



HCPA

GABARITO | 2025 | RS | 100 Questões



Gabarito: HCPA

2025 | RS

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O período ideal para a realização da coleta do Teste do Pezinho (Programa Nacional de Triagem Neonatal) é entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido. Essa recomendação visa evitar interferências de fenômenos fisiológicos do parto e garantir que a criança já tenha tido um aporte nutricional proteico e de lactose suficiente para a detecção de erros inatos do metabolismo.

Alternativa (b) CORRETA: No caso do Hipotireoidismo Congênito, o rastreamento é feito primordialmente pela dosagem do TSH neonatal. Imediatamente após o nascimento, ocorre um aumento fisiológico abrupto do TSH, conhecido como pico neonatal de TSH, que atinge seu nível máximo cerca de 30 a 60 minutos após o parto para estimular a produção de hormônios tireoidianos essenciais para a termogênese. Os níveis de TSH começam a declinar progressivamente, mas, se a coleta for realizada antes de 48 a 72 horas de vida (antes do 3º dia), os valores ainda podem estar acima do ponto de corte laboratorial, resultando em um falso positivo.

Alternativa (a) INCORRETA: Para o rastreamento da Fenilcetonúria, é necessário que o recém-nascido tenha ingerido uma quantidade adequada de fenilalanina (presente no leite materno ou fórmulas infantis). Se a coleta for feita precocemente, antes de o bebê ter se alimentado o suficiente, os níveis de fenilalanina no sangue podem não ter subido o bastante para serem detectados, o que resultaria em um falso negativo, e não em um falso positivo.

Alternativa (c) INCORRETA: A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) é rastreada pela dosagem da 17-alfa-hidroxiprogesterona (17-OHP). Embora existam muitos falsos positivos na triagem da HAC, eles ocorrem majoritariamente em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, devido ao estresse do nascimento ou à imaturidade do eixo adrenal. Em um recém-nascido a termo e com peso adequado (3.000 g), como o descrito na questão, a alteração mais clássica esperada pela coleta precoce devido ao pico fisiológico pós-parto é a do TSH.

Alternativa (d) INCORRETA: Na Galactosemia, o rastreio busca identificar o acúmulo de galactose ou a deficiência da enzima GALT. Semelhante à Fenilcetonúria, se a coleta for feita antes de uma oferta láctea adequada, o teste poderia teoricamente apresentar um falso negativo. No entanto, o enunciado busca a correlação mais frequente e academicamente consagrada sobre a precocidade do teste, que reside no falso positivo do TSH.

Questão 2

O ponto central desta questão é o tempo limite para a interrupção das manobras de reanimação neonatal em um recém-nascido que persiste em assistolia (ausência de frequência cardíaca). Essa diretriz foi atualizada recentemente pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A interrupção da reanimação aos 10 minutos era a recomendação de diretrizes mais antigas. Atualmente, entende-se que esse tempo é insuficiente para determinar a irreversibilidade da parada cardiorrespiratória em ambiente de sala de parto, dada a possibilidade de melhores desfechos neurológicos em casos selecionados com reanimação estendida.

b) Incorreta. O tempo de 15 minutos não é o preconizado pelas normas vigentes da SBP ou do ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation). Embora seja superior aos 10 minutos, ainda não atinge o tempo limite estabelecido por evidências recentes.

c) Correta. De acordo com as diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (atualização de 2022), para recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas, se a frequência cardíaca permanecer ausente (Apgar 0) apesar de todas as manobras de reanimação avançada realizadas de forma adequada (ventilação efetiva, massagem cardíaca e uso de adrenalina), a interrupção dos esforços pode ser considerada aos 20 minutos de vida. A decisão deve ser comunicada à família de forma ética e acolhedora assim que possível. Estudos mostram que a persistência da assistolia após 20 minutos de reanimação adequada está associada a uma altíssima mortalidade ou a uma sobrevivência com sequelas neurológicas extremamente graves.

d) Incorreta. O tempo de 30 minutos excede o recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais para o caso de assistolia persistente. Embora o suporte familiar seja fundamental, a decisão técnica de suspender a reanimação baseia-se em protocolos de futilidade terapêutica e prognóstico clínico, não dependendo exclusivamente de uma autorização prévia da família no momento da emergência.

Resumo da conduta: Em recém-nascidos a termo ou pré-termo tardios, a ausência de batimentos cardíacos após 20 minutos de reanimação avançada completa é o critério atual para cessar os procedimentos e declarar o óbito.

Questão 3

Para resolver essa questão, é fundamental identificar o diagnóstico de neurosífilis e conhecer as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil para o tratamento da sífilis congênita.

Análise do caso clínico:

O recém-nascido apresenta VDRL reagente no líquido (1:2). Na neonatologia, qualquer titulação de VDRL no líquido, independentemente do valor, confirma o diagnóstico de neurosífilis. Além disso, a celularidade está aumentada (35 leucócitos/mm³), o que reforça o comprometimento do sistema nervoso central.

Conduta e tempo de tratamento:

De acordo com as diretrizes brasileiras, casos de sífilis congênita com alteração líquórica (neurosífilis) devem ser tratados obrigatoriamente com Penicilina G Cristalina por via intravenosa (IV). O tempo total de tratamento para sífilis congênita é de 10 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): CORRETA. Como há alteração no líquido, o tratamento de escolha é a Penicilina G Cristalina por via intravenosa. Se o acesso periférico foi perdido e não é mais possível obtê-lo, a obtenção de um acesso venoso central é necessária para garantir a conclusão do esquema terapêutico. O tempo total preconizado é de 10 dias.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora a via e a medicação estejam corretas para o quadro de neurosífilis, o tempo de tratamento estabelecido pelos protocolos nacionais e internacionais para sífilis congênita é de 10 dias, e não 14 dias.

Alternativa (c): INCORRETA. A Penicilina G Procaína (via intramuscular) é uma alternativa de tratamento para a sífilis congênita apenas nos casos em que o líquido está normal e não há evidências de neurosífilis. Como o paciente apresenta VDRL positivo no líquido, a via intravenosa com Penicilina Cristalina é mandatória. Além disso, o tratamento não deve ser finalizado de forma ambulatorial antes de completar o ciclo necessário para o sistema nervoso central.

Alternativa (d): INCORRETA. Esta alternativa apresenta dois erros: indica a Penicilina Procaína para um paciente com neurosífilis e estende o tempo de tratamento para 14 dias, o que não condiz com as diretrizes para o manejo neonatal da infecção.

Resumo: O achado de VDRL positivo no líquido define a necessidade de 10 dias de Penicilina Cristalina IV. A perda de acesso venoso periférico exige a obtenção de um

novo acesso (central ou profundo) para que o tratamento não seja interrompido, uma vez que interrupções superiores a 24 horas obrigam o reinício de toda a contagem do tempo de tratamento.

Questão 4

O ponto central desta questão é o risco da "janela imunológica" materna. Embora a gestante apresente testes rápidos e sorologias negativas, ela vive em uma situação de exposição de risco, pois seu parceiro é sabidamente HIV-positivo e apresenta carga viral detectável (250 cópias/ml). Para que o risco de transmissão sexual seja considerado desprezível (o conceito de Indetectável = Intransmissível), a carga viral do parceiro deveria estar abaixo de 50 cópias/ml há pelo menos seis meses. Como a carga viral do marido é de 250 cópias, existe o risco de a mãe ter contraído o vírus recentemente e estar em fase de infecção aguda, na qual os testes de anticorpos (como o teste rápido) ainda são negativos, mas a carga viral sistêmica é altíssima, elevando drasticamente o risco de transmissão vertical.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O fato de a mãe ser HIV-negativa nos testes rápidos de triagem não exclui a possibilidade de infecção aguda (janela imunológica). Liberar o aleitamento materno sem investigação adicional em uma paciente com parceiro sabidamente viremiante seria um erro grave, pois o leite materno é uma via importante de transmissão do HIV.

b) Incorreta. Solicitar apenas o teste anti-HIV para o recém-nascido (RN) não faz sentido clínico nesse contexto, pois o RN ainda não produz anticorpos próprios de forma detectável e o teste refletiria apenas os anticorpos maternos (que já sabemos serem negativos). Além disso, a alternativa falha ao não prescrever a profilaxia necessária para o bebê e ao sugerir a suspensão definitiva do aleitamento sem antes confirmar se a mãe está realmente infectada.

c) Incorreta. Embora acerte ao suspender o aleitamento temporariamente, a profilaxia indicada está incompleta. O uso isolado de zidovudina (AZT) é reservado para recém-nascidos de baixo risco (mães com carga viral indetectável). Para cenários de alto risco ou suspeita de infecção aguda materna, a recomendação atual é a terapia profilática com três medicamentos.

d) Correta. Esta alternativa segue as diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV. Diante do risco de infecção aguda materna (parceiro com carga viral detectável), o RN é classificado como de alto risco. A conduta correta inclui:

1. Suspensão temporária do aleitamento materno até que a infecção materna seja descartada.
2. Início imediato de profilaxia antirretroviral no RN com esquema triplo: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL) por 28 dias.
3. Coleta de carga viral (RNA-HIV) da mãe para verificar se ela está na janela imunológica (viremia alta com anticorpos negativos). A carga viral do RN também deve ser monitorada conforme o protocolo de exposição.

O manejo correto visa proteger o recém-nascido de uma possível exposição maciça ao vírus caso a mãe esteja no pico da viremia inicial da infecção pelo HIV. Se a carga viral da mãe vier negativa, o aleitamento pode ser restabelecido e a profilaxia do RN reavaliada.

Questão 5

Esta questão aborda o raciocínio clínico diante de um lactente com hipotonia generalizada e suspeita de síndrome genética, com foco especial na Síndrome de Down (Trissomia 21) e diagnósticos diferenciais.

Alternativa (a) Incorreta: As pregas epicânticas (pregas de pele no canto interno dos olhos) e a prega palmar única (também chamada de prega simiesca) são sinais dismórficos clássicos e muito frequentes na Síndrome de Down. A prega palmar única, por exemplo, está presente em cerca de 40% a 50% dos pacientes com a trissomia, uma frequência muito superior à da população geral.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o cariótipo seja o exame padrão para confirmar a trissomia e, principalmente, determinar o mecanismo genético envolvido (trissomia simples, translocação ou mosaicismo) — o que é essencial para o aconselhamento genético familiar —, o diagnóstico da Síndrome de Down é clínico. Na presença de um fenótipo exuberante, o médico já inicia a propedêutica de rastreio de malformações associadas antes mesmo do resultado citogenético. Além disso, outras técnicas, como o FISH ou o CGH-Array, também podem identificar a presença do cromossomo 21 extra.

Alternativa (c) Incorreta: Crianças com Síndrome de Down apresentam um padrão de crescimento estatural e de ganho ponderal diferente do de crianças híginas. Utilizar exclusivamente as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) pode gerar diagnósticos errôneos de déficit de crescimento ou desnutrição. Por isso, no acompanhamento de puericultura, devem ser utilizadas curvas de crescimento específicas para a Síndrome de Down.

Alternativa (d) Correta: O quadro de "bebê hipotônico" (floppy infant) exige a

distinção entre causas centrais (sistema nervoso central) e periféricas (unidade motora). A Síndrome de Prader-Willi é uma causa genética importante de hipotonia central neonatal severa, frequentemente associada a dificuldades de sucção. Já a Atrofia Muscular Espinhal (AME tipo 1) é a causa neuromuscular (periférica) mais comum de hipotonia grave no lactente, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e arreflexia. Ambas são diagnósticos diferenciais obrigatórios em qualquer lactente com hipotonia a esclarecer.

Questão 6

ANÁLISE DO CASO:

Estamos diante de uma queixa extremamente comum na prática pediátrica: a percepção materna de insuficiência de leite (hipogalactia), que frequentemente ocorre por volta dos 3 meses de vida do lactente. Nesse período, dois fenômenos fisiológicos convergem. Primeiro, a lactação deixa de ser puramente hormonal e passa a ser controlada principalmente pela demanda (mecanismo autócrino), o que faz com que as mamas não fiquem tão ingurgitadas ou "cheias" entre as mamadas, dando a falsa impressão de que o leite secou. Segundo, o bebê passa por um dos "picos de crescimento", aumentando a frequência das mamadas para estimular a produção láctea de acordo com suas novas necessidades. A desaceleração leve no peso pode ser reflexo de uma técnica que precisa de ajuste ou apenas uma flutuação da curva que requer atenção, mas não intervenção medicamentosa ou alimentar imediata.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A conduta de apenas observar e agendar retorno é insuficiente e perigosa. Se a mãe já está insegura e o ganho de peso desacelerou, a falta de orientação técnica pode levar à introdução precoce de outros alimentos ou fórmulas por conta própria, resultando no desmame. O médico deve intervir com educação em saúde e manejo da amamentação imediatamente.

ALTERNATIVA B - CORRETA: Esta é a conduta inicial de escolha. As medidas não farmacológicas envolvem: explicar à mãe a fisiologia da mama aos 3 meses (que mamas menos tensas são normais), reforçar a livre demanda (aumentar a frequência das mamadas para estimular a produção), revisar a técnica de pega e posicionamento, garantir que o bebê esvazie a primeira mama antes de oferecer a segunda (para receber o leite posterior, rico em gordura e calorias) e incentivar o repouso e a hidratação materna. Essas ações costumam ser suficientes para reverter a desaceleração do peso e tranquilizar a família.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: Galactogogos (como domperidona ou metoclopramida) são medicações com efeitos colaterais e devem ser reservados apenas para casos específicos em que o manejo clínico adequado falhou em aumentar a produção

láctea. Não há indicação de usá-los como primeira linha de tratamento sem antes esgotar as orientações de manejo de amamentação, especialmente quando não há uma patologia materna ou do lactente identificada.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A introdução de fórmula infantil neste cenário é um erro clássico que precipita o desmame precoce. Ao receber a fórmula, o lactente suga menos o peito, o que reduz o estímulo sensorial no mamilo e, conseqüentemente, diminui a produção de prolactina e ocitocina pela mãe, criando um ciclo vicioso de hipogalactia real. A suplementação só é indicada após a falha comprovada das medidas de suporte à amamentação e persistência de déficit ponderal significativo.

Questão 7

Com a erupção do primeiro dente decíduo (dente de leite), as recomendações de higiene oral mudam. Atualmente, o consenso entre a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED) e o Ministério da Saúde estabelece diretrizes claras para a prevenção da cárie dentária na infância.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A limpeza com gaze ou pano limpo umedecido era recomendada antigamente para a higiene das gengivas antes do nascimento dos dentes. A partir do momento em que o primeiro dente surge na cavidade oral, o uso da escova de dentes com cerdas macias e dentifrício fluoretado torna-se indispensável, pois a gaze não remove a placa bacteriana de forma eficaz.

Alternativa b) Incorreta. O uso de dentifrício não fluoretado não é recomendado. O flúor é o principal agente preventivo contra a cárie. Estudos demonstram que pastas sem flúor não possuem benefício terapêutico na proteção do esmalte dentário contra o desafio ácido provocado pelas bactérias.

Alternativa c) Correta. Esta é a recomendação atual. Assim que surge o primeiro dente, deve-se iniciar a escovação 2 vezes ao dia com dentifrício que contenha, no mínimo, 1.000 ppm (partes por milhão) de flúor. Para crianças de até 3 anos (ou que ainda não sabem cuspir), a quantidade de pasta deve ser mínima, comparada à "metade de um grão de arroz cru" (aproximadamente 0,05 g), para minimizar o risco de fluorose sistêmica caso a criança engula o produto.

Alternativa d) Incorreta. Embora a concentração de flúor esteja correta (1.000 ppm), a quantidade equivalente a um "grão de ervilha" (0,1 g) é indicada apenas para crianças maiores, geralmente acima de 3 anos, que já possuem controle da

deglutição e conseguem cuspir o excesso. Para um lactente de 6 meses, essa quantidade é excessiva e aumenta o risco de ingestão excessiva de flúor.

Resumo do Guia Prático:

- Quando iniciar: Na erupção do primeiro dente.
- Qual pasta usar: Com flúor (mínimo de 1.000 a 1.100 ppm).
- Qual quantidade: Metade de um grão de arroz (0 a 3 anos).
- Frequência: 2 vezes ao dia (sendo uma obrigatoriamente antes de dormir).

Questão 8

A introdução da alimentação complementar deve ocorrer aos 6 meses de idade para lactentes nascidos a termo e saudáveis, conforme as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde (Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos). Nesse período, as necessidades nutricionais de micronutrientes, especialmente ferro e zinco, aumentam, e o leite materno isoladamente deixa de ser suficiente, embora continue sendo fundamental até os 2 anos ou mais.

Alternativa (a): Correta. A orientação atual é que, ao atingir os 6 meses, a criança deve iniciar a alimentação complementar de forma variada. Isso inclui as frutas e a refeição principal (papa salgada). A recomendação é que a refeição principal contenha, desde o início, um alimento de cada grupo: cereais ou tubérculos (arroz, milho, batata, mandioca), leguminosas (feijão, lentilha, grão-de-bico), hortaliças (legumes e verduras) e proteínas animais (carne bovina, frango, peixe, miúdos ou ovos). A introdução precoce do ovo e do peixe também é recomendada para a prevenção de alergias.

Alternativa (b): Incorreta. Não existe a necessidade de aguardar 15 dias entre a introdução das frutas e dos outros grupos alimentares. A oferta dos diferentes grupos pode e deve ser iniciada de forma conjunta ou em intervalos curtos para garantir que a criança receba todos os nutrientes necessários.

Alternativa (c): Incorreta. O erro está em propor uma introdução excessivamente escalonada e, principalmente, em adiar para os 7 meses a oferta de feijões, carnes e ovos. Estes alimentos são as principais fontes de ferro e zinco, nutrientes críticos aos 6 meses de vida, e devem fazer parte da dieta desde os primeiros dias da introdução alimentar.

Alternativa (d): Incorreta. Semelhante à alternativa anterior, esta opção retarda a oferta de proteínas animais e leguminosas. Além disso, a introdução deve incluir frutas e hortaliças simultaneamente à oferta de cereais e tubérculos, visando à variedade de texturas e sabores necessária para a formação do hábito alimentar.

Questão 9

Análise técnica da questão:

O tema central é a imunização contra a dengue utilizando a vacina Qdenga (TAK-003), que é uma vacina de vírus vivo atenuado. Para responder corretamente, é necessário integrar o conhecimento sobre a bula do imunizante (aprovada pela ANVISA), as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde e as contraindicações gerais de vacinas de agentes vivos.

Análise dos membros da família:

1. Filho de 12 anos: Enquadra-se na faixa etária prioritária definida pelo Ministério da Saúde para o ano de 2024 (crianças e adolescentes de 10 a 14 anos). Não apresenta contraindicações mencionadas no enunciado.
2. Mãe de 32 anos: Embora a vacina seja aprovada pela ANVISA para pessoas de 4 a 60 anos, a mãe está amamentando uma filha de 15 meses. Por ser uma vacina de vírus vivo atenuado, a amamentação (lactação) é uma contraindicação formal de acordo com a bula e as orientações do Ministério da Saúde.
3. Marido de 40 anos: O marido teve dengue há 3 meses. A recomendação técnica do Ministério da Saúde e dos protocolos de imunização é que, caso o indivíduo tenha tido a doença recentemente, deve-se aguardar um intervalo de 6 meses para iniciar o esquema vacinal contra a dengue. Portanto, ele não pode ser vacinado no momento.
4. Filha de 15 meses: A vacina Qdenga é aprovada pela ANVISA apenas para indivíduos a partir dos 4 anos de idade. Portanto, a criança está fora da faixa etária permitida.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Correta. O filho de 12 anos é o único que possui indicação imediata, respeitando a faixa etária do PNI e a ausência de contraindicações.

Alternativa b) Incorreta. O pai deve aguardar o prazo de 6 meses após a infecção confirmada de dengue para receber a vacina. Como a infecção ocorreu há 3 meses, a vacinação não está indicada agora.

Alternativa c) Incorreta. A vacinação é contraindicada para mulheres em período de amamentação por se tratar de um imunizante de vírus vivo atenuado.

Alternativa d) Incorreta. A mãe (lactante), o pai (infecção recente há menos de 6 meses) e a filha (menor de 4 anos) possuem impedimentos técnicos ou clínicos para a vacinação imediata segundo as normas vigentes.

Questão 10

A questão aborda o manejo da Otite Média Aguda Recorrente (OMAR). No caso clínico, a criança de 18 meses apresenta o quarto episódio de infecção no ano, o que preenche os critérios para o diagnóstico de recorrência (definida como 3 ou mais episódios em 6 meses, ou 4 ou mais episódios em 12 meses). Diante da falha do controle dos fatores de risco, a indicação de tubos de ventilação (miringotomia com colocação de dreno) é uma conduta adequada.

Alternativa (a) Incorreta: A melhora na aquisição da fala é um benefício esperado principalmente nos casos de Otite Média com Efusão (otite serosa) de longa duração, em que a perda auditiva condutiva persistente prejudica o desenvolvimento da linguagem. Na Otite Média Aguda Recorrente, a audição costuma ser normal nos intervalos entre as crises, não sendo este o foco primário da intervenção.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o tubo de ventilação ajude a equalizar a pressão e eliminar fluidos, melhorando a audição durante a presença de efusão, o ganho auditivo progressivo não é o desfecho primário em pacientes com otites puramente recorrentes. O objetivo da cirurgia nesse cenário não é tratar uma surdez instalada, mas sim prevenir novos eventos infecciosos.

Alternativa (c) Incorreta: A redução das ausências escolares e a melhora na qualidade de vida da família são consequências positivas e desejadas do tratamento, mas são consideradas desfechos secundários ou de impacto social, e não o desfecho clínico primário avaliado em estudos de eficácia para este procedimento.

Alternativa (d) Correta: O principal objetivo clínico e o desfecho primário da inserção de tubos de ventilação em crianças com quadros recorrentes de Otite Média Aguda é a redução da frequência de novos episódios. O tubo permite a ventilação direta da orelha média, substituindo a função da tuba auditiva e evitando o acúmulo de secreção e a pressão negativa. Além disso, se ocorrer uma nova infecção, o dreno permite que o material purulento seja drenado e que o tratamento seja realizado com gotas otológicas tópicas, evitando o uso sistêmico de antibióticos.

Questão 11

Esta questão aborda os critérios diagnósticos e o manejo inicial da Desnutrição Aguda Grave (DAG) em pediatria, fundamentados nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para crianças entre 6 e 59 meses, a OMS define a Desnutrição Aguda Grave pela presença de pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Perímetro braquial (MUAC) $< 11,5$ cm.
2. Escore-z de Peso para Estatura (P/E) < -3 DP.
3. Presença de edema bilateral de origem carencial (independentemente dos índices antropométricos).

Análise das alternativas:

a) INCORRETA. O tratamento da desnutrição grave é dividido em fases. A primeira é a fase de Estabilização (dias 1 a 7), que visa tratar complicações fatais como hipoglicemia, hipotermia, desidratação e infecções. Nessa fase, a dieta NÃO é plena; utiliza-se a fórmula F-75 (baixa caloria e baixo sódio) para evitar a Síndrome de Realimentação. A meta de recuperação nutricional e o ganho de peso rápido (fase de reabilitação/crescimento compensatório) ocorrem apenas após a estabilização clínica do paciente.

b) CORRETA. Conforme os critérios da OMS, um perímetro braquial (circunferência braquial) inferior a 11,5 cm em crianças de 6 a 59 meses é, isoladamente, um critério diagnóstico para Desnutrição Aguda Grave. Mesmo que o Escore-z do IMC ou do Peso para Estatura não seja inferior a -3 (neste caso, o Escore-z P/E é de -2,15), o critério do perímetro braquial prevalece por ser um forte preditor de risco de mortalidade. A internação está indicada, pois a criança apresenta complicações clínicas (pneumonia e diarreia com desidratação).

c) INCORRETA. A ausência de edema grau +++ não exclui a necessidade de internação. O edema é característico do Kwashiorkor, mas a desnutrição grave também se manifesta como Marasmo (emagrecimento acentuado sem edema). A indicação de internação hospitalar na desnutrição aguda grave ocorre sempre que houver complicações médicas, como pneumonia, diarreia com desidratação ou falta de apetite, independentemente do tipo de desnutrição.

d) INCORRETA. Embora o Escore-z de IMC de -1,39 esteja tecnicamente entre -2 e +2, o paciente não é eutrófico. Ele apresenta Escore-z de Peso para Estatura de -2,15 (desnutrição moderada por esse índice) e Perímetro Braquial de 11,4 cm (desnutrição grave). Além disso, o paciente apresenta um déficit estatural severo (Escore-z de Estatura para Idade de -4,14). O manejo da desnutrição grave com complicações

exige estabilização intra-hospitalar rigorosa, seguindo os 10 passos da OMS, e não apenas o tratamento da complicação aguda com alta precoce.

Questão 12

ANÁLISE DO CASO

O ponto central para resolver esta questão é identificar que, apesar de a lista de problemas mencionar bronquiolite viral aguda, o quadro clínico e o histórico do paciente apontam para outro diagnóstico. A bronquiolite é definida como o primeiro episódio de sibilância distal associado a uma infecção viral em crianças menores de 2 anos.

Este paciente já está no seu quarto episódio de sibilância e tem 2 anos e 1 mês de idade. Além disso, apresenta marcadores de atopia (uso de hidratante para dermatite atópica) e um histórico familiar importante (irmão com asma grave, em uso de múltiplas medicações inalatórias). Esses fatores, somados à recorrência, classificam a criança como Lactente Sibilante Recorrente, com alta probabilidade de evolução para Asma.

Diferente da bronquiolite, na qual o uso de broncodilatadores não é recomendado pelas diretrizes atuais (como as da Academia Americana de Pediatria), nos casos de sibilância recorrente ou asma, o uso de beta-2 agonistas de curta ação é a base do tratamento da crise aguda.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O paciente apresenta saturação de oxigênio de 96% com um fluxo de 0,4 l/min. O objetivo da oxigenoterapia é manter a saturação acima de 92% a 94%. Não há sinais de desconforto respiratório grave ou hipoxemia que justifiquem o aumento do aporte de oxigênio.

Alternativa B (Incorreta): A dieta por via oral deve ser mantida sempre que possível. A sonda nasogástrica seria indicada apenas em casos de desconforto respiratório grave com risco de aspiração ou se a frequência respiratória estivesse muito elevada. Para uma criança de 2 anos, a frequência de 38 mpm é considerada normal (o limite para taquipneia nessa idade é 40 mpm), e o estado geral é bom.

Alternativa C (Correta): Como o diagnóstico mais provável é uma exacerbação de sibilância recorrente/asma, a inclusão de um broncodilatador de curta ação (salbutamol) é a conduta correta. O uso de spray (inalador dosimetrado) com espaçador é a via de administração preferencial por ser tão eficaz quanto a

nebulização, com menos efeitos colaterais e maior facilidade de aplicação no ambiente hospitalar e domiciliar.

