



UESPI

GABARITO | 2026 | PI | 100 Questões



Gabarito: UESPI

2026 | PI

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O manejo da febre no pós-operatório é orientado pela cronologia dos eventos desde a cirurgia. Didaticamente, dividimos as causas de acordo com o dia em que o sintoma surge. No quarto dia de pós-operatório, o foco diagnóstico recai sobre processos infecciosos.

Alternativa a) Incorreta. O hematoma é uma coleção de sangue que geralmente se forma nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Embora a reabsorção de grandes hematomas possa causar um estado inflamatório com febre leve, não é a causa estatisticamente mais provável no quarto dia quando comparada a processos infecciosos.

Alternativa b) Incorreta. O seroma é o acúmulo de fluido linfático e soro no espaço morto da ferida. Por si só, o seroma é uma coleção estéril e indolor que raramente causa febre. Caso o paciente com seroma apresente febre, deve-se suspeitar de uma complicação, como a infecção dessa coleção.

Alternativa c) Incorreta. A atelectasia (colapso de alvéolos) é a causa mais comum de febre no pós-operatório imediato, especificamente nas primeiras 24 a 48 horas. No quarto dia, a febre de origem pulmonar tende a estar mais associada à pneumonia estabelecida do que à simples atelectasia.

Alternativa d) Correta. A partir do terceiro dia de pós-operatório, as causas infecciosas tornam-se as mais prováveis. Nesse período, destacam-se três focos principais: a Infecção do Trato Urinário (ITU), geralmente associada ao uso de sonda vesical de demora; a pneumonia, decorrente da evolução de quadros respiratórios ou da imobilidade; e o início dos sintomas de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), que costuma se manifestar plenamente entre o quinto e o sétimo dia, mas já pode iniciar picos febris no quarto dia.

Alternativa e) Incorreta. A broncoaspiração costuma ocorrer no momento da indução anestésica ou na fase de recuperação pós-anestésica imediata. O quadro clínico decorrente (pneumonite química ou pneumonia aspirativa) manifesta-se precocemente, nas primeiras horas ou nos dois primeiros dias, não sendo a principal suspeita para uma febre iniciada apenas no quarto dia.

Gabarito: Letra (d).

Questão 2

O diagnóstico das hérnias incisionais fundamenta-se, primordialmente, na propedêutica clínica. Por definição, a hérnia incisional é a protrusão de conteúdo intra-abdominal através de uma cicatriz cirúrgica prévia, decorrente de uma falha na síntese ou na cicatrização dos tecidos da parede abdominal.

Alternativa a: Incorreta. A ressonância magnética (RM) é um exame de alto custo, longa duração e baixa disponibilidade. Não há indicação para seu uso rotineiro no diagnóstico de hérnias, sendo reservada apenas para casos extremamente complexos em que outros métodos de imagem falharam.

Alternativa b: Incorreta. A ultrassonografia (US) abdominal é um método operador-dependente que pode ser útil em casos de dúvida diagnóstica, especialmente em pacientes obesos nos quais a palpação é difícil. Contudo, não é necessária para a maioria dos pacientes, cujo diagnóstico é evidente ao exame clínico.

Alternativa c: Incorreta. A laparoscopia diagnóstica é um procedimento cirúrgico invasivo que exige anestesia geral. Ela é utilizada para o tratamento (correção da hérnia) e não como ferramenta inicial de diagnóstico para uma patologia que pode ser identificada externamente.

Alternativa d: Correta. O exame físico é o método diagnóstico de escolha e suficiente para a maioria dos pacientes. Através da inspeção e palpação da cicatriz cirúrgica, preferencialmente com o paciente realizando manobras que aumentem a pressão intra-abdominal (como a manobra de Valsalva ou tosse), o examinador consegue identificar a presença do abaulamento e, muitas vezes, delimitar o anel herniário.

Alternativa e: Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen é o melhor exame de imagem para avaliar a anatomia da parede abdominal, o tamanho exato do defeito e o conteúdo do saco herniário, sendo fundamental para o planejamento cirúrgico de hérnias grandes ou complexas. Entretanto, o enunciado questiona como o diagnóstico é realizado na maioria dos pacientes, e a resposta permanece sendo o exame clínico inicial.

Questão 3

A acalasia é um distúrbio motor primário do esôfago caracterizado pela degeneração dos neurônios do plexo mioentérico (Auerbach). Os dois critérios manométricos fundamentais para o diagnóstico são a ausência de peristalse no corpo esofágico (aperistalse) e a falha no relaxamento do esfíncter inferior do esôfago (EIE) durante a deglutição.

Alternativa (a) Incorreta. A acalasia afeta a musculatura lisa do esôfago, que corresponde aos dois terços distais do órgão. O esôfago cervical é composto por musculatura estriada, que possui inervação diferente e permanece com sua função motora preservada na acalasia.

Alternativa (b) Incorreta. Na acalasia, o esfíncter inferior do esôfago costuma apresentar hipertonía (pressão de repouso elevada) ou pressão normal. A hipotonia do EIE é um achado clássico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

Alternativa (c) Incorreta. A descrição de metaplasia para epitélio colunar com células caliciformes define o Esôfago de Barrett. Essa é uma condição pré-neoplásica resultante da agressão ácida crônica na Doença do Refluxo Gastroesofágico, não sendo um achado da acalasia.

Alternativa (d) Incorreta. O dólico-megaesôfago é o estágio mais avançado da doença (Grau IV na classificação de Rezende), em que o órgão se torna não apenas dilatado, mas também alongado e tortuoso, assumindo um aspecto em "meia" ou "sigmoide". A questão especifica o megaesôfago inicial, onde essas alterações estruturais graves ainda não ocorreram.

Alternativa (e) Correta. A ausência de relaxamento ou o relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago em resposta à deglutição é a característica patognomônica da acalasia. Isso ocorre pela perda dos neurônios inibitórios que liberam óxido nítrico e VIP (peptídeo intestinal vasoativo), impedindo que o esfíncter abra para a passagem do bolo alimentar.

Questão 4

A Síndrome de Mallory-Weiss é caracterizada por uma laceração longitudinal da mucosa na junção esofagogástrica ou na cárdia gástrica, sendo uma causa importante de hemorragia digestiva alta (HDA).

Alternativa (a) Incorreta. O raio X contrastado (esofagograma) não é o exame indicado para o diagnóstico da Síndrome de Mallory-Weiss, pois a lesão é superficial e mucosa, dificilmente sendo visualizada por esse método. O raio X contrastado é mais utilizado na suspeita de perfuração esofágica (Síndrome de Boerhaave). O padrão-ouro para o diagnóstico de Mallory-Weiss é a Endoscopia Digestiva Alta (EDA).

Alternativa (b) Incorreta. A infecção pelo *Helicobacter pylori* está fortemente ligada à doença ulcerosa péptica e ao câncer gástrico, mas não possui relação fisiopatológica com a Síndrome de Mallory-Weiss, que tem origem mecânica.

Alternativa (c) Correta. A fisiopatologia da síndrome envolve um aumento súbito da pressão intra-abdominal, geralmente causado por vômitos vigorosos, náuseas ou tosse intensa. O consumo excessivo de álcool é um fator precipitante clássico, pois induz a irritação gástrica e episódios repetitivos de vômitos, que acabam gerando a laceração na mucosa. É comum o paciente relatar episódios de vômitos inicialmente sem sangue, seguidos por hematêmese (vômito com sangue).

Alternativa (d) Incorreta. A ecoendoscopia (ultrassonografia endoscópica) é um método utilizado principalmente para avaliação de lesões submucosas e estadiamento de tumores gastrointestinais. Para a identificação da laceração de Mallory-Weiss, a Endoscopia Digestiva Alta convencional é suficiente e superior, permitindo tanto o diagnóstico visual quanto a intervenção terapêutica, se necessário.

Alternativa (e) Incorreta. Embora a úlcera gástrica e a Síndrome de Mallory-Weiss sejam causas de hemorragia digestiva alta, elas são entidades clínicas distintas. A úlcera decorre de um processo erosivo inflamatório (geralmente por *H. pylori* ou uso de anti-inflamatórios), enquanto a Mallory-Weiss é uma lesão traumática/mecânica da mucosa decorrente de esforço.

Questão 5

A questão aborda uma complicação específica da colelitíase conhecida como íleo biliar. Essa condição ocorre quando um cálculo biliar de grandes dimensões (geralmente maior que 2,5 cm) migra da vesícula biliar para o trato gastrointestinal através de uma fístula colecistoentérica (mais comumente entre a vesícula e o duodeno).

Uma vez no lúmen intestinal, o cálculo progride distalmente até encontrar um local de estreitamento anatômico onde não consegue mais avançar, causando uma obstrução mecânica.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A transição retossigmoideana é um local comum de obstruções por outras causas, como volvo de sigmoide ou neoplasias, mas não é o local preferencial do íleo biliar. Para o cálculo chegar ao reto, ele teria que passar pela válvula ileocecal, que é muito mais estreita.

b) Incorreta. O cólon transversal possui um lúmen significativamente maior que o do íleo terminal. Embora existam fístulas colecistocólicas, a maioria das obstruções por

cálculo biliar ocorre antes de chegar ao intestino grosso.

c) Incorreta. O cólon ascendente também apresenta um diâmetro levemente maior e não é o ponto de maior estreitamento do trajeto intestinal.

d) Correta. A papila ou válvula ileocecal, juntamente com o íleo terminal, representa o segmento mais estreito de todo o intestino delgado. É neste local que cerca de 50% a 75% dos casos de íleo biliar ficam impactados, tornando-se o sítio clássico de obstrução nesta patologia.

e) Incorreta. O jejuno possui um calibre maior que o íleo. Embora um cálculo muito volumoso possa ocasionalmente impactar no jejuno proximal, a anatomia favorece a progressão do cálculo até as porções mais distais e estreitas do intestino delgado (íleo).

Resumo: O quadro clínico clássico do íleo biliar inclui a Tríade de Rigler observada em exames de imagem: obstrução do delgado, pneumobilia (ar nas vias biliares) e visualização do cálculo biliar ectópico, sendo a região da válvula ileocecal o ponto de maior ocorrência.

Questão 6

O adenocarcinoma colorretal representa a grande maioria dos cânceres de intestino. A distribuição anatômica desses tumores revela que, embora possam surgir em qualquer parte do intestino grosso, existe uma concentração maior em áreas específicas.

Alternativa a: Incorreta. O adenocarcinoma de intestino delgado (jejuno e íleo) é raro, respondendo por uma fração mínima dos casos de câncer gastrointestinal, geralmente menos de 5 por cento. Fatores como a rapidez do trânsito intestinal, o conteúdo mais líquido e a menor carga bacteriana ajudam a explicar essa baixa incidência em comparação ao intestino grosso.

Alternativa b: Incorreta. O cólon ascendente é o sítio de aproximadamente 15 a 20 por cento dos casos de câncer colorretal. Embora exista uma tendência epidemiológica moderna de aumento na incidência de tumores no cólon direito (conhecida como migração proximal), este segmento ainda não supera a frequência do segmento distal.

Alternativa c: Incorreta. O cólon transversal é um dos locais de menor incidência para o surgimento do adenocarcinoma, sendo acometido em cerca de 10 por cento das vezes.

Alternativa d: Incorreta. O cólon descendente isoladamente possui uma frequência de acometimento relativamente baixa, girando em torno de 5 a 10 por cento dos diagnósticos.

Alternativa e: Correta. O segmento retossigmoide, que compreende o cólon sigmoide e o reto, é a localização mais comum do adenocarcinoma intestinal. Historicamente, mais de 50 por cento de todos os tumores malignos colorretais se localizam nessa região distal. O reto, especificamente, é o segmento mais afetado isoladamente, seguido pelo cólon sigmoide. Devido a essa alta prevalência, o rastreamento e a investigação diagnóstica dão grande importância ao exame endoscópico dessa região.

Questão 7

Alternativa A: Esta assertiva está correta. O tabagismo é um fator de risco bem estabelecido para o câncer gástrico, aumentando o risco tanto para tumores da cárdia quanto para os distais. O etilismo, especialmente quando o consumo é elevado, também é considerado um fator de risco relevante pela literatura médica e por órgãos de controle do câncer.

Alternativa B: Esta assertiva está correta. O pilar do tratamento com intenção curativa para o adenocarcinoma gástrico é a ressecção cirúrgica (gastrectomia parcial ou total), visando a margens microscopicamente livres de tumor (ressecção R0). Esse procedimento deve vir acompanhado da linfadenectomia (remoção de linfonodos locorregionais), sendo a técnica D2 o padrão recomendado para garantir um estadiamento e controle regional adequados.

Alternativa C: Esta assertiva está incorreta e é o gabarito da questão. Epidemiologicamente, o câncer gástrico é muito mais comum em homens do que em mulheres, apresentando uma proporção de aproximadamente 2 para 1. Embora a idade de incidência citada (sétima década) esteja correta para a maioria dos casos, a afirmação de que a doença ocorre mais em mulheres invalida a alternativa.

Alternativa D: Esta assertiva está correta. Os pólipos gástricos do tipo adenomatoso são lesões neoplásicas benignas, mas que possuem um alto potencial de transformação maligna. Eles são considerados lesões pré-cancerígenas e sua identificação em exames de endoscopia exige a ressecção completa e o acompanhamento histopatológico.

Alternativa E: Esta assertiva está correta. A infecção crônica pela bactéria *Helicobacter pylori* é o fator de risco mais importante para o tipo intestinal de

câncer gástrico. A bactéria causa uma inflamação persistente na mucosa que pode desencadear a sequência de alterações conhecida como cascata de Correa: gastrite crônica, atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia e, finalmente, o adenocarcinoma.

Questão 8

A questão aborda o diagnóstico clínico da apendicite aguda, que é fundamentalmente baseado na história clínica e no exame físico. Para resolver essa questão, é necessário diferenciar os sinais clássicos da apendicite de outros sinais semiológicos abdominais.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O sinal de Rovsing é característico da apendicite (dor na fossa ilíaca direita ao realizar a palpação da fossa ilíaca esquerda). No entanto, o sinal de Charcot (tríade de dor abdominal, icterícia e febre) indica colangite aguda, e o sinal de Cullen (equimose periumbilical) sugere hemoperitônio ou pancreatite necro-hemorrágica.

b) Incorreta. O sinal de Murphy é típico da colecistite aguda (interrupção da inspiração profunda durante a palpação do ponto cóstico). O sinal de Courvoisier-Terrier (vesícula biliar palpável e indolor em paciente icterico) sugere neoplasia periampular. O sinal de Kehr (dor referida no ombro esquerdo) indica irritação diafragmática, geralmente por ruptura esplênica.

c) Correta. Esta alternativa reúne três sinais clássicos da apendicite aguda:

- Sinal de Blumberg: dor à descompressão súbita no ponto de McBurney, indicando irritação peritoneal.
- Sinal de Rovsing: dor na fossa ilíaca direita (FID) desencadeada pela compressão ou palpação profunda retrógrada no cólon esquerdo, que desloca os gases em direção ao ceco.
- Sinal do Iliopsoas: dor à extensão da coxa direita ou à flexão ativa do quadril contra resistência, sugerindo apêndice em posição retrocecal.

d) Incorreta. Embora o sinal de Blumberg esteja correto, o sinal de Grey Turner (equimose nos flancos) está associado a hemorragias retroperitoneais ou pancreatite grave, e o sinal de Charcot está relacionado à colangite.

e) Incorreta. O sinal do obturador é um sinal de apendicite (dor na rotação interna da coxa direita flexionada, comum em apêndices de localização pélvica). Contudo, o sinal de Kehr indica lesão esplênica/irritação diafragmática e o sinal de Jobert (perda

da macicez hepática, dando lugar ao timpanismo) indica pneumoperitônio decorrente de perfuração de víscera oca.

Questão 9

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda as complicações das úlceras pépticas, focando especificamente na perfuração, uma emergência cirúrgica que exige diagnóstico rápido e intervenção precisa.

Alternativa A (Incorreta): A perfuração não apresenta baixa taxa de mortalidade. Pelo contrário, é uma das complicações mais graves da doença ulcerosa péptica, com taxas de mortalidade que podem variar de 10% a 30%, dependendo da idade do paciente, comorbidades e tempo decorrido entre o início dos sintomas e a cirurgia. A mortalidade costuma ser maior do que a observada na hemorragia digestiva alta em diversos serviços.

Alternativa B (Incorreta): Embora as úlceras gástricas ocorram frequentemente na pequena curvatura, o local mais comum de perfuração por úlcera péptica é a parede anterior da primeira porção do duodeno, e não o antro gástrico.

Alternativa C (Incorreta): Semelhante à alternativa anterior, a estatística clínica mostra que as úlceras duodenais perfuram com mais frequência do que as úlceras gástricas. Portanto, a perfuração ocorre mais comumente na parede anterior do duodeno.

Alternativa D (Correta): O reparo de Graham, também conhecido como "patch de Graham" ou técnica do tampão de epíplon, é o procedimento cirúrgico padrão para o fechamento de úlceras duodenais perfuradas. A técnica consiste em posicionar um segmento livre ou pediculado de omento (epíplon) sobre a perfuração e fixá-lo com pontos seromusculares, permitindo a vedação do orifício sem a necessidade de suturas primárias que poderiam estenotar o lúmen duodenal.

Alternativa E (Incorreta): O raio X de tórax em posição ortostática (em pé) é fundamental e de suma importância no diagnóstico. Ele é o exame inicial de escolha para pesquisar o pneumoperitônio, que é visualizado como uma lâmina de ar abaixo da cúpula diafragmática em cerca de 75% a 80% dos casos de perfuração. A ausência de ar no raio X não exclui o diagnóstico, mas sua presença confirma a necessidade de intervenção.

Questão 10

Esta questão aborda conceitos fundamentais da cirurgia plástica sobre a diferenciação entre enxertos e retalhos, além da nomenclatura de transplantes de tecidos.

A alternativa (a) está incorreta porque o enxerto de pele é composto obrigatoriamente pela epiderme e por uma porção variável da derme. Os enxertos podem ser classificados como de pele parcial (contêm a epiderme e parte da derme) ou de pele total (contêm a epiderme e toda a derme). Sem a derme, o enxerto não teria viabilidade e estrutura.

A alternativa (b) está incorreta devido a uma confusão terminológica comum. O autoenxerto (ou autólogo) de fato provém do próprio indivíduo. No entanto, o enxerto proveniente de outra pessoa (mesma espécie) é denominado aloenxerto ou homoenxerto. O termo heteroenxerto (ou xenoenxerto) refere-se a tecidos provenientes de espécies diferentes, como a pele de porco ou de tilápia.

A alternativa (c) está incorreta porque, por definição, o enxerto não possui pedículo vascular. Ele é um tecido completamente destacado de sua área doadora e sua sobrevivência depende exclusivamente das condições do leito receptor, por meio de processos como embebição plasmática, inosculação e revascularização capilar. Quem possui pedículo vascular é o retalho.

A alternativa (d) está incorreta. O curativo de Brown (ou Tie-over) é uma técnica de sutura compressiva usada para garantir o contato íntimo e a imobilização do enxerto no leito receptor, evitando o cisalhamento e o acúmulo de sangue ou soro. A presença de infecção no leito receptor é, na verdade, uma contraindicação relativa ou absoluta para a realização de enxertia, pois as bactérias e enzimas proteolíticas impedem a integração do enxerto ("pega").

A alternativa (e) está CORRETA. Esta é a definição técnica de retalho cutâneo: um segmento de pele e tecidos subjacentes que é transferido de uma área para outra, mantendo seu próprio suprimento sanguíneo através de um pedículo vascular. Diferente do enxerto, o retalho leva sua própria nutrição, o que permite sua utilização em leitos pouco vascularizados, como sobre ossos expostos, tendões sem paratendão ou áreas submetidas à radioterapia.

Questão 11

O conceito de câncer gástrico precoce (Early Gastric Cancer) é definido estritamente pela profundidade da invasão da neoplasia na parede estomacal. Um ponto fundamental para provas é recordar que essa definição independe da presença de metástases em linfonodos; ou seja, mesmo que haja acometimento linfonodal, se o tumor primário respeitar o limite de profundidade, ele ainda é classificado como precoce.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A mucosa é a camada mais interna e superficial. O tumor que invade apenas a mucosa é, de fato, um câncer precoce (classificado como T1a), porém ele não representa o limite máximo de invasão para esta classificação.

Alternativa (b) Incorreta: A lâmina própria é apenas um dos componentes da camada mucosa (situada entre o epitélio e a muscular da mucosa). Assim como a alternativa anterior, representa um tumor inicial, mas não é o teto da definição de câncer precoce.

Alternativa (c) Correta: A definição clássica e universalmente aceita de câncer gástrico precoce estabelece que o tumor pode invadir a mucosa e a submucosa, mas não deve ultrapassar esta última. Portanto, a submucosa é a camada mais profunda (limite máximo) que o tumor pode atingir para ainda receber o rótulo de "precoce" (estadiamento T1b).

Alternativa (d) Incorreta: Quando a neoplasia atinge a camada muscular própria, ela deixa de ser considerada câncer gástrico precoce e passa a ser classificada como câncer gástrico avançado. O envolvimento da muscular própria corresponde ao estadiamento T2.

Alternativa (e) Incorreta: A serosa é a camada mais externa do estômago (nos locais onde ela existe). Um tumor que atinge a serosa (T4a) é considerado um câncer gástrico avançado com maior risco de disseminação peritoneal e pior prognóstico.

Gabarito: Letra (c).

Questão 12

O esôfago de Barrett é uma condição decorrente da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) crônica, na qual o epitélio normal do esôfago sofre uma mudança adaptativa para suportar a agressão ácida e biliar.

Alternativa a: Incorreta. Embora a presença de epitélio gástrico no esôfago possa ocorrer, a metaplasia do tipo antral isolada não define o esôfago de Barrett nos critérios histopatológicos clássicos exigidos para o diagnóstico.

Alternativa b: Incorreta. A metaplasia de corpo e fundo (epitélio oxíntico) também não caracteriza o esôfago de Barrett. O foco do diagnóstico reside na transformação para o tipo intestinal.

Alternativa c: Correta. O esôfago de Barrett é definido pela metaplasia colunar intestinal especializada. Histologicamente, isso significa que o epitélio escamoso estratificado (original do esôfago) é substituído por um epitélio colunar simples, com a presença obrigatória de células caliciformes (também chamadas de goblet cells). Esta alteração é o marcador de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma de esôfago.

Alternativa d: Incorreta. A presença de um anel fibroso, concêntrico e não maligno descreve o Anel de Schatzki. Embora possa estar associado ao refluxo, é uma alteração estrutural e não uma metaplasia histológica da mucosa.

Alternativa e: Incorreta. No esôfago de Barrett, não há um aumento no tamanho das células escamosas (hipertrofia), mas sim a substituição de uma linhagem celular por outra (metaplasia). O epitélio escamoso deixa de existir na área afetada, dando lugar ao epitélio colunar.

Questão 13

O Antígeno Carcinoembrionário (CEA) é o marcador tumoral de escolha para o monitoramento de pacientes após o tratamento cirúrgico ou quimioterápico do câncer de cólon. Embora não seja recomendado para o rastreamento na população geral devido à sua baixa especificidade, ele possui papel fundamental na detecção precoce de recidiva tumoral em pacientes já diagnosticados.

Alternativa a) Incorreta. O CA 19.9 é o marcador de referência para o câncer de pâncreas e tumores das vias biliares. Apesar de poder estar elevado em outras neoplasias gastrointestinais, ele não é o marcador padrão para o seguimento do câncer de cólon.

Alternativa b) Incorreta. O CA 125 é utilizado primordialmente no acompanhamento do câncer de ovário epitelial. Ele pode sofrer alterações em diversas condições que afetam o peritônio, incluindo condições benignas como endometriose, sendo pouco específico para tumores de cólon.

Alternativa c) Incorreta. A Alfafetoproteína é um marcador associado ao carcinoma hepatocelular (câncer primário de fígado) e a alguns tumores de células germinativas. Não possui correlação com o adenocarcinoma colorretal.

Alternativa d) Correta. O Antígeno Carcinoembrionário (CEA) é uma glicoproteína que tem seus níveis séricos monitorados periodicamente após a ressecção do tumor primário de cólon. Uma elevação progressiva e sustentada do CEA durante o seguimento clínico é um indicador sensível de recidiva da doença (seja local ou à distância/metástases), frequentemente precedendo achados em exames de imagem.

Alternativa e) Incorreta. O Ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) é um produto da degradação da serotonina, excretado na urina. É o marcador utilizado para o diagnóstico e acompanhamento de tumores neuroendócrinos, como os tumores carcinoides, e não para o adenocarcinoma clássico de cólon.

Questão 14

O diagnóstico de perfuração esofágica é uma emergência médica que exige confirmação rápida para evitar complicações graves, como a mediastinite. A escolha do exame baseia-se na capacidade de localizar a lesão e na sensibilidade do método.

Alternativa a) Incorreta. A endoscopia digestiva alta (EDA) geralmente não é recomendada como primeira linha para o diagnóstico de perfuração. A insuflação de ar necessária durante o procedimento pode forçar a passagem de ar e conteúdo gástrico para o mediastino, agravando o quadro clínico ou causando um pneumotórax hipertensivo. É reservada para casos em que os exames radiológicos são inconclusivos ou em traumas penetrantes.

Alternativa b) Incorreta. A broncoscopia avalia a árvore traqueobronquial. Embora possa ser útil para identificar uma fístula esôfago-respiratória ou avaliar lesões associadas em traumas cervicais/torácicos, não é o exame padrão para diagnosticar uma perfuração isolada do esôfago.

Alternativa c) Incorreta. O raio X de tórax e de cervical é frequentemente o primeiro exame realizado e pode sugerir a perfuração através de sinais indiretos, como pneumomediastino, enfisema subcutâneo ou derrame pleural. No entanto, ele não confirma a localização exata da perfuração e pode estar normal nas primeiras horas

em uma porcentagem significativa de pacientes.

Alternativa d) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste oral é um excelente exame, com alta sensibilidade para detectar coleções mediastinais e ar extraluminal. Contudo, em questões de prova e na tradição propedêutica, o esofagograma ainda é considerado o padrão-ouro para a localização dinâmica do ponto de extravasamento.

Alternativa e) Correta. O esofagograma contrastado é o exame padrão para o diagnóstico. Ele permite visualizar o extravasamento do contraste para fora da luz esofágica, confirmando a perfuração e sua localização. Na prática clínica, inicia-se frequentemente com contraste hidrossolúvel (como o Gastrografin) por ser menos irritante ao mediastino; porém, o bário é mais denso e possui maior sensibilidade para detectar perfurações pequenas. Se o estudo com contraste hidrossolúvel for negativo e a suspeita persistir, deve-se proceder ao estudo com bário.

Questão 15

Alternativa a: Incorreta. O CEA (Antígeno Carcinoembrionário) não possui sensibilidade ou especificidade adequadas para ser utilizado como teste de rastreamento (screening) na população geral ou em estágios iniciais. Muitos pacientes com câncer colorretal inicial apresentam níveis normais de CEA. Sua principal função é o acompanhamento pós-operatório para detecção de recidiva e monitoramento de metástases.

Alternativa b: Incorreta. A alfafetoproteína (AFP) pode estar elevada em diversas condições benignas, como na gestação, em processos de regeneração hepática (hepatites agudas e crônicas) e na cirrose hepática. Portanto, sua elevação não é sinônimo exclusivo de neoplasia maligna.

Alternativa c: Correta. O CA 19-9 é o marcador tumoral de escolha para o adenocarcinoma de pâncreas. Embora não seja utilizado para diagnóstico inicial devido à baixa sensibilidade em tumores pequenos e à existência de indivíduos falso-negativos (aqueles com fenótipo Lewis a-b-), ele é excelente para monitorar a eficácia do tratamento quimioterápico e para identificar a recorrência da doença após a cirurgia.

Alternativa d: Incorreta. Após a ressecção completa de uma neoplasia de cólon, espera-se que os níveis de CEA caiam progressivamente até a normalização. No entanto, a afirmação de que ele "encontra-se normal" de forma genérica é falsa, pois o marcador pode permanecer elevado se houver doença residual, metástases não diagnosticadas ou se o paciente for tabagista crônico (que naturalmente possui níveis

de CEA mais altos).

Alternativa e: Incorreta. A alfafetoproteína é o marcador clássico do Carcinoma Hepatocelular (fígado) e de Tumores de Células Germinativas (como os de testículo e ovário). Embora exista um subtipo raro de câncer de estômago que produz AFP (adenocarcinoma hepatoide), ela não é exclusiva dessa topografia.

Questão 16

Para resolver esta questão, devemos aplicar a Regra dos Nove de Wallace, que é o método mais utilizado para estimar a extensão da superfície corporal queimada (SCQ) em adultos. Esta regra divide o corpo em áreas que representam 9% ou múltiplos de 9% da superfície total.

A divisão anatômica padrão para adultos é a seguinte:

- Cabeça e pescoço: 9% (sendo 4,5% anterior e 4,5% posterior).
- Tronco anterior: 18% (composto por 9% do tórax e 9% do abdome).
- Tronco posterior: 18% (composto por 9% da parte superior e 9% da parte inferior/lombar).
- Membro superior (cada um): 9% (sendo 4,5% anterior e 4,5% posterior).
- Membro inferior (cada um): 18% (sendo 9% anterior e 9% posterior).
- Períneo/Genitália: 1%.

Aplicando os dados do enunciado ao paciente:

1. Membro inferior esquerdo: 18%.
2. Membro superior esquerdo: 9%.
3. Parte anterior do tronco: 18%.

Ao somarmos as áreas atingidas ($18 + 9 + 18$), chegamos ao total de 45% da superfície corporal queimada. Note que a profundidade da queimadura (2º e 3º graus) é fundamental para o planejamento terapêutico e o cálculo de reposição volêmica, mas para o cálculo da extensão pela Regra dos Nove, o que importa é a área total acometida por lesões de espessura parcial ou total.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor de 18% corresponderia a apenas uma das partes citadas (tronco anterior ou um membro inferior), ignorando as demais áreas descritas no caso.

Alternativa b) Incorreta. O valor de 27% seria a soma de apenas duas áreas, como o tronco anterior (18%) e o membro superior (9%), sem considerar o membro inferior.

Alternativa c) Incorreta. 36% seria o resultado se considerássemos apenas o tronco anterior (18%) e o membro inferior (18%), deixando de fora o membro superior.

Alternativa d) Correta. A soma exata das áreas anatômicas descritas (18% do tronco anterior + 9% do membro superior + 18% do membro inferior) resulta em 45%.

Alternativa e) Incorreta. O valor de 54% superestima a área descrita no enunciado. Este valor seria alcançado, por exemplo, se o tronco estivesse queimado tanto na parte anterior quanto na posterior (36%) somado a um membro inferior (18%).

Questão 17

A hérnia do obturador é uma condição rara, porém importante no contexto de obstrução intestinal em pacientes específicos. Abaixo, analisamos cada alternativa para identificar a incorreta:

Alternativa a) Correta. O sinal de Howship-Romberg é considerado patognomônico da hérnia obturadora. Ele ocorre devido à compressão do nervo obturador pelo saco herniário dentro do canal obturador, causando dor ou parestesia na face anteromedial da coxa, que pode se estender até o joelho. A dor geralmente piora com a extensão, adução ou rotação interna da coxa.

Alternativa b) Correta. A maioria das hérnias obturadoras é diagnosticada apenas quando o paciente apresenta um quadro de obstrução intestinal aguda (náuseas, vômitos e distensão abdominal). Estima-se que a obstrução ocorra em grande parte dos casos, sendo a principal causa de internação nesses pacientes.

Alternativa c) Incorreta (Gabarito). Esta é a afirmação falsa porque a hérnia obturadora é notoriamente difícil de diagnosticar apenas pelo exame físico, já que a protrusão é profunda e raramente palpável ou visível (diferente das hérnias inguinais). A ultrassonografia também apresenta baixa sensibilidade devido à profundidade da região e à presença de gases intestinais. O padrão-ouro para o diagnóstico é a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve, que possui alta sensibilidade e especificidade.

Alternativa d) Correta. A hérnia obturadora é classicamente descrita em mulheres idosas, múltiparas e magras (frequentemente chamada de "hérnia da velhinha magra"). Isso ocorre porque a pelve feminina é mais larga, o canal obturador é maior e a perda de gordura pré-peritoneal com o envelhecimento facilita a passagem do conteúdo abdominal pelo canal.

Alternativa e) Correta. O tratamento da hérnia obturadora é cirúrgico. Devido ao alto risco de encarceramento e estrangulamento, a correção do defeito no forame obturador é necessária. O uso de telas (próteses) é a conduta recomendada para reforçar a região e evitar a recidiva, podendo ser realizado por via laparoscópica ou por laparotomia, dependendo das condições clínicas do paciente e da viabilidade da alça intestinal.

Questão 18

Alternativa a: Esta afirmativa está correta. A incidência das neoplasias de tireoide aumenta progressivamente com a idade, atingindo seu pico na meia-idade. Em crianças e adolescentes, esses tumores são considerados raros, representando uma pequena fração do total de casos diagnosticados.

Alternativa b: Esta é a alternativa incorreta (Gabarito). Embora o câncer de tireoide seja de fato mais comum no sexo feminino, a proporção é maior do que a sugerida na alternativa. A literatura médica e estatísticas epidemiológicas indicam que a doença ocorre de 3 a 4 vezes mais frequentemente em mulheres do que em homens, e não apenas duas vezes mais.

Alternativa c: Esta afirmativa está correta. A exposição à radiação ionizante, principalmente durante a infância e adolescência, é o principal fator de risco ambiental. A baixa ingestão de iodo está historicamente associada a uma maior incidência de carcinomas foliculares e anaplásicos. Já a predisposição genética é evidente em casos familiares de carcinoma papilar e, de forma muito específica, no carcinoma medular de tireoide (associado às neoplasias endócrinas múltiplas).

Alternativa d: Esta afirmativa está correta. A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é o padrão-ouro na avaliação inicial de nódulos tireoidianos suspeitos. É um método seguro, de baixo custo e com alta sensibilidade e especificidade para diferenciar lesões benignas de malignas, sendo fundamental para a decisão cirúrgica.

Alternativa e: Esta afirmativa está correta. O crescimento local de um carcinoma de tireoide não tratado pode levar à invasão de órgãos adjacentes. O comprometimento da traqueia pode gerar obstrução respiratória e falta de ar (dispneia), enquanto a invasão ou compressão do esôfago dificulta a passagem de alimentos (disfagia progressiva). Além disso, pode ocorrer invasão do nervo laríngeo recorrente, causando rouquidão.

Questão 19

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A queimadura de primeiro grau atinge apenas a camada mais superficial da pele, a epiderme. Clinicamente, ela se manifesta com eritema (vermelhidão) e dor, mas não apresenta bolhas. As bolhas, ou flictenas, são características das queimaduras de segundo grau.

Alternativa B: Incorreta. A queimadura de segundo grau é classificada como de espessura parcial. Ela envolve a epiderme e uma porção variável da derme (podendo ser superficial ou profunda), mas não danifica todas as camadas da pele.

Alternativa C: Incorreta. A queimadura que atinge tecidos e órgãos abaixo da pele, como fáscia muscular, músculos, tendões e ossos, é tecnicamente classificada como queimadura de quarto grau. A de terceiro grau limita-se ao comprometimento total da pele.

Alternativa D: Correta. A queimadura de terceiro grau é denominada de espessura total. Isso significa que a lesão atravessa toda a epiderme e toda a derme, chegando até o tecido adiposo subcutâneo. Por destruir os receptores sensoriais e as terminações nervosas da derme, as áreas de terceiro grau são classicamente indolores.

Alternativa E: Incorreta. Embora a queimadura de quarto grau envolva a pele, sua definição clínica e cirúrgica fundamental é a extensão da lesão para estruturas profundas além do tegumento (pele e subcutâneo). O conceito de lesão de todas as camadas da pele é a definição clássica da queimadura de terceiro grau.

Questão 20

O polipropileno (conhecido comercialmente como Prolene) é um fio de sutura sintético, monofilamentar e não absorvível. Suas propriedades físicas e químicas definem suas indicações clínicas na prática cirúrgica.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta afirmação está correta. Por ser um fio monofilamentar e extremamente inerte, ele apresenta um baixíssimo coeficiente de fricção, o que resulta em baixo trauma tecidual ao passar pelos tecidos. Além disso, possui alta resistência tênsil, que não se perde com o tempo, pois não é degradado pelo organismo.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. Devido à sua força permanente e baixa reatividade, o polipropileno é amplamente utilizado em hernioplastias, tanto para o fechamento de planos aponeuróticos quanto para a fixação de telas sintéticas.

Alternativa c: Esta afirmação está correta. O polipropileno é o material de escolha (padrão-ouro) para suturas e anastomoses vasculares. Sua superfície lisa minimiza o dano ao endotélio vascular e reduz o risco de trombose na linha de sutura, além de permitir o ajuste da tensão da sutura com facilidade.

Alternativa d: Esta afirmação está INCORRETA (e, portanto, é o gabarito da questão). Os fios monofilamentares, como o polipropileno e o nylon, são justamente os MAIS indicados na presença de infecção ou contaminação. Diferentemente dos fios multifilamentares (trançados), o monofilamento não possui espaços intersticiais (microscópicos) entre as fibras onde as bactérias poderiam se alojar e ficar protegidas da ação de macrófagos e antibióticos.

Alternativa e: Esta afirmação está correta. Embora existam preferências por fios absorvíveis de longa duração (como o PDS), o polipropileno é perfeitamente indicado e muito utilizado em anastomoses intestinais, especialmente em técnicas de plano único, devido à sua segurança, baixa reação inflamatória e manutenção da força de fechamento.

Gabarito: Letra (d).

Questão 21

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A paciente apresenta uma medida de pressão arterial (PA) de 138 x 87 mmHg. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), essa faixa é classificada como PRÉ-HIPERTENSÃO, que engloba valores de PA sistólica entre 130-139 mmHg e/ou PA diastólica entre 85-89 mmHg. O diagnóstico de hipertensão (estágio 1) só seria firmado com valores iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg em consultório.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): O início de terapia farmacológica com enalapril (um inibidor da ECA) ou qualquer outro anti-hipertensivo não é a conduta imediata para pacientes pré-hipertensos. O tratamento medicamentoso imediato costuma ser reservado para pacientes com hipertensão estágio 1 de alto risco cardiovascular ou para aqueles em estágios 2 e 3.

Alternativa B (Incorreta): A hipertensão mascarada ocorre quando a PA no consultório está normal (menor que 140/90 mmHg), mas a PA fora dele (MAPA ou MRPA) está elevada. Embora a paciente esteja em uma faixa limítrofe onde se poderia investigar essa condição, a conduta de "reavaliar em 1 semana" não é a orientação terapêutica preconizada para o manejo da pré-hipertensão conforme as diretrizes.

Alternativa C (Incorreta): O nitroprussiato de sódio é um potente vasodilatador venoso e arterial de uso hospitalar exclusivo, indicado para emergências hipertensivas onde há risco iminente de morte ou lesão aguda de órgão-alvo (geralmente com PA acima de 180/120 mmHg). Não existe indicação para o uso dessa droga em quadros ambulatoriais e estáveis.

Alternativa D (Correta): De acordo com as diretrizes brasileiras, a conduta inicial para o paciente pré-hipertenso é a implementação de Mudanças no Estilo de Vida (MEV). Isso inclui redução da ingestão de sódio, adoção de dietas saudáveis (como a DASH), controle de peso e atividade física regular. Embora a paciente apresente alto risco cardiovascular (pelo diabetes e escore PREVENT de 16,8 por cento), a conduta conservadora de tentar o controle não farmacológico por um período de 3 a 6 meses antes de iniciar a medicalização é a resposta mais correta do ponto de vista acadêmico e normativo para o nível de pressão apresentado.

Alternativa E (Incorreta): O início de diuréticos segue a mesma lógica da alternativa A. Não se inicia tratamento farmacológico para pré-hipertensão como primeira escolha sem antes observar a resposta às medidas não farmacológicas.

RESUMO DA CONDUTA

Em pré-hipertensos, o foco inicial é sempre a intervenção nos hábitos de vida. O tratamento medicamentoso só é considerado após falha das medidas não farmacológicas ou, em casos muito específicos de altíssimo risco, como uma decisão compartilhada, mas a questão pede a melhor conduta diagnóstica e terapêutica seguindo o fluxograma padrão da diretriz.

Questão 22

Para responder a essa questão, devemos utilizar como referência a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Alternativa a) Esta é a alternativa correta. De acordo com a diretriz brasileira (SBC), a meta de LDL-c para indivíduos classificados como de baixo risco cardiovascular é <

130 mg/dL. A alternativa indica uma meta de < 115 mg/dL; embora seja um valor mais rigoroso do que o limite exato da SBC, ele está contido dentro da meta de segurança e alinha-se a diretrizes internacionais (como a europeia ESC, que utiliza < 116 mg/dL para baixo risco). Comparada às demais alternativas, que possuem erros claros de valores e definições, esta é a opção correta.

Alternativa b) Incorreta. Para indivíduos de alto risco cardiovascular, a recomendação das diretrizes é a utilização de estatinas de alta potência para alcançar uma redução mínima de 50% nos níveis de LDL-c em relação ao valor basal, e não de apenas 30%.

Alternativa c) Incorreta. A meta de LDL-c < 50 mg/dL é aplicada aos indivíduos de risco muito alto (ou risco extremo). Para o grupo de alto risco, a meta estabelecida pela diretriz brasileira é de LDL-c < 70 mg/dL.

Alternativa d) Incorreta. Para indivíduos de risco intermediário, a meta de LDL-c é < 100 mg/dL. A estratégia de redução percentual maior ou igual a 50% é direcionada aos pacientes de alto e muito alto risco. No risco intermediário, a redução percentual esperada costuma variar entre 30% e 50%.

Alternativa e) Incorreta. A meta do colesterol não HDL (que representa a soma de todas as lipoproteínas aterogênicas) é calculada somando-se 30 mg/dL à meta estipulada para o LDL-c. No indivíduo de risco extremo ou muito alto, a meta de LDL-c é < 50 mg/dL, portanto, a meta de colesterol não HDL deve ser < 80 mg/dL (50 + 30). O valor de < 100 mg/dL seria a meta de não HDL para pacientes de alto risco (cuja meta de LDL-c é 70 mg/dL).

Questão 23

Para responder corretamente a esta questão, devemos considerar as recomendações da Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis de 2023 sobre as indicações de marca-passo (MP) definitivo.

Alternativa a) Incorreta. Em pacientes com bradiarritmias noturnas associadas à Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), a conduta inicial deve ser o tratamento da própria apneia (como o uso de CPAP). O implante de MP não é indicado se o paciente for assintomático durante a vigília e se o tratamento específico para a SAOS ainda não tiver sido realizado ou otimizado, pois a bradicardia costuma ser uma resposta fisiopatológica aos eventos respiratórios.

Alternativa b) Incorreta. A hipersensibilidade do seio carotídeo com resposta cardioinibidora (pausa maior que 3 segundos na massagem) só tem indicação de marca-passo se o paciente for sabidamente sintomático, apresentando síncope

recorrentes. Em pacientes assintomáticos, o achado isolado de uma resposta cardioinibidora durante a manobra não justifica o implante do dispositivo.

Alternativa c) Incorreta. Pacientes assintomáticos que apresentam apenas distúrbios de condução intraventricular (como bloqueio de ramo direito ou esquerdo isolados) e que mantêm a condução atrioventricular 1:1 não possuem indicação para implante de marca-passo. É necessário que existam outros critérios de gravidade ou sintomas associados para que a intervenção seja considerada.

Alternativa d) Correta. O bloqueio de ramo alternante é caracterizado pela evidência eletrocardiográfica de bloqueio de ramo direito e bloqueio de ramo esquerdo em momentos diferentes, ou bloqueio de um ramo com alternância dos hemibloqueios no outro ramo. Esse achado é um sinal de doença avançada e difusa do sistema de condução infra-hisiano, com altíssimo risco de progressão súbita para bloqueio atrioventricular (BAV) total. Por isso, as diretrizes recomendam o implante de marca-passo definitivo de forma profilática, independentemente da presença de sintomas.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa descreve contraindicações (Classe III) para o implante de marca-passo. Se os sintomas documentados claramente não possuem relação com a bradicardia, ou se a bradicardia for causada por fatores reversíveis ou transitórios (como o efeito de medicamentos que podem ser suspensos, distúrbios hidroeletrólíticos ou hipotermia), o implante definitivo não deve ser realizado.

Questão 24

O quadro clínico descrito é clássico de uma Epilepsia Mioclônica Juvenil (EMJ), também conhecida como Síndrome de Janz. A paciente apresenta uma crise tônico-clônica generalizada (perda súbita de consciência, grito inicial, rigidez e abalos rítmicos por 90 segundos, seguidos de confusão pós-ictal) precedida por um histórico de meses de crises mioclônicas.

O ponto-chave da questão está nos "soluços musculares" matinais que fazem a paciente derrubar objetos. Essa é a descrição típica das crises mioclônicas, que ocorrem predominantemente ao despertar e são frequentemente negligenciadas pelos pacientes até que ocorra a primeira crise tônico-clônica generalizada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A síncope vasovagal geralmente é precedida por pródromos (sudorese, palidez, náuseas) e ocorre em pé ou após gatilhos emocionais/dolorosos. Embora a síncope convulsiva possa apresentar mioclonias anóxicas, estas são breves,

desorganizadas e ocorrem durante a perda de consciência, não explicando o histórico de mioclonias matinais crônicas ao despertar. O tempo de 90 segundos e a confusão pós-ictal prolongada sugerem fortemente uma crise epiléptica real.

b) Correta. A Epilepsia Mioclônica Juvenil é uma forma comum de epilepsia generalizada genética. Ela se manifesta tipicamente na adolescência ou início da idade adulta com a tríade de crises: mioclonias (especialmente ao acordar), crises tônico-clônicas generalizadas e, em alguns casos, crises de ausência. O exame neurológico e a neuroimagem (TC ou RM) são tipicamente normais, pois trata-se de uma epilepsia idiopática (genética).

c) Incorreta. A epilepsia do lobo temporal mesial costuma se manifestar com crises focais perceptivas (auras de déjà vu ou epigástricas) ou crises focais com comprometimento da consciência (automatismos orofaciais ou manuais). Não há associação típica com mioclonias matinais e queda de objetos ao despertar.

d) Incorreta. Uma lesão estrutural frontal poderia causar crises motoras, mas a tomografia de crânio da paciente é normal e o exame neurológico não apresenta déficits focais. Além disso, as mioclonias bilaterais e rítmicas ao acordar são características de uma síndrome de epilepsia generalizada, e não de um foco epileptogênico secundário a lesão estrutural.

e) Incorreta. As crises psicogênicas não epiléticas costumam ter duração prolongada (muitas vezes superior a 2 ou 5 minutos), movimentos assíncronos, movimentos de balançar a cabeça lateralmente e ausência de período pós-ictal verdadeiro. O relato da paciente é muito estereotipado para uma crise tônico-clônica generalizada orgânica e o histórico de mioclonias interictais reforça o diagnóstico médico de epilepsia.

Questão 25

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) agudo, com 1 hora e 20 minutos de evolução, o que o coloca dentro da janela terapêutica para intervenções de reperfusão. Os pontos fundamentais para a decisão são: 1) o tempo de início dos sintomas (menos de 4,5 horas); 2) a gravidade do déficit (NIHSS 17); e 3) a presença de oclusão de grande vaso (segmento M1 da artéria cerebral média) confirmada pela angiotomografia. Além disso, o paciente não apresenta contraindicações imediatas, como hemorragia na TC ou níveis pressóricos acima de 185/110 mmHg.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA: A trombectomia mecânica é o tratamento padrão para oclusões de grandes vasos em território anterior e deve ser realizada mesmo que o paciente esteja dentro das primeiras 3 horas. A realização da trombólise química não exclui a necessidade da trombectomia quando há oclusão de vaso calibroso, pois a taxa de recanalização apenas com alteplase em grandes vasos é baixa.

b) INCORRETA: Segundo as diretrizes atuais, em pacientes elegíveis tanto para trombólise quanto para trombectomia (dentro da janela de 4,5 horas), deve-se realizar a terapia combinada, também chamada de "bridging therapy". Não se deve omitir a trombólise intravenosa em favor da trombectomia isolada, a menos que haja contraindicação formal ao trombolítico.

c) CORRETA: Esta é a conduta padrão-ouro. O paciente é candidato à trombólise intravenosa com alteplase (rt-PA) por estar na janela de 4,5 horas e, simultaneamente, deve ser encaminhado para a trombectomia mecânica devido à oclusão de grande vaso (M1). O início do trombolítico não deve atrasar o encaminhamento para a sala de hemodinâmica.

d) INCORRETA: Um NIHSS de 17 indica um AVC grave, o que reforça a indicação de tratamento de reperfusão imediato, e não o contrário. Apenas medidas de suporte (controle pressórico e UTI) sem tentativa de recanalização resultariam em um prognóstico funcional muito ruim para este paciente previamente independente.

e) INCORRETA: Exames avançados de imagem, como ressonância com difusão ou tomografia de perfusão, são indicados principalmente para pacientes com tempo de início dos sintomas desconhecido (Wake-up stroke) ou na janela estendida (acima de 6 horas). No caso em questão, o tempo é conhecido e muito curto (1h20), sendo a tomografia simples e a angiotomografia suficientes para definir a conduta imediata. Retardar o tratamento para realizar mais exames causaria perda desnecessária de neurônios.

GABARITO: Alternativa (c).

Questão 26

O quadro clínico descrito é clássico de migrânea (enxaqueca) sem aura, caracterizado por crises pulsáteis, unilaterais, com fotofobia, fonofobia e náuseas. O ponto fundamental desta questão é reconhecer os critérios para o início do tratamento profilático (preventivo).

Alternativa (a) Incorreta. Aumentar a dose ou a frequência do uso da sumatriptana trata apenas o episódio agudo de dor. No entanto, o problema atual da paciente é a alta frequência das crises (10 dias por mês). O uso excessivo de triptanos (geralmente definido como 10 ou mais dias por mês) aumenta o risco de desenvolver cefaleia por abuso de medicação, agravando o quadro em vez de resolvê-lo.

Alternativa (b) Correta. O tratamento profilático da migrânea está indicado quando as crises são frequentes ou muito incapacitantes. Os critérios gerais incluem: 3 ou mais crises por mês que interferem na vida diária; crises muito intensas; ou mais de 8 a 10 dias de cefaleia por mês. Como a paciente apresenta 10 dias de dor mensais, ela tem indicação clara para iniciar medicação preventiva para reduzir a frequência, a intensidade e a duração das crises.

Alternativa (c) Incorreta. Embora uma mudança no padrão da dor seja considerada um sinal de alerta (red flag), o aumento gradual da frequência em uma paciente com histórico desde a adolescência e exame neurológico normal é altamente sugestivo de evolução natural para migrânea crônica ou de alta frequência. A realização de ressonância magnética (RM) não é a conduta prioritária diante de um quadro clínico tão típico e exame físico sem alterações.

Alternativa (d) Incorreta. O diário de cefaleia é uma ferramenta útil para o acompanhamento e para identificar gatilhos, mas não deve ser usado como motivo para atrasar o tratamento em uma paciente que já apresenta sofrimento significativo e frequência bem definida de 10 dias por mês. A intervenção medicamentosa profilática deve ser iniciada agora.

Alternativa (e) Incorreta. A suspensão abrupta do triptano sem oferecer uma alternativa de tratamento profilático deixaria a paciente sem suporte para crises intensas. Embora o risco de cefaleia por abuso de medicação exista, a conduta correta é introduzir a profilaxia para que a necessidade do uso de triptanos caia naturalmente, realizando o desmame orientado do analgésico, se necessário.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um paciente idoso com hemorragia digestiva alta (HDA) causada por uma úlcera gástrica. A classificação de Sakita A1 indica que a úlcera está em fase ativa, e a classificação de Forrest IIc (base com hematina) aponta um baixo risco de ressangramento (cerca de 5 a 10%), o que geralmente permite o tratamento clínico após a estabilização. No entanto, o ponto crucial da questão não é o manejo do sangramento agudo, mas sim a conduta diagnóstica obrigatória diante de qualquer

úlcera localizada no estômago.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

Diferentemente das úlceras duodenais, que são quase sempre benignas, as úlceras gástricas podem ocultar uma neoplasia (câncer gástrico). Mesmo que o paciente utilize anti-inflamatórios (AINEs), que são causas conhecidas de úlceras, a realização de biópsias das bordas da úlcera gástrica é mandatória para excluir malignidade. Além disso, é necessária a confirmação da cicatrização por meio de uma nova endoscopia após 6 a 8 semanas, com novas biópsias se a lesão persistir.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A erradicação do *H. pylori* deve ser realizada se a bactéria for identificada, e não de forma empírica e sem diagnóstico prévio, especialmente em um cenário de úlcera com indicação de biópsia para exclusão de câncer.

Alternativa (b): O tratamento de escolha para a cicatrização de úlceras pépticas e para a profilaxia em usuários de AINEs são os Inibidores de Bomba de Prótons (IBP), como o omeprazol, e não os bloqueadores H₂ (como a ranitidina), que são menos eficazes. Além disso, o uso contínuo depende de uma avaliação de risco-benefício a longo prazo, não sendo a conduta "obrigatória" inicial antes do diagnóstico diferencial.

Alternativa (d): A cirurgia precoce não está indicada. O paciente apresenta uma úlcera Forrest IIc, que tem baixo risco de recidiva hemorrágica e deve ser tratada clinicamente com IBP. A cirurgia é reservada para casos de hemorragia refratária ao tratamento endoscópico, perfuração ou obstrução.

Alternativa (e): A suspensão do AINE é uma medida terapêutica importante para permitir a cicatrização e evitar recidivas, mas, isoladamente, não é a conduta obrigatória principal. A prioridade máxima em uma úlcera gástrica, do ponto de vista propedêutico, é garantir que a lesão não seja um câncer.

Questão 28

Explicação:

A questão aborda a avaliação prognóstica da pancreatite aguda, um passo fundamental no manejo inicial dessa patologia. Para determinar a gravidade e o risco de complicações, a medicina utiliza diversos escores clínicos e laboratoriais, sendo os Critérios de Ranson um dos mais tradicionais e cobrados em provas.

Os Critérios de Ranson são divididos em dois momentos: parâmetros de admissão e parâmetros avaliados após as primeiras 48 horas de internação. De acordo com esse escore (especificamente para pancreatite não biliar), a queda do hematócrito superior a 10 pontos percentuais nas primeiras 48 horas é um dos sinais clássicos de alerta. Esse achado sugere que o paciente está apresentando uma evolução desfavorável, com maior risco de complicações sistêmicas e óbito.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A resolução do processo inflamatório seria caracterizada por melhora clínica, redução da dor, retorno do apetite e estabilização ou normalização dos exames laboratoriais, e não por uma queda importante do hematócrito.

b) Incorreta. Embora a reposição volêmica possa causar alguma hemodiluição, o escore de Ranson estabelece que uma queda maior que 10% é um marcador de gravidade intrínseco à doença, refletindo o sequestro de líquidos para o terceiro espaço ou hemorragia retroperitoneal, e não apenas um efeito colateral da hidratação.

c) Incorreta. Apesar de pacientes críticos poderem desenvolver úlceras de estresse e sangramento digestivo, esse achado, no contexto da pancreatite aguda precoce (48h), deve ser interpretado prioritariamente como um critério de gravidade da própria pancreatite, e não como um sangramento oculto isolado.

d) Correta. A queda do hematócrito $> 10\%$ nas primeiras 48 horas é um dos componentes dos Critérios de Ranson para predição de gravidade. Esse dado indica que o paciente possui um risco significativamente maior de evoluir com pancreatite grave, falência de órgãos e necrose pancreática.

e) Incorreta. A necrose pancreática infectada é uma complicação considerada tardia, ocorrendo geralmente após a segunda ou terceira semana de evolução da doença. Nas primeiras 48 horas, as alterações laboratoriais refletem a intensidade da resposta inflamatória sistêmica inicial, e não a presença de infecção na necrose.

Questão 29

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de Encefalopatia Hepática (EH). O fator desencadeante foi o uso de diuréticos em doses elevadas, que costuma causar desidratação, hipocalemia e alcalose metabólica. A hipocalemia estimula a produção renal de amônia, enquanto a alcalose facilita a conversão do íon amônio (NH_4^+) em

amônia (NH₃), que atravessa a barreira hematoencefálica e exerce neurotoxicidade. O manejo da EH foca na identificação do gatilho e na redução da amônia.

Alternativa A (Incorreta): A lactulose é o tratamento de escolha para a EH, pois atua acidificando o conteúdo intestinal e promovendo um efeito catártico, o que reduz a absorção de amônia. Suspender a lactulose seria contraproducente. O que deve ser suspenso imediatamente é o diurético.

Alternativa B (Incorreta): Embora infecções sejam causas comuns de descompensação na cirrose, o enunciado descarta sinais de infecção. A antibioticoterapia (como a rifaximina) é utilizada como segunda linha ou em casos recorrentes associada à lactulose, mas não substitui a correção do fator precipitante óbvio (neste caso, o distúrbio induzido pelo diurético).

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve o protocolo padrão para o manejo da Encefalopatia Hepática. O primeiro passo é identificar e tratar o fator precipitante (no caso, suspender diuréticos, hidratar o paciente e corrigir eletrólitos). Simultaneamente, inicia-se a terapia para remoção de toxinas nitrogenadas com lactulose, visando à obtenção de 2 a 3 evacuações pastosas por dia.

Alternativa D (Incorreta): A restrição proteica rigorosa é uma conduta obsoleta e prejudicial. Pacientes cirróticos frequentemente apresentam desnutrição e sarcopenia. Como o músculo esquelético auxilia na metabolização da amônia, a privação de proteínas piora a massa muscular e, conseqüentemente, pode agravar a EH a longo prazo. Recomenda-se manter dieta normoproteica.

Alternativa E (Incorreta): A intubação orotraqueal imediata é reservada para pacientes em