foi amplamente acolhida por todos os segmentos da sociedade, sofrendo forte resistência, especialmente do setor médico privado e de indústrias ligadas à saúde, que temiam a estatização e a perda de lucros com a universalização dos serviços. Além disso, como mencionado anteriormente, o movimento era explicitamente ideológico e político, baseando-se na premissa de que a saúde não poderia ser desvinculada das condições de vida e da liberdade política.

Questão 77

Para resolver essa questão, o candidato deve dominar o conceito de arbovirose e compreender como as mudanças climáticas impactam a dinâmica de transmissão dessas doenças. As arboviroses são doenças causadas por vírus transmitidos por artrópodes (como mosquitos e carrapatos). O aumento da temperatura acelera o ciclo de vida dos vetores e o período de incubação extrínseca do vírus, enquanto o regime de chuvas intensas favorece o acúmulo de água, ampliando os criadouros.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a febre de Oropouche seja uma arbovirose, a tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria (*Mycobacterium tuberculosis*) com transmissão respiratória. A leptospirose é uma doença bacteriana (*Leptospira*) transmitida pelo contato com água ou lama contaminadas por urina de animais infectados, especialmente ratos. Portanto, tuberculose e leptospirose não são arboviroses.

b) Correta. Dengue, Zika e febre amarela são exemplos clássicos de arboviroses urbanas e silvestres. Todas são causadas por vírus e transmitidas por mosquitos (como o *Aedes aegypti* no ciclo urbano e *Haemagogus* ou *Sabethes* no ciclo silvestre da febre amarela). O aquecimento global e as chuvas intensas facilitam a expansão geográfica e a proliferação desses vetores, aumentando a incidência dessas patologias.

c) Incorreta. A febre tifoide é uma doença bacteriana sistêmica causada pela *Salmonella Typhi*, transmitida por via fecal-oral (água e alimentos contaminados). A malária, embora seja transmitida por um vetor (mosquito *Anopheles*) e sofra influência do clima, é causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, não sendo classificada como uma virose (arbovirose).

d) Incorreta. Zika e Oropouche são arboviroses. No entanto, a raiva é uma zoonose viral transmitida pela saliva de mamíferos infectados (como cães, morcegos e gatos) através de mordeduras, arranhaduras ou lambeduras. A raiva não é transmitida por artrópodes, portanto, não é uma arbovirose.

Questão 78

A questão aborda a disponibilidade de imunobiológicos para a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta. A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Atualmente, não existe vacina disponível para prevenir essa patologia. As medidas preventivas baseiam-se fundamentalmente no uso de preservativos e no tratamento simultâneo dos parceiros sexuais para evitar a reinfecção.

Alternativa (b) Incorreta. A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Apesar de ser uma doença antiga e bem conhecida, ainda não há uma vacina aprovada para uso em seres humanos. O controle da transmissão depende da educação em saúde, triagem sorológica frequente e tratamento precoce com penicilina.

Alternativa (c) Incorreta. O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é objeto de extensas pesquisas há décadas. No entanto, devido à alta taxa de mutação do vírus e à sua complexa interação com o sistema imunológico, ainda não foi desenvolvida uma vacina eficaz para uso populacional. A prevenção atual foca no uso de preservativos, na Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e na Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

Alternativa (d) Correta. A hepatite B, causada pelo vírus HBV, é uma IST para a qual existe vacinação segura e altamente eficaz. A vacina contra a hepatite B faz parte do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e é recomendada para todas as faixas etárias, sendo fundamental para a prevenção da transmissão sexual, vertical e parenteral do vírus. Vale ressaltar que, além da hepatite B, o HPV é a outra grande IST que possui vacina disponível na rede pública.

Questão 79

A classificação de risco é uma ferramenta de gestão e atendimento utilizada nos serviços de saúde, especialmente nas unidades de urgência e emergência, fundamentada no princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é priorizar o atendimento de acordo com a gravidade clínica, e não por ordem de chegada.

Alternativa a) Correta. A necessidade do usuário é o critério soberano na classificação de risco. Essa necessidade é traduzida pela gravidade do quadro clínico, pelo potencial de agravamento, pelo grau de sofrimento e pela vulnerabilidade do paciente no momento da chegada. O foco é identificar quem não pode esperar, garantindo que os recursos assistenciais sejam direcionados prioritariamente aos casos mais críticos.

Alternativa b) Incorreta. A idade é um fator que pode influenciar a priorização em certos protocolos (como o atendimento preferencial a idosos ou a maior fragilidade de recém-nascidos), mas ela não é o critério principal. Um adulto jovem com um infarto agudo do miocárdio deve ser atendido antes de um idoso com um quadro de resfriado leve, pois a necessidade clínica do jovem é superior naquele momento.

Alternativa c) Incorreta. A hora de chegada é o critério utilizado no modelo tradicional de filas (ordem cronológica). A implantação da classificação de risco visa justamente substituir a lógica da ordem de chegada pela lógica da gravidade clínica. O atendimento por ordem de chegada em serviços de urgência é considerado inseguro, pois pode retardar o socorro a pacientes graves.

Alternativa d) Incorreta. O diagnóstico definitivo é a conclusão médica após a anamnese, exame físico completo e, muitas vezes, exames complementares. Na classificação de risco, o profissional (geralmente um enfermeiro capacitado) avalia sinais, sintomas e queixas principais para determinar a urgência, sem a obrigatoriedade de estabelecer um diagnóstico patológico final para definir a prioridade.

Questão 80

As geo-helminthíases representam um grupo de parasitoses intestinais cujos agentes etiológicos (*Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e os ancilostomídeos) necessitam de um período de maturação no solo para se tornarem infectantes.

Alternativa a: Incorreta. As geo-helminthíases não dependem de vetores biológicos (como insetos) para completar seu ciclo ou para a transmissão primária. A transmissão ocorre pela via fecal-oral (ingestão de ovos) ou pela penetração direta

de larvas na pele. Embora moscas e baratas possam atuar como transportadores mecânicos de ovos, elas não são classificadas como vetores principais na epidemiologia dessas doenças.

Alternativa b: Incorreta. A "lombriga" (*Ascaris lumbricoides*) e o "verme-chicote" (*Trichuris trichiura*) são transmitidos exclusivamente pela via fecal-oral, através da ingestão de água ou alimentos contaminados com ovos embrionados. Não há penetração cutânea no ciclo de vida desses dois parasitas.

Alternativa c: Correta. O "amarelão" é o nome popular da ancilostomose (causada pelo *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*). O ciclo biológico desses parasitas envolve a eclosão dos ovos no solo e a evolução até a larva filarioide (L3), que é a forma infectante. A infecção ocorre predominantemente quando essas larvas penetram ativamente a pele íntegra do hospedeiro, sendo o hábito de andar descalço o principal fator de risco.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa mistura os mecanismos de transmissão. Enquanto o "amarelão" (ancilostomose) é de fato transmitido pela penetração de larvas pela pele, a "lombriga" (ascaridíase) é transmitida estritamente pela ingestão de ovos presentes em alimentos, água ou mãos sujas.

Gabarito: Letra (c).

Questão 81

O quadro clínico descrito apresenta um episódio agudo, súbito e autolimitado de intensa ansiedade, caracterizado por sintomas físicos e cognitivos clássicos.

Alternativa a) Incorreta. O episódio conversivo, ou transtorno de sintomas neurológicos funcionais, manifesta-se pela perda ou alteração de funções motoras ou sensoriais voluntárias (como paralisia, cegueira, anestesia ou crises não epiléticas) que não podem ser explicadas por uma condição neurológica orgânica. O paciente em questão apresenta sintomas de hiperatividade autonômica, e não déficits neurológicos funcionais.

Alternativa b) Incorreta. No transtorno de sintomas somáticos, o foco está na presença de sintomas físicos que geram sofrimento, mas a característica principal é a resposta excessiva a esses sintomas (pensamentos, sentimentos ou comportamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade das sensações). É uma condição crônica, diferente do evento paroxístico e breve de 15 minutos relatado.

Alternativa c) Incorreta. Embora o paciente relate ser uma pessoa tensa em

interações sociais, o evento descrito no shopping não foi motivado pelo medo de julgamento ou humilhação social, mas sim por um mal-estar súbito com medo de morte iminente. O Transtorno de Ansiedade Social pode cursar com ataques de pânico situacionais, mas o diagnóstico do evento agudo em si, com a constelação de sintomas apresentada, é o ataque de pânico.

Alternativa d) Correta. O ataque de pânico é definido como um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que atinge o pico em poucos minutos. Para o diagnóstico, são necessários quatro ou mais sintomas de uma lista que inclui: palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar (dispneia), náuseas, calafrios, parestesias, despersonalização e medo de morrer ou de "enlouquecer". O paciente apresentou cinco desses sintomas, com duração limitada e exame físico normal, o que caracteriza perfeitamente o episódio. O fato de o paciente temer um "derrame ou ataque cardíaco" é uma interpretação catastrófica comum dos sintomas corporais durante o ataque.

Questão 82

Para a caracterização de um Episódio Depressivo Maior, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o paciente deve apresentar pelo menos cinco de nove sintomas possíveis durante um período mínimo de duas semanas. Contudo, existe uma regra hierárquica fundamental: pelo menos um dos sintomas presentes deve ser, obrigatoriamente, um dos dois sintomas chamados de cardinais ou principais.

Os dois sintomas principais são:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (anedonia).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a alteração de apetite (redução ou aumento) e as variações significativas de peso sejam critérios diagnósticos válidos para compor o quadro depressivo, elas são consideradas sintomas acessórios. Ou seja, podem estar presentes, mas não substituem a necessidade de humor deprimido ou anedonia para a confirmação do diagnóstico.

Alternativa b) Incorreta. Sentimentos de inutilidade, desvalia ou culpa excessiva e inapropriada são sintomas cognitivos frequentes na depressão. Eles fazem parte dos nove critérios diagnósticos listados pelo DSM-5, mas, assim como as alterações de peso, são classificados como sintomas secundários.

Alternativa c) Correta. A anedonia, definida como a perda de interesse ou prazer em atividades que anteriormente eram gratificantes, é o segundo sintoma cardinal da depressão. Para fechar o diagnóstico de um episódio depressivo maior, o médico deve identificar obrigatoriamente o humor deprimido ou a anedonia (ou ambos).

Alternativa d) Incorreta. O aumento da energia, muitas vezes acompanhado de euforia, irritabilidade e diminuição da necessidade de sono, é um sintoma característico de episódios de mania ou hipomania. Esses quadros definem o Transtorno Afetivo Bipolar e são o oposto clínico do que se espera em um episódio depressivo, onde predomina a fadiga ou a perda de energia (anergia).

Questão 83

O quadro clínico de Maria apresenta as características fundamentais para o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), conforme os critérios do DSM-5. A paciente manifesta sintomas persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade que ocorrem em múltiplos ambientes (casa e escola) e causam prejuízo funcional significativo.

Análise das alternativas:

a) Transtorno de Oposição e Desafio: Incorreta. O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) caracteriza-se por um padrão de humor irritável, comportamento questionador, desafiante ou vingativo, especialmente direcionado a figuras de autoridade. Embora Maria apresente conflitos e brigas, a descrição foca na incapacidade de organizar atividades, na agitação motora e na impulsividade, que são traços do TDAH, e não em uma postura deliberadamente hostil ou desafiadora.

b) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Correta. Maria preenche os critérios para o tipo combinado de TDAH. No domínio da desatenção, ela demonstra dificuldade em organizar tarefas (brinquedos), parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra, esquece objetos e não segue instruções. No domínio da hiperatividade e impulsividade, ela não consegue esperar sua vez, interrompe os outros, apresenta inquietação motora excessiva (não para sentada na consulta) e corre em situações inadequadas. Os sintomas duram mais de 6 meses (10 meses no caso), iniciaram-se antes dos 12 anos e estão presentes em dois ou mais contextos.

c) Transtorno Disruptivo de Desregulação Emocional: Incorreta. Este diagnóstico é aplicado a crianças que apresentam irritabilidade crônica e grave, com explosões de raiva frequentes e intensas que são desproporcionais ao estímulo. O caso clínico de Maria descreve uma criança agitada e desatenta, mas não menciona crises de fúria

recorrentes ou um humor predominantemente raivoso entre as crises.

d) Transtorno do Espectro Autista: Incorreta. O TEA exige a presença de déficits na comunicação e interação social (como falta de reciprocidade socioemocional) associados a padrões restritos e repetitivos de comportamento ou interesses. Embora Maria tenha dificuldades com colegas, isso parece ser consequência de sua impulsividade e agitação, e não de uma falha qualitativa na comunicação social ou presença de estereotípias e rituais rígidos.

A morte da avó é um dado importante para o diagnóstico diferencial, pois o luto poderia mimetizar sintomas de desatenção, mas, como os sintomas já ocorriam antes do falecimento (desde os 4 anos) e persistem de forma padronizada em vários ambientes, o diagnóstico de TDAH é o mais adequado.

Questão 84

O quadro clínico descrito é um exemplo clássico de delirium, também conhecido como Estado Confusional Agudo. O diagnóstico fundamenta-se em quatro pilares presentes no caso: início agudo (súbito), curso flutuante (momentos de lucidez e momentos de confusão), alteração do nível de consciência/atenção e evidência de uma causa orgânica subjacente (pós-operatório e febre).

Alternativa (a) Incorreta: O transtorno neurocognitivo maior, como a doença de Alzheimer, caracteriza-se por um declínio cognitivo crônico, insidioso e progressivo, que se desenvolve ao longo de anos. Embora a demência seja um fator de risco para o delirium, o quadro da paciente é agudo e apresenta flutuação circadiana (piora à noite), o que não é o padrão típico do Alzheimer isolado.

Alternativa (b) Correta: O delirium pós-operatório é muito frequente em pacientes idosos hospitalizados. A paciente apresenta a característica "flutuação" do quadro: durante o dia parece bem e orientada, mas à noite (fenômeno conhecido como "sundowning" ou agitação crepuscular) apresenta desorientação, agitação psicomotora e alucinações visuais (enxergar bichos). A febre de 38,1 °C e o estresse da cirurgia de coluna são os fatores precipitantes orgânicos claros.

Alternativa (c) Incorreta: O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) envolve a reexperimentação de um trauma grave por meio de memórias intrusivas ou pesadelos, além de esquiva e hipervigilância. Ele não causa desorientação temporoespacial aguda, flutuação do nível de consciência ou alucinações visuais liliptianas (bichos) em um contexto cirúrgico.

Alternativa (d) Incorreta: A esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários

geralmente se manifestam no final da adolescência ou início da vida adulta. Neles, as alucinações auditivas são mais comuns que as visuais, e não há o comprometimento do nível de consciência ou a desorientação global característica do delirium. O aparecimento de sintomas psicóticos pela primeira vez em uma senhora de 79 anos deve sempre levar à investigação de causas médicas/orgânicas.

Questão 85

Para compreender a classificação das substâncias psicoativas em relação ao Sistema Nervoso Central (SNC), dividimos as drogas em três grupos principais: as depressoras (psicolépticas), as estimulantes (psicoanalépticas) e as perturbadoras/alucinógenas (psicodislépticas). A questão exige a identificação do grupo das substâncias estimulantes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O álcool e os benzodiazepínicos são classificados como depressores do SNC. Eles potencializam a ação do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), que é o principal neurotransmissor inibitório do cérebro. O resultado é a redução da atividade neural, causando sedação, relaxamento muscular e, em doses elevadas, depressão respiratória.

b) Incorreta. A heroína e os demais opiáceos (como morfina, codeína e fentanil) também são depressores do SNC. Eles atuam principalmente nos receptores opioides mu, promovendo analgesia e uma sensação de euforia inicial, seguida por sonolência e diminuição das funções vitais, como a frequência cardíaca e respiratória.

c) Incorreta. O LSD e a psilocibina pertencem ao grupo das substâncias perturbadoras ou alucinógenas. Elas não aceleram nem lentificam o SNC de forma predominante, mas sim alteram a qualidade da percepção cerebral, causando distorções sensoriais, alucinações e sinestésias, atuando principalmente via receptores serotoninérgicos (5-HT_{2A}).

d) Correta. Cocaína, crack e metanfetaminas são exemplos clássicos de estimulantes do SNC. Essas substâncias aumentam a disponibilidade de dopamina, noradrenalina e serotonina na fenda sináptica (seja pelo bloqueio da recaptção ou pelo estímulo à liberação). O efeito clínico é o estado de alerta exacerbado, euforia, aumento da frequência cardíaca, hipertensão arterial, redução do apetite e aumento da atividade motora e mental.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 86

O diagnóstico de transtornos alimentares exige a análise detalhada do comportamento alimentar, dos métodos compensatórios e do estado nutricional (Índice de Massa Corpórea - IMC). No caso clínico apresentado, a paciente apresenta um quadro clássico de Bulimia Nervosa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O transtorno de ruminação caracteriza-se pela regurgitação repetida de alimentos, que podem ser remastigados, deglutidos novamente ou cuspidos. Não envolve episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos purgativos (como vômitos e laxantes) nem a preocupação patológica com o peso e a forma física descrita na questão.

b) Incorreta. No Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), o indivíduo apresenta episódios de ingestão exagerada de alimentos com perda de controle, mas, diferentemente da bulimia, não utiliza métodos compensatórios inadequados (vômitos, laxantes, exercícios extenuantes) para evitar o ganho de peso.

c) Correta. A Bulimia Nervosa é definida por: 1) Episódios recorrentes de compulsão alimentar (comer grande quantidade em curto tempo com sensação de perda de controle); 2) Comportamentos compensatórios recorrentes para evitar o ganho de peso (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, exercícios físicos excessivos); 3) Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma física e peso. A paciente apresenta todos esses critérios, incluindo o uso secreto de laxantes, que resultou em diarreia crônica e consequente fissura anal, queixa que a levou ao proctologista. O IMC de 19 kg/m² (dentro da normalidade) é um dado clínico frequente na bulimia, diferenciando-a da anorexia.

d) Incorreta. Embora a Anorexia Nervosa (tipo purgativo) também envolva episódios de purgação, o critério fundamental para esse diagnóstico é o baixo peso corporal significativo (IMC abaixo de 18,5 kg/m² para adultos ou abaixo do esperado para a idade/estatura). A paciente em questão possui IMC de 19 kg/m², o que a enquadra na faixa de normalidade, direcionando o diagnóstico para Bulimia Nervosa.

Em resumo, a combinação de compulsão alimentar, métodos purgativos (vômitos e laxantes), exercício físico excessivo e preocupação extrema com a autoimagem, mantendo um peso dentro da faixa de normalidade, sela o diagnóstico de Bulimia Nervosa.

Questão 87

A diferenciação entre disforia puerperal e depressão pós-parto é um tema frequente em provas de residência, exigindo do candidato o conhecimento sobre o tempo de início, a duração dos sintomas e o impacto na funcionalidade da paciente.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. A disforia puerperal, também conhecida como "baby blues", é um quadro fisiológico e transitório que atinge até 80% das mulheres. Inicia-se precocemente (geralmente entre o 3º e o 5º dia após o parto) e desaparece espontaneamente em até duas semanas. A mãe apresenta labilidade emocional, choro fácil e irritabilidade, mas mantém o cuidado com o recém-nascido. Já a depressão puerperal é um quadro patológico que surge geralmente após as primeiras duas semanas (podendo ocorrer meses depois), apresenta sintomas depressivos intensos, anedonia, sentimentos de culpa e gera prejuízo funcional significativo, dificultando o vínculo e o cuidado com o bebê.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta porque inverte a temporalidade das condições. A disforia é, por definição, um estado agudo e transitório, enquanto a depressão tem caráter mais persistente e prolongado se não for tratada.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta, pois simplifica demais a etiologia das patologias. Embora a disforia puerperal tenha uma forte correlação com a queda abrupta de progesterona e estrogênio logo após o parto, a depressão puerperal também possui componentes biológicos e hormonais importantes, além dos fatores psicossociais. Ambas são multifatoriais, e não se pode excluir a biologia da depressão ou a psicologia da disforia.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A presença de sintomas psicóticos (como delírios e alucinações) caracteriza a psicose puerperal, que é uma emergência psiquiátrica distinta da disforia e da depressão puerperal comum. A disforia puerperal nunca apresenta sintomas psicóticos, sendo um quadro leve e benigno. A depressão puerperal pode, em casos raros e graves, evoluir com sintomas psicóticos, mas isso não é o critério que a define em relação à disforia.

Questão 88

A questão aborda os níveis de prevenção aplicados à saúde mental, especificamente sobre o transtorno depressivo. Para identificar a resposta correta, é necessário diferenciar os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária:

1. Prevenção Primária: Ocorre antes da manifestação da doença. Seu objetivo é remover causas e fatores de risco, além de fortalecer fatores protetores na população geral ou em grupos de risco, visando a diminuir a incidência do transtorno.

2. Prevenção Secundária: Foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato para evitar a evolução do quadro.
3. Prevenção Terciária: Atua em indivíduos que já possuem a doença crônica ou sequelas, visando à reabilitação, à redução de incapacidades e à prevenção de recaídas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A prescrição de antidepressivos para pessoas já diagnosticadas é uma medida de tratamento clínico. No contexto da saúde coletiva, enquadra-se como prevenção secundária (tratamento precoce) ou terciária (manejo da doença estabelecida), mas nunca primária, pois a doença já está presente.

Alternativa (b) Correta. Esta é uma medida clássica de prevenção primária. O fortalecimento de redes sociais, a prática de atividades físicas e o engajamento comunitário são fatores protetores que atuam na promoção da saúde e na redução do risco de surgimento de novos casos de depressão na população geral.

Alternativa (c) Incorreta. A criação de espaços para reabilitação e prevenção de recaídas é uma ação de prevenção terciária. Além disso, a psiquiatria moderna e a reforma psiquiátrica preconizam a reintegração social, e não o isolamento, como estratégia terapêutica.

Alternativa (d) Incorreta. Grupos de autoajuda para quem já possui o transtorno são estratégias de suporte social e reabilitação, classificando-se como prevenção terciária. O foco aqui é o manejo da condição existente e não a prevenção do seu surgimento inicial.

Questão 89

O matriciamento, ou apoio matricial, é um modelo de organização do trabalho em saúde que visa oferecer suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial às equipes de referência (como a Estratégia de Saúde da Família). O objetivo é ampliar a resolutividade da atenção primária por meio do compartilhamento de saberes e da corresponsabilização dos casos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O matriciamento busca o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro ordenador da rede e porta de entrada preferencial. A centralização em unidades de emergência é uma característica do modelo hospitalocêntrico e fragmentado, que o matriciamento visa superar ao permitir que

casos complexos sejam manejados no território sempre que possível.

Alternativa b: Incorreta. O apoio matricial exige obrigatoriamente a participação e o diálogo com a equipe de saúde da família. A ideia não é transferir a responsabilidade para o especialista (modelo tradicional de encaminhamento), mas sim construir um cuidado compartilhado onde a equipe de referência mantém o vínculo com o paciente.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve as duas principais dimensões do matriciamento. O apoio técnico (dimensão assistencial) ocorre quando o especialista e a equipe da APS discutem casos ou realizam atendimentos conjuntos. A troca de saberes e a capacitação contínua (dimensão técnico-pedagógica) garantem que a equipe de saúde da família aprenda novas estratégias de manejo, aumentando sua autonomia e capacidade resolutiva.

Alternativa d: Incorreta. O matriciamento não se baseia em protocolos rígidos que limitam a autonomia. Pelo contrário, ele promove a flexibilidade e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), valorizando o saber da equipe local e adaptando o conhecimento especializado às necessidades específicas de cada comunidade e paciente.

Gabarito: Letra (c).

Questão 90

O tema central desta questão é a Reforma Psiquiátrica Brasileira, fundamentada na Lei 10.216/2001, que busca a substituição do modelo asilar (focado no isolamento) por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de base comunitária e territorial.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. O hospital psiquiátrico tradicional baseia-se no modelo de internação e segregação. O tratamento "prolongado e sem interação com a comunidade" é o oposto do que propõe a psiquiatria social, pois favorece a perda de vínculos sociais e o aumento do estigma, indo contra o objetivo de inclusão social.

Alternativa (b) Incorreta. Embora clínicas particulares prestem assistência clínica, elas não constituem, por definição, um serviço de base comunitária voltado para a formulação de políticas públicas de inclusão. Além disso, a restrição por condições financeiras fere o princípio de universalidade do SUS e não resolve o problema da inclusão social em nível populacional.

Alternativa (c) Incorreta. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são pontos de atenção às urgências e emergências. Elas cumprem o papel de estabilização em crises agudas, mas não possuem a estrutura necessária para o acompanhamento longitudinal, a reabilitação psicossocial ou atividades de integração comunitária necessárias para a inclusão social.

Alternativa (d) Correta. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica. Ele é um serviço de saúde de porta aberta, inserido na comunidade, que conta com equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros). O CAPS foca na reabilitação psicossocial por meio de oficinas, grupos terapêuticos e suporte social, visando manter o indivíduo em seu território e promover sua autonomia e cidadania.

Gabarito: Letra (d).

Questão 91

A alternativa (a) está correta. O etomidato é um agente hipnótico amplamente utilizado na Sequência Rápida de Intubação (SRI), especialmente em pacientes com trauma ou instabilidade hemodinâmica, devido ao seu baixo impacto na pressão arterial e na perfusão cerebral. No entanto, ele possui um efeito pró-convulsivante, sendo capaz de reduzir o limiar convulsivo e causar mioclonias (contrações musculares involuntárias) durante a indução. Por essa razão, ele é, inclusive, utilizado em alguns serviços para facilitar o mapeamento de focos epiléticos ou em eletroconvulsoterapia.

A alternativa (b) está incorreta. O midazolam, embora seja um benzodiazepínico de ação curta, possui um tempo de latência (início de ação) mais demorado que o do etomidato ou o do propofol, levando de 2 a 5 minutos para agir. Sua duração de ação após uma dose de indução é variável, mas geralmente ultrapassa os 30 minutos, podendo chegar a 1 ou 2 horas, o que é um tempo superior ao desejado para o efeito imediato de uma intubação em ambiente de emergência.

A alternativa (c) está incorreta. É importante diferenciar tempo de efeito de meia-vida. A quetamina tem uma duração de ação clínica curta (cerca de 10 a 15 minutos) devido à redistribuição da droga para tecidos periféricos. No entanto, sua meia-vida de eliminação é de aproximadamente 2 a 3 horas, o que não é considerado tecnicamente uma meia-vida curta no contexto da farmacologia de emergência.

A alternativa (d) está incorreta. O fentanil é um opioide sintético muito utilizado justamente por sua excelente estabilidade hemodinâmica. Diferente de outros

opioides, como a morfina, o fentanil não causa liberação de histamina e tem efeito mínimo sobre a contratilidade miocárdica e o tônus vascular. Portanto, a hipotensão após o seu uso é um evento raro, tornando-o seguro para pacientes politraumatizados.

Questão 92

A questão apresenta um quadro clínico de toxicidade neurológica e cerebelar aguda em um adolescente. A alternativa correta é a letra (d).

A fenitoína é um anticonvulsivante que possui uma janela terapêutica estreita. Quando os níveis séricos estão elevados, o fármaco afeta predominantemente o cerebelo e o sistema vestibular. Os sinais clássicos de intoxicação por fenitoína incluem nistagmo (que pode ser horizontal ou, em casos mais graves, vertical), diplopia, fala arrastada (disartria), ataxia de marcha e tremores de extremidades. A hiporreflexia também é um achado possível em níveis tóxicos elevados. O conjunto desses sintomas no paciente descrito aponta diretamente para a ingestão excessiva deste medicamento.

A alternativa (a) está incorreta porque a intoxicação por amitriptilina (antidepressivo tricíclico) manifesta-se principalmente através da síndrome anticolinérgica. Os sinais esperados seriam taquicardia, midríase, pele seca e quente, retenção urinária e diminuição de ruídos hidroaéreos. Além disso, a toxicidade grave por tricíclicos envolve alterações eletrocardiográficas (como o alargamento do complexo QRS), convulsões e coma, o que difere do quadro de nistagmo e ataxia puramente cerebelar.

A alternativa (b) está incorreta, pois o paracetamol é uma droga de toxicidade essencialmente hepática. Nas primeiras 24 horas após uma ingestão abusiva, o paciente pode estar completamente assintomático ou apresentar apenas sintomas gastrointestinais inespecíficos, como náuseas e vômitos. Ele não causa nistagmo, ataxia ou tremores de forma aguda.

A alternativa (c) está incorreta porque, embora o diazepam (um benzodiazepínico) cause depressão do sistema nervoso central com fala arrastada e ataxia, ele raramente produz nistagmo vertical ou tremores. O quadro típico de intoxicação por benzodiazepínicos é marcado por sonolência, letargia e, em doses muito altas, depressão respiratória, mas sem a exuberância dos sinais cerebelares vistos na fenitoína.

Questão 93

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica de caráter polimicrobiano causada pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato superior. Os principais patógenos envolvidos são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, mas o processo frequentemente envolve bactérias anaeróbias e aeróbias da flora vaginal. Quando a paciente apresenta critérios de gravidade, como a sepse mencionada no enunciado (classificada como Monif IV), o tratamento deve ser realizado em regime hospitalar com antibioticoterapia de amplo espectro por via parenteral.

Alternativa a: Incorreta. A utilização apenas de ceftriaxona e metronidazol falha em cobrir a *Chlamydia trachomatis*. A clamídia é um agente intracelular obrigatório que exige o uso de doxiciclina para sua erradicação efetiva no tratamento da DIP.

Alternativa b: Incorreta. O esquema ceftriaxona e doxiciclina cobre os dois principais agentes (gonococo e clamídia), porém, em casos graves, com sinais de infecção sistêmica, sepse ou abscesso, a cobertura para anaeróbios é fundamental. Pelos protocolos mais recentes, como os do CDC e do Ministério da Saúde, o metronidazol deve ser adicionado para garantir essa cobertura anaeróbia em pacientes que necessitam de internação.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa apresenta o esquema tríplice preconizado para o tratamento hospitalar da DIP. A ceftriaxona (cefalosporina de 3ª geração) atua contra o gonococo; a doxiciclina é eficaz contra a clamídia; e o metronidazol oferece a cobertura necessária contra germes anaeróbios, que são frequentes em quadros graves e em complicações como abscessos tubo-ovarianos.

Alternativa d: Incorreta. Estes antibióticos não compõem o esquema de primeira escolha para DIP. O esquema alternativo padrão para tratamento parenteral, quando não se utiliza o regime com cefalosporinas de terceira geração, é a associação de clindamicina com gentamicina, visando cobrir gram-negativos e anaeróbios. A combinação sugerida na alternativa não possui respaldo nas diretrizes clínicas para esta patologia.

Questão 94

Esta questão aborda o diagnóstico diferencial de "olho vermelho" na emergência, um tema frequente que exige o reconhecimento de sinais de gravidade para o manejo adequado.

Alternativa A: Incorreta. O hifema caracteriza-se pela presença de sangue na câmara anterior do olho, sendo mais comumente associado a traumas contusos ou

complicações cirúrgicas, e não à ceratite. A ceratite (inflamação da córnea) apresenta tipicamente dor ocular, fotofobia e pode levar à formação de infiltrados ou úlceras, mas não costuma causar sangramento na câmara anterior de forma primária.

Alternativa B: Incorreta. A conjuntivite é a causa mais comum de olho vermelho e, classicamente, não cursa com diminuição acentuada da acuidade visual. Nela, a visão costuma estar preservada ou apenas discretamente borrada devido à presença de secreção. A perda súbita ou acentuada da visão é um sinal de alerta para patologias mais graves, como glaucoma agudo, uveíte anterior ou úlcera de córnea.

Alternativa C: Incorreta. Embora o trauma ocular possa causar fotofobia (especialmente se houver abrasão corneana ou uveíte traumática), a fotofobia é um sintoma inespecífico presente em diversas inflamações oculares. A correlação apresentada não é tão específica quanto a tríade clássica de outras doenças.

Alternativa D: Correta. O glaucoma agudo (crise de fechamento angular) é uma emergência oftalmológica. O quadro clínico clássico inclui dor ocular intensa, cefaleia ipsilateral, náuseas, vômitos, edema de córnea (aspecto "embaçado") e olho muito hiperemiado. Ao exame físico, o sinal semiológico patognomônico é a pupila em midríase média (paralisada e semirreativa à luz), decorrente da isquemia do esfíncter da íris causada pelo aumento súbito e severo da pressão intraocular.

Questão 95

A conduta diante de um paciente com plaquetopenia depende diretamente do procedimento a ser realizado e do risco de sangramento associado. As diretrizes das principais sociedades de hematologia definem limiares específicos para garantir a segurança do paciente.

Alternativa a) Incorreta. Para a realização de pequenas cirurgias e suturas cutâneas, o nível de segurança recomendado é de 50.000 / mm³. Embora valores menores possam ser tolerados em situações de extrema urgência na prática clínica, para fins de prova e segurança em procedimentos eletivos, o corte padrão é de 50.000 / mm³.

Alternativa b) Correta. A endoscopia digestiva alta é um procedimento que frequentemente envolve a realização de biópsias. O consenso médico estabelece que o valor de plaquetas deve estar acima de 50.000 / mm³ para que o procedimento seja realizado com segurança, prevenindo sangramentos iatrogênicos na mucosa digestiva.

Alternativa c) Incorreta. A punção lombar exige um cuidado rigoroso devido ao risco

de sangramento em um espaço incompressível (canal vertebral), o que pode resultar em hematoma epidural e compressão medular. O nível mínimo aceito na prática médica e nas diretrizes internacionais é de 50.000 / mm³, e não 40.000 / mm³.

Alternativa d) Incorreta. A passagem de acesso venoso central exige plaquetas acima de 20.000 / mm³ quando o procedimento é guiado por ultrassonografia por um profissional experiente. Caso a técnica seja a convencional (cega), o valor deve ser superior a 50.000 / mm³. O valor de 15.000 / mm³ é considerado inseguro para qualquer uma das técnicas.

Questão 96

Texto Original:

A solução polarizante é uma medida farmacológica utilizada no tratamento da hipercalemia (elevação dos níveis de potássio no sangue). O objetivo da administração da insulina regular é estimular a bomba de sódio-potássio ATPase nas membranas celulares, o que promove o deslocamento do potássio do meio extracelular para o meio intracelular, reduzindo a calemia. A glicose é administrada concomitantemente apenas para prevenir a hipoglicemia que seria causada pela insulina.

Alternativa a: Incorreta. 500 mL de soro glicosado (SG) a 5 por cento contêm 25 gramas de glicose. Se utilizarmos 10 UI de insulina para 25 g de glicose, a proporção seria de 1 UI para cada 2,5 g. Essa relação é considerada perigosa, pois oferece muita insulina para pouca glicose, elevando o risco de hipoglicemia severa.

Alternativa b: Incorreta. 1000 mL de SG a 10 por cento contêm 100 gramas de glicose. Ao usar 10 UI de insulina, a proporção seria de 1 UI para cada 10 g de glicose. Embora seja seguro do ponto de vista glicêmico, o volume de 1 litro de fluido é excessivo para uma medida de urgência, podendo causar sobrecarga volêmica no paciente, especialmente naqueles com insuficiência renal ou cardíaca.

Alternativa c: Incorreta. 10 mL de glicose a 50 por cento contêm 5 gramas de glicose. Prescrever 10 UI para 5 g de glicose resultaria em uma proporção de 2 UI de insulina para cada 1 g de glicose, o que levaria a uma queda glicêmica brusca e perigosa.

Alternativa d: Correta. A recomendação clássica para a solução polarizante é a proporção de 1 UI de insulina regular para cada 4 a 5 gramas de glicose. Essa relação é eficaz para promover a entrada do potássio na célula e, ao mesmo tempo, manter a estabilidade glicêmica do paciente. Uma das prescrições mais comuns na prática clínica é a administração de 10 UI de insulina regular diluídas em 100 mL de glicose a 50 por cento (que totalizam 50 gramas de glicose), respeitando exatamente a

proporção de 1 UI para 5 g descrita nesta alternativa.

Questão 97

Esta questão aborda o manejo agudo da Hipertensão Intracraniana (HIC) e sinais de herniação (como a uncal) em pacientes com Trauma Cranioencefálico (TCE) grave. O objetivo é estabilizar o paciente e evitar danos secundários enquanto se aguarda a transferência ou avaliação neurocirúrgica.

Alternativa (a) Incorreta. Embora o manitol e a solução salina hipertônica sejam as principais terapias osmóticas, a escolha não é meramente uma preferência pessoal "exclusiva" do médico. Ela deve ser baseada no perfil hemodinâmico do paciente. O manitol possui efeito diurético e pode causar hipotensão, sendo evitado em pacientes hipovolêmicos ou chocados. Já a solução salina hipertônica pode ser preferível em pacientes instáveis hemodinamicamente, pois auxilia na expansão volêmica.

Alternativa (b) Correta. A hiperventilação controlada é uma medida de resgate para reduzir rapidamente a pressão intracraniana em vigência de herniação iminente. A redução da pCO₂ (gás carbônico) no sangue provoca vasoconstrição das arteríolas cerebrais, diminuindo o volume sanguíneo intracraniano e, conseqüentemente, a pressão. O alvo deve ser manter a pCO₂ entre 30 e 35 mmHg. Valores abaixo de 25-30 mmHg devem ser evitados, pois a vasoconstrição excessiva pode causar isquemia cerebral grave.

Alternativa (c) Incorreta. A recomendação padrão para o manejo da hipertensão intracraniana é manter a cabeceira elevada entre 30 e 45 graus, mantendo o pescoço em posição neutra. Essa angulação otimiza o retorno venoso jugular e ajuda a reduzir a pressão intracraniana. A elevação de apenas 10 graus é considerada insuficiente para esse fim terapêutico.

Alternativa (d) Incorreta. A Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), que é a diferença entre a Pressão Arterial Média (PAM) e a Pressão Intracraniana (PIC), deve ser mantida, idealmente, entre 60 e 70 mmHg. Valores abaixo de 50-60 mmHg estão associados a um aumento da mortalidade e maior risco de isquemia cerebral. Portanto, manter a PPC acima de apenas 40 mmHg é perigoso e insuficiente para garantir a oxigenação adequada dos tecidos cerebrais.

Questão 98

O desmame da ventilação mecânica é o processo de transição da ventilação artificial para a ventilação espontânea. Para que esse processo seja iniciado com segurança, o paciente deve cumprir critérios clínicos e fisiológicos que indiquem que ele suportará o aumento do trabalho respiratório sem falência cardiovascular ou exaustão.

Alternativa A (CORRETA): A estabilidade hemodinâmica é um pré-requisito essencial. O paciente não deve apresentar isquemia miocárdica ativa, arritmias graves ou hipotensão severa. Ter uma frequência cardíaca (FC) controlada, geralmente abaixo de 140 bpm, e estar sem necessidade de vasopressores (ou com doses mínimas e estáveis) indica que o coração possui reserva funcional para tolerar o esforço da respiração espontânea, que aumenta o retorno venoso e o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

Alternativa B (INCORRETA): O nível de consciência é importante para a proteção das vias aéreas e para o sucesso da extubação, mas a exigência de uma escala de Glasgow maior que 12 é excessiva. A maioria dos protocolos de desmame exige que o paciente esteja desperto, sem sedação contínua ou com sedação leve, e que apresente um Glasgow maior que 8, sendo capaz de obedecer a comandos simples (como abrir os olhos ou apertar a mão).

Alternativa C (INCORRETA): Esta alternativa apresenta um erro de unidade de medida. Na prática clínica e na ventilação mecânica, a PEEP (Pressão Positiva ao Final da Expiração) é medida em centímetros de água (cmH₂O), e não em milímetros de mercúrio (mmHg). Além disso, os valores aceitáveis para iniciar o desmame geralmente variam entre 5 e 8 cmH₂O.

Alternativa D (INCORRETA): A relação PaO₂/FiO₂ é um parâmetro fundamental para avaliar a oxigenação. No entanto, o valor de corte aceito pela maioria das diretrizes internacionais e pelo Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica para considerar o desmame é uma relação PaO₂/FiO₂ maior ou igual a 150 ou 200 (com PEEP menor ou igual a 5-8 cmH₂O). Uma relação de 140 ainda sugere um comprometimento pulmonar que pode levar à falha caso o suporte ventilatório seja retirado.

Portanto, a alternativa A é a única que descreve corretamente um critério de estabilidade clínica necessário para o início do protocolo de desmame.

Questão 99

O quadro clínico descreve um paciente com anafilaxia grave após picadas de abelhas, apresentando sinais de choque (hipotensão e taquicardia) e sintomas gastrointestinais (vômitos e dor abdominal). O tratamento de primeira linha, imediato e que reduz a mortalidade na anafilaxia é a adrenalina (epinefrina).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A via endovenosa (EV) não é a escolha inicial para o manejo da anafilaxia. O uso de adrenalina por via venosa é reservado para casos de choque refratário a sucessivas doses intramusculares e reposição volêmica vigorosa, ou em situações de parada cardiorrespiratória. A administração EV requer monitorização cardíaca contínua e diluições específicas para evitar complicações graves, como arritmias e hemorragia intracraniana.

Alternativa b) Incorreta. A dose de 1 mg EV é o padrão utilizado no protocolo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) para pacientes em parada cardiorrespiratória. Administrar essa dose em bolus em um paciente com pulso presente é perigoso e contraindicado, podendo causar eventos cardiovasculares fatais.

Alternativa c) Correta. A via intramuscular (IM) é a via preferencial e padrão-ouro no tratamento da anafilaxia. Ela proporciona um início de ação rápido e níveis plasmáticos mais altos e constantes do que a via subcutânea. O local de aplicação recomendado é a face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral). Para adultos, a dose preconizada é de 0,3 a 0,5 mg (utilizando a adrenalina na concentração de 1:1.000, ou seja, 1 mg/mL).

Alternativa d) Incorreta. A via subcutânea (SC) não é recomendada para o tratamento da anafilaxia. Estudos demonstram que a absorção da droga por essa via é mais lenta e errática, especialmente em pacientes hipotensos (com má perfusão periférica), o que compromete a eficácia do tratamento em uma emergência tempo-dependente.

Em resumo, para um adulto com sinais de anafilaxia, a conduta imediata é adrenalina 0,5 mg via intramuscular no vasto lateral da coxa. Outras medidas, como corticoides e anti-histamínicos, são adjuvantes e nunca devem retardar a aplicação da adrenalina.

Questão 100

A classificação da hipotermia em graus (frequentemente baseada no Sistema Suíço de Estadiamento) orienta a conduta terapêutica de acordo com a gravidade clínica do paciente. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Correta. No grau 1 (hipotermia leve, temperatura entre 32 e 35 graus Celsius), o paciente está consciente e apresenta tremores vigorosos. O manejo clínico baseia-se no reaquecimento externo passivo, que consiste em retirar a vítima do ambiente frio, remover roupas molhadas, secar o paciente e cobri-lo com mantas ou cobertores em um ambiente aquecido. Isso permite que o próprio metabolismo do paciente gere calor para a recuperação térmica.

Alternativa B: Incorreta. No grau 2 (hipotermia moderada, temperatura entre 28 e 32 graus Celsius), o paciente apresenta alteração do nível de consciência (letargia) e os tremores desaparecem. O tratamento requer reaquecimento ativo externo (como mantas térmicas e ar aquecido) e pode incluir medidas ativas internas, como o uso de fluidos parenterais aquecidos (38 a 42 graus Celsius). Portanto, não é um tratamento puramente passivo.

Alternativa C: Incorreta. No grau 3 (hipotermia grave, temperatura geralmente abaixo de 28 graus Celsius), o paciente está inconsciente, mas ainda possui sinais vitais presentes. O tratamento envolve medidas de reaquecimento interno ativo (lavagem peritoneal ou pleural com soro aquecido, fluidos intravenosos aquecidos e aquecimento de vias aéreas). A ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea) ou o suporte de vida extracorpóreo (ECLS) são considerados se houver instabilidade hemodinâmica grave ou falha nas medidas iniciais, mas não são a regra absoluta para todos os casos de grau 3 sem instabilidade extrema.

Alternativa D: Incorreta. O grau 4 caracteriza-se pela hipotermia com parada cardiorrespiratória (ausência de sinais vitais). O tratamento preferencial de escolha para o reaquecimento nesses casos é o suporte de vida extracorpóreo (ECLS/ECMO), que permite o reaquecimento rápido e mantém a perfusão dos órgãos. A toracotomia para aquecimento interno é uma medida invasiva de exceção, reservada para situações em que o suporte extracorpóreo não está disponível e outras manobras de ressuscitação falharam.

Resumo da classificação:

- Grau 1: Consciente, com tremores (Reaquecimento Passivo).
- Grau 2: Consciência alterada, sem tremores (Reaquecimento Ativo Externo).
- Grau 3: Inconsciente, com sinais vitais (Reaquecimento Ativo Interno).
- Grau 4: Sem sinais vitais (ECMO/ECLS).