Alternativa D (Incorreta): O quadro é sugestivo de infecção viral (coriza, febre baixa, sibilância polifônica e radiografia com hiperinsuflação e infiltrado intersticial). Não há sinais clínicos ou radiológicos de pneumonia bacteriana (como febre alta, queda do estado geral ou consolidação lobar) que justifiquem o uso de antibióticos como a amoxicilina.

Questão 13

O caso clínico apresenta um menino de 3 anos com quadro de anemia hemolítica aguda episódica, desencadeada por gatilhos infecciosos. A análise diagnóstica deve ser feita por exclusão e identificação dos achados laboratoriais específicos:

Análise dos achados laboratoriais:

A anemia é do tipo hemolítico (reticulocitose, bilirrubina indireta aumentada e policromasia). O teste de Coombs direto negativo descarta causa imune. A eletroforese de hemoglobina normal afasta hemoglobinopatias estruturais, como a anemia falciforme ou as talassemias. O teste de fragilidade osmótica normal afasta a esferocitose hereditária. A presença de esquizócitos (fragmentos de hemácias) indica lesão mecânica ou oxidativa da membrana eritrocitária.

Análise das alternativas:

a) Esferocitose hereditária: Incorreta. Embora cause icterícia neonatal e anemia hemolítica, a esferocitose costuma cursar com a presença de esferócitos no sangue periférico, aumento do CHCM (concentração de hemoglobina corpuscular média) e, fundamentalmente, apresenta o teste de fragilidade osmótica alterado (aumentado), o que foi negado pelo enunciado. Além disso, a esplenomegalia é um achado comum na esferocitose, mas estava ausente no paciente.

b) Anemia hemolítica autoimune: Incorreta. A principal ferramenta diagnóstica para anemias hemolíticas de causa imune é o teste de Coombs direto, que detecta anticorpos ou frações do complemento aderidos à superfície das hemácias. O enunciado informa explicitamente que o teste de Coombs direto é negativo, invalidando esta hipótese.

c) Betatalassemia maior: Incorreta. A talassemia *major* manifesta-se com anemia grave e microcítica (VCM muito baixo) e alterações marcantes na eletroforese de hemoglobina (com aumento importante de hemoglobina fetal e ausência ou redução drástica de hemoglobina A1). No caso em questão, o VCM está discretamente

aumentado (devido à reticulocitose intensa) e a eletroforese é normal.

d) Deficiência de G6PD: Correta. É a causa mais provável para o quadro. A deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) é uma condição ligada ao cromossomo X (comum em meninos) que gera incapacidade da hemácia de lidar com o estresse oxidativo. Os episódios de hemólise são tipicamente intermitentes e precipitados por infecções, uso de certos medicamentos ou ingestão de fava. Durante as crises, podem ser observados *bite cells* (células mordidas) e esquizócitos. O teste de fragilidade osmótica e a eletroforese de hemoglobina são normais nesta patologia. O histórico de icterícia neonatal grave também é um achado clássico da deficiência de G6PD.

Questão 14

Esta questão exige conhecimento sobre as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) contidas no guia prático sobre o uso de telas e a saúde digital de crianças e adolescentes. O objetivo é identificar qual das alternativas traz uma recomendação que NÃO consta nas orientações oficiais da instituição.

Alternativa a) Incorreta como resposta, pois a afirmação está correta segundo a SBP. A recomendação oficial é evitar a exposição às telas para crianças menores de 2 anos, inclusive a exposição passiva (televisão ligada no mesmo ambiente), uma vez que essa prática interfere no desenvolvimento cognitivo, da linguagem e na interação social.

Alternativa b) Incorreta como resposta, pois a afirmação está correta segundo a SBP. Para a faixa etária entre 6 e 10 anos, a orientação é que o tempo de uso de telas (televisão, tablets, smartphones, jogos) seja limitado a, no máximo, 1 ou 2 horas por dia, sempre sob supervisão de um adulto responsável para monitorar o conteúdo acessado.

Alternativa c) Correta (Gabarito). Esta afirmação não tem respaldo da SBP. As diretrizes de segurança digital da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam evitar a postagem de fotos de crianças e adolescentes em redes sociais públicas para proteger a privacidade e a segurança, prevenindo riscos como o uso indevido de imagens. Não existe uma recomendação que autorize ou sugira que tais postagens devam ocorrer especificamente em "ocasiões festivas". A orientação é de proteção rigorosa da identidade digital em qualquer circunstância.

Alternativa d) Incorreta como resposta, pois a afirmação está correta segundo a SBP. A recomendação de restringir telas durante as refeições visa evitar distúrbios alimentares e promover a convivência familiar. Além disso, a desconexão de 1 a 2

horas antes de dormir é fundamental para a higiene do sono, pois a luz azul emitida pelos dispositivos inibe a produção de melatonina, prejudicando a qualidade do descanso.

Em resumo, a SBP foca na limitação do tempo de uso por faixa etária, na supervisão constante do conteúdo e na proteção total da privacidade, sem abrir exceções para postagens públicas em datas comemorativas.

Questão 15

A alternativa correta é a (b).

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Incorreta. A risperidona e o aripiprazol são antipsicóticos de segunda geração. Embora sejam aprovados para o tratamento de comportamentos disruptivos, irritabilidade e agressividade no Transtorno do Espectro Autista (TEA), eles não são a primeira escolha para tratar os sintomas nucleares de desatenção e hiperatividade característicos do TDAH.

Alternativa (b): Correta. O TDAH é uma das comorbidades mais comuns em crianças com TEA. Quando os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade causam prejuízo funcional significativo (como o declínio no desempenho escolar mencionado no caso), os psicoestimulantes, como o metilfenidato, permanecem como o tratamento farmacológico de primeira escolha. Vale notar que crianças com TEA podem ter uma taxa de resposta ligeiramente menor ou mais efeitos colaterais com estimulantes do que a população geral, mas eles ainda são a recomendação inicial.

Alternativa (c): Incorreta. É verdade que não existe uma medicação que trate os sintomas centrais do TEA (déficits de comunicação e interação social). No entanto, as comorbidades associadas (como TDAH, ansiedade ou distúrbios do sono) devem ser tratadas farmacologicamente quando a terapia comportamental isolada não é suficiente para garantir a qualidade de vida e o desenvolvimento da criança.

Alternativa (d): Incorreta. Esta afirmação está desatualizada. No antigo manual diagnóstico (DSM-IV), o TEA e o TDAH eram considerados diagnósticos mutuamente excludentes. Entretanto, com a atualização para o DSM-5, passou a ser permitido e incentivado o diagnóstico de ambas as condições simultaneamente, caso o paciente preencha os critérios para ambas, reconhecendo a alta prevalência de coexistência entre esses transtornos do neurodesenvolvimento.

Questão 16

Alternativa a (Correta): Esta assertiva reflete as recomendações atuais da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A medida da pressão arterial (PA) deve ser realizada anualmente em todas as crianças a partir dos 3 anos de idade durante as consultas de rotina. Em crianças com menos de 3 anos, a aferição da PA não é obrigatória em todas as consultas, sendo reservada para situações específicas nas quais existam fatores de risco, como prematuridade (especialmente < 32 semanas), baixo peso ao nascer, cardiopatias congênitas, doenças renais ou uso de medicamentos que alterem a PA.

Alternativa b (Incorreta): A determinação dos níveis normais de pressão arterial na infância e adolescência é feita por meio de tabelas de percentis. Os parâmetros necessários para consultar essas tabelas são: sexo, idade e estatura (percentil de altura). A raça não é um parâmetro utilizado para a definição dos níveis de normalidade da pressão arterial em pediatria.

Alternativa c (Incorreta): Embora a anemia falciforme e as cicatrizes renais decorrentes de pielonefrites recorrentes sejam de fato causas de hipertensão secundária, o item está tecnicamente incorreto quanto ao critério de prematuridade. Para fins de rastreamento obrigatório da pressão arterial antes dos 3 anos de idade, as diretrizes consideram como fatores de risco a prematuridade extrema ou muito prematura (geralmente menores de 32 semanas de idade gestacional) ou recém-nascidos com complicações neonatais graves, e não apenas prematuros abaixo de 36 semanas.

Alternativa d (Incorreta): Para a aferição correta da pressão arterial em crianças, o tamanho do manguito deve ser proporcional ao tamanho do braço do paciente. A largura da bolsa de borracha (parte inflável) deve corresponder a 40% da circunferência do braço (medida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano). Já o comprimento da bolsa de borracha (a parte que envolve o braço) deve ser suficiente para cobrir de 80% a 100% da circunferência do braço, e não 60% como afirmado na alternativa. O uso de manguitos pequenos demais pode superestimar os valores da pressão arterial.

Questão 17

Essa questão aborda um quadro clínico clássico na oncologia ortopédica pediátrica, exigindo o reconhecimento de sinais de alerta para malignidade óssea e a diferenciação com processos infecciosos.

Análise do quadro clínico:

Temos um paciente de 10 anos com dor, edema e calor local (sinais inflamatórios) no

fêmur distal, mas com sintomas sistêmicos de evolução prolongada (2 meses de febre intermitente e perda de peso). Radiologicamente, a presença de uma lesão osteolítica associada ao triângulo de Codman é um sinal de alerta crítico. O triângulo de Codman ocorre quando o perióstio é elevado rapidamente por um processo agressivo (como um tumor ou abscesso), não permitindo tempo para a formação de osso novo subperiosteal completo.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Diante de sinais radiológicos de agressividade (triângulo de Codman) e sintomas sistêmicos de perda de peso, jamais se deve liberar o paciente com tratamento sintomático ou antibiótico oral sem investigação profunda. Essa conduta atrasaria o diagnóstico de uma neoplasia maligna, impactando severamente o prognóstico.

Alternativa B: Incorreta. Embora a conduta de internar e investigar com ressonância e biópsia esteja correta, a justificativa está errada. O triângulo de Codman não é patognomônico do sarcoma de Ewing. Ele é um sinal de reação periosteal agressiva, sendo muito frequente no osteossarcoma (que é o tumor ósseo maligno mais comum nessa faixa etária e localização) e pode ocorrer também em osteomielites agudas e outros tumores.

Alternativa C: Incorreta. A lesão não é patognomônica de osteomielite aguda. Na verdade, o triângulo de Codman é mais associado a tumores ósseos malignos. Tratar apenas como infecção, sem realizar a investigação para câncer (como a ressonância e a programação de biópsia), é um erro grave, dado o histórico de perda de peso e a imagem radiológica.

Alternativa D: Correta. Esta é a conduta mais prudente e completa. O quadro clínico de dor e sinais inflamatórios locais (calor e edema) somado à febre pode mimetizar uma osteomielite. No entanto, a perda de peso e o triângulo de Codman no raio X tornam a suspeita de tumor maligno (como osteossarcoma ou sarcoma de Ewing) altíssima. Portanto, deve-se internar para controle sintomático, coletar exames laboratoriais de triagem infecciosa/inflamatória, iniciar cobertura antibiótica empírica (pela possibilidade de osteomielite) e, simultaneamente, prosseguir com a investigação diagnóstica padrão-ouro: ressonância magnética para avaliar a extensão local e biópsia para confirmação histopatológica.

Questão 18

A questão apresenta um quadro clínico clássico de febre reumática (FR) aguda em uma paciente de 12 anos. Os elementos fundamentais para o diagnóstico são o período de latência de 3 semanas após uma orofaringite e a presença de critérios maiores de Jones: poliartrite migratória, cardite (sopro de insuficiência mitral e dispneia) e eritema marginatum (rash com margens circulares e centro pálido).

Análise das alternativas:

a) **INCORRETA.** Linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia e alteração de transaminases não fazem parte dos critérios diagnósticos de Jones para febre reumática. Esses achados poderiam sugerir outras patologias, como mononucleose infecciosa ou formas sistêmicas de artrite idiopática juvenil, mas não confirmam FR. O diagnóstico de FR é clínico, baseado nos critérios de Jones (maiores e menores), associado à evidência de infecção estreptocócica prévia.

b) **CORRETA.** Para o diagnóstico de febre reumática, é obrigatória a comprovação de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A (exceto na coreia isolada ou cardite tardia). Como a febre reumática é uma complicação tardia (imunomediada) que ocorre cerca de 2 a 4 semanas após a dor de garganta, o agente infeccioso geralmente já foi depurado da orofaringe, tornando a cultura de swab pouco sensível (frequentemente negativa). Por outro lado, os títulos de anticorpos, como a antiestreptolisina O (ASLO), atingem seu pico justamente no momento em que os sintomas de FR aparecem, apresentando maior sensibilidade diagnóstica neste estágio.

c) **INCORRETA.** Na febre reumática, espera-se uma elevação importante (e não discreta) das provas de atividade inflamatória, como o VHS e a PCR. Além disso, a artrite da FR é caracterizada por uma resposta dramática e rápida ao uso de aspirina ou outros anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); a falta de resposta costuma inclusive levar o médico a questionar o diagnóstico. Proteinúria e cilindros hemáticos são marcadores de acometimento renal (glomerulonefrite pós-estreptocócica), que raramente ocorre de forma simultânea à febre reumática.

d) **INCORRETA.** Fator reumatoide e FAN reagentes com queda de complemento são marcadores de doenças autoimunes sistêmicas, como o lúpus eritematoso sistêmico ou artrite reumatoide, e não são achados da febre reumática. A avaliação oftalmológica de rotina em busca de uveíte é indicada na artrite idiopática juvenil (AIJ), especialmente em pacientes com FAN positivo, mas não faz parte do acompanhamento padrão da febre reumática.

Questão 19

Alternativa A (Correta): Uma das maiores dificuldades para pais e profissionais de saúde no controle do uso de dispositivos eletrônicos de fumar (DEFs) por adolescentes é a facilidade de ocultação. Ao contrário do cigarro combustível, não há combustão de tabaco. O aerossol gerado pelas essências possui odores frutados ou doces que se dissipam rapidamente e não impregnam em roupas, cabelos ou no hálito, facilitando o uso recreativo sem detecção imediata.

Alternativa B (Correta): Os fabricantes utilizam aditivos químicos para modificar o pH do líquido. A presença de ácidos (como o ácido benzoico) transforma a nicotina em "sais de nicotina". Isso reduz o pH da mistura, tornando o aerossol menos irritante para as vias aéreas superiores (menos "throat hit"). Como resultado, o adolescente consegue realizar inalações mais profundas e frequentes, o que leva a uma absorção pulmonar mais rápida e a picos plasmáticos de nicotina mais elevados, aumentando o risco de dependência severa.

Alternativa C (Correta): O acetato de vitamina E é um agente espessante frequentemente utilizado em líquidos de vaping, especialmente naqueles que contêm THC. Ele foi identificado como um dos principais responsáveis pela EVALI (E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury). O quadro clínico da EVALI é grave e inespecífico, evoluindo com tosse, hipóxia e dor torácica, frequentemente acompanhadas de febre, náuseas, vômitos e perda de peso, o que exige alto índice de suspeição diagnóstica.

Alternativa D (Incorreta - Gabarito): Esta afirmação é falsa porque a rotulagem dos cigarros eletrônicos é amplamente não confiável. Estudos laboratoriais demonstram que a concentração real de nicotina em muitos produtos difere significativamente do que é informado na embalagem. Além disso, a dose de nicotina efetivamente entregue ao organismo não depende apenas da concentração no líquido, mas também de fatores técnicos do dispositivo (como a voltagem e a potência da bobina) e do comportamento do usuário (tempo e profundidade da tragada). Assim, é impossível estabelecer uma equivalência precisa com o cigarro convencional baseando-se apenas no rótulo.

Questão 20

O tema central desta questão é o sigilo médico no atendimento ao adolescente, fundamentado no Código de Ética Médica (CEM), no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O critério para o atendimento individualizado e o sigilo médico não é uma idade cronológica fixa (como 14 anos), mas, sim, a capacidade de discernimento do paciente. O Código de Ética Médica não estabelece uma idade mínima, mas, sim, a competência do adolescente em compreender sua situação de saúde e seguir orientações.
- b) Incorreta. Uma vez garantido o direito ao atendimento sob sigilo devido à capacidade de discernimento da adolescente, o médico não deve impor restrições arbitrárias à consulta. O sigilo e a autonomia abrangem a orientação sobre sexualidade, a prescrição de métodos anticoncepcionais e a solicitação de exames, desde que não haja risco de dano grave à paciente.
- c) Correta. Esta alternativa resume a norma contida no Artigo 74 do Código de Ética Médica. O médico é proibido de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade quando este tenha capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Portanto, se o adolescente demonstra maturidade para compreender seu estado e as consequências de seus atos, ele tem direito à privacidade e ao sigilo.
- d) Incorreta. A quebra de sigilo é uma exceção e deve ocorrer apenas em situações de risco iminente de morte, risco a terceiros ou quando há um dever legal (como em casos de abuso sexual ou violência). Conflitos de orientação sexual, identidade de gênero, início da atividade sexual ou experimentação de substâncias não são, por si só, motivos para a quebra compulsória do sigilo, a menos que tragam um risco grave e imediato à integridade da paciente que ela não consiga gerenciar.

Resumo do embasamento ético: O adolescente tem o direito de ser atendido sozinho e de ter seus segredos preservados se for considerado "capaz" (possuir discernimento). O médico deve avaliar essa capacidade durante a consulta. Se houver risco de vida ou dano grave, o médico deve tentar convencer o adolescente a compartilhar a informação com os pais; se não houver sucesso e o risco persistir, a quebra de sigilo torna-se um dever ético para proteção do menor. No caso da questão, a busca por informações sobre saúde e sexualidade é um exercício legítimo de autonomia.

Questão 21

Alternativa a) Incorreta. Embora a saída de colostro, o colo uterino mais vascularizado (friável), o sangramento gengival e a leucocitose (que pode chegar a 15.000-16.000/mm³ em condições normais) sejam achados comuns, a hematúria (presença de sangue na urina) nunca é considerada uma alteração fisiológica e sempre exige investigação para afastar infecções urinárias ou litíase. Além disso,

náuseas e vômitos no terceiro trimestre não são a regra e podem indicar complicações como pré-eclâmpsia grave ou distúrbios gastrointestinais.

Alternativa b) Incorreta. Com 8 semanas de gestação, o útero ainda é um órgão pélvico e tem aproximadamente o tamanho de uma laranja. O útero só se torna palpável acima da sínfise púbica por volta da 12ª semana de gestação, momento em que ele deixa a pelve e ganha a cavidade abdominal.

Alternativa c) Incorreta. Apesar de o decúbito lateral esquerdo realmente aumentar o débito cardíaco e a perfusão uterina ao evitar a compressão da veia cava inferior, a padronização para a aferição da pressão arterial no pré-natal é com a paciente sentada. A medida em decúbito lateral pode subestimar os valores reais da pressão arterial, o que prejudica o diagnóstico de síndromes hipertensivas.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve corretamente os parâmetros da propedêutica fetal. A frequência cardíaca fetal basal normal varia entre 110 e 160 bpm. As acelerações transitórias (aumentos abruptos da frequência cardíaca acima da linha de base) são os principais marcadores de reatividade e boa vitalidade fetal, ocorrendo habitualmente em resposta aos movimentos do feto ou a contrações uterinas.

Questão 22

Alternativa (a) - CORRETA: O controle metabólico pré-concepcional em mulheres com diabetes melito é uma das intervenções preventivas mais importantes na obstetrícia. Níveis elevados de hemoglobina glicada no momento da concepção e nas primeiras semanas de gestação estão diretamente relacionados a um maior risco de malformações fetais (como a síndrome de regressão caudal e cardiopatias), abortamentos espontâneos e complicações tardias, como o parto prematuro e o óbito perinatal. Portanto, otimizar a glicemia antes de engravidar reduz significativamente esses desfechos negativos.

Alternativa (b) - INCORRETA: Para ser eficaz na prevenção de defeitos do tubo neural, a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos um a três meses antes da concepção. O fechamento do tubo neural ocorre muito cedo, entre o 21º e o 28º dia após a fecundação (aproximadamente na 4ª semana de gestação). Quando a mulher descobre a gravidez e inicia o ácido fólico durante o primeiro trimestre, o tubo neural na maioria das vezes já está fechado, perdendo-se a janela de oportunidade preventiva.

Alternativa (c) - INCORRETA: A conduta mais adequada para uma gestante com história clássica de incompetência istmocervical (perdas gestacionais de repetição no

segundo trimestre, sem dor ou contrações) é a realização da circlagem uterina, técnica cirúrgica feita idealmente entre 12 e 14 semanas de gestação. A progesterona isolada pode ser usada em casos de colo curto detectado pelo ultrassom ou prevenção de prematuridade em outros contextos, mas não substitui a circlagem na história clínica clássica. Além disso, a via preferencial da progesterona na obstetrícia costuma ser a vaginal, devido ao efeito local e aos menores efeitos colaterais sistêmicos.

Alternativa (d) - INCORRETA: Na prevenção da pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco, o AAS deve ser iniciado preferencialmente antes de 16 semanas (idealmente entre a 12^a e a 16^a semanas) e mantido até o final da gestação. Não há indicação de uso em jejum; pelo contrário, o AAS pode causar irritação gástrica e recomenda-se frequentemente seu uso no período noturno. Quanto ao cálcio, ele é indicado para gestantes com baixa ingestão dietética do mineral, mas também não exige jejum para sua administração.

Questão 23

O caso clínico apresenta uma paciente com quadro clássico de eclâmpsia (hipertensão arterial associada a convulsões tônico-clônicas na gestação). O sulfato de magnésio é a droga de escolha e padrão-ouro para o tratamento e prevenção de recorrências, sendo superior a qualquer anticonvulsivante comum, como fenitoína ou diazepam.

Alternativa (c) - CORRETA: De acordo com os protocolos internacionais e nacionais (como os da FEBRASGO), o manejo da eclâmpsia inicia-se com uma dose de ataque de 4 g a 6 g de sulfato de magnésio. Se a paciente apresentar uma nova convulsão após a dose inicial de ataque, a conduta imediata e mais adequada é administrar um reforço (bolus adicional) de 2 g de sulfato de magnésio por via intravenosa, aplicado lentamente em 3 a 5 minutos. O objetivo é atingir níveis terapêuticos eficazes para estabilização da excitabilidade neuronal antes de considerar outras classes de drogas.

Alternativa (a) - INCORRETA: O diazepam é considerado uma droga de segunda linha no manejo da eclâmpsia. Ele deve ser reservado apenas para casos de crises convulsivas refratárias ao uso correto do magnésio ou quando há contraindicação formal ao sulfato. O uso de benzodiazepínicos está associado a um maior risco de depressão respiratória materna e depressão do sistema nervoso central do recém-nascido (efeitos sedativos prolongados).

Alternativa (b) - INCORRETA: A fenitoína (Hidantal) não é a droga de escolha na eclâmpsia. Estudos multicêntricos demonstraram que o sulfato de magnésio é

significativamente mais eficaz que a fenitoína na prevenção de crises recorrentes. Além disso, a fenitoína exige monitorização cardíaca e possui uma janela terapêutica estreita, não sendo a conduta preconizada após a primeira falha do magnésio.

Alternativa (d) - INCORRETA: O fenobarbital é um barbitúrico que não possui papel no manejo agudo inicial ou na recorrência imediata de crises de eclâmpsia. Seu uso está relacionado à sedação profunda e a potenciais efeitos adversos fetais, sem apresentar a eficácia do magnésio na fisiopatologia específica da hipertensão gestacional.

Questão 24

DIAGNÓSTICO: Colestase Intra-hepática da Gestaçã (CIG)

A paciente apresenta um quadro clássico de Colestase Intra-hepática da Gestaçã, caracterizado por prurido intenso, predominantemente palmoplantar e com piora noturna, em uma gestaçã gemelar (fator de risco) de terceiro trimestre. A ausência de lesões cutâneas primárias e a elevaçã leve das transaminases (AST e ALT) e da bilirrubina direta corroboram o diagnóstico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa descreve a Esteatose Hepática Aguda da Gestaçã (EHAG). Embora utilize os critérios de Swansea para o diagnóstico e possa ocorrer em gestaçães gemelares, a EHAG é uma doença muito mais grave que cursa com insuficiênciã hepática fulminante. Clinicamente, a paciente apresentaria alteraçães laboratoriais severas que não estão presentes no caso, como hipoglicemia importante e alargamento do tempo de protrombina (TP), além de não ser tipicamente associada ao prurido palmoplantar noturno.

Alternativa b) Correta. A Colestase Intra-hepática da Gestaçã é uma patologia exclusiva do ciclo gravídico-puerperal. O tratamento de escolha é o ácido ursodesoxicólico, que visa reduzir o prurido materno e melhorar o perfil bioquímico. A conduta obstétrica é guiada pela dosagem de ácidos biliares; valores acima de 100 micromol/l estão associados a um risco elevado de óbito fetal e sofrimento fetal agudo, o que exige a interrupçã da gestaçã de forma mais precoce (geralmente por volta de 34 a 36 semanas).

Alternativa c) Incorreta. A alternativa descreve a Colecistite Aguda. Embora a dor no quadrante superior direito e as náuseas possam sugerir patologia biliar, a colecistite não justifica o prurido palmoplantar noturno nem a elevaçã discreta das transaminases sem leucocitose ou febre. O sinal de Murphy positivo é característico

da colecistite, mas não foi relatado no exame físico da paciente.

Alternativa d) Incorreta. A alternativa descreve a Pielonefrite. O enunciado menciona dor lombar e esterase leucocitária positiva, que são "distratores" para confundir o candidato devido ao histórico de bacteriúria assintomática. No entanto, a paciente está afebril, com leucograma normal e apresenta sinais hepáticos (prurido e elevação de AST/ALT), o que afasta a pielonefrite como o diagnóstico principal ou mais provável para o quadro sistêmico atual.

Questão 25

Para resolver essa questão, é fundamental analisar as características clínicas do sangramento da segunda metade da gestação apresentado pela paciente.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta sangramento vaginal indolor, de início súbito, sem contrações uterinas e com vitalidade fetal preservada. Essas características são clássicas da placenta prévia (PP). No descolamento prematuro de placenta (DPP), o quadro costuma ser acompanhado de dor abdominal intensa, hipertonia uterina (útero rígido) e, frequentemente, sofrimento fetal. Portanto, a principal hipótese diagnóstica é placenta prévia.

Preenchimento das lacunas:

1. Diagnóstico: Placenta prévia. O sangramento na PP é caracteristicamente indolor, vermelho-vivo, recorrente e progressivo.
2. Exame a evitar: Toque vaginal. Em casos de suspeita de placenta prévia, o toque vaginal é formalmente contraindicado antes da realização de um exame de imagem que localize a placenta. O toque pode perfurar a placenta ou causar um descolamento parcial mecânico, levando a uma hemorragia maciça e fatal. O exame especular, por outro lado, é permitido e deve ser feito com cuidado para visualizar a origem do sangramento.
3. Exame de imagem: Ultrassonografia transvaginal. Embora muitos pensem que o exame transvaginal seria perigoso, ele é o padrão-ouro (*gold standard*) para o diagnóstico de placenta prévia. Ele é mais preciso que a via abdominal (que sofre interferência da bexiga e da obesidade) e é seguro, pois o transdutor não toca o colo uterino, permanecendo no fórnice vaginal.
4. Investigação adicional: Acretismo placentário. A paciente é multípara com cicatriz de cesárea prévia (G2C1). A associação de placenta prévia com cicatriz uterina

anterior é o principal fator de risco para o espectro do acretismo placentário (quando a placenta invade a parede uterina além do normal), o que aumenta significativamente o risco de hemorragia pós-parto e histerectomia.

Análise das alternativas:

Alternativa (a): Correta. Preenche adequadamente todas as lacunas conforme a conduta obstétrica padrão.

Alternativa (b): Incorreta. O exame especular não deve ser evitado; ele é necessário para descartar causas locais de sangramento. Além disso, a ultrassonografia transvaginal é superior à transabdominal para esse diagnóstico.

Alternativa (c): Incorreta. O quadro não sugere descolamento prematuro de placenta (ausência de dor e de hipertonia). Além disso, a ultrassonografia não é o exame de escolha para confirmar o DPP (cujo diagnóstico é eminentemente clínico).

Alternativa (d): Incorreta. Novamente, o diagnóstico de DPP não condiz com o quadro indolor. A amniotomia é uma manobra que pode ser usada no tratamento do DPP, mas não é o que se evita no exame físico diagnóstico inicial, em comparação ao risco do toque vaginal na placenta prévia.

Questão 26

Para compreender esta questão sobre gestação gemelar, é fundamental dominar os conceitos de corionicidade e as complicações específicas de cada tipo de gemelaridade. Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) INCORRETA: O sinal do lambda (ou sinal do "twin-peak") é o marcador ultrassonográfico patognomônico da gestação dicoriônica. Ele representa a projeção do tecido placentário para dentro da base das membranas interamnióticas. Na gestação monocoriônica, visualiza-se o sinal do "T", onde a membrana amniótica se insere perpendicularmente à placenta, sem interposição de tecido placentário. Portanto, a presença do sinal do lambda define a gestação como dicoriônica, e não monocoriônica.

Alternativa (b) INCORRETA: O risco de óbito ou dano neurológico (isquemia cerebral) no feto sobrevivente após a morte de um dos gêmeos é uma complicação típica das gestações monocoriônicas. Isso ocorre devido às anastomoses vasculares placentárias, que permitem uma transferência aguda de sangue do feto vivo para o feto morto (exsanguinação para o compartimento de baixa pressão), gerando hipovolemia e hipotensão no sobrevivente. Nas gestações dicoriônicas, as circulações

são independentes, e o óbito de um feto geralmente não causa repercussão hemodinâmica direta no outro.

Alternativa (c) INCORRETA: Na Sequência Anemia-Policitemia (TAPS), o diagnóstico baseia-se na medida da Velocidade de Pico Sistólico da Artéria Cerebral Média (VPS-ACM). O feto anêmico, devido à menor viscosidade sanguínea e maior débito cardíaco, apresenta um aumento da velocidade, com VPS-ACM $> 1,5$ MoM (múltiplos da mediana). O valor mencionado na alternativa ($< 1,0$ MoM ou, mais rigorosamente, $< 0,8$ MoM) é característico do feto policitêmico, que possui sangue mais viscoso e fluxo mais lento.

Alternativa (d) CORRETA: As gestações monócóricas e monoamnióticas (gêmeos que compartilham a mesma placenta e a mesma bolsa amniótica) são de altíssimo risco, principalmente devido ao emaranhamento dos cordões umbilicais, que pode levar ao óbito fetal súbito. Por esse motivo, o consenso clínico recomenda o parto planejado entre 32 e 34 semanas de gestação (em torno da 33ª semana). A via de parto preferencial é a cesariana, visando evitar acidentes de cordão durante o trabalho de parto e o nascimento do segundo gemelar.

Questão 27

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de dengue, caracterizado inicialmente por febre, mialgia e dor retro-orbitária. A evolução no quarto dia com hipotensão (80/50 mmHg), dor abdominal intensa, letargia e ascite configura o diagnóstico de dengue grave (classificada como Grupo D pelo Ministério da Saúde). Esses sintomas ocorrem tipicamente na fase de defervescência (queda da febre), na qual há o maior risco de extravasamento plasmático. O hemograma confirma a hemoconcentração (hematócrito de 50%) e a plaquetopenia (70.000/mm³).

Alternativa a: Incorreta. Diante de um quadro de choque circulatório e sinais de alerta, a prioridade absoluta é a estabilização hemodinâmica. Solicitar exames de imagem complexos, como a ressonância, retardaria o tratamento vital. A ascite e a dor abdominal são explicadas pelo extravasamento de fluidos característico da fisiopatologia da dengue grave, não havendo indicação de investigação radiológica imediata para abdome agudo cirúrgico neste contexto.

Alternativa b: Correta. A conduta imediata para pacientes no Grupo D (com sinais de choque ou desconforto respiratório) é a hidratação intravenosa imediata com cristaloides (soro fisiológico 0,9%). O protocolo preconiza uma expansão rápida para restaurar o volume intravascular, reduzir o hematócrito e garantir a perfusão de órgãos nobres, incluindo a perfusão placentária.

Alternativa c: Incorreta. Os cristaloides (como o soro fisiológico 0,9%) são a primeira linha de tratamento. O uso de expansores plasmáticos coloides, como a albumina, é reservado apenas para casos refratários, ou seja, quando o paciente não responde adequadamente após as etapas iniciais de reposição com cristaloides.

Alternativa d: Incorreta. A interrupção da gestação em uma paciente instável e com plaquetopenia grave aumenta significativamente o risco de hemorragia incontrolável e morte materna. A prioridade é estabilizar a gestante clinicamente. Como os batimentos cardíacos fetais estão normais (148 bpm), não há evidência de sofrimento fetal agudo que justifique uma intervenção obstétrica imediata antes da ressuscitação volêmica. Além disso, a dengue não é uma indicação isolada de parto ou cesárea.

Questão 28

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta-se no segundo período do parto (período expulsivo), caracterizado pela dilatação cervical completa (10 cm) e pela presença de puxos (desejo materno de empurrar). O feto encontra-se em uma posição bastante baixa (plano +3 de De Lee, o que indica que a cabeça já ultrapassou as espinhas isquiáticas e está próxima ao assoalho pélvico). A descrição da "sutura lambdoide em posição subpúbica" indica que a fontanela posterior (lambda) está voltada para o púbis da mãe, caracterizando uma variedade de posição occipitopúbica (OP) ou occipitoanterior, que é a posição ideal para o nascimento.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): A gestante não está no primeiro período (fase de dilatação), mas sim no segundo período (expulsivo). A manobra de Valsalva (puxo dirigido/induzido) não deve ser imposta rotineiramente, preferindo-se o puxo espontâneo da paciente. Além disso, a rotação manual não é necessária, pois a cabeça já está em posição subpúbica (occipitopúbica), que é a posição final correta para o desprendimento cefálico.

Alternativa B (Incorreta): A variedade de posição não é posterior. Se a sutura lambdoide (que forma o "V" da fontanela posterior) está subpúbica, o occipital está para frente (anterior). Se fosse posterior, o médico sentiria a sutura sagital e a fontanela anterior (grande fontanela ou bregma) na região subpúbica. A sondagem vesical e a episiotomia não devem ser realizadas de forma rotineira na assistência ao parto normal.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve a conduta correta diante de uma

suspeita de distocia de ombros. A distocia de ombros é uma emergência obstétrica definida pelo insucesso na entrega do corpo fetal após o desprendimento da cabeça com tração axial suave. Quando a tração inicial falha porque o ombro anterior fica impactado na sínfise púbica materna, o obstetra deve imediatamente interromper a tração e iniciar o protocolo de manobras de distocia (como a manobra de McRoberts e a pressão suprapúbica).

Alternativa D (Incorreta): O erro principal está na dosagem da ocitocina. O manejo ativo do terceiro período (fase de secundamento ou dequitação da placenta) consiste na administração de 10 UI de ocitocina por via intramuscular, mas em dose única, e não em cada nádega (o que totalizaria 20 UI, dose não recomendada como padrão). O manejo ativo inclui a ocitocina (pilar principal), a tração controlada do cordão e a vigilância do tônus uterino (massagem se necessário). Embora a amamentação precoce seja incentivada, ela não é tecnicamente considerada parte do protocolo de "manejo ativo do terceiro período" voltado para a prevenção de hemorragia pós-parto.

Questão 29

A questão aborda as normas para esterilização voluntária no Brasil, fundamentadas na Lei do Planejamento Familiar. Com a entrada em vigor da Lei 14.443/2022, houve mudanças significativas que devem ser conhecidas para a prática obstétrica e para provas de residência.

Alternativa (a) Incorreta. Com a nova legislação de 2022, o consentimento do cônjuge (marido) não é mais obrigatório para a realização da laqueadura tubária ou vasectomia. Além disso, a esterilização não pode ser feita imediatamente sem o cumprimento de prazos legais e aconselhamento prévio.

Alternativa (b) Correta. De acordo com a Lei 14.443/2022, a laqueadura agora pode ser realizada durante o período do parto. Para isso, devem ser seguidos os seguintes critérios: a paciente deve ter capacidade civil plena; ter idade mínima de 21 anos OU pelo menos dois filhos vivos; observar um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto; receber aconselhamento sobre métodos reversíveis para evitar uma decisão precipitada; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como a paciente está com 28 semanas, ainda há tempo hábil para cumprir o prazo de 60 dias antes do parto a termo.

Alternativa (c) Incorreta. A lei permite a realização da laqueadura durante o parto (seja ele vaginal ou cesariana), mas a indicação da via de parto deve permanecer baseada em critérios clínicos e obstétricos. A legislação não autoriza a marcação de uma cesariana desnecessária apenas para a realização da esterilização. Além disso, a

alternativa ignora os requisitos legais de prazo e aconselhamento.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa reflete a redação antiga da Lei 9.263/1996, que proibia a esterilização durante o parto ou aborto, exceto em casos de comprovada necessidade (como sucessivas cesáreas anteriores). A nova lei revogou essa proibição, permitindo o procedimento no momento do nascimento, desde que respeitado o registro da vontade com 60 dias de antecedência.

Questão 30

Análise do Tema:

A questão aborda o planejamento reprodutivo na adolescência no período pós-parto. Em pacientes adolescentes, o risco de uma segunda gestação não planejada em curto intervalo é elevado, o que aumenta os riscos de morbimortalidade para a mãe e para o recém-nascido. Por esse motivo, a escolha do método contraceptivo deve priorizar a alta eficácia e a independência em relação à adesão da paciente.

Alternativa A: Esta é a alternativa correta. Os métodos reversíveis de longa ação, conhecidos como LARCs (DIU de cobre, DIU de levonorgestrel e implante subdérmico), são a recomendação de primeira linha para adolescentes de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a FEBRASGO. Esses métodos apresentam as menores taxas de falha, pois não dependem da memória ou disciplina da usuária. A inserção imediata no pós-parto, realizada ainda durante a internação hospitalar (em até 48 horas para o DIU ou antes da alta para o implante), é uma estratégia fundamental para garantir a proteção e evitar a perda de seguimento em consultas ambulatoriais.

Alternativa B: Esta alternativa está incorreta. O uso de anticoncepcionais orais combinados, que contêm estrogênio e progesterona, deve ser evitado no pós-parto imediato. O estrogênio aumenta o risco de fenômenos tromboembólicos, que já está fisiologicamente elevado no puerpério, e pode interferir negativamente na amamentação. Além disso, métodos de tomada diária possuem taxas de falha significativamente maiores em adolescentes devido à dificuldade de adesão rigorosa.

Alternativa C: Esta alternativa está incorreta. Embora a minipílula (progestagênio isolado) seja segura para a lactação, sua eficácia depende de um rigor extremo no horário da tomada (janela de segurança estreita). Em adolescentes, a taxa de esquecimento é alta, o que torna esse método menos eficaz no uso típico do que os métodos de longa ação para prevenir uma nova gestação precoce.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta. O aconselhamento sobre anticoncepção e planejamento familiar deve ser iniciado obrigatoriamente durante as consultas de

pré-natal. Esperar até a internação ou o puerpério para discutir o assunto reduz o tempo para que a paciente tome uma decisão informada e pode comprometer a logística necessária para a inserção de métodos como o DIU pós-parto imediato.

Conclusão:

A orientação para uma primigesta adolescente deve focar em métodos de alta eficácia e baixa dependência de adesão (LARCs), com a possibilidade de início ainda no ambiente hospitalar para otimizar a proteção.

Questão 31

ANÁLISE DA QUESTÃO

A paciente apresenta Puberdade Precoce Central (PPC), caracterizada pela ativação prematura do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal antes da idade fisiológica. Por ter apenas 4 anos e já apresentar caracteres sexuais no estágio 3 de Tanner, a investigação de causas orgânicas e a intervenção terapêutica são fundamentais.

Alternativa A: Incorreta. O tratamento de escolha para a puberdade precoce central é feito com análogos do GnRH de ação prolongada (como a leuprorelina), que promovem a dessensibilização da hipófise. O hormônio do crescimento (GH) não deve ser iniciado de forma imediata ou rotineira; ele é reservado para casos selecionados em que há uma queda significativa na previsão de estatura final durante o tratamento com o análogo do GnRH.

Alternativa B: Incorreta. A ultrassonografia pélvica auxilia na avaliação do volume uterino e ovariano para confirmar a exposição hormonal, mas não é o exame prioritário após o diagnóstico de puberdade central. Tumores ou cistos ovarianos são causas de puberdade precoce periférica (independente de gonadotrofinas), o que não é o caso descrito.

Alternativa C: Correta. Em meninas com puberdade precoce central, a realização de Ressonância Magnética (RM) de crânio é obrigatória se o quadro se iniciar antes dos 6 a 8 anos de idade. O objetivo é descartar lesões no Sistema Nervoso Central (SNC), como hamartomas hipotalâmicos, gliomas ou outros tumores, que podem atuar como gatilho para a ativação precoce do eixo hormonal. Quanto mais jovem a criança, maior o risco de uma causa orgânica subjacente.

Alternativa D: Incorreta. A conduta conservadora não é recomendada para uma criança de 4 anos com puberdade em estágio Tanner 3. A evolução rápida sem tratamento acarreta o avanço da idade óssea e o fechamento prematuro das epífises de crescimento, o que leva à perda de estatura na vida adulta, além do impacto psicossocial para a criança.

Gabarito: Letra (c).

Questão 32

A imagem apresentada no exame especular mostra uma estrutura arredondada, de superfície lisa, coloração amarelada/esbranquiçada e aspecto cístico, localizada no colo do útero (apontada pelas setas azuis). Essa lesão é um cisto de Naboth.

Os cistos de Naboth são achados extremamente comuns e fisiológicos durante o exame ginecológico. Eles se formam quando o epitélio escamoso da zona de transformação recobre as glândulas produtoras de muco do epitélio colunar (endocervical). Esse processo obstrui o ducto excretor da glândula, resultando no acúmulo de muco e na formação do cisto. Por serem lesões benignas e sem potencial de malignização, não requerem nenhum tratamento, drenagem ou acompanhamento especial.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A drenagem da lesão não é necessária por se tratar de um achado fisiológico e assintomático. Além disso, não há motivo clínico para adiar a coleta do exame citopatológico (CP).
 - b) Incorreta. O raspado da lesão não tem utilidade clínica, uma vez que o aspecto visual é patognomônico de cisto de Naboth e não há suspeita de neoplasia naquela estrutura específica.
 - c) Incorreta. A biópsia de colo uterino é reservada para lesões suspeitas de malignidade (lesões vegetantes, ulceradas ou com vasos atípicos). O cisto de Naboth tem características nitidamente benignas, tornando a biópsia um procedimento desnecessário e invasivo.
 - d) Correta. Como o cisto de Naboth é um achado normal, a conduta deve focar no motivo da consulta: o rastreamento do câncer do colo do útero. A paciente está há 4 anos sem realizar o preventivo, ultrapassando o intervalo recomendado pelo Ministério da Saúde (que orienta a coleta a cada 3 anos após dois exames anuais negativos). Portanto, deve-se proceder apenas com a coleta do citopatológico de rotina.
-

Questão 33

Análise do Quadro Clínico e da Imagem:

A questão apresenta uma paciente jovem com ciclos que podem chegar a 34 dias. O ponto crucial para a resolução é a interpretação da imagem do exame especular realizado no 19º dia do ciclo. A imagem revela a presença de muco cervical cristalino, fluido e abundante saindo pelo orifício externo do colo uterino (aspecto de "clara de ovo" ou muco periovulatório). Esse achado é patognomônico da fase de alta influência estrogênica, que ocorre no período pré-ovulatório imediato.

Embora o 19º dia possa parecer tardio para um ciclo padrão de 28 dias, para uma paciente com ciclos de até 34 dias, a ovulação deve ocorrer por volta do 20º dia (34 dias menos 14 dias da fase lútea fixa), o que torna os achados clínicos e a imagem perfeitamente coerentes.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O endométrio fino é característico da fase folicular precoce (logo após a menstruação) ou de estados de hipoestrogenismo. A presença de vários folículos antrais pequenos (menores que 0,9 cm), sem um folículo dominante, também indica o início do ciclo, o que contradiz o muco cervical visualizado na imagem.

b) Correta. No período pré-ovulatório (estrogênico), o ultrassom demonstra tipicamente um endométrio trilaminar (com três linhas bem definidas), com espessura geralmente entre 8 e 12 mm (1,0 cm na alternativa). No ovário, espera-se encontrar um folículo dominante, que atinge a maturidade e capacidade de ruptura quando apresenta diâmetro entre 1,8 e 2,4 cm.

c) Incorreta. O endométrio homogêneo e hiperecogênico (branco e espesso) é característico da fase secretora (pós-ovulatória), sob influência da progesterona. O "cisto com conteúdo hemorrágico" poderia sugerir um corpo lúteo, mas o muco cervical visto na imagem é fluido e filante, típico da fase pré-ovulatória, e não o muco espesso e opaco da fase lútea.

d) Incorreta. Embora a descrição do folículo de 1,8 cm esteja correta para o período periovulatório, o endométrio não estaria fino. Sob o estímulo dos altos níveis de estradiol produzidos por esse folículo dominante, o endométrio obrigatoriamente sofre proliferação, assumindo o aspecto trilaminar mencionado na alternativa B.

Questão 34

ALTERNATIVA (A) INCORRETA: A anticoncepção de emergência com levonorgestrel (1,5 mg) não é contraindicada durante o puerpério ou a amamentação. De acordo com os Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), o levonorgestrel isolado é classificado como Categoria 1 para mulheres que amamentam, o que significa que não há restrição ao seu uso. Embora pequenas quantidades do hormônio possam ser excretadas no leite materno, não há evidências de efeitos adversos na saúde do lactente ou na produção de leite.

ALTERNATIVA (B) INCORRETA: Esta assertiva está errada ao afirmar que os progestágenos isolados não inibem a ovulação. Enquanto as minipílulas tradicionais de baixa dosagem (como a noretisterona) agem predominantemente tornando o muco cervical hostil, as pílulas de progestágeno isolado mais modernas, como o desogestrel (75 mcg), inibem a ovulação em cerca de 97% a 99% dos ciclos. Além disso, o acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral) e o implante de etonogestrel também são métodos de progestágeno isolado que têm a inibição da ovulação como mecanismo principal.

ALTERNATIVA (C) INCORRETA: A enxaqueca com aura é uma contraindicação absoluta (Categoria 4 da OMS) para o uso de qualquer método anticoncepcional hormonal combinado, devido ao risco significativamente aumentado de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico nessas pacientes. O erro da alternativa reside em recomendar o anel vaginal. O anel vaginal é um método combinado (contém estrogênio e progestágeno), possuindo, portanto, as mesmas contraindicações e riscos vasculares que as pílulas orais combinadas. Nesses casos, as opções adequadas seriam métodos não hormonais ou métodos contendo apenas progestágeno.

ALTERNATIVA (D) CORRETA: Segundo os critérios de elegibilidade da OMS e os protocolos do CDC, o diagnóstico de doença inflamatória pélvica (DIP) em uma usuária de DIU (seja de cobre ou de levonorgestrel) requer o início imediato da antibioticoterapia adequada. Não há necessidade de remoção sistemática do DIU. A retirada do dispositivo só deve ser considerada se a paciente não apresentar melhora clínica evidente após 48 a 72 horas de tratamento antibiótico ou se for o desejo da própria paciente após aconselhamento. Além disso, a paciente deve ser testada para infecções sexualmente transmissíveis e seus parceiros devem ser tratados.

Questão 35

Alternativa A (Incorreta): De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (PCDT de IST), o rastreamento de sífilis em populações-chave e de maior vulnerabilidade, o que inclui profissionais do sexo e pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deve ser realizado semestralmente (a cada 6 meses), e não anualmente. O rastreamento anual é indicado para a população geral em situações de exposição de risco.

Alternativa B (Incorreta): As lesões da sífilis secundária, como as roséolas e pápulas palmo-plantares, são altamente infectantes, pois possuem uma elevada carga de *Treponema pallidum*. Embora elas desapareçam espontaneamente após o período agudo, marcando a transição para a fase latente, a afirmação de que não são infectantes está clinicamente errada.

Alternativa C (Correta): A sífilis recente é aquela com até um ano de evolução, englobando as fases primária, secundária e latente recente. O tratamento de escolha para esses casos é a penicilina G benzatina na dose de 2,4 milhões de UI, administrada por via intramuscular em dose única. Casos com mais de um ano de evolução ou de tempo indeterminado (sífilis tardia) exigem três doses semanais de 2,4 milhões de UI.

Alternativa D (Incorreta): O *Treponema pallidum* tem a capacidade de invadir o sistema nervoso central (SNC) muito precocemente, logo após a infecção inicial, durante a fase de disseminação hematogênica. Portanto, a neurosífilis pode ocorrer em qualquer estágio da doença, inclusive na fase primária ou secundária, não havendo esse intervalo de um ano para a circulação no SNC.

Questão 36

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico sugestivo de endometriose: dismenorria (dor menstrual) e dor pélvica crônica que apresentam melhora com o uso de anticoncepcionais hormonais. O fato de ser nulípara e estar na faixa dos 30 anos reforça essa suspeita. O exame físico normal e a ultrassonografia mostrando apenas um cisto folicular de 15 mm (um achado fisiológico e esperado em mulheres que ovulam) não excluem o diagnóstico, pois a endometriose peritoneal muitas vezes não é visível em exames de imagem convencionais. Nesses casos, a diretriz atual recomenda o início do tratamento empírico para controle da dor.

Alternativa (a) Incorreta: Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) agem na inibição das prostaglandinas e são úteis para o alívio sintomático da dismenorria primária. No entanto, para uma paciente com dor pélvica crônica e forte suspeita de

endometriose, o bloqueio hormonal é a estratégia inicial mais eficaz e recomendada para tratar a fisiopatologia da dor e evitar a progressão dos sintomas.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de estrogênio isolado é contraindicado neste caso. A endometriose é uma doença dependente de estrogênio; o fornecimento isolado desse hormônio estimularia o crescimento e a atividade inflamatória dos focos de endométrio ectópico, agravando severamente a dor da paciente.

Alternativa (c) Incorreta: A progesterona cíclica (usada apenas em alguns dias do mês) não é o esquema ideal para o controle da dor pélvica crônica associada à endometriose. O objetivo terapêutico é promover a decidualização e a atrofia do tecido endometrial, além de idealmente suspender a menstruação (amenorreia), o que é alcançado de forma muito mais eficiente com o uso contínuo.

Alternativa (d) Correta: A progesterona contínua é uma das terapias de primeira linha para o manejo da dor pélvica crônica e suspeita de endometriose. Ela promove um estado de hipoestrogenismo local, causa a decidualização do endométrio e subsequente atrofia dos focos da doença, reduzindo o processo inflamatório pélvico. Pode ser administrada via oral, por implantes, injeções ou pelo sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG). Como a paciente já relatou melhora prévia com pílulas, o bloqueio hormonal contínuo é a conduta inicial mais adequada.

Questão 37

A questão apresenta uma paciente com sintomas clássicos de bexiga hiperativa ou incontinência urinária de urgência (urgência miccional, perda involuntária de urina e noctúria), sem queixas de perda aos esforços. Diante de qualquer quadro de incontinência urinária de início recente ou irritabilidade vesical, o primeiro passo fundamental é descartar causas secundárias e reversíveis.

Alternativa (a) Correta: A infecção do trato urinário (ITU) é um dos principais diagnósticos diferenciais e uma causa comum de sintomas de urgência e incontinência. Antes de iniciar tratamentos para bexiga hiperativa ou solicitar exames invasivos, é obrigatório realizar a urocultura (ou ao menos um exame de urina simples) para descartar um processo infeccioso que esteja mimetizando ou exacerbando os sintomas. Somente após a confirmação de urina estéril podemos prosseguir com a investigação diagnóstica de distúrbios funcionais da bexiga.

Alternativa (b) Incorreta: A ultrassonografia abdominal ou de vias urinárias pode ser útil para avaliar o resíduo pós-miccional ou identificar cálculos e tumores, mas não é o exame de escolha inicial para firmar o diagnóstico de incontinência de urgência, pois não avalia a funcionalidade vesical nem descarta infecção.

Alternativa (c) Incorreta: A avaliação urodinâmica é um exame invasivo que demonstra a presença de contrações involuntárias do detrusor (hiperatividade do detrusor). No entanto, não deve ser solicitada como primeira linha na propedêutica básica, especialmente sem antes excluir infecção urinária. Ela é geralmente reservada para casos refratários ao tratamento clínico, incerteza diagnóstica ou antes de procedimentos cirúrgicos.

Alternativa (d) Incorreta: O teste de Valsalva é utilizado para avaliar a incontinência urinária de esforço, visando observar a perda de urina sob aumento da pressão intra-abdominal. Como a paciente negou especificamente perdas aos esforços, este teste não contribui para o diagnóstico da queixa de urgência apresentada.

Questão 38

Alternativa (a) INCORRETA: Não existe indicação de rastreamento para o câncer de endométrio em mulheres assintomáticas na população geral. O diagnóstico precoce é feito por meio da investigação rápida de sintomas, principalmente do sangramento uterino anormal na pós-menopausa. A ultrassonografia transvaginal é um exame de avaliação diagnóstica para mulheres que apresentam sintomas, e não uma ferramenta de rastreamento populacional.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa reflete condutas bem estabelecidas na ginecologia oncológica. Em pacientes pré-menopáusicas, o sangramento uterino anormal (abundante ou irregular), especialmente se persistente ou em pacientes com fatores de risco como obesidade e anovulação crônica, exige avaliação histológica do endométrio. Na pós-menopausa, o achado de células endometriais em um exame citopatológico de colo uterino (Papanicolau) é considerado um achado anormal e suspeito, pois as células endometriais não deveriam estar descamando nesse período; portanto, a biópsia é mandatória para excluir hiperplasias ou neoplasias, mesmo que a paciente não apresente sangramento.

Alternativa (c) INCORRETA: O tipo histológico mais frequente do carcinoma de ovário é o seroso de ALTO grau, e não o de baixo grau. O carcinoma seroso de alto grau é responsável por cerca de 70% a 80% das mortes por câncer de ovário. É esse subtipo específico (alto grau) que as evidências científicas atuais apontam ter origem em lesões precursoras localizadas nas fímbrias das trompas uterinas (conhecidas como STIC - Carcinoma Seroso Tubário Intraepitelial).

Alternativa (d) INCORRETA: Ambas as mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 elevam drasticamente o risco de câncer de ovário e de mama ao longo da vida. No entanto, o risco conferido pela mutação no BRCA1 é superior ao do BRCA2. Estima-se que o

risco acumulado até os 80 anos para câncer de ovário seja de aproximadamente 40% a 50% para portadoras de mutação no BRCA1, enquanto para o BRCA2 esse risco gira em torno de 15% a 25%.

Questão 39

O caso clínico apresenta uma paciente de 46 anos com um nódulo mamário volumoso (6 cm), de características benignas ao exame físico (elástico e móvel) e doloroso. A avaliação por imagem foi conclusiva após a ultrassonografia, que identificou uma lesão cística simples de 5,5 cm (conteúdo anecoico e bem delimitado), classificada como BI-RADS 2.

A conduta padrão para cistos simples (BI-RADS 2) é a observação, pois são lesões benignas sem risco de malignização. No entanto, quando o cisto é volumoso, causa dor (mastalgia) ou gera desconforto estético e funcional à paciente, a intervenção está indicada.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é o procedimento de escolha neste caso. Ela possui dupla função: diagnóstica (para confirmar que o conteúdo é puramente líquido) e, principalmente, terapêutica, pois ao esvaziar o cisto, promove o alívio imediato da dor causada pela distensão dos tecidos mamários. Se o líquido for seroso/citrino e a lesão desaparecer completamente após a aspiração, não há necessidade de análise citológica ou condutas adicionais.

b) INCORRETA. A punção com agulha grossa (core biopsy) é indicada para a avaliação de lesões sólidas suspeitas (BI-RADS 4 ou 5), visando à obtenção de fragmentos de tecido para exame histopatológico. Não há indicação de core biopsy em cistos simples anecoicos, pois o material seria apenas líquido e o procedimento é mais invasivo e caro que a PAAF.

c) INCORRETA. O controle ultrassonográfico em 6 meses é a conduta preconizada para lesões classificadas como BI-RADS 3 (provavelmente benignas), para monitorar a estabilidade. Como o cisto é BI-RADS 2 (benigno) e a paciente está sintomática, adiar o tratamento não resolveria a queixa de dor atual.

d) INCORRETA. A exérese cirúrgica da lesão é um procedimento excessivamente invasivo para um cisto simples. A cirurgia só seria considerada em casos muito específicos, como cistos que recorrem sucessivas vezes após múltiplas punções ou cistos complexos com vegetações sólidas internas (BI-RADS 4) nos quais a biópsia percutânea não foi conclusiva.

Questão 40

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: INCORRETA. O atendimento médico a vítimas de violência sexual deve ser imediato e integral, não podendo ser condicionado à realização de boletim de ocorrência (BO) ou comparecimento ao Instituto Médico Legal (IML). O acesso à saúde é um direito garantido independentemente de providências policiais. A equipe de saúde deve realizar o exame físico e a coleta de vestígios (se houver consentimento e protocolo para tal), mas nunca retardar a assistência clínica enviando a paciente primeiro à delegacia.

Alternativa B: INCORRETA. O erro desta alternativa está no prazo para a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV. O protocolo do Ministério da Saúde estabelece que a PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, tendo como limite máximo 72 horas após a exposição. Como o fato ocorreu há 2 dias (cerca de 48 horas), a paciente ainda está dentro da janela de eficácia para receber os antirretrovirais.

Alternativa C: CORRETA. Esta alternativa apresenta a conduta completa e correta conforme as diretrizes atuais. Considerando que a paciente está no intervalo de 48 horas (dentro do limite de 72h para HIV e de 120h para anticoncepção de emergência), o manejo deve incluir:

1. Profilaxia para ISTs não virais: Esquema para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase.
2. Anticoncepção de emergência: Para evitar gravidez indesejada decorrente da violência.
3. Profilaxia para HIV: Prescrição de antirretrovirais por 28 dias.
4. Abordagem multidisciplinar: Avaliação da Psiquiatria/Psicologia e do Serviço Social é fundamental para o suporte emocional e garantia de direitos da vítima.

Alternativa D: INCORRETA. O erro reside na afirmação de que a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é facultativa. A notificação de casos de violência contra a mulher é compulsória (obrigatória) para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, conforme a Lei 10.778/2003 e a Portaria de Consolidação nº 4/2017. Ela deve ser feita pelo profissional de saúde para fins epidemiológicos, independentemente do desejo da paciente de prestar queixa policial.

RESUMO DOS PRAZOS E CONDUTAS NA VIOLÊNCIA SEXUAL:

1. Profilaxia para HIV (PEP): Até 72 horas após a exposição (esquema por 28 dias).
2. Anticoncepção de Emergência: Até 5 dias (120 horas), com maior eficácia se usada

precocemente.

3. Profilaxia para ISTs não virais: Deve ser realizada na admissão (Ceftriaxone, Azitromicina e Metronidazol).
4. Profilaxia para Hepatite B: Vacina e Imunoglobulina (se não vacinada), até 14 dias.
5. Notificação: Compulsória e imediata (em até 24 horas para o nível municipal).
6. Aborto Legal: Garantido por lei em casos de gravidez resultante de estupro, sem necessidade de autorização judicial ou BO.

Questão 41

Análise do caso clínico:

O quadro clínico descreve uma Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) que ocorre no 10º dia de pós-operatório. A presença de secreção purulenta é o critério diagnóstico definitivo para ISC. Além disso, a paciente apresenta sinais de gravidade e disseminação sistêmica, evidenciados pela febre (38,5 graus Celsius), leucocitose com desvio à esquerda e a comorbidade de base (diabetes melito), que prejudica a resposta imune e a cicatrização.

Alternativa (a) Incorreta: Diante de uma coleção purulenta e sinais sistêmicos de infecção, a conduta expectante (observar por 48 horas) é inadequada e perigosa. O atraso no tratamento pode levar à progressão da infecção para tecidos mais profundos, deiscência de aponeurose ou sepse, especialmente em uma paciente diabética.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta padrão. O tratamento fundamental de qualquer abscesso ou coleção purulenta em ferida operatória é a abertura de pontos e drenagem da secreção. A antibioticoterapia empírica está indicada neste caso específico porque a paciente apresenta sinais de resposta inflamatória sistêmica (febre e leucocitose) e possui um fator de risco importante (diabetes), o que exige o controle do foco infeccioso e da possível disseminação bacteriana.

Alternativa (c) Incorreta: A presença de pus e endurecimento descarta a hipótese de ser apenas uma "reação inflamatória local" ou seroma. Trata-se de uma infecção bacteriana estabelecida. Limitar o tratamento a analgésicos e antipiréticos ignora a causa-base (o foco infeccioso), permitindo a evolução da doença.

Alternativa (d) Incorreta: Os sinais clínicos (dor na incisão, vermelhidão e pus saindo pelo sítio cirúrgico) apontam para uma infecção da parede abdominal (superficial ou profunda), e não necessariamente intracavitária. Embora exames de imagem possam ser úteis em casos de dúvida ou suspeita de coleções profundas, a prioridade imediata é tratar a infecção visível na ferida. Além disso, não se deve postergar o

início da antibioticoterapia em uma paciente com desvio à esquerda e febre enquanto se aguarda exames de imagem.

Resumo da conduta em Infecção de Sítio Cirúrgico:

1. Se houver apenas hiperemia e endurecimento leve: Calor local e observação (ou antibioticoterapia se houver celulite).
2. Se houver flutuação ou pus: Drenagem (abertura da ferida) é obrigatória.
3. Se houver sinais sistêmicos (febre, taquicardia, leucocitose) ou comorbidades (diabetes, imunossupressão): Drenagem associada à antibioticoterapia.

Questão 42

O caso clínico descreve um grande queimado (30% da superfície corporal queimada) com sinais evidentes de instabilidade hemodinâmica (taquicardia de 126 bpm e pressão arterial de 95/55 mmHg), caracterizando um quadro de choque. No atendimento inicial a esse paciente, seguimos a lógica do ABCDE do trauma. Uma vez que as vias aéreas (A) e a respiração (B) já foram abordadas por meio da intubação orotraqueal mencionada no enunciado, a prioridade imediata passa a ser a letra C (Circulação), focada na estabilização hemodinâmica.

Alternativa a) Incorreta. O uso de antibióticos profiláticos não é recomendado no manejo inicial do paciente queimado. O foco imediato deve ser a estabilização fisiológica e a manutenção da vida. O uso precoce de antibióticos de forma indiscriminada não previne infecções e pode selecionar microrganismos multirresistentes, complicando o tratamento tardio.

Alternativa b) Incorreta. O desbridamento e a limpeza das feridas são etapas fundamentais do tratamento local, mas devem ser realizados somente após o paciente estar hemodinamicamente estabilizado. Realizar procedimentos cirúrgicos ou manipulações extensas em um paciente em choque pode agravar o estado clínico e retardar a ressuscitação vital.

Alternativa c) Correta. Esta é a intervenção prioritária. Queimaduras que atingem mais de 20% da superfície corporal desencadeiam uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica com aumento maciço da permeabilidade capilar. Isso resulta em um rápido deslocamento de fluidos do espaço intravascular para o interstício, levando ao choque hipovolêmico (choque térmico). A reposição volêmica agressiva, orientada por fórmulas como a de Parkland, é essencial para restaurar o volume circulante, garantir a perfusão tecidual e prevenir a falência de múltiplos órgãos.

Alternativa d) Incorreta. Embora o paciente tenha critérios para transferência para um Centro de Tratamento de Queimados (devido à extensão e às áreas nobres

atingidas), ele deve ser estabilizado antes do transporte. O princípio do suporte de vida no trauma dita que o tratamento das ameaças imediatas à vida deve ocorrer no local onde o paciente se encontra. Transferir um paciente instável, sem início de reposição volêmica, aumenta significativamente o risco de óbito durante o trajeto.

Questão 43

O sistema brasileiro de transplantes é regido por leis e decretos que visam garantir a equidade e a eficiência técnica na alocação de órgãos. Diferentemente de outros órgãos, como o fígado (onde a gravidade clínica medida pelo score MELD é o principal fator) ou o coração (onde a urgência clínica impera), o transplante renal possui critérios específicos de seleção.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A idade do paciente é um critério de priorização apenas em situações específicas, como no caso de receptores pediátricos (menores de 18 anos), que possuem prioridade na recepção de órgãos de doadores também jovens. Contudo, de forma geral para a lista, a idade não é o critério soberano acima da compatibilidade.

Alternativa (b) Correta. A compatibilidade imunológica é o critério técnico primordial na alocação de rins no Brasil. Isso ocorre porque o sucesso do transplante renal e a sobrevida do enxerto dependem diretamente da semelhança genética entre doador e receptor, especificamente no sistema HLA (Antígenos Leucocitários Humanos). A alocação segue uma pontuação que prioriza a identidade HLA (mismatch zero) e a compatibilidade nos loci HLA-DR, HLA-B e HLA-A, além de exigir obrigatoriamente a prova cruzada (crossmatch) negativa para evitar rejeição hiperaguda.

Alternativa (c) Incorreta. A ordem cronológica de inscrição na lista de espera funciona como um critério de desempate, e não como o critério principal. Dois pacientes com a mesma pontuação de compatibilidade e perfil clínico serão diferenciados pelo tempo de espera, mas a compatibilidade sempre será analisada antes da antiguidade na lista.

Alternativa (d) Incorreta. Diferentemente do transplante de fígado ou coração, a gravidade dos sintomas ou a urgência clínica não constituem o critério principal para o rim. Isso se deve ao fato de que pacientes com insuficiência renal crônica podem ser mantidos em terapia dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal) por longos períodos. A "priorização" por gravidade clínica no transplante renal é reservada a casos excepcionais, como a impossibilidade total de acesso para diálise (esgotamento de acessos vasculares e peritoneais).

Resumo: No transplante de rim, o objetivo maior é a longevidade do órgão transplantado; por isso, a legislação prioriza a compatibilidade imunológica para reduzir as chances de rejeição.

Questão 44

Esta questão exige o conhecimento sobre o manejo da dor crônica neuropática e os critérios para o uso racional de opioides, especialmente em pacientes com histórico de transtorno por uso de substâncias e comorbidades psiquiátricas.

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta polineuropatia diabética, que é uma dor crônica de caráter neuropático. Além disso, possui fatores de risco importantes para o desenvolvimento de dependência (adicção): histórico pessoal de abuso de álcool, episódios depressivos recorrentes e histórico familiar de abuso de benzodiazepínicos.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O alívio sintomático momentâneo não justifica a indicação de morfina injetável. O uso de opioides potentes por via parenteral no regime "se necessário" para dores crônicas é uma prática inadequada, pois favorece o fenômeno de busca pela droga e o desenvolvimento de dependência química, sem tratar a fisiopatologia da dor neuropática.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento da dor crônica não oncológica deve priorizar a via oral e medicações que modulem a dor neuropática, como anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) ou antidepressivos (amitriptilina, duloxetina). O uso fixo de morfina injetável não tem indicação em quadros de dor crônica não oncológica, reservando-se opioides potentes apenas para casos refratários, por via oral, e após falha de outras terapias.

Alternativa c) Incorreta. Embora o risco de adicção seja alto, não existe proibição absoluta de opioides em casos de dor aguda de forte intensidade (como um trauma grave ou pós-operatório imediato). Nesses casos, a analgesia deve ser garantida, porém com monitoramento estrito, uso de doses criteriosas e planejamento de desmame rápido. A proibição ética de tratar dor aguda intensa não é a conduta correta.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa é a mais adequada porque foca na indicação clínica. O tratamento padrão para a polineuropatia diabética não envolve o uso de morfina injetável, seja de forma fixa ou "se necessário". A morfina não é a primeira,

nem a segunda linha de tratamento para dor neuropática crônica. Portanto, independentemente de a paciente ter ou não risco de adicção, a conduta de prescrever morfina injetável para este quadro clínico atual (dor neuropática crônica) está incorreta do ponto de vista técnico-científico.

Questão 45

Alternativa (a) - Correta: O protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) foi desenhado para detectar líquido livre (geralmente sangue) em pontos dependentes da cavidade peritoneal, além do saco pericárdico. O espaço retroperitoneal é considerado um "ponto cego" para a ultrassonografia à beira-leito. Lesões isoladas em órgãos como pâncreas, rins, duodeno ou grandes vasos retroperitoneais podem não extravasar sangue para a cavidade peritoneal livre, resultando em um exame FAST normal (falso-negativo), mesmo diante de uma lesão grave.

Alternativa (b) - Incorreta: Na ultrassonografia, o sangue livre (líquido) apresenta-se como uma imagem anecoica, ou seja, preta, pois o som atravessa o fluido sem gerar ecos. Imagens hiperecogênicas são brancas e indicam tecidos densos ou interfaces com ar/osso. Além disso, basta a identificação de líquido em apenas uma janela (como no espaço de Morison) para o exame ser considerado positivo.

Alternativa (c) - Incorreta: A Tomografia Computadorizada (TC) com contraste é o padrão-ouro para pacientes hemodinamicamente estáveis, pois permite identificar a localização exata da lesão, graduar traumas em órgãos sólidos e avaliar o retroperitônio. O ultrassom à beira-leito é um exame de triagem que apenas indica a presença de líquido livre, mas não consegue definir com precisão a origem do sangramento ou a extensão da lesão orgânica.

Alternativa (d) - Incorreta: O protocolo estendido, conhecido como eFAST, inclui a avaliação das pleuras. A ultrassonografia é extremamente sensível para identificar pneumotórax à beira-leito (através da ausência do deslizamento pleural e identificação do ponto pulmonar), sendo, em mãos treinadas, superior à radiografia de tórax realizada em decúbito dorsal no cenário do trauma. Também identifica perfeitamente o hemotórax e o hemopericárdio.

Questão 46

A questão aborda o tratamento da Trombose Venosa Profunda (TVP) em uma paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em hemodiálise. Este cenário exige cautela na escolha do anticoagulante devido à função renal comprometida.

Alternativa A: Incorreta. O implante de filtro de veia cava inferior não é a conduta inicial. Ele é reservado para casos em que há contraindicação absoluta à anticoagulação (como sangramento ativo grave ou cirurgia de grande porte iminente) ou quando há falha documentada do tratamento medicamentoso (embolia pulmonar recorrente mesmo com anticoagulação adequada). A insuficiência renal, por si só, não justifica o procedimento.

Alternativa B: Incorreta. Embora a apixabana seja um dos poucos novos anticoagulantes orais (DOACs) que podem ser considerados em pacientes dialíticos em cenários específicos, ela não é classificada como o fármaco preferencial absoluto para todos os casos por 6 meses nesta população. O manejo de anticoagulantes orais diretos na diálise ainda é tema de discussão e depende de protocolos institucionais e diretrizes específicas.

Alternativa C: Incorreta. A Heparina de Baixo Peso Molecular (como a enoxaparina) é eliminada pelos rins. Em pacientes com insuficiência renal terminal ou em hemodiálise, o fármaco tende a se acumular no organismo, elevando drasticamente o risco de hemorragias. Para esses pacientes, a escolha clássica inicial é a Heparina Não Fracionada (HNF), que possui metabolismo hepático e pode ser monitorada pelo tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa).

Alternativa D: Correta. Esta alternativa traz uma afirmação técnica correta sobre a farmacologia da droga. A rivaroxabana é um inibidor direto do fator Xa e faz parte dos anticoagulantes orais diretos (DOACs). Diferentemente da varfarina (antagonista da vitamina K), a rivaroxabana e os demais DOACs possuem dose fixa e resposta previsível, não necessitando de monitorização laboratorial rotineira do INR (Razão Normalizada Internacional). O ajuste de INR entre 2 e 3 é exclusivo para o monitoramento da varfarina. Portanto, a afirmação sobre o manejo do fármaco está correta.

Questão 47

A isquemia mesentérica crônica, frequentemente chamada de angina abdominal, decorre da incapacidade das artérias esplâncnicas de fornecer fluxo sanguíneo suficiente para atender à demanda metabólica do sistema digestivo, especialmente após as refeições.

Alternativa a) Incorreta. O emagrecimento acentuado, marca registrada dessa condição, não ocorre primariamente por má absorção intestinal. Ele é causado pela sitofobia, que é o medo de comer. O paciente associa a ingestão de alimentos à dor intensa e, por isso, reduz drasticamente a ingestão calórica. A má absorção só ocorre em fases muito avançadas por atrofia da mucosa.

Alternativa b) Incorreta. A causa mais comum da forma crônica é a aterosclerose sistêmica (em mais de 90% dos casos). Fenômenos embólicos, como os originados por fibrilação atrial, são as principais causas da isquemia mesentérica aguda, que é uma emergência médica súbita e distinta da forma crônica.

Alternativa c) Correta. Esta é a apresentação clínica clássica. A dor surge entre 15 e 30 minutos após a refeição (período pós-prandial), quando a demanda por oxigênio e sangue no trato gastrointestinal aumenta para a digestão, mas o fluxo está limitado pela estenose arterial. A dor costuma durar de 1 a 2 horas e localiza-se preferencialmente na região epigástrica ou periumbilical.

Alternativa d) Incorreta. A artéria mais comumente acometida e que possui maior relevância clínica nos sintomas é a artéria mesentérica superior. Vale lembrar que, devido à rica rede de circulação colateral entre as artérias celíaca, mesentérica superior e mesentérica inferior, a isquemia crônica geralmente só se manifesta de forma importante quando há estenose significativa em pelo menos dois desses três troncos principais.

Questão 48

Análise das alternativas:

Alternativa A: Está correta. Nos protocolos de trauma vascular de extremidades, o exame físico associado à mensuração do Índice de Pressão Arterial (IPA) ou Índice Tornozelo-Braço (ITB) é uma ferramenta de triagem extremamente eficaz. Em traumatismos penetrantes, a ausência de sinais "duros" de lesão vascular (como sangramento pulsátil, hematoma em expansão, sopro ou ausência de pulsos) somada a um ITB maior ou igual a 0,9 possui um valor preditivo negativo superior a 99 por cento. Isso significa que a probabilidade de uma lesão arterial significativa que necessite de intervenção é mínima, permitindo a alta ou observação clínica sem necessidade de exames de imagem adicionais.

Alternativa B: Está incorreta. No trauma contuso de alta energia, especialmente em luxações de joelho, o exame físico isolado não é confiável. Pode haver lesão da artéria poplítea com manutenção temporária de pulsos distais (lesões intimais), que podem evoluir para trombose tardia. Nesses casos, a investigação com exames de

imagem ou monitoramento rigoroso é mandatária, mesmo que o exame físico inicial pareça normal.

Alternativa C: Está incorreta. Lesões arteriais isoladas de antebraço (radial ou ulnar) ou da mão em pacientes hemodinamicamente estáveis e com perfusão distal preservada (garantida pela circulação colateral do arco palmar) não exigem obrigatoriamente reparo cirúrgico de urgência. Muitas vezes, essas lesões podem ser tratadas com ligadura do vaso ou conduta conservadora, dependendo da avaliação da viabilidade do membro e da presença de sangramento.

Alternativa D: Está incorreta. Embora a angiografia por cateter tenha sido historicamente o padrão-ouro devido à sua precisão, a Angiotomografia (Angio-TC) é atualmente considerada o exame de escolha e o novo padrão para a investigação inicial. A Angio-TC é mais rápida, menos invasiva e amplamente disponível, possuindo sensibilidade e especificidade comparáveis à angiografia convencional para o diagnóstico de lesões vasculares traumáticas. A angiografia por cateter fica reservada preferencialmente para o tratamento endovascular (uso de stents ou embolização).

Questão 49

A abordagem de nódulos de tireoide é um tema recorrente em provas, exigindo conhecimento sobre epidemiologia, diagnóstico inicial e critérios de malignidade. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. Os nódulos de tireoide são extremamente comuns na população geral, especialmente em mulheres e com o avançar da idade. Estudos de ultrassonografia e necropsia mostram que cerca de 50% a 67% dos adultos podem apresentar nódulos tireoidianos. A vasta maioria desses achados consiste em nódulos pequenos (menores que 1,0 cm), sem significado clínico e benignos.

Alternativa b) Incorreta. A conduta inicial diante de um nódulo de tireoide detectado clinicamente ou por imagem é a dosagem do TSH plasmático. Se o TSH estiver suprimido, o próximo passo é a cintilografia para avaliar se o nódulo é funcional (quente). Se o TSH estiver normal ou elevado, avalia-se a necessidade de biópsia por agulha fina (PAAF) com base nas características ultrassonográficas (critérios de TI-RADS) e no tamanho do nódulo. A PAAF nunca é o primeiro passo antes da avaliação laboratorial.

Alternativa c) Incorreta. A terapia supressiva com levotiroxina para nódulos benignos não é recomendada de rotina. Embora possa reduzir o volume do nódulo em alguns casos, os riscos associados à tireotoxicose subclínica iatrogênica (como arritmias

cardíacas, especialmente fibrilação atrial, e perda de massa óssea em mulheres na pós-menopausa) superam os benefícios, visto que a maioria dos nódulos benignos permanece estável.

Alternativa d) Incorreta. Um nódulo puramente cístico é considerado de baixíssimo risco de malignidade (próximo a 0%). De acordo com os consensos atuais (como o ACR TI-RADS ou o consenso da ATA), cistos simples não pontuam para risco de câncer e geralmente não exigem PAAF para fins diagnósticos de malignidade. A aspiração pode ser realizada apenas para alívio de sintomas compressivos ou estética, se o cisto for volumoso, mas não por suspeita moderada de câncer a partir de 1,0 cm.

Questão 50

Questão comentada:

Alternativa a (Incorreta/Gabarito): O erro desta alternativa reside no uso da palavra apenas. A cirurgia para Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não é indicada exclusivamente para casos refratários ao tratamento ou que apresentem complicações. Na verdade, uma das indicações mais frequentes é para pacientes que respondem bem ao tratamento clínico com Inibidores de Bomba de Prótons (IBP), mas que optam pela cirurgia para não depender do uso contínuo e vitalício de medicação, seja por escolha pessoal, custo ou efeitos colaterais. Inclusive, pacientes que apresentam boa resposta clínica ao IBP costumam ser os melhores candidatos ao sucesso cirúrgico. Além disso, a esofagite erosiva simples (graus A e B de Los Angeles) é condição de tratamento eminentemente clínico, não sendo isoladamente uma indicação de cirurgia.

Alternativa b (Correta): A funduplicatura por via laparoscópica é o padrão-ouro atual. A técnica minimamente invasiva oferece resultados funcionais equivalentes à cirurgia aberta (laparotomia), porém com as vantagens nítidas de menor dor no pós-operatório, menor tempo de internação, melhor resultado estético e retorno mais rápido às atividades habituais do paciente.

Alternativa c (Correta): A indicação cirúrgica deve ser sempre individualizada e baseada em exames objetivos (como endoscopia, manometria e pHmetria). No caso do Esôfago de Barrett, a cirurgia controla o refluxo e pode prevenir a progressão da lesão, mas não elimina o risco de adenocarcinoma. Por isso, esses pacientes devem manter a vigilância endoscópica periódica com biópsias, conforme os protocolos de rastreamento, mesmo após um procedimento cirúrgico bem-sucedido.

Alternativa d (Correta): A funduplicatura é um procedimento que aumenta a pressão

na zona de transição esofagogástrica, mas não possui efeito na restauração da motilidade do corpo do esôfago (peristalse). Pacientes que apresentam motilidade esofágica ineficaz no exame de manometria pré-operatória têm um risco elevado de sofrer com disfagia (dificuldade para engolir) se for realizada uma válvula total de 360 graus (Nissen). Nesses casos, o cirurgião deve considerar técnicas de válvulas parciais ou até contraindicar o procedimento, confirmando que a cirurgia não melhora a motilidade prévia.

Questão 51

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um Carcinoma Hepatocelular (CHC), diagnosticado pelos achados típicos na tomografia computadorizada (realce arterial e washout nas fases portal e tardia) em um contexto de cirrose por hepatite C. Para definir a melhor conduta, devemos avaliar a função hepática, a presença de hipertensão portal e a extensão da doença oncológica.

1. Estadiamento da Função Hepática e Hipertensão Portal:

O paciente possui sinais evidentes de cirrose descompensada e hipertensão portal clinicamente significativa: ascite moderada, esplenomegalia, circulação colateral, albumina baixa (2,2 g/dl) e INR alargado (1,6). Calculando o escore de Child-Pugh, o paciente soma 3 pontos pela albumina, 2 pontos pela ascite, 1 ponto pela bilirrubina, 1 ponto pelo INR e 1 ponto pela ausência de encefalopatia, totalizando 8 pontos (Child-Pugh B). A presença de hipertensão portal e Child B contraindica a ressecção hepática (hepatectomia).

2. Critérios de Milão:

Para indicação de transplante hepático no CHC, o padrão-ouro são os Critérios de Milão: presença de nódulo único de até 5 cm OU até 3 nódulos de até 3 cm cada, sem invasão vascular ou doença extra-hepática. O paciente possui 2 nódulos (2,7 cm e 2,3 cm), sem invasão vascular e com TC de tórax normal. Portanto, ele preenche os Critérios de Milão.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A hepatectomia não regrada (ressecção em cunha) não deve ser realizada. Apesar dos nódulos serem pequenos, o fígado cirrótico com hipertensão portal e disfunção (Child B) não suporta a retirada de parênquima, apresentando altíssimo risco de insuficiência hepática pós-operatória.

Alternativa B (Incorreta): A hepatectomia regrada (anatômica) é igualmente contraindicada. A limitação não é técnica ou anatômica, mas sim a reserva funcional

do fígado remanescente e as complicações da hipertensão portal pré-existente.

Alternativa C (Correta): O transplante hepático é o tratamento ideal. O paciente está dentro dos Critérios de Milão e apresenta disfunção hepática/hipertensão portal que impede outros tratamentos cirúrgicos. O transplante trata simultaneamente os tumores e a doença de base (cirrose).

Alternativa D (Incorreta): O sorafenibe é uma terapia sistêmica indicada para casos de CHC avançado (estágio C de BCLC), que envolve invasão da veia porta ou metástases a distância, ou em casos de progressão após tratamentos locorregionais, desde que haja função hepática preservada (preferencialmente Child-Pugh A). Não se aplica a este paciente que possui proposta curativa com o transplante.

Questão 52

Análise da Questão:

A descrição da lesão (assimetria, bordas irregulares, diversas cores e diâmetro maior que 6 mm) remete diretamente à regra do ABCDE, utilizada para a triagem clínica do melanoma cutâneo. O melanoma é uma neoplasia maligna que se origina nos melanócitos e possui alto potencial metastático se não diagnosticada precocemente.

Alternativa a: Correta. A radiação ultravioleta (UV), proveniente da exposição solar desprotegida, é o principal fator de risco ambiental para o desenvolvimento do melanoma e de outros cânceres de pele. A radiação UV causa danos cumulativos ao DNA das células da pele e promove mutações em genes críticos de controle celular. Tanto a exposição solar intermitente com episódios de queimaduras na infância quanto a exposição crônica ao longo da vida são determinantes para o surgimento da doença.

Alternativa b: Incorreta. Embora o histórico familiar seja um fator de risco importante e indique predisposição genética (como mutações no gene CDKN2A), ele responde por apenas cerca de 5% a 10% dos casos de melanoma. A exposição solar é o fator mais abrangente e significativo na população geral.

Alternativa c: Incorreta. Não existe relação causal ou epidemiológica estabelecida entre o consumo de alimentos ricos em gordura e o desenvolvimento de melanoma cutâneo. Fatores dietéticos não são considerados fatores de risco principais para este tipo de câncer.

Alternativa d: Incorreta. O tabagismo é um fator de risco clássico para diversos outros tipos de câncer, como os de pulmão, bexiga e trato aerodigestivo, além de estar associado ao carcinoma espinocelular de pele. No entanto, não é o fator

principal relacionado ao surgimento do melanoma descrito no quadro clínico.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 53

ANÁLISE DO CASO:

O paciente em questão é um homem de 50 anos, fisicamente ativo, apresentando uma hérnia inguinal sintomática (desconforto que piora com o esforço). Em casos de hérnias sintomáticas, o tratamento de escolha é a correção cirúrgica. A decisão entre a técnica aberta e a laparoscópica deve considerar o perfil do paciente e o tempo de recuperação desejado.

ALTERNATIVA A - INCORRETA: A conduta expectante (ou watchful waiting) só é indicada para pacientes do sexo masculino que sejam assintomáticos ou que apresentem sintomas mínimos que não interfiram em suas atividades diárias. Como o paciente apresenta aumento de volume e dor que pioram durante a atividade física, a cirurgia está formalmente indicada.

ALTERNATIVA B - CORRETA: O reparo laparoscópico (técnicas TAPP ou TEP) é a opção mais adequada para este paciente devido ao seu perfil ativo. As diretrizes internacionais (como as do International Hernia Collaborative) apontam que a laparoscopia oferece vantagens significativas em relação à cirurgia aberta, como menor dor pós-operatória imediata, menor risco de dor crônica e, principalmente, um retorno mais rápido às atividades físicas e ao trabalho. Para um paciente que pratica exercícios regularmente, minimizar o tempo de recuperação é uma prioridade.

ALTERNATIVA C - INCORRETA: A técnica de Shouldice é um reparo anatômico que utiliza apenas suturas, sem o uso de tela. Embora seja a melhor das técnicas sem prótese, ela apresenta maiores taxas de recidiva e maior desconforto pós-operatório por gerar tensão nos tecidos. Atualmente, o uso de telas (técnicas "tension-free") é o padrão-ouro para reduzir a recorrência da hérnia.

ALTERNATIVA D - INCORRETA: A técnica de Lichtenstein (aberta com tela) é considerada o padrão-ouro para reparos abertos e é uma opção excelente e segura. No entanto, quando comparada à laparoscopia em pacientes ativos e saudáveis, ela resulta em um período de convalescença ligeiramente maior e maior incidência de parestesias ou dor inguinal crônica. Dado que o enunciado enfatiza a prática regular de exercícios e a ausência de comorbidades, a via laparoscópica (Alternativa B) sobressai como a conduta que melhor atende às necessidades funcionais do paciente.

Questão 54

Alternativa a) Correta. O adenocarcinoma de próstata é o tumor que mais classicamente se associa a metástases ósseas de padrão osteoblástico (ou esclerótico). Nessas lesões, as células tumorais secretam fatores que estimulam a atividade dos osteoblastos, resultando em uma deposição densa e desorganizada de matriz óssea. Nos exames de imagem, como a radiografia ou tomografia, essas lesões aparecem como áreas mais brancas ou radiopacas.

Alternativa b) Incorreta. Fraturas patológicas são complicações frequentes e graves em pacientes com metástases ósseas. A infiltração neoplásica compromete a integridade estrutural e a resistência mecânica do osso, especialmente nos ossos longos que suportam carga (como o fêmur). O risco de fratura é uma preocupação constante no planejamento terapêutico ortopédico.

Alternativa c) Incorreta. As metástases ósseas localizam-se preferencialmente no esqueleto axial, que compreende a coluna vertebral (local mais comum), pelve, costelas e crânio. O esqueleto apendicular (membros) é acometido com menor frequência. Essa predileção pelo esqueleto axial ocorre devido à rica vascularização da medula óssea vermelha nessas regiões e à comunicação com o plexo venoso de Batson.

Alternativa d) Incorreta. A radioterapia é um dos pilares do tratamento paliativo de metástases ósseas e é altamente eficaz no manejo da dor. Ela promove a redução da massa tumoral e dos mediadores inflamatórios locais, proporcionando alívio da dor em cerca de 70% a 80% dos casos, além de auxiliar na remineralização e estabilização do osso acometido.

Questão 55

Alternativa a) Incorreta. A ruptura do tendão de Aquiles é predominantemente uma lesão masculina, com uma proporção que varia de 4:1 a 10:1 em relação às mulheres. O pico de incidência ocorre entre os 30 e 50 anos de idade, geralmente associada a atividades esportivas recreativas (o perfil clássico do "atleta de final de semana").

Alternativa b) Incorreta. A grande maioria das rupturas agudas ocorre na chamada zona crítica ou zona hipovascular, situada entre 2 e 6 centímetros acima da inserção do tendão no calcâneo. A junção miotendínea é um local mais comum para lesões musculares do gastrocnêmio (como a "perna do tenista"), e não para a ruptura completa do tendão de Aquiles.

Alternativa c) Correta. Historicamente, o tratamento cirúrgico é a conduta

preferencial para rupturas agudas em pacientes jovens, ativos e atletas, com o objetivo de restabelecer o comprimento e a tensão do tendão, além de permitir uma reabilitação mais precoce. Embora o tratamento conservador com protocolos de mobilização funcional venha ganhando espaço em estudos recentes, a cirurgia ainda é considerada o padrão para o perfil epidemiológico mais comum da lesão, visando minimizar o risco de rerruptura.

Alternativa d) Incorreta. As complicações de partes moles e de pele são relativamente frequentes na cirurgia aberta do tendão calcâneo. A região posterior do tornozelo possui um suprimento sanguíneo cutâneo limitado e pouco tecido subcutâneo, o que eleva o risco de deiscência de sutura, necrose de pele e infecções profundas no pós-operatório. Isso faz com que técnicas minimamente invasivas sejam cada vez mais estudadas para mitigar esses riscos.

Questão 56

Texto Original:

O caso clínico descreve um paciente com sepse persistente (picos febris e leucograma com desvio à esquerda) decorrente de focos infecciosos não controlados após complicações de uma cirurgia de urgência. O ponto central da questão é identificar a necessidade de controle de foco em dois compartimentos distintos: o abdome (coleção subdiafragmática) e o tórax (derrame pleural loculado).

Alternativa (a) Incorreta: A conduta expectante é contraindicada em pacientes com coleções purulentas diagnosticadas e sinais clínicos de infecção sistêmica. O controle do diabetes e a antibioticoterapia são medidas de suporte fundamentais, mas não substituem a necessidade de drenagem mecânica de abscessos e coleções loculadas.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta mais adequada para o quadro. O derrame pleural é descrito como volumoso e com áreas loculadas (tabicadas), o que caracteriza um empiema na fase fibrinopurulenta. Nessas condições, um dreno de tórax comum frequentemente falha em esvaziar todas as lojas de pus. A pleuroscopia (ou videotoroscopia) permite a lise de aderências, limpeza do espaço pleural e posicionamento correto do dreno sob visão direta. Simultaneamente, a coleção subdiafragmática direita (que é a provável origem do problema ou um foco infeccioso independente) exige uma nova abordagem para drenagem e limpeza.

Alternativa (c) Incorreta: A drenagem torácica simples por tubo costuma ser insuficiente para derrames pleurais loculados, pois o dreno retira o líquido apenas da cavidade em que está inserido, deixando as demais lojas infectadas intocadas. Além disso, esta alternativa falha ao não mencionar a necessidade de abordagem da coleção abdominal, que é um foco ativo de sepse.

Alternativa (d) Incorreta: A toracocentese é um procedimento predominantemente diagnóstico ou para alívio sintomático de grandes volumes, não sendo o tratamento definitivo para um derrame pleural volumoso e loculado em paciente séptico. Embora a punção percutânea possa ser uma opção para a coleção abdominal em casos selecionados, o conjunto da alternativa é insuficiente para a resolução definitiva das complicações torácicas e abdominais combinadas.

Questão 57

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. A fissura anal é classificada cronologicamente como aguda quando o tempo de evolução é de até 6 semanas. No caso clínico descrito, a paciente apresenta sintomas há 8 semanas, o que caracteriza a fissura como crônica. Além do critério temporal, fissuras crônicas costumam apresentar sinais físicos como plicoma sentinela, papila anal hipertrófica e exposição das fibras do esfíncter anal interno.

Alternativa B: Incorreta. Embora a comissura posterior seja a localização mais frequente (cerca de 90% dos casos), a localização anterior é encontrada em aproximadamente 10% a 25% das mulheres, sendo considerada uma localização típica para fissuras primárias (idiopáticas). O termo fissura atípica é reservado para lesões localizadas fora da linha média (laterais) ou aquelas associadas a condições sistêmicas, como doença de Crohn, tuberculose, sífilis, HIV ou neoplasias.

Alternativa C: Incorreta. A constipação intestinal é o principal fator de risco e causa predisponente para o surgimento de fissuras anais devido ao trauma local causado por fezes endurecidas e esforço evacuatório. Entretanto, não é uma regra obrigatória; fissuras podem surgir em pacientes com hábito intestinal normal ou mesmo naqueles com episódios de diarreia crônica. Em questões de prova, afirmações sobre protocolos de tratamento (como a alternativa D) costumam ser consideradas mais corretas do que suposições clínicas de probabilidade.

Alternativa D: Correta. O tratamento inicial da fissura anal crônica é eminentemente médico/conservador, visando reduzir a hipertonia do esfíncter anal interno (esfincterotomia química). O uso tópico de bloqueadores do canal de cálcio (como diltiazem a 2% ou nifedipina) ou de nitratos é recomendado como primeira linha. Os bloqueadores do canal de cálcio são frequentemente os preferidos na prática clínica devido à menor incidência de efeitos colaterais, especialmente a cefaleia, que é muito comum com o uso de nitratos. O tratamento cirúrgico (esfincterotomia lateral interna) é geralmente reservado para casos de falha do tratamento clínico.

Questão 58

Texto Original:

A questão apresenta um caso clássico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) que evoluiu para uma complicação comum: a retenção urinária aguda, evidenciada pelo "bexigoma" (bexiga distendida e sensível à palpação) e pela incapacidade de urinar. O objetivo é identificar quais fatores estão associados à incidência e à progressão dessa condição.

Alternativa (a) Correta: Esta alternativa lista os três pilares fundamentais para a progressão da HPB e o risco de retenção urinária. 1) Idade: A prevalência da HPB aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo rara antes dos 40 anos e afetando a maioria dos homens acima de 60-70 anos. 2) Intensidade dos sintomas prévios: Pacientes com sintomas moderados a graves (geralmente avaliados pelo escore IPSS) possuem maior risco de complicações. 3) Nível do PSA: O Antígeno Prostático Específico, além do rastreio para o câncer, funciona como um marcador indireto do volume da próstata. Níveis de PSA acima de 1,5 ng/mL estão associados a próstatas maiores e a um risco significativamente maior de retenção urinária e à necessidade de cirurgia.

Alternativa (b) Incorreta: O erro reside no "índice tabágico". Embora o tabagismo seja um fator de risco crucial para o câncer de bexiga e doenças cardiovasculares, não há evidência científica robusta que o correlacione como fator de risco para o desenvolvimento ou progressão da HPB. Alguns estudos sugerem até uma relação neutra ou inversamente proporcional, possivelmente devido a alterações hormonais, mas ele nunca é considerado um fator de incidência para o quadro clínico descrito.

Alternativa (c) Incorreta: Novamente, o índice tabágico invalida a alternativa. Além disso, embora o IMC (obesidade) possa estar relacionado a uma maior prevalência de HPB devido a mecanismos de inflamação sistêmica e síndrome metabólica, ele não é um preditor tão forte para a incidência de retenção urinária quanto a idade e o nível do PSA.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o tamanho da próstata e a intensidade dos sintomas sejam fatores relevantes, a inclusão do IMC em detrimento da idade torna a alternativa menos precisa. A idade é o fator isolado mais importante para a ocorrência da HPB. Ademais, o PSA (citado na alternativa a) é o marcador laboratorial prático mais utilizado para prever o crescimento prostático e o desfecho clínico do paciente.

Resumo didático: Para provas de residência, lembre-se de que os preditores de progressão da HPB (maior chance de retenção aguda e cirurgia) são: idade avançada, PSA elevado (volume prostático maior que 30-40 mL) e sintomas urinários iniciais

graves.

Questão 59

O câncer colorretal de início precoce (em pacientes com menos de 50 anos) é um tema de extrema relevância atual devido à mudança no perfil epidemiológico da doença. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta): Embora as diretrizes atuais recomendem a avaliação genética para pacientes jovens diagnosticados com câncer colorretal, a afirmação de que 50% desses pacientes possuem uma forma hereditária está incorreta. Estima-se que apenas cerca de 15% a 20% dos pacientes com menos de 50 anos apresentem mutações germinativas identificáveis (como na Síndrome de Lynch ou Polipose Adenomatosa Familiar). A grande maioria dos casos nessa faixa etária ainda é considerada esporádica.

Alternativa B (Incorreta): A maioria dos pacientes com câncer colorretal de início precoce não possui parentes de primeiro grau afetados. Cerca de 75% a 80% dos casos são esporádicos, o que reforça o desafio do diagnóstico, já que muitos desses pacientes não são identificados por critérios de rastreamento baseados apenas no histórico familiar.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa reflete a realidade epidemiológica mundial das últimas décadas. Enquanto a incidência global de câncer colorretal tem caído em idosos (devido à eficácia do rastreamento por colonoscopia), observa-se um aumento progressivo e preocupante em adultos jovens. Esse aumento é impulsionado majoritariamente por tumores localizados no cólon distal (esquerdo) e, principalmente, no reto. Esse fenômeno tem levado diversas sociedades médicas a reduzirem a idade de início do rastreamento populacional de 50 para 45 anos.

Alternativa D (Incorreta): Diferentemente do que afirma a alternativa, o diagnóstico em pacientes jovens costuma ser feito em estágios mais avançados (III ou IV) em comparação aos pacientes mais velhos. Isso ocorre por dois motivos principais: primeiro, pela falta de rastreamento rotineiro nessa faixa etária; segundo, pelo atraso diagnóstico, uma vez que sintomas como sangramento retal em jovens são frequentemente negligenciados ou atribuídos erroneamente a condições benignas, como hemorroidas. Além disso, os tumores em jovens tendem a apresentar características histológicas mais agressivas, como células em anel de sinete e maior invasão linfovascular.

Questão 60

ANÁLISE DO CASO:

O quadro descreve um adolescente de 12 anos com dor testicular aguda de grande intensidade e início súbito (5 horas de evolução), o que é a apresentação clássica da torção testicular (torção do cordão espermático). Nessa faixa etária, a torção é a principal causa de escroto agudo e deve ser tratada como uma emergência cirúrgica. O tempo é um fator determinante: a taxa de salvamento do testículo é próxima de 100% se a destorção ocorrer em até 6 horas, caindo drasticamente após esse período.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA:

O diagnóstico da torção testicular é essencialmente clínico. Diante de uma suspeita alta, a indisponibilidade de exames de imagem, como o Doppler, não deve atrasar a intervenção. A conduta correta é a exploração cirúrgica imediata para tentar salvar o órgão. Durante a cirurgia, se a torção for confirmada e o testículo estiver viável, realizam-se a destorção e a orquidopexia (fixação). A orquidopexia deve ser obrigatoriamente bilateral, pois a anomalia anatômica que predispõe à torção (conhecida como deformidade em "badalo de sino") geralmente está presente em ambos os testículos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa (a): A transferência para outro serviço para realizar exames de imagem atrasaria o tratamento definitivo. Como o paciente já tem 5 horas de evolução, o tempo gasto no transporte e na fila de espera do exame poderia resultar na perda irreversível do testículo por necrose. Na dúvida diagnóstica sem exames imediatos, a cirurgia é soberana.

Alternativa (b): Analgesia, antibioticoterapia e suspensório escrotal formam o tratamento clássico para orquiepididimite (inflamação/infecção). Embora seja um diagnóstico diferencial, em adolescentes a prioridade é excluir a torção testicular. Tratar uma torção como se fosse infecção levaria à perda do testículo e a possíveis implicações médico-legais.

Alternativa (c): A cintilografia escrotal é um exame em desuso para casos agudos devido à demora na execução e à baixa disponibilidade. Além disso, a orquiectomia (remoção) só deve ser feita se o testículo estiver visivelmente necrótico após a tentativa de destorção e aquecimento. O erro fundamental da alternativa é propor um procedimento apenas unilateral, negligenciando a proteção do testículo contralateral.

Alternativa (d): Conforme explicado, a exploração cirúrgica imediata com

orquidopexia bilateral é o padrão-ouro no manejo da suspeita de torção testicular, visando ao salvamento do órgão afetado e à prevenção da torção no lado oposto.

Questão 61

Análise do Quadro Clínico:

O caso descreve uma mulher jovem com sintomas oculares específicos: diplopia (visão dupla), lacrimejamento, sensação de corpo estranho e borramento visual. Este conjunto de sintomas, em uma paciente nesta faixa etária, é altamente sugestivo de Oftalmopatia de Graves, que é a manifestação extratireoidiana mais comum da Doença de Graves (hipertireoidismo autoimune).

Alternativa (a) Incorreta: A ptose palpebral (queda da pálpebra) é característica de condições como a Miastenia Gravis. Na Oftalmopatia de Graves, ocorre o oposto: a retração palpebral, que confere à paciente um olhar de "espanto". Embora a taquicardia possa estar presente no hipertireoidismo, a ptose invalida a alternativa para este diagnóstico.

Alternativa (b) Correta: O tabagismo é o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento e o agravamento da oftalmopatia de Graves, aumentando significativamente a chance de progressão da doença ocular. A taquicardia e o bócio (aumento da glândula tireoide) são sinais clássicos de tireotoxicose/hipertireoidismo, que frequentemente coexistem com os achados oculares descritos.

Alternativa (c) Incorreta: Dentes sépticos poderiam sugerir uma celulite orbitária ou trombose de seio cavernoso de origem odontogênica. No entanto, essas são condições agudas, graves e que geralmente evoluem com febre e comprometimento do estado geral, o que não condiz com a descrição da questão.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a proptose (olhos saltados) bilateral seja um achado clássico da Doença de Graves, a presença de cefaleia e vômitos direciona o raciocínio clínico para hipertensão intracraniana ou emergências neurológicas, não sendo sintomas típicos ou esperados na oftalmopatia endócrina isolada.

Questão 62

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

O ECG apresentado revela uma taquicardia sinusal, condizente com a frequência cardíaca de 137 bpm relatada no caso. O achado mais importante é o infradesnivelamento difuso do segmento ST, visível em diversas derivações, especialmente de V4 a V6, I, II e aVL. Associado a isso, observa-se um supradesnivelamento do segmento ST na derivação aVR. Esse padrão específico

(infradesnivelamento de ST em mais de 6 derivações com supradesnivelamento de ST em aVR e/ou V1) é um marcador de isquemia global grave, sugerindo obstrução do tronco da coronária esquerda ou doença multiarterial severa.

Diagnóstico e Classificação de Risco:

O paciente apresenta dor torácica anginosa e elevação de troponina, o que define o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Como não há supradesnivelamento persistente do segmento ST nas derivações que definem parede (apenas em aVR), o diagnóstico inicial é de IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Entretanto, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Europeia de Cardiologia classificam pacientes com o padrão eletrocardiográfico de isquemia grave (infradesnivelamento difuso com supradesnivelamento em aVR) como sendo de "Muito Alto Risco". Além disso, a taquicardia importante (137 bpm) em um contexto de dor torácica pode ser um sinal de sofrimento hemodinâmico incipiente.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) exige supradesnivelamento persistente em pelo menos duas derivações contíguas (ex.: V1-V4 para parede anterior), o que não é o caso. A trombólise é formalmente contraindicada no infarto sem supradesnivelamento de ST, pois aumenta a mortalidade e o risco de sangramento sem benefício de reperfusão da artéria culpada.

Alternativa b) Incorreta. Pacientes de "Alto Risco" (como aqueles com troponina positiva isolada ou score GRACE acima de 140) devem realizar o cateterismo em até 24 horas. Contudo, o padrão de isquemia grave no ECG deste paciente eleva sua classificação para "Muito Alto Risco", exigindo uma intervenção mais rápida.

Alternativa c) Correta. O paciente apresenta um IAM sem supradesnivelamento de ST de muito alto risco devido ao padrão eletrocardiográfico sugestivo de lesão de tronco ou multiarterial. Nesses casos, a estratégia invasiva (cateterismo cardíaco) deve ser imediata, realizada em um prazo inferior a 2 horas, de forma semelhante ao protocolo de IAM com supradesnivelamento de ST.

Alternativa d) Incorreta. A elevação da troponina T ultrasensível descarta o diagnóstico de angina instável e confirma o infarto. Além disso, testes de estresse não invasivos (como teste ergométrico ou cintilografia) são contraindicados na fase aguda de um infarto pelo risco de arritmias malignas e morte súbita.

Questão 63

O quadro clínico descreve um paciente idoso, hipertenso, com dor torácica súbita e intensa. Essa tríade é clássica para as Síndromes Aórticas Agudas (SAA). O eletrocardiograma (ECG) apresentado não demonstra sinais de isquemia aguda (como supra ou infradesnivelamento do segmento ST), e a troponina normal afasta, inicialmente, um Infarto Agudo do Miocárdio. O D-dímero elevado possui alto valor preditivo negativo para SAA; ou seja, um valor alto corrobora a suspeita, embora não seja específico. No raio X de tórax, observa-se um alargamento evidente do mediastino e do botão aórtico, sinal radiológico típico de patologias da aorta.

Análise das alternativas:

a) Correta. O diagnóstico de Síndrome Aórtica Aguda (que inclui a dissecação da aorta, o hematoma intramural e a úlcera penetrante) é o mais provável diante da dor súbita "dilacerante" em paciente hipertenso com mediastino alargado. A angiotomografia de tórax e abdômen é o padrão-ouro para confirmação, permitindo avaliar a extensão da lesão por toda a aorta, o que é fundamental para a classificação (Stanford A ou B) e o planejamento cirúrgico.

b) Incorreta. Embora a dor torácica seja um sintoma cardinal da Síndrome Coronariana Aguda, o ECG sem alterações isquêmicas e a troponina normal após o início da dor tornam esse diagnóstico menos provável. Além disso, o achado radiológico de mediastino alargado direciona o raciocínio para a aorta.

c) Incorreta. O tromboembolismo pulmonar (TEP) pode cursar com D-dímero elevado e dor torácica. No entanto, o paciente apresenta saturação de oxigênio normal (96%) e a imagem radiológica mostra alargamento do mediastino, o que não é característico do TEP. Além disso, a dor do TEP costuma ser do tipo pleurítica, e a angiografia pulmonar (cateterismo) é um método invasivo reservado para casos específicos, não sendo a primeira escolha diagnóstica atual.

d) Incorreta. O termo "Síndrome Aórtica Aguda" é mais abrangente e adequado para o quadro inicial. Um aneurisma de aorta torácica roto geralmente evolui com instabilidade hemodinâmica grave e choque hipovolêmico de forma muito rápida, o que não foi descrito na admissão do paciente. Adicionalmente, a investigação complementar deve abranger o abdômen para mapear toda a extensão da aorta.

Questão 64

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A adenosina é um fármaco utilizado para a reversão de taquicardias supraventriculares paroxísticas que dependem do nó atrioventricular (como a reentrada nodal ou via acessória). Na fibrilação atrial (FA), a adenosina pode até promover um bloqueio atrioventricular transitório para ajudar a visualizar as ondas de ativação atrial, mas ela não possui eficácia para reverter a FA ao ritmo sinusal.

Alternativa b) Incorreta. O risco de embolização sistêmica e acidente vascular cerebral (AVC) ocorre no momento em que o átrio retoma sua contração efetiva, o que pode deslocar trombos formados na vigência da arritmia. Esse risco existe tanto na cardioversão elétrica quanto na farmacológica. Como a paciente apresenta sintomas há uma semana (tempo superior a 48 horas), a cardioversão só poderia ser realizada após 3 semanas de anticoagulação plena ou após a exclusão de trombos intracavitários por ecocardiograma transesofágico.

Alternativa c) Incorreta. Existem dois erros graves nesta alternativa. Primeiro, a cardioversão para arritmias organizadas com pulso (como a FA) deve ser sempre sincronizada com a onda R do eletrocardiograma para evitar o fenômeno R sobre T, que pode desencadear fibrilação ventricular. A desfibrilação (choque não sincronizado) é reservada para parada cardiorrespiratória (ritmos chocáveis). Segundo, o intervalo QTc de 0,43 s (430 ms) está dentro da normalidade para uma paciente do sexo feminino (normal até 450-460 ms).

Alternativa d) Correta. A decisão de anticoagular o paciente com fibrilação atrial baseia-se no escore CHA₂DS₂-VASc. A paciente em questão soma 6 pontos: Idade maior ou igual a 75 anos (2 pontos), Hipertensão (1 ponto), Diabetes Melito (1 ponto), Doença Vascular/Infarto prévio (1 ponto) e Sexo Feminino (1 ponto). Em pacientes com escore maior ou igual a 2, a anticoagulação de longo prazo é fortemente recomendada para prevenir AVC isquêmico. Embora o histórico de quedas aumente o risco de sangramento, as diretrizes atuais reforçam que o benefício da proteção contra o AVC geralmente supera o risco hemorrágico decorrente de quedas eventuais, a menos que estas sejam graves e incontroláveis. Portanto, o tratamento medicamentoso para redução de risco embólico é imperativo.

Questão 65

DIAGNÓSTICO E CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito é característico de Herpes Simples Labial recorrente. Os elementos-chave para o diagnóstico são o pródromo (ardência local), a morfologia das lesões (vesículas agrupadas em cacho sobre base eritematosa) e a história de recidiva no mesmo local. O agente etiológico mais comum para o herpes labial é o Herpes Simplex Vírus tipo 1 (HSV-1), que permanece latente no gânglio trigêmeo após a infecção primária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): O eritema multiforme é uma síndrome de hipersensibilidade imunomediada que se manifesta clinicamente com lesões em alvo ou íris. O gatilho mais comum para o desenvolvimento do eritema multiforme (especialmente a forma menor) é a infecção prévia pelo vírus do herpes simples. Estima-se que grande parte dos casos de eritema multiforme recorrente esteja associada a reativações do HSV, ocorrendo geralmente de 7 a 10 dias após a erupção cutânea herpética.

Alternativa B (INCORRETA): O uso de aciclovir tópico possui eficácia clínica muito limitada e questionável no tratamento do herpes labial recorrente. O tratamento mais efetivo é realizado com antivirais por via oral (como aciclovir, valaciclovir ou famciclovir), que devem ser iniciados preferencialmente na fase de pródromos para reduzir o tempo de cicatrização, a replicação viral e a intensidade da dor.

Alternativa C (INCORRETA): As recorrências são extremamente comuns e fazem parte da história natural da infecção pelo vírus herpes simples. Após o contato inicial, o vírus migra pelos nervos periféricos e estabelece latência nos gânglios neuronais. Fatores como exposição solar (radiação ultravioleta), estresse emocional, trauma local, fadiga e alterações hormonais podem desencadear a reativação viral.

Alternativa D (INCORRETA): O diagnóstico é predominantemente clínico devido às características típicas das lesões, porém existem exames complementares disponíveis para confirmação. O Citodiagnóstico de Tzanck é um teste rápido que identifica células gigantes multinucleadas e queratinócitos acantolíticos em raspados da base da vesícula. Outros métodos incluem a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), que possui alta sensibilidade, a cultura viral e a imunofluorescência direta.

Questão 66

A alternativa correta é a (c).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa baseada em evidências científicas atuais:

Alternativa (a) Incorreta: A mudança no estilo de vida (dieta e exercício) é o pilar fundamental do tratamento; porém, ensaios clínicos mostram que a manutenção do peso perdido apenas com essas medidas é extremamente difícil a longo prazo. O organismo aciona mecanismos adaptativos neuroendócrinos (como a redução da taxa metabólica basal e alterações em hormônios de saciedade e fome) que favorecem o reganho de peso na grande maioria dos pacientes.

Alternativa (b) Incorreta: A obesidade é reconhecida como uma doença crônica e recidivante. Portanto, o tratamento medicamentoso não deve ser limitado a um período curto de 6 meses ou 1 ano. Assim como no tratamento da hipertensão ou do diabetes, a suspensão da medicação geralmente resulta no retorno dos sintomas e do peso inicial. Atualmente, existem medicações aprovadas e seguras para uso contínuo por tempo indeterminado.

Alternativa (c) Correta: Esta assertiva reflete os resultados dos estudos com a tirzepatida (estudos da série SURMOUNT). A tirzepatida é uma molécula que atua como agonista duplo dos receptores de GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1) e de GIP (polipeptídeo insulínico dependente de glicose). Nos ensaios clínicos de fase 3, pacientes utilizando a dose máxima de 15 mg alcançaram uma redução média de peso entre 20,9% e 22,5%, um patamar de eficácia superior aos agonistas isolados de GLP-1 de gerações anteriores.

Alternativa (d) Incorreta: Esta afirmação está desatualizada. O estudo SELECT, publicado em 2023, avaliou o uso da semaglutida 2,4 mg em pacientes com sobrepeso ou obesidade e doença cardiovascular estabelecida (sem diabetes). O estudo demonstrou de forma robusta uma redução de 20% no risco de eventos cardiovasculares maiores (MACE), que incluem morte por causas cardiovasculares, infarto não fatal e acidente vascular cerebral não fatal. Portanto, já existe evidência de redução de desfechos duros e mortalidade cardiovascular com o uso de agonistas de GLP-1 no tratamento da obesidade.

Questão 67

O caso clínico apresenta um paciente jovem, portador de diabetes melito tipo 1, que apresenta um quadro de hiperglicemia importante (glicemia capilar de 490 mg/dL) associado a sintomas sistêmicos (náuseas, vômitos, cansaço) e sinais vitais alterados (taquicardia de 110 bpm e, crucialmente, taquipneia com frequência respiratória de 28 mpm).

A principal hipótese diagnóstica é a cetoacidose diabética (CAD), uma emergência médica decorrente da deficiência absoluta de insulina, frequentemente desencadeada pela interrupção do tratamento. A taquipneia observada sugere uma compensação respiratória para uma acidose metabólica (respiração de Kussmaul), e os vômitos indicam gravidade e risco iminente de desidratação severa e distúrbios eletrolíticos.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A aplicação de insulina regular por via subcutânea e a orientação para retomar as doses habituais apenas no dia seguinte são condutas negligentes para um quadro de provável cetoacidose. O paciente apresenta sinais de instabilidade (taquicardia e taquipneia) e não pode ser manejado de forma ambulatorial ou em um abrigo sem monitorização e exames laboratoriais.

b) Incorreta. Embora a insulina lispro seja um análogo de ação rápida, o tratamento da cetoacidose não se resume à correção da glicemia. O manejo exige reposição volêmica vigorosa, correção de distúrbios eletrolíticos (especialmente o potássio) e monitorização rigorosa do equilíbrio ácido-básico. Reavaliar em 4 horas em um abrigo coloca a vida do paciente em risco.

c) Incorreta. A administração de insulina por via intravenosa (IV) deve ser feita preferencialmente com insulina regular e em ambiente hospitalar. Além disso, a administração de insulina sem o conhecimento do nível de potássio sérico é perigosa, pois a insulina desloca o potássio para dentro da célula, podendo causar hipocalcemia grave e arritmias fatais.

d) Correta. Diante da forte suspeita de cetoacidose diabética em um ambiente de abrigo (sem recursos laboratoriais e de suporte avançado), a conduta prioritária é a transferência imediata para um serviço de emergência hospitalar. O paciente necessita de hidratação venosa, insulino-terapia assistida, dosagem de eletrólitos, gasometria arterial e monitorização contínua, procedimentos que só podem ser realizados em ambiente hospitalar por meio de transporte especializado (SAMU).

Questão 68

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de dispepsia ulcerosa. Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Idade avançada (65 anos), o que por si só já indica investigação com exames de imagem/endoscopia.
2. Dor epigástrica que melhora com a alimentação (característica comum em úlceras, especialmente duodenais, embora o caso mencione úlcera gástrica adiante) e que desperta o paciente à noite.
3. Uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como ibuprofeno e nimesulida, que são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera péptica, ao lado da infecção pelo *Helicobacter pylori*.
4. Ausência de pirose (queimação retroesternal), o que torna o diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) menos provável.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O quadro não é sugestivo de DRGE, pois o paciente negou pirose e a dor tem relação com a alimentação e o despertar noturno, sugerindo úlcera. Além disso, o tratamento de esofagite erosiva ou úlcera com "antiácido conforme a demanda" é insuficiente e inadequado para a gravidade potencial do quadro.

Alternativa B (Incorreta): Assim como na alternativa anterior, o diagnóstico inicial proposto (DRGE) não condiz com a clínica de alívio da dor após as refeições e a ausência de pirose. Embora o tratamento com IBP por 8 semanas e a suspensão de AINEs estejam corretos para doenças dispépticas, o diagnóstico inicial está equivocado.

Alternativa C (Incorreta): O diagnóstico de úlcera péptica está correto, porém o exame de escolha para investigação de doenças dispépticas em pacientes acima de 60 anos ou com sinais de alarme é a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), e não o raio X contrastado (REED). A EDA permite a visualização direta da lesão, a realização de biópsias para excluir malignidade (em caso de úlcera gástrica) e a pesquisa de *Helicobacter pylori*.

Alternativa D (Correta): Preenche perfeitamente as lacunas. O quadro clínico de dor epigástrica relacionada à alimentação e ao uso de AINEs é sugestivo de úlcera péptica. O padrão-ouro para o diagnóstico é a Endoscopia Digestiva Alta com pesquisa de *Helicobacter pylori*. Uma vez confirmada a úlcera gástrica relacionada ao uso de AINEs (especialmente se o *H. pylori* for negativo), a conduta correta é

interromper o agente agressor (AINE) e iniciar a cicatrização da mucosa com Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) por um período de 8 semanas.

CONCLUSÃO

A questão exige o reconhecimento da fisiopatologia da úlcera induzida por medicamentos e a correta indicação de EDA em pacientes idosos com dispepsia. A alternativa D é a única que alinha diagnóstico, método propedêutico e conduta terapêutica de forma atualizada.

Questão 69

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta o quadro clássico da Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD, antiga DHGNA). O diagnóstico é corroborado pela presença de esteatose na ultrassonografia associada a fatores de risco metabólicos: obesidade (IMC de 32 kg/m²), circunferência abdominal aumentada (102 cm), hipertensão arterial e alteração da glicemia de jejum, além da exclusão de consumo abusivo de álcool e hepatites virais.

ALTERNATIVA A - INCORRETA

A hiperferritinemia leve é, na verdade, muito comum em pacientes com MASLD, ocorrendo em cerca de um terço dos casos. Ela geralmente reflete o estado inflamatório sistêmico da síndrome metabólica e não necessariamente uma sobrecarga real de ferro (hemocromatose). Na hemocromatose hereditária, espera-se encontrar valores de ferritina muito mais elevados e, obrigatoriamente, uma saturação de transferrina elevada (geralmente acima de 45%), o que diferencia as duas condições.

ALTERNATIVA B - INCORRETA

O padrão típico de alteração de aminotransferases na MASLD é a elevação leve de ALT (TGP) sobre a AST (TGO), ou seja, ALT maior que AST. A inversão dessa relação (AST maior que ALT) costuma sugerir progressão da doença para fibrose avançada ou cirrose, ou ainda apontar para etiologia alcoólica. Quanto aos valores, as transaminases na MASLD costumam ser inferiores a 200-300 U/l; níveis acima de 250 U/l são incomuns e devem levantar suspeita de outras hepatopatias agudas ou graves.

ALTERNATIVA C - CORRETA

A prevalência da MASLD é diretamente proporcional à presença de componentes da síndrome metabólica. Estudos epidemiológicos confirmam que a doença atinge aproximadamente 60% a 70% dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Em populações com obesidade grave (obesidade grau 3), a prevalência de esteatose hepática identificada em biópsias ou exames de imagem pode ultrapassar os 90%, tornando esta a assertiva correta.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

A ultrassonografia é o exame inicial de escolha por ser não invasivo e barato, mas sua acurácia não é tão elevada quanto a descrita. A sensibilidade do método cai consideravelmente quando o conteúdo de gordura no fígado é inferior a 20-30% ou em pacientes com IMC muito elevado, onde a atenuação do feixe de ultrassom dificulta a visualização. Os valores preditivos citados (90% e 98%) estão acima da performance real do método na prática clínica diária.

Questão 70

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta pancitopenia, caracterizada pela redução das três séries do hemograma: anemia (Hb 10 g/dL), leucopenia ($3.400/\text{mm}^3$, com neutropenia e linfopenia) e plaquetopenia ($98.000/\text{mm}^3$). O histórico recente de uma infecção de vias aéreas superiores (provável quadro viral) sugere uma supressão medular transitória pós-infecciosa, fenômeno comum e geralmente autolimitado.

Alternativa A: Correta. A causa mais provável para a queda global das linhagens celulares em uma paciente jovem, previamente hígida e com histórico infeccioso recente, é a supressão medular por vírus. Como a paciente está clinicamente estável, sem febre atual, sem sinais de sangramento e com neutrófilos acima de $1.000/\text{mm}^3$ (ausência de neutropenia grave), a conduta expectante com repetição do hemograma em curto prazo (1 a 2 semanas) é a mais adequada.

Alternativa B: Incorreta. A agranulocitose é definida tecnicamente por uma contagem de neutrófilos inferior a $500/\text{mm}^3$. A paciente apresenta 1.300 neutrófilos/ mm^3 , o que descaracteriza o diagnóstico. Além disso, a agranulocitose por dipirona costuma ser uma reação idiossincrática aguda e isolada da série branca, não justificando necessariamente a alteração nas outras linhagens de forma tão branda após duas semanas do uso.

Alternativa C: Incorreta. Embora a microcitose e a hipocromia sejam características marcantes da anemia ferropriva, a deficiência de ferro isolada não explica a

leucopenia e a plaquetopenia (pancitopenia). Diante de alterações em múltiplas linhagens, deve-se investigar causas sistêmicas ou centrais (medulares), e não apenas carências nutricionais isoladas de ferro. Além disso, o acompanhamento é indispensável em qualquer quadro de pancitopenia.

Alternativa D: Incorreta. As deficiências de vitamina B12 e folato (vitamina B9) classicamente causam anemia megaloblástica, que se apresenta com macrocitose (VCM elevado), e não microcitose, como descrito no caso. O consumo abusivo de álcool pode causar toxicidade medular e pancitopenia, mas o quadro clínico de pródromo viral e a idade da paciente tornam a etiologia pós-viral muito mais provável epidemiologicamente.

Questão 71

Análise do caso clínico:

A paciente apresenta um quadro clássico de osteoporose estabelecida. O ponto fundamental para a resolução desta questão é reconhecer que a presença de uma fratura por fragilidade (queda da própria altura) em local típico (coluna vertebral, T12 e L1) é suficiente para o diagnóstico clínico de osteoporose, independentemente do resultado da densitometria óssea. Além disso, a paciente possui múltiplos fatores de risco: idade avançada, menopausa precoce, dieta vegana (potencial baixa de cálcio e vitamina D) e, principalmente, o uso de inibidor de aromatase, medicamento que reduz drasticamente os níveis de estrogênio e acelera a perda de massa óssea.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. Embora a densitometria óssea possa ser solicitada para acompanhamento de massa óssea futura (baseline), ela não é necessária para confirmar o diagnóstico neste caso. A fratura vertebral moderada após queda da própria altura já define o diagnóstico de osteoporose e indica a necessidade de tratamento imediato. Retardar o início da terapia para aguardar o exame prejudica a paciente, que está em alto risco de novas fraturas.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta preconizada pelos consensos nacionais e internacionais. Diante de uma fratura por fragilidade, o diagnóstico de osteoporose está firmado. O próximo passo é realizar uma triagem laboratorial básica (hemograma, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, creatinina, vitamina D, TSH, paratormônio e, às vezes, eletroforese de proteínas) para descartar causas secundárias que possam estar agravando o quadro (como hiperparatireoidismo ou mieloma múltiplo). Simultaneamente, deve-se iniciar o tratamento farmacológico com agentes antirreabsortivos (como os bisfosfonatos), além de garantir a suplementação adequada de cálcio e vitamina D.

Alternativa C: Incorreta. O inibidor de aromatase é parte essencial do tratamento oncológico para câncer de mama e não deve ser interrompido sem uma discussão profunda com a oncologia, uma vez que sua suspensão pode aumentar o risco de recorrência do câncer. O correto é tratar a saúde óssea enquanto se mantém a terapia oncológica. Além disso, a suplementação isolada de cálcio, vitamina D e proteína é insuficiente para uma paciente que já apresenta fraturas vertebrais.

Alternativa D: Incorreta. A analgesia é importante para o conforto, mas a imobilização prolongada em idosos deve ser evitada pelo risco de complicações (trombose, pneumonia, perda de massa muscular). Reavaliar apenas em 3 meses com novo exame de imagem é uma conduta passiva demais. A paciente já tem o diagnóstico e o risco de uma nova fratura em curto prazo (fratura iminente) é altíssimo, exigindo intervenção farmacológica imediata para estabilização da microarquitetura óssea.

Questão 72

O quadro clínico descrito apresenta um paciente com síndrome febril aguda, mialgia e icterícia, com o achado físico altamente específico de sufusão conjuntival (hiperemia ocular). O histórico epidemiológico de contato com águas de inundação em Porto Alegre há 14 dias fecha o diagnóstico sindrômico de leptospirose, possivelmente em sua forma grave (síndrome de Weil).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na leptospirose, ocorre o que chamamos de dissociação bilirrubino-transaminásica. O paciente apresenta icterícia acentuada (elevação de bilirrubina direta), mas as transaminases (TGO e TGP) costumam estar apenas levemente aumentadas, raramente ultrapassando 500 U/L. Valores acima de 1.000 U/L são típicos de hepatites virais agudas, como as causadas pelos vírus A ou B, ou de lesões tóxicas e isquêmicas.

Alternativa b) Incorreta. A insuficiência renal aguda (IRA) na leptospirose possui uma característica muito peculiar: ela é classicamente não oligúrica e hipocalêmica (com potássio baixo). Isso ocorre porque a bactéria e suas toxinas afetam os transportadores de sódio e potássio nos túbulos renais (especialmente na alça de Henle). Embora formas graves possam evoluir para oligúria, a apresentação típica da doença é a manutenção do volume urinário com perda de potássio.

Alternativa c) Correta. Em situações de inundações e desastres ambientais, há um comprometimento severo do saneamento básico. Isso favorece a disseminação de várias doenças, não apenas a leptospirose. A hepatite A, transmitida pela via

feco-oral através de água e alimentos contaminados, manifesta-se com febre, mal-estar e icterícia, sendo um diagnóstico diferencial obrigatório em qualquer quadro de síndrome icterica febril nesse contexto epidemiológico.

Alternativa d) Incorreta. A presença de tosse é comum na leptospirose e pode indicar o início de um comprometimento pulmonar. A forma grave da doença pode evoluir para a síndrome de angústia respiratória aguda (SARA) e hemorragia alveolar, que é a principal causa de óbito por leptospirose no Brasil. Portanto, a tosse é um sinal de alerta e jamais afasta o diagnóstico.

Questão 73

Esta questão aborda o manejo da parada cardiorrespiratória (PCR) em situações de hipotermia acidental, um cenário comum em resgates de inundações. O ponto central é entender como a temperatura corporal influencia a fisiologia da reanimação e o prognóstico do paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A hipotermia pode, sim, ser a causa da PCR, mas a afirmação sobre o estágio I está errada. A hipotermia leve (Estágio I, temperatura central entre 32 °C e 35 °C) caracteriza-se por mecanismos compensatórios preservados, como tremores, taquicardia e vasoconstrição, sem a instabilidade hemodinâmica grave ou arritmias fatais que são típicas dos estágios moderado (Estágio II) e grave (Estágios III e IV).

Alternativa (b) Incorreta. A idade avançada é um fator de risco significativo. Pacientes idosos apresentam menor reserva funcional, menor taxa metabólica basal, redução da gordura subcutânea e, frequentemente, comorbidades que prejudicam a termorregulação e a resposta ao estresse térmico, aumentando a gravidade das complicações.

Alternativa (c) Incorreta. A desfibrilação não é contraindicada. As diretrizes da American Heart Association (AHA) recomendam que, se um ritmo chocável for identificado, deve-se tentar a desfibrilação. Caso o paciente não responda ao choque inicial, novas tentativas podem ser postergadas enquanto se foca no reaquecimento, mas não há proibição de realizar o procedimento logo de início.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa reflete o princípio fundamental do manejo da hipotermia grave: “Ninguém está morto até que esteja quente e morto”. A hipotermia exerce um efeito neuroprotetor, reduzindo a demanda metabólica cerebral, o que pode permitir a recuperação neurológica mesmo após períodos prolongados de PCR.

Portanto, os esforços de reanimação devem ser mantidos de forma agressiva, concomitantemente ao reaquecimento do paciente (geralmente até atingir um patamar entre 32 °C e 35 °C), antes de se considerar a interrupção das manobras por falha terapêutica.

Resumo do Caso: No contexto de exposição prolongada à água fria (como nas inundações mencionadas), o paciente de 70 anos deve ser tratado com protocolos de suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS) adaptados para hipotermia, priorizando o reaquecimento ativo e a manutenção das manobras de ressuscitação por tempo estendido.

Questão 74

A paciente apresenta um quadro de Doença Renal Crônica (DRC) em Estágio 3b, evidenciado pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG) de 42 mL/min/1,73 m² e pela presença de albuminúria (56 mg/L). Embora não seja diabética (glicemia e HbA1c normais), ela possui hipertensão, obesidade e dislipidemia, fatores que aceleram a perda de função renal.

A alternativa (a) está incorreta porque, apesar de as mudanças de estilo de vida serem fundamentais para o tratamento da obesidade e hipertensão, elas não são suficientes de forma isolada para uma paciente que já apresenta DRC estabelecida com perda significativa de função renal e albuminúria. Intervenções farmacológicas são necessárias para reduzir o risco de progressão para falência renal e eventos cardiovasculares.

A alternativa (b) está correta e representa a conduta mais atualizada conforme as diretrizes recentes (como as do KDIGO e da Sociedade Brasileira de Nefrologia). Os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2), como a dapagliflozina ou empagliflozina, demonstraram em grandes estudos clínicos (como DAPA-CKD e EMPA-KIDNEY) a capacidade de reduzir a progressão da DRC e a mortalidade cardiovascular, mesmo em pacientes não diabéticos. Atualmente, a indicação para iniciar essa classe de medicamentos ocorre em pacientes com TFG entre 20 e 60 mL/min/1,73 m² ou naqueles com TFG > 60 que apresentem albuminúria persistente.

A alternativa (c) está incorreta. A paciente já utiliza 40 mg de enalapril por dia (20 mg a cada 12 horas), que é a dose máxima recomendada para bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona com finalidade de nefroproteção e controle pressórico. Além disso, sua pressão arterial está adequadamente controlada (128/78 mmHg), não havendo benefício comprovado em aumentar a dose além do teto terapêutico.

A alternativa (d) está incorreta. A paciente já faz uso de uma dose de alta potência de estatina (atorvastatina 40 mg). Seu perfil lipídico mostra um colesterol LDL calculado de aproximadamente 87 mg/dL, o que é aceitável para o cenário clínico atual. Embora o controle lipídico seja importante, a intervenção que traz maior impacto na sobrevida renal e redução de risco específico de progressão da DRC nesta paciente, no momento, é a introdução do iSGLT2, e não o escalonamento da estatina.

Questão 75

Para compreender a causa da crise convulsiva neste paciente, devemos analisar a associação entre o diagnóstico de base e os resultados laboratoriais apresentados.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A encefalite límbica é uma síndrome paraneoplásica neurológica que pode ocorrer em pacientes com câncer de pulmão de pequenas células (SCLC) e pode causar convulsões. No entanto, diante de um distúrbio metabólico grave e evidente nos exames (hiponatremia severa), a causa metabólica torna-se a explicação mais provável e imediata para o evento agudo.

b) Correta. O câncer de pulmão de pequenas células é a neoplasia mais comumente associada à Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIADH). A SIADH leva à retenção de água livre, resultando em hiponatremia dilucional. Conforme observado na tabela de exames, o sódio sérico do paciente é de 120 mEq/L (valor de referência: 135-145 mEq/L). Níveis de sódio abaixo de 125 mEq/L são frequentemente associados a manifestações neurológicas graves, como confusão mental, edema cerebral e crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas, devido ao desequilíbrio osmótico no sistema nervoso central.

c) Incorreta. A hipóxia pode causar crises convulsivas, porém, ao analisarmos a gasometria arterial fornecida na imagem, observa-se que a PO₂ é de 85 mmHg. Este valor está dentro da faixa de normalidade (80-100 mmHg), descartando a hipóxia como causa.

d) Incorreta. O paciente apresenta hipercapnia (PCO₂ de 60 mmHg), o que é esperado para um quadro de DPOC avançada com acidose respiratória (pH 7,32). Embora a hipercapnia grave possa causar a "narcose por CO₂" (alteração do nível de consciência, sonolência e coma), ela raramente é a causa primária de uma crise convulsiva tônico-clônica súbita, especialmente na presença de uma hiponatremia profunda de 120 mEq/L, que é um gatilho convulsivo clássico.

Resumo dos dados laboratoriais relevantes:

O exame de sódio sérico (120 mEq/L) confirma a hiponatremia grave, que explica a clínica neurológica. A tomografia de crânio normal reforça que a causa é metabólica/sistêmica e não uma lesão estrutural (como metástases). A associação clássica entre câncer de pequenas células e SIADH direciona para a alternativa B.

Questão 76

A análise da radiografia de tórax revela um achado clássico e fundamental para o diagnóstico: a presença de um nível hidroaéreo no hemitórax direito. Em uma radiografia realizada em posição ortostática (em pé), a gravidade faz com que o líquido se deposite na base e o ar suba, criando uma linha horizontal perfeitamente reta que separa a radiopacidade inferior (líquido) da radiotransparência superior (ar).

Alternativa (a) Incorreta: Uma lobectomia pulmonar inferior direita resultaria em alterações volumétricas, como o desvio de estruturas mediastinais para o lado da cirurgia ou a elevação da cúpula diafragmática para compensar o espaço, mas não produziria esse nível hidroaéreo extenso que atravessa o hemitórax.

Alternativa (b) Incorreta: Um abscesso pulmonar é uma lesão dentro do parênquima do pulmão. Embora também possa apresentar um nível hidroaéreo, ele geralmente é uma imagem cavitária delimitada por uma parede própria e envolta por um halo de consolidação inflamatória. Na imagem apresentada, o nível hidroaéreo se estende por toda a largura da caixa torácica, indicando que o conteúdo está livre no espaço pleural.

Alternativa (c) Correta: O hidropneumotórax é a coexistência de ar (pneumotórax) e líquido (derrame pleural) dentro do espaço pleural. No raio X em ortostatismo, a interface entre o ar e o líquido perde a curvatura habitual do derrame pleural simples (sinal do menisco ou Curva de Damoiseau) e torna-se uma linha horizontal reta. Além disso, é possível observar enfisema subcutâneo à direita (presença de ar nos tecidos moles da parede torácica), o que frequentemente está associado a traumas ou procedimentos pleurais que causam hidropneumotórax.

Alternativa (d) Incorreta: Uma consolidação (como na pneumonia) apresenta-se como uma opacidade heterogênea ou homogênea que preenche os espaços aéreos, muitas vezes com broncogramas aéreos. Ela não apresenta uma linha superior horizontal perfeita com ausência total de parênquima pulmonar (ar livre) acima dela, como observado no caso.

Questão 77

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente com asma de longa data que apresenta uma piora clínica recente, caracterizada pela eliminação de tampões mucosos (escarro espesso). Os achados laboratoriais mostram elevação significativa de IgE total (1.200 UI/ml) e eosinofilia periférica (900/mm³). O achado radiológico na tomografia é patognomônico: bronquiectasias centrais com impactação mucoide, resultando no sinal do "dedo de luva" (opacidades tubulares que se ramificam a partir do hilo). Esse conjunto de critérios - asma, IgE elevada, eosinofilia e bronquiectasias centrais - define o diagnóstico de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA).

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é uma reação de hipersensibilidade complexa (tipos I, III e IV) ao fungo *Aspergillus fumigatus* que coloniza a árvore brônquica de pacientes com asma ou fibrose cística. Os critérios diagnósticos principais estão todos presentes na questão:

1. História de asma.
2. IgE total elevada (geralmente acima de 1.000 UI/ml).
3. Eosinofilia periférica.
4. Bronquiectasias centrais (diferente das bronquiectasias comuns que costumam ser periféricas).
5. Impactação mucoide, que na imagem gera o sinal do "dedo de luva" (representando os brônquios dilatados e preenchidos por muco espesso).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

a) Pneumonia eosinofílica: Embora apresente eosinofilia no sangue e no escarro, a pneumonia eosinofílica costuma cursar com infiltrados pulmonares periféricos e migratórios (conhecidos como o "negativo fotográfico do edema pulmonar"). Não é caracterizada por bronquiectasias centrais ou eliminação de tampões mucosos tão marcantes quanto na ABPA.

b) Micobacteriose não tuberculosa: As micobacterioses (como pelo complexo *Mycobacterium avium*) podem causar bronquiectasias e nódulos (padrão de árvore em brotamento), mas geralmente ocorrem em pacientes com doença pulmonar prévia ou imunossupressão. Não explicariam o aumento acentuado de IgE e a eosinofilia sistêmica ligada à asma.

c) Bronquiectasias por discinesia ciliar: Esta é uma doença congênita que cursa com infecções de repetição desde a infância, sinusite crônica e, às vezes, situs inversus

(Síndrome de Kartagener). As bronquiectasias costumam ser basais e difusas, e o quadro não apresenta a elevação de IgE e eosinófilos característica de um processo alérgico fúngico.

ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM E TERMOS RADIOLÓGICOS

O termo "dedo de luva" citado na questão refere-se à imagem radiológica de brônquios dilatados preenchidos por muco denso. Na tomografia, essas opacidades tubulares ou em forma de "Y" ou "V" são muito sugestivas de ABPA quando localizadas nas regiões centrais e superiores dos pulmões em um paciente asmático.

Questão 78

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta sintomas de ansiedade, humor deprimido, anedonia e esquiva após sofrer um evento traumático grave (perda da casa em alagamento e resgate em estrada). O ponto-chave para a resolução da questão é o tempo de evolução: os sintomas iniciaram há apenas 10 dias. No contexto da psiquiatria, sintomas que surgem logo após um trauma e duram entre 3 dias e 1 mês são classificados como Transtorno de Estresse Agudo.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

A conduta prioritária em situações de estresse agudo decorrente de desastres naturais envolve o que chamamos de Primeiros Socorros Psicológicos. Isso inclui garantir a segurança da paciente, oferecer suporte social e familiar e praticar a escuta empática. Quanto à parte farmacológica, o uso de benzodiazepínicos deve ser evitado logo após traumas, pois alguns estudos sugerem que eles podem interferir no processamento emocional natural do evento e aumentar o risco de cronificação para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), além do risco de dependência.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

Não se deve forçar uma vítima de trauma a falar ou reviver suas experiências se ela não desejar. Técnicas de debriefing psicológico obrigatório e intensivo logo após o evento podem ser prejudiciais e até retraumatizantes. O acolhimento deve respeitar o tempo e o silêncio da paciente.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

Não há evidências no relato de que a paciente apresente risco de autoextermínio

imediatamente que justifique encaminhamento para emergência. O erro técnico principal da alternativa é afirmar que o médico não deve perguntar sobre pensamentos de morte. Questionar diretamente sobre ideação suicida é uma conduta obrigatória na avaliação psiquiátrica e não induz o paciente ao suicídio; pelo contrário, ajuda na prevenção.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

Embora a paciente apresente sintomas que lembram o TEPT (intrusão, esquiva, alteração de humor), o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático exige, obrigatoriamente, que os sintomas estejam presentes por mais de 1 mês (30 dias). Como o quadro tem apenas 10 dias, o diagnóstico está precocemente indicado. Além disso, a prioridade imediata é o suporte psicossocial e não o início de antidepressivos.

Questão 79

ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve um homem de 55 anos com monoartrite aguda no joelho direito e febre. O detalhe fundamental para a definição da principal hipótese diagnóstica é a presença de uma úlcera secretiva no hálux e eritema no pé direito, que sugerem uma porta de entrada para patógenos. Diante de uma monoartrite aguda associada a um foco infeccioso cutâneo próximo, a principal hipótese a ser investigada e excluída prioritariamente é a Artrite Séptica.

ALTERNATIVA A (CORRETA)

Na análise do líquido sinovial de uma artrite séptica, o achado característico é uma celularidade muito elevada, tipicamente acima de 50.000 leucócitos por milímetro cúbico, com predomínio de neutrófilos (acima de 75 a 90 por cento). Contudo, a ausência de bactérias na pesquisa direta (Gram) ou o resultado negativo da cultura não excluem o diagnóstico. O Gram possui sensibilidade limitada (cerca de 50 a 70 por cento) e as culturas podem ser negativas em até 20 a 30 por cento dos casos, especialmente se houver uso prévio de antibióticos ou se o agente for de difícil crescimento. Assim, a celularidade aumentada é o principal critério presuntivo.

ALTERNATIVA B (INCORRETA)

Esta alternativa propõe o tratamento para uma crise de Gota. Embora o paciente apresente fatores de risco para gota (uso de diurético tiazídico e diabetes), a presença da úlcera infectada e do eritema no pé aponta fortemente para uma

etiologia infecciosa. Tratar um quadro de artrite séptica com anti-inflamatórios e colchicina seria um erro grave, pois permitiria a progressão da infecção e a destruição da cartilagem articular.

ALTERNATIVA C (INCORRETA)

A infiltração intra-articular com glicocorticoides é absolutamente contraindicada em casos de suspeita de artrite infecciosa. O corticoide reduz a resposta imunológica local, o que aceleraria a proliferação bacteriana e a gravidade da infecção, podendo levar o paciente a um quadro de sepse.

ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A artrite séptica é considerada uma emergência reumatológica e infectológica. O tratamento com antibióticos deve ser iniciado de forma empírica e imediata logo após a realização da artrocentese (coleta do líquido sinovial) e das hemoculturas. Não se deve aguardar o resultado final das culturas e do antibiograma para iniciar a terapia, pois o atraso no tratamento correlaciona-se diretamente com maior dano articular permanente e pior prognóstico. O esquema terapêutico é ajustado posteriormente conforme os resultados laboratoriais.

Questão 80

O quadro clínico descrito apresenta elementos clássicos das espondiloartrites, mais especificamente da artrite psoriásica. O paciente apresenta dactilite (o chamado "dedo em salsicha", caracterizado pelo edema e eritema do terceiro pododáctilo), onicodistrofia e *pitting* ungueal (pequenas depressões na unha), que são sinais patognomônicos de psoríase ungueal e fortemente associados à artrite psoriásica. Além disso, a queixa de diarreia recorrente pode sugerir uma associação com doença inflamatória intestinal, que também faz parte do grupo das espondiloartrites.

Análise das alternativas:

a) Fator reumatoide reagente: Incorreta. As espondiloartrites são, por definição, soronegativas. A presença do fator reumatoide direcionaria o diagnóstico para artrite reumatoide, que tipicamente não causa dactilite nem as alterações ungueais descritas (*pitting*), além de raramente acometer as articulações interfalângicas distais.

b) Colite à biópsia: Incorreta. Embora a presença de colite pudesse justificar a diarreia e confirmar uma doença inflamatória intestinal (como doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) associada ao quadro articular, ela não é o principal marcador

para predizer ou confirmar o acometimento axial (coluna e sacroilíacas) nesse contexto.

c) HLA-B27 presente: Correta. O HLA-B27 é um marcador genético fortemente associado ao grupo das espondiloartrites. Nas formas de artrite psoriásica e outras espondiloartrites periféricas, a presença desse antígeno está diretamente relacionada a uma maior probabilidade de desenvolvimento de doença axial (sacroileíte e espondilite). Portanto, sua presença ajuda a classificar o paciente dentro do espectro das espondiloartrites e sinaliza o risco de evolução com dor inflamatória na coluna.

d) Pesquisa de fungo ungueal negativa: Incorreta. A pesquisa negativa para fungos (micológico direto e cultura) ajudaria a excluir uma onicomicose, reforçando que a alteração da unha é decorrente da psoríase. No entanto, esse achado é apenas um critério de exclusão para diagnóstico diferencial e não possui nenhuma relação com o aumento da chance de acometimento da coluna (axial).

Questão 81

Alternativa a) Incorreta. Uma meta-análise realizada sem o rigor de uma revisão sistemática (ou seja, sem uma busca exaustiva e critérios de seleção predefinidos) apresenta um elevadíssimo risco de viés de seleção. Sem o processo sistemático, o autor pode escolher apenas os estudos que corroboram sua hipótese, invalidando a conclusão estatística.

Alternativa b) Correta. Este é um ponto crítico na Medicina Baseada em Evidências. Estudos pequenos são mais propensos ao viés de publicação, pois resultados negativos em amostras reduzidas raramente chegam a ser publicados. Assim, uma meta-análise que combine apenas esses pequenos estudos pode superestimar o efeito de um tratamento. Um ensaio clínico randomizado grande e bem desenhado é mais robusto e pode contradizer os achados de uma meta-análise de estudos menores.

Alternativa c) Incorreta. A assertiva descreve o conceito de meta-análise. A revisão sistemática é o processo metodológico amplo que envolve a busca exaustiva, seleção e avaliação crítica da literatura. A meta-análise é uma ferramenta estatística que pode ou não ser utilizada dentro de uma revisão sistemática para sintetizar os dados quantitativamente.

Alternativa d) Incorreta. Uma revisão sistemática pode apresentar diversas meta-análises, uma para cada desfecho de interesse (por exemplo, uma para mortalidade, outra para tempo de internação e outra para efeitos colaterais). Além disso, se os estudos incluídos forem muito diferentes entre si (heterogeneidade

elevada), o autor pode optar por não realizar meta-análise alguma, apresentando apenas uma síntese qualitativa dos dados.

Questão 82

ESTUDOS DE NÃO INFERIORIDADE E INTERPRETAÇÃO DA MARGEM

Em um ensaio clínico de não inferioridade, o objetivo principal não é mostrar que o novo tratamento é melhor, mas sim que ele não é significativamente pior que o tratamento padrão, dentro de um limite aceitável chamado margem de não inferioridade. Nesta questão, o desfecho avaliado é a taxa de cura (um evento favorável). Assim, um Risco Relativo (RR) maior que 1 indica que o novo tratamento é melhor, e um RR menor que 1 indica que ele é pior. A margem de não inferioridade foi fixada em 0,9.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. Como o desfecho analisado é a cura, a superioridade só é demonstrada quando o Risco Relativo e todo o seu intervalo de confiança (IC) estão acima de 1 (RR maior que 1). Se o RR for menor que 1, o tratamento é matematicamente menos eficaz que o comparador, o que invalida a afirmação de superioridade.

Alternativa b: Incorreta. A não inferioridade é estabelecida quando o limite inferior do intervalo de confiança não ultrapassa a margem predefinida (neste caso, 0,9). O fato de o intervalo tocar a linha de nulidade (RR igual a 1) indica apenas que não há diferença estatística de superioridade ou inferioridade absoluta entre as drogas, mas não define a não inferioridade em relação à margem. O cenário D, por exemplo, toca a nulidade, mas seu limite inferior cruza a margem de 0,9 para a esquerda, falhando em provar a não inferioridade.

Alternativa c: Incorreta. O resultado E é o melhor cenário do gráfico: ele é superior ao tratamento padrão, pois seu RR e IC estão totalmente acima de 1. Todo tratamento superior é, por definição, não inferior. O erro da alternativa está em afirmar que o resultado E está abaixo da margem de não inferioridade, quando na imagem ele está posicionado bem acima (à direita) de 0,9 e de 1.

Alternativa d: Correta. De acordo com os parâmetros do estudo, qualquer resultado cujo limite inferior do intervalo de confiança seja maior ou igual a 0,9 é aceito como não inferior. Observando a figura: o resultado B está entre 0,9 e 1; o resultado C cruza a nulidade, mas seu limite inferior é maior que 0,9; e o resultado E é superior (maior que 1). Como esses três cenários não cruzam a margem de 0,9 para o lado

pior (esquerda), todos atendem ao critério de não inferioridade.

ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM

A linha vertical posicionada em 0,9 na figura representa o limite de tolerância do pesquisador.

Cenário A: O ponto está na margem e o intervalo se estende para a esquerda (pior que a margem).

Cenários B e C: Estão à direita da margem de 0,9, mesmo que o ponto central seja menor que 1.

Cenário D: O intervalo é muito largo e cruza a margem de 0,9, sendo inconclusivo.

Cenário E: Está totalmente à direita de 1, indicando superioridade e, conseqüentemente, não inferioridade.

Questão 83

Para analisar os dados epidemiológicos do estudo prospectivo, primeiro organizamos as informações dos grupos em uma tabela:

Grupo Medicamento (Expostos):

Com epigastralgia: 15

Sem epigastralgia: 45

Total do grupo: 60

Grupo Controle (Não expostos):

Com epigastralgia: 2

Sem epigastralgia: 78 (80 participantes totais menos 2 que tiveram o sintoma)

Total do grupo: 80

Cálculos fundamentais:

Incidência no grupo exposto (I_e) = $15 / 60 = 0,25$ (ou 25%)

Incidência no grupo controle (I_c) = $2 / 80 = 0,025$ (ou 2,5%)

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Razão de Chances (Odds Ratio) é calculada pela razão entre as chances do evento nos dois grupos (a/b dividido por c/d). No cálculo: $(15/45) / (2/78) = 0,333 / 0,0256 = 13$. Outra forma de calcular é o produto cruzado: $(15 \times 78) / (45 \times 2) = 1170 / 90 = 13$. O valor correto é 13, não 25.

b) Correta. O Risco Relativo (RR) é a razão entre a incidência dos expostos e a incidência dos não expostos. Utilizando os valores calculados acima: $RR = I_e / I_c =$

$0,25 / 0,025 = 10$. Isso indica que o grupo que recebeu o medicamento tem 10 vezes mais risco de apresentar epigastralgia.

c) Incorreta. O Risco Absoluto de eventos adversos no grupo controle é a própria incidência desse grupo. Como demonstrado, 2 em cada 80 participantes tiveram o sintoma, o que resulta em 2,5% (0,025), e não 25%.

d) Incorreta. O valor 15/60 corresponde ao Risco Absoluto (incidência) do grupo que recebeu o medicamento. O Risco Relativo não é uma fração isolada de um grupo, mas sim a comparação (divisão) entre os riscos dos dois grupos estudados.

Questão 84

Para compreender esta questão, precisamos analisar os conceitos fundamentais de bioestatística aplicados a estudos de coorte, especificamente o Risco Relativo (RR) e seus derivados.

O Risco Relativo (RR) é a razão entre a incidência do desfecho no grupo exposto (com EPI) e a incidência no grupo não exposto (sem EPI). O enunciado informa que o RR é 0,45.

Análise das alternativas:

Alternativa A: INCORRETA. A Redução do Risco Relativo (RRR) é calculada pela fórmula: $RRR = 1 - RR$. Portanto, $RRR = 1 - 0,45 = 0,55$ (ou 55%). Já a Diferença Absoluta de Risco (DAR), também chamada de Redução Absoluta do Risco (RAR), é a subtração direta das incidências (Incidência nos não expostos - Incidência nos expostos). Como o enunciado não fornece os valores das incidências absolutas de cada grupo, é impossível calcular a DAR.

Alternativa B: INCORRETA. A significância estatística (valor p) não depende apenas da magnitude da redução do risco (efeito clínico), mas também do tamanho da amostra e da variabilidade dos dados. Um estudo pode encontrar uma redução de risco de 90%, mas, se a amostra for muito pequena, o resultado pode não ter significância estatística ($p > 0,05$).

Alternativa C: CORRETA. Esta é a interpretação literal do Risco Relativo. Se o RR é 0,45, isso significa que o risco de ocorrer o evento no grupo exposto é 0,45 vez o risco do grupo não exposto. Em termos percentuais, poderíamos dizer que o risco no grupo EPI é 45% do risco do grupo sem EPI.

Alternativa D: INCORRETA. Para saber o quanto os não usuários são mais propensos a

acidentes em relação aos usuários, devemos inverter o referencial. Se o risco dos usuários é 0,45 do risco dos não usuários, o risco dos não usuários em relação aos usuários é $1 / 0,45$, o que resulta em aproximadamente 2,22. Isso significa que os não usuários têm 2,22 vezes o risco (ou 122% mais risco) do que os usuários, e não 55%. O valor de 55% ($1 - 0,45$) refere-se à redução do risco para quem usa o EPI.

Questão 85

A alternativa correta é a letra (a).

Abaixo, a explicação detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a): Correta. O coeficiente de letalidade é o indicador epidemiológico que mede a gravidade de uma doença, expressando o percentual de pessoas que morrem entre aquelas que contraíram a enfermidade. O cálculo é realizado dividindo-se o número de óbitos pelo número total de casos em um determinado período e local. Os dados apresentados no enunciado (537 mortes entre 15.600 casos na África) correspondem exatamente a essa definição.

Alternativa (b): Incorreta. A densidade de incidência é uma medida de frequência que utiliza no seu denominador o tempo-pessoa (a soma do tempo em que cada indivíduo da população esteve sob risco de desenvolver a doença). O valor de 709 mencionado no texto é o número absoluto de casos registrados no Brasil, e não uma taxa calculada por 100.000 habitantes ou por unidade de tempo-pessoa.

Alternativa (c): Incorreta. No Brasil, a Mpox é considerada uma doença de notificação compulsória imediata (em até 24 horas) para todos os casos suspeitos, e não apenas para casos confirmados ou internados. A notificação deve ser feita de forma rápida para as autoridades de saúde (municipais, estaduais e federais) para permitir o bloqueio oportuno da transmissão.

Alternativa (d): Incorreta. A vacinação contra a Mpox não é obrigatória no Brasil. A estratégia do Ministério da Saúde é focada em grupos de maior risco para as formas graves da doença (vacinação pré-exposição) e para contatos de casos suspeitos ou confirmados em situações específicas (vacinação pós-exposição), dependendo da avaliação técnica e disponibilidade de doses, mas sem caráter de obrigatoriedade universal.

Questão 86

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) propostos por Bárbara Starfield. Eles são divididos em essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e derivados (Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural).

A questão descreve três problemas específicos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Vamos analisá-los individualmente para identificar qual atributo está sendo prejudicado:

1. Horário limitado de agendamento: Refere-se à acessibilidade e à capacidade da unidade de ser a porta de entrada preferencial do sistema. Quando o paciente não consegue agendar ou encontrar o serviço aberto no momento da necessidade, o atributo comprometido é o ACESSO (ou Acesso de Primeiro Contato).

2. Ausência de prontuários para registro das consultas: O prontuário é a ferramenta essencial para manter a continuidade do cuidado ao longo do tempo. Sem o registro histórico das consultas, o médico não consegue acompanhar a evolução do paciente, o que fere o vínculo e a continuidade clínica. O atributo comprometido é a LONGITUDINALIDADE.

3. Indisponibilidade de materiais para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais: A APS deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, oferecendo uma ampla gama de serviços que vão desde a prevenção até pequenos procedimentos. Se a unidade não oferece o que é esperado para o seu nível de complexidade (como pequenas cirurgias), ela falha em oferecer um cuidado completo. O atributo comprometido é a INTEGRALIDADE.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o acesso e a integralidade apareçam, a equidade é um princípio doutrinário do SUS, não um atributo específico da APS conforme a taxonomia de Starfield. Além disso, a falta de prontuários está diretamente ligada à longitudinalidade, não à equidade.

Alternativa b) CORRETA. Esta alternativa correlaciona exatamente os problemas citados com os atributos correspondentes: Horário limitado (Acesso), Ausência de prontuários (Longitudinalidade) e Falta de materiais para procedimentos (Integralidade).

Alternativa c) Incorreta. A Coordenação do cuidado refere-se à capacidade da APS de organizar o fluxo do paciente dentro da rede de saúde (referência e

contrarreferência). A Competência Cultural é um atributo derivado que diz respeito à adaptação do cuidado aos costumes e cultura da população local, o que não tem relação direta com a falta de materiais cirúrgicos.

Alternativa d) Incorreta. Novamente, a coordenação não é o foco principal dos problemas descritos. A Orientação Comunitária refere-se ao conhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, o que também não se encaixa na descrição da falta de materiais para procedimentos.

Portanto, a sequência correta de atributos comprometidos pelas falhas estruturais e organizacionais da UBS apresentada é Acesso, Longitudinalidade e Integralidade.

Questão 87

Para responder corretamente a esta questão, é necessário dominar os conceitos de financiamento e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentados na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.142/90.

Análise das lacunas:

1. Origem dos recursos: Na esfera federal, o financiamento da saúde provém do Orçamento da Seguridade Social. A Seguridade Social no Brasil é um conjunto integrado de ações que abrange a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social (o famoso tripé da seguridade). Portanto, os recursos não vêm apenas de uma pasta, mas do orçamento global da Seguridade.

2. Fiscalização: O controle social e a fiscalização dos gastos em saúde são atribuições dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (paritários). Eles atuam no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros.

3. Crédito das receitas: Para garantir a transparência e a aplicação exclusiva na saúde, os recursos devem ser geridos por meio de um fundo. Na esfera federal, esse órgão gestor é o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que recebe as receitas e operacionaliza os repasses (fundo a fundo) para Estados e Municípios.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora os recursos sejam para a área da saúde, a origem orçamentária técnica é a "Seguridade Social". Além disso, a questão trata da esfera federal; portanto, o crédito deve ocorrer no Fundo Nacional, e não no Fundo Municipal.

b) Correta. A Seguridade Social é a fonte dos recursos federais, o Conselho de Saúde é o órgão responsável pela fiscalização e o Fundo Nacional de Saúde é onde as receitas são creditadas para gestão federal.

c) Incorreta. O erro principal está na "Conferência de Saúde". As Conferências ocorrem a cada quatro anos com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para o planejamento. Elas não possuem a função de fiscalizar a execução financeira cotidiana, papel que pertence aos Conselhos.

d) Incorreta. A Previdência Social é apenas um dos componentes da Seguridade Social, não a origem total do recurso. A alternativa também erra ao citar a Conferência de Saúde como fiscalizadora e o Fundo Municipal como destinatário direto dos recursos da esfera federal.

Gabarito: Letra (b).

Questão 88

Esta questão aborda a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS), tema regido pelos Artigos 24, 25 e 26 da Lei n.º 8.080/1990. Para resolvê-la, é fundamental conhecer as regras de contratualização e as vedações impostas aos gestores.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Segundo o Artigo 24 da Lei 8.080/1990, a participação complementar é formalizada mediante contrato ou convênio, porém devem ser observadas as normas de DIREITO PÚBLICO, e não de direito privado. O Estado, ao contratar serviços de saúde, o faz sob o regime público para garantir a supremacia do interesse coletivo.

b) Incorreta. De acordo com o Artigo 26, os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial são estabelecidos pela DIREÇÃO NACIONAL DO SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. As Sociedades Médicas podem ser consultadas, mas não possuem poder legal para estabelecer esses valores e parâmetros no âmbito do SUS.

c) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que consta no Artigo 26, parágrafo 4º da referida lei. A proibição visa evitar conflitos de interesse, garantindo que quem gerencia o dinheiro público ou toma decisões administrativas no SUS não seja a mesma pessoa que lucra ou administra a entidade privada contratada pelo sistema. É uma norma de probidade administrativa.

d) Incorreta. O Artigo 25 da Lei 8.080/1990 estabelece que, na participação complementar, as entidades FILANTRÓPICAS e as SEM FINS LUCRATIVOS terão preferência para participar do SUS. Embora as OSCIPs possam se enquadrar como sem fins lucrativos, a lei utiliza a nomenclatura genérica de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos para definir essa prioridade.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 89

A análise desta questão exige o conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a interpretação de indicadores de saúde pública, como as Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a mortalidade infantil.

Análise dos dados do município:

O município possui 20.000 habitantes e apenas 2 Equipes de Saúde da Família (ESF). Considerando que cada equipe deve cobrir, em média, de 2.000 a 3.500 pessoas, a cobertura atual é insuficiente (apenas cerca de 4.000 a 7.000 pessoas são assistidas). O principal problema identificado é a alta taxa de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (hipertensão, asma, infecções urinárias e gastroenterites). Isso indica que a porta de entrada (Atenção Básica) não está sendo resolutive ou não tem cobertura suficiente para evitar que agravos simples evoluam para internação. Além disso, a mortalidade infantil é predominantemente pós-neonatal, componente que está fortemente ligado a causas evitáveis por ações de saneamento, vacinação e acompanhamento básico de puericultura na rede primária.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A contratação de um neonatologista foca no componente neonatal da mortalidade infantil (até 27 dias de vida). O enunciado deixa claro que a mortalidade é predominantemente pós-neonatal (de 28 dias até 1 ano), que se combate com ações de Atenção Primária. Já o pneumologista atuaria na atenção secundária, enquanto a asma citada é uma condição sensível à Atenção Primária, devendo ser manejada preferencialmente pela ESF.

Alternativa B: Incorreta. Embora o hospital possua leitos psiquiátricos, o quadro epidemiológico apresentado (alta taxa de ICSAP e mortalidade infantil) aponta para uma falha estrutural na Atenção Básica e não para uma demanda reprimida urgente por saúde mental especializada que justifique a implantação de um CAPS i (infantil) como prioridade de investimento frente ao déficit de cobertura de ESF.

Alternativa C: Incorreta. A implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) reforça o modelo centrado na urgência e emergência. O problema do município não é a falta de atendimento agudo, mas sim a falta de controle de doenças crônicas e preventivas (hipertensão, asma), que estão gerando internações justamente por falta de acompanhamento ambulatorial contínuo na Atenção Básica.

Alternativa D: Correta. Esta é a medida mais adequada e estratégica. O município tem um vazio assistencial de Atenção Básica para sua população de 20.000 habitantes. A ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) ataca diretamente as causas dos problemas citados: aumenta a cobertura de pré-natal e puericultura (reduzindo a mortalidade pós-neonatal) e melhora o manejo clínico da hipertensão, asma e infecções (reduzindo as internações por ICSAP). A composição citada (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) respeita as diretrizes da PNAB para a formação de uma equipe multiprofissional.

Questão 90

ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda a importância dos determinantes sociais de saúde na epidemiologia e no prognóstico de doenças crônicas. O entendimento de que o contexto socioeconômico não é apenas um pano de fundo, mas um fator de risco direto e mensurável, é fundamental para a medicina moderna.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: Estudos epidemiológicos robustos, como o estudo PURE publicado no The Lancet, demonstram que o baixo Status Socioeconômico (SES) é um preditor independente de eventos cardiovasculares maiores e mortalidade. A magnitude desse risco é frequentemente comparável à de fatores tradicionais como tabagismo, dislipidemia e hipertensão. Isso ocorre porque o SES baixo modula o estresse crônico, o acesso a alimentos saudáveis e a capacidade de adesão terapêutica, impactando diretamente o desfecho clínico tanto quanto a biologia da doença.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora todos os itens citados sejam determinantes sociais de saúde, o Status Socioeconômico (SES) é classicamente definido por uma tríade específica: nível de escolaridade, renda e ocupação profissional. A etnia e as condições ambientais são variáveis que podem influenciar o SES ou fazer parte de índices de vulnerabilidade mais amplos (como o IVS), mas não compõem a definição estrita de SES.

Alternativa (c) INCORRETA: Esta alternativa é uma generalização imprecisa. Embora a hipertensão arterial tenha maior prevalência e gravidade na população negra devido a uma combinação de fatores genéticos e socioestruturais, o tabagismo e a hipercolesterolemia não seguem obrigatoriamente esse padrão de maior frequência em relação a todos os outros grupos étnicos. A prevalência desses fatores varia significativamente conforme a região geográfica e o contexto cultural, não sendo uma regra epidemiológica universal para a etnia negra.

Alternativa (d) INCORRETA: O erro aqui reside na inclusão da doença de Parkinson. Existe uma forte correlação documentada entre baixa escolaridade e baixos índices sociais com o aumento do risco de demência de Alzheimer e doenças cerebrovasculares (como o AVC), uma vez que a escolaridade contribui para a reserva cognitiva e o controle de fatores de risco vasculares. No entanto, para a doença de Parkinson, essa associação com determinantes sociais não é clara nem comprovada na literatura médica; o Parkinson possui uma etiologia mais ligada a fatores genéticos e exposições ambientais específicas (como agrotóxicos), sem uma relação direta estabelecida com o IDS ou IVS.

Questão 91

Diagnóstico: O quadro clínico apresenta sinais clássicos de mastite puerperal, caracterizada por eritema, calor, dor e endurecimento localizado na mama esquerda. A presença de sintomas sistêmicos, como calafrios e sudorese intensa, reforça o diagnóstico de um processo infeccioso em curso, e não apenas um ingurgitamento. O fator desencadeante foi a fissura mamária (porta de entrada para bactérias, principalmente *Staphylococcus aureus*) somada à estase láctea, já que a paciente parou de amamentar na mama afetada há 3 dias.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a amoxicilina com clavulanato possa ser utilizada, a conduta de realizar apenas extração manual e manter a amamentação apenas na mama direita está errada. O tratamento fundamental da mastite exige o esvaziamento eficaz da mama acometida, e a sucção da criança é o método mais eficiente para isso. Interromper a amamentação na mama com mastite aumenta significativamente o risco de evolução para um abscesso mamário.

Alternativa b) Correta. A cefalexina é uma cefalosporina de primeira geração e figura como antibiótico de primeira escolha para mastite puerperal na prática clínica e nos protocolos do Ministério da Saúde, visando cobrir o *Staphylococcus aureus*. A recomendação de manter a amamentação em ambas as mamas é crucial para o

tratamento. Orientar o início da mamada pela mama direita (sadia) é uma estratégia para que o reflexo de ejeção de leite seja ativado antes da sucção na mama dolorida, facilitando o esvaziamento da mama esquerda. A alternância de posições melhora o esvaziamento de diferentes ductos e reduz a pressão sobre a fissura mamilar.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico não é de ingurgitamento mamário. O ingurgitamento geralmente ocorre de forma bilateral, com distensão generalizada das mamas e sem sinais inflamatórios localizados tão evidentes ou sintomas sistêmicos como calafrios e sudorese. Além disso, no quadro clínico descrito, há uma infecção instalada que demanda obrigatoriamente o uso de antibióticos.

Alternativa d) Incorreta. O diagnóstico está errado (não é apenas ingurgitamento) e a conduta de manter a amamentação apenas na mama direita é contraindicada. Na mastite, o esvaziamento da mama doente é a medida não farmacológica mais importante para a resolução do quadro. A estase láctea na mama esquerda, proposta por esta alternativa, agravaria a infecção.

Questão 92

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta uma úlcera genital de aparecimento recente (uma semana), com características inflamatórias leves (levemente dolorosa e com secreção). De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde para o manejo sindrômico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), quando um paciente apresenta úlcera genital e o serviço não dispõe de suporte laboratorial imediato (como microscopia de campo escuro ou biologia molecular), a conduta deve ser baseada na probabilidade clínica e epidemiológica para cobrir as causas mais comuns.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

No fluxograma de manejo sindrômico para úlceras genitais com tempo de evolução menor que quatro semanas e sem a presença de vesículas (características de herpes), o tratamento deve cobrir obrigatoriamente a sífilis recente e o cancroide (cancro mole).

1. Cancroide: Causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, costuma apresentar lesões dolorosas e com secreção purulenta. O tratamento de escolha é a azitromicina 1 g, via oral, em dose única.
2. Sífilis Recente: A lesão primária (cancro duro) é classicamente indolor, mas pode haver variações. O tratamento padrão é a penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, via intramuscular, em dose única.

A alternativa D contempla exatamente essa cobertura dupla, essencial para interromper a cadeia de transmissão e tratar o paciente de forma imediata na Unidade Básica de Saúde.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Donovanose: É uma doença granulomatosa crônica, de evolução lenta e progressiva. As lesões são geralmente indolores, com fundo vermelho-vivo (carne crua) e bordas hipertróficas. O tratamento com azitromicina para donovanose deve ser mantido por pelo menos três semanas ou até a cicatrização total da lesão, o que não se aplica ao quadro agudo de uma semana descrito.

b) Herpes genital ou cancroide: O herpes genital tipicamente se manifesta com pequenas vesículas agrupadas que se rompem e formam úlceras muito dolorosas, frequentemente precedidas por ardor ou formigamento. Embora o herpes seja comum, o protocolo sindrômico para uma úlcera única sem vesículas prioriza o tratamento da sífilis e do cancroide. Tratar herpes e cancroide, mas omitir o tratamento da sífilis, é um erro grave de conduta em saúde pública.

c) Sífilis tardia: A sífilis tardia (terciária) ocorre anos após a infecção inicial, manifestando-se com gomas sífilíticas, problemas cardiovasculares ou neurológicos, e não como uma úlcera peniana aguda de uma semana. Além disso, o esquema terapêutico para sífilis tardia exige três doses de penicilina benzatina (uma por semana), e não o tratamento de fase inicial.

CONCLUSÃO

Diante de uma úlcera genital em jovem sexualmente ativo, com evolução menor que quatro semanas e sem vesículas, a conduta correta na Atenção Primária é o tratamento sindrômico para sífilis e cancroide, conforme a alternativa D.

Questão 93

DIAGNÓSTICO:

O quadro clínico descrito, com descamação e eritema em áreas ricas em glândulas sebáceas (couro cabeludo, supercílio, glabella, sulcos nasogenianos e região retroauricular), associado à melhora no verão e recorrência, é clássico de dermatite seborreica. Trata-se de uma condição inflamatória crônica, relacionada à presença do fungo *Malassezia* spp. e à produção de sebo.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): O tratamento de primeira linha para dermatite seborreica leve a moderada envolve o uso de antifúngicos tópicos, como o cetoconazol a 2%. O xampu é indicado para o tratamento do couro cabeludo, enquanto o creme é utilizado para as lesões faciais. O período de 4 semanas é o tempo padrão para o controle da fase aguda e redução da colonização fúngica e inflamação local.

Alternativa B (INCORRETA): O itraconazol por via oral é uma opção terapêutica, porém é reservada para casos extensos, graves ou refratários ao tratamento tópico. Como o paciente nunca realizou tratamento anteriormente e apresenta um quadro localizado, a via oral não deve ser a conduta inicial.

Alternativa C (INCORRETA): A isotretinoína oral em baixas doses pode ser considerada em casos de dermatite seborreica muito grave ou recalcitrante, pois reduz a produção sebácea. No entanto, devido ao perfil de efeitos colaterais e à necessidade de monitorização, não é uma escolha apropriada para um paciente que inicia o tratamento agora.

Alternativa D (INCORRETA): Embora o xampu de cetoconazol esteja correto para o couro cabeludo, a combinação de dipropionato de betametasona com ácido salicílico é inadequada para a face. A betametasona é um corticoide de alta potência, cujo uso facial pode provocar efeitos adversos graves, como atrofia cutânea, telangiectasias e dermatite perioral. Além disso, o ácido salicílico é um queratolítico que pode ser excessivamente irritante para a pele da face na dermatite seborreica. Quando se opta por corticoides na face, devem ser utilizados os de baixa potência e por curtos períodos.

Questão 94

ANÁLISE DO CASO

O caso clínico apresenta um paciente de 48 anos com sintomas que sugerem um quadro depressivo ou de fadiga crônica (letargia, irritabilidade, desânimo e dificuldade matinal). No entanto, o ponto-chave para a resolução da questão reside na história medicamentosa e nas comorbidades do paciente. Ele é portador de diabetes melito tipo 2 em uso de dose plena de metformina (2.550 mg/dia) e hipotireoidismo em uso de levotiroxina.

A alternativa (a) é a correta porque o uso crônico e em doses elevadas de metformina está classicamente associado à deficiência de vitamina B12. A metformina interfere na absorção desta vitamina no íleo terminal (mecanismo dependente de cálcio). A deficiência de B12 pode se manifestar com sintomas

neuropsiquiátricos, como irritabilidade, alteração de humor, letargia e déficit cognitivo, muitas vezes antes mesmo do surgimento de alterações hematológicas (como a anemia macrocítica). Portanto, diante de um paciente com esse perfil medicamentoso, a investigação de causas orgânicas reversíveis é a prioridade.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa b) Transtorno misto ansioso e depressivo: Embora o paciente apresente sintomas de ambas as esferas, na prática médica e em provas de residência, deve-se sempre excluir causas orgânicas ou induzidas por substâncias antes de firmar um diagnóstico puramente psiquiátrico. O uso da metformina é uma "pista" direta para a busca de deficiência vitamínica.

Alternativa c) Episódio depressivo: O paciente tem história prévia de depressão, o que aumenta o risco de recorrência. Contudo, o enunciado foca na "principal hipótese que deverá conduzir a investigação no momento". Antes de diagnosticar um novo episódio depressivo primário, é mandatório investigar se os sintomas são secundários à deficiência de B12, dado o fator de risco evidente (uso de metformina em dose alta).

Alternativa d) Reação de ajustamento: Este diagnóstico exige a identificação de um estressor psicossocial identificável que desencadeou os sintomas, o que não é relatado no caso. Além disso, assim como as outras alternativas psiquiátricas, não deve ser a hipótese principal antes da exclusão de causas metabólicas ou nutricionais no contexto clínico apresentado.

CONCLUSÃO

A questão testa o conhecimento do médico sobre os efeitos adversos a longo prazo de medicamentos comuns. A hemoglobina glicada de 6,0% mostra que o diabetes está bem controlado, e o hemograma normal não exclui a deficiência de B12, pois os sintomas neurológicos e psiquiátricos podem preceder a macrocitose. A investigação da vitamina B12 é, portanto, o passo inicial mais adequado.

Questão 95

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com sintomas clássicos de transtorno mental e comportamental relacionado ao trabalho, possivelmente uma Síndrome de Burnout ou Transtorno de Adaptação, precipitados por assédio moral e sobrecarga laboral. A paciente relata uma progressão de sintomas que coincide com sua promoção e o

aumento das cobranças desrespeitosas, culminando em uma demissão após afastamento médico, o que sugere uma represália e reforça a necessidade de intervenção médica focada na saúde do trabalhador.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A avaliação da capacidade laboral e do nexu ocupacional é o passo fundamental e inicial. O nexu ocupacional é a relação de causa e efeito entre a doença e as condições de trabalho. Antes de preencher documentos legais ou apenas tratar sintomas, o médico deve realizar uma anamnese ocupacional detalhada para estabelecer se o trabalho foi o agente causal ou concausal do quadro. Além disso, avaliar a capacidade laboral é essencial para determinar se a paciente tem condições de retornar ao mercado ou se necessita de afastamento previdenciário especializado. Sem estabelecer o nexu, as demais ações perdem seu fundamento técnico-legal.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é obrigatória em casos de suspeita de doença ocupacional, mas ela é uma consequência da caracterização do nexu. No fluxo da consulta médica, o raciocínio clínico e a investigação do nexu precedem o ato administrativo de emissão do documento, especialmente para que o médico tenha subsídios para descrever o nexu no campo apropriado da CAT.

Alternativa c: O encaminhamento para psicoterapia é uma conduta terapêutica correta e indicada para o tratamento da depressão e ansiedade. No entanto, o foco da questão é a conduta diante do agravamento drástico ligado à situação trabalhista e demissão. Tratar apenas o sintoma psíquico sem documentar a origem ocupacional deixaria a paciente desamparada quanto aos seus direitos trabalhistas e previdenciários decorrentes do assédio sofrido.

Alternativa d: O ajuste da dose do antidepressivo (fluoxetina) pode ser necessário do ponto de vista clínico, mas o agravamento do caso não decorre de uma insuficiência do medicamento, e sim da manutenção e agravamento dos estressores psicossociais e laborais. O foco prioritário na Saúde do Trabalhador, neste momento, é o reconhecimento do adoecimento como fruto do ambiente de trabalho.

RESUMO PARA PROVAS DE RESIDÊNCIA

Em questões que envolvem sofrimento mental e conflitos no ambiente de trabalho (assédio, metas abusivas, sobrecarga), o médico deve sempre suspeitar de doença relacionada ao trabalho. A primeira atitude é investigar o nexu causal. Uma vez

estabelecido o nexó, deve-se emitir a CAT, mesmo que haja dúvida, para que a perícia médica do INSS avalie o caso. A caracterização correta permite que o auxílio-doença seja do tipo acidentário (B91), que garante estabilidade de 12 meses após o retorno e manutenção do depósito de FGTS, direitos que o auxílio-doença comum (B31) não oferece.

Questão 96

Comentário da Questão:

As intervenções breves (IB) são estratégias fundamentais na atenção primária e em outros contextos de saúde para abordar pacientes com uso de risco ou problemático de substâncias, especialmente o álcool. O foco dessas intervenções é a mudança de comportamento.

Alternativa A: Incorreta. O modelo prescritivo e diretivo, em que o médico "manda" o paciente parar de beber, costuma gerar resistência e reatividade. As evidências modernas, baseadas na Entrevista Motivacional, demonstram que o aconselhamento é mais efetivo quando o profissional evita a postura de autoridade e trabalha de forma colaborativa com o paciente.

Alternativa B: Incorreta. A técnica de balança decisória (pesar prós e contras) é indicada principalmente para o estágio de Contemplação. No estágio de Pré-contemplação, a pessoa ainda não reconhece que tem um problema ou não considera mudar o comportamento. Nesse estágio inicial, o objetivo do médico é "plantar uma dúvida" ou aumentar a percepção dos riscos e problemas associados ao uso, e não necessariamente equilibrar ganhos e perdas de uma mudança que o paciente ainda não deseja.

Alternativa C: Correta. Este é o cerne das intervenções baseadas na Entrevista Motivacional. A empatia ajuda a construir uma aliança terapêutica sólida, reduzindo a defensividade do paciente. Já o foco na autonomia reconhece que a decisão de mudar e a responsabilidade pelo sucesso da mudança pertencem ao indivíduo, o que aumenta a eficácia da intervenção a longo prazo.

Alternativa D: Incorreta. Embora estatisticamente o uso problemático de álcool possa ser mais frequente em homens em diversas populações, o aconselhamento e o rastreamento devem ser universais e baseados no risco identificado (por meio de ferramentas como o AUDIT ou CAGE) e não no gênero. Tanto homens quanto mulheres devem receber intervenções com a mesma qualidade e critério técnico assim que o uso problemático for detectado.

Questão 97

Para resolver essa questão, devemos seguir o Calendário Nacional de Vacinação da Gestante do Ministério da Saúde (PNI). O ponto-chave é que a paciente não possui registro vacinal prévio, o que exige o esquema completo de imunização para uma pessoa não vacinada.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A vacina contra a febre amarela (VFA) é composta por vírus vivo atenuado e, em regra geral, é contraindicada para gestantes. Seu uso só é considerado em situações de risco epidemiológico muito elevado, nas quais o benefício supera o risco, não sendo uma recomendação de rotina para todas as gestantes em Porto Alegre. Além disso, apenas 1 dose de dTpa é insuficiente para uma paciente sem histórico vacinal prévio (ela precisa completar o esquema de 3 doses para tétano e difteria).

b) Incorreta. Embora a dTpa e a influenza estejam corretas, a alternativa peca pela omissão. Uma paciente sem registro vacinal precisa de 3 doses de vacinas contendo o componente tetânico. Apenas a dTpa após a 20ª semana deixaria a gestante desprotegida contra o tétano e a difteria durante o restante da gestação.

c) Correta. Esta alternativa segue o protocolo do Ministério da Saúde para gestantes com esquema vacinal incompleto ou desconhecido. O esquema consiste em 3 doses de vacina contra o tétano e a difteria, sendo que:

1. Devem ser administradas 2 doses de dT (dupla adulto).

2. A 3ª dose deve ser obrigatoriamente a dTpa (tríplice bacteriana acelular), administrada a partir da 20ª semana de gestação (idealmente entre a 27ª e a 36ª semana), para garantir a transferência transplacentária de anticorpos contra a coqueluche para o feto.

3. A vacina contra a influenza é recomendada para todas as gestantes em qualquer idade gestacional durante as campanhas anuais.

Observação: A vacina contra a hepatite B (3 doses) também deveria ser iniciada, mas a alternativa foca corretamente nos esquemas de difteria, tétano, coqueluche e influenza.

d) Incorreta. Administrar 3 doses de dT ignora a recomendação mandatória da dTpa na gestação. A dTpa é essencial para a proteção do recém-nascido contra a coqueluche nos primeiros meses de vida. Além disso, a vacina contra a febre amarela não é rotina pré-natal, conforme explicado na alternativa A.

Resumo do Esquema para Gestante Não Vacinada (Tétano/Difteria/Coqueluche):

- 1ª dose: dT (o mais cedo possível).

- 2ª dose: dT (mínimo de 30 a 60 dias após a primeira).
- 3ª dose: dTpa (a partir da 20ª semana, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias após a última dose de dT).

Questão 98

Para resolver essa questão, é necessário correlacionar o mecanismo fisiopatológico da lesão cutânea com o agente etiológico correspondente.

Detergentes (4): Os detergentes são agentes tensoativos que removem a barreira lipídica protetora da pele. Eles causam dano celular direto por toxicidade química, sem a necessidade de uma resposta imunológica prévia do paciente. Esse mecanismo caracteriza a dermatite de contato irritativa.

Sulfato de níquel (3): O níquel é um metal que atua como um hapteno, desencadeando uma reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV), mediada por linfócitos T. Para que a lesão ocorra, o indivíduo deve ter sido previamente sensibilizado ao metal. Portanto, está associado à dermatite de contato alérgica.

Hidróxido de sódio (5): Também conhecido como soda cáustica, é uma base forte altamente corrosiva. O contato com a pele provoca a destruição imediata dos tecidos por necrose de liquefação, o que configura uma queimadura química.

Frio (1): O eritema pérmio (ou perniose) é uma condição inflamatória vascular desencadeada pela exposição ao frio intenso e à umidade. Manifesta-se clinicamente como lesões eritematovioláceas, localizadas preferencialmente nas extremidades (dedos, nariz e orelhas).

Calor (2): A miliária, popularmente conhecida como brotoeja, ocorre devido à obstrução dos ductos das glândulas sudoríparas écrinas. O principal fator desencadeante é o calor excessivo e a sudorese profusa, que impedem a saída adequada do suor para a superfície da pele.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A alternativa inverte as dermatites de contato e também falha ao associar o frio e o calor aos seus respectivos termos finais.
- b) Incorreta. Inverte as associações das dermatites de contato, atribuindo o sulfato de níquel à dermatite irritativa e os detergentes à alérgica.
- c) Incorreta. Embora identifique corretamente as dermatites de contato (4 e 3), a

sequência final (1, 2 e 5) não corresponde à ordem dos agentes frio, calor e queimadura química apresentada na coluna da direita.

d) Correta. Estabelece a sequência exata de acordo com a fisiopatologia das dermatoses ocupacionais: 4 (Detergentes), 3 (Sulfato de níquel), 5 (Hidróxido de sódio), 1 (Frio) e 2 (Calor).

Gabarito: Letra d.

Questão 99

A questão aborda os fundamentos da Segurança do Paciente e a gestão de riscos em ambientes de saúde, baseando-se nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Alternativa (a) Incorreta: O objetivo principal dos sistemas de notificação não é identificar ou punir indivíduos para treinamento isolado, mas sim analisar as falhas sistêmicas. A segurança do paciente moderna migrou da abordagem individual (quem errou?) para a abordagem sistêmica (por que o sistema permitiu que o erro ocorresse?). Focar apenas no profissional gera uma cultura punitiva que inibe as notificações.

Alternativa (b) Incorreta: A transparência é um pilar ético fundamental. O conceito de Open Disclosure (revelação aberta) recomenda que os pacientes e seus familiares sejam informados de forma clara e honesta sobre incidentes ocorridos durante a assistência. O sigilo institucional não deve se sobrepor ao direito à informação do paciente.

Alternativa (c) Correta: Na classificação de segurança do paciente, um incidente que tinha potencial para causar dano, mas que foi interceptado antes de atingir o paciente, é chamado de Near Miss (ou Quase Erro). A notificação desses eventos é valiosíssima para a gestão de riscos, pois permite identificar e corrigir falhas no processo antes que um paciente seja efetivamente prejudicado em uma próxima oportunidade.

Alternativa (d) Incorreta: A notificação de incidentes não é uma exclusividade dos profissionais de saúde. Sistemas modernos de segurança incentivam que qualquer colaborador da instituição, bem como pacientes, familiares e acompanhantes, possam relatar falhas ou preocupações com a segurança, ampliando a rede de vigilância.

Gabarito: Letra (c).

Questão 100

Esta questão aborda as normas legais e éticas para o fornecimento do Atestado de Óbito (Declaração de Óbito) no Brasil, especificamente em casos de causas externas.

O ponto fundamental para resolver essa questão é identificar a natureza da causa da morte. O paciente faleceu em decorrência de complicações (sepse, insuficiência renal) de um acidente por animal peçonhento (picada de cobra). Acidentes, envenenamentos, suicídios e homicídios são classificados como mortes por causas externas (ou mortes não naturais/violentas).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A definição de quem assina o atestado de óbito não depende da especialidade que tratou a complicação final (como a Nefrologia no caso da insuficiência renal), mas sim da natureza da causa básica da morte. Como se trata de uma causa externa, a competência é do médico legista.

b) Incorreta. A etiologia não é obscura, pois há o histórico claro de picada de cobra. Além disso, o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou o Serviço de Patologia do hospital são destinados apenas a mortes por causas naturais (doenças) sem assistência médica ou com diagnóstico mal definido. Mortes por causas externas nunca devem ser encaminhadas ao SVO ou à patologia hospitalar para fins de atestado.

c) Incorreta. Embora o Código de Ética Médica estabeleça que o médico assistente deve atestar o óbito de pacientes que ele acompanhava, essa regra possui uma exceção absoluta: mortes por causas externas. Mesmo que o plantonista da UTI conheça todo o prontuário e o tempo de internação tenha sido longo, ele está legalmente impedido de fornecer o atestado de óbito se a causa que iniciou o processo de morte foi um acidente.

d) Correta. Em situações de morte por causa externa, o corpo deve ser obrigatoriamente encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML). O médico assistente ou hospitalar está impedido de assinar a Declaração de Óbito nesses casos, independentemente de o óbito ter ocorrido dentro da UTI ou após vários dias de tratamento. O objetivo é a realização da necropsia forense para fins judiciais e estatísticos, sendo o médico legista o único profissional autorizado a fornecer o documento nessas circunstâncias.

Em resumo, diante de qualquer morte não natural (acidentes de qualquer natureza, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, etc.), o médico deve notificar a autoridade policial e encaminhar o corpo ao IML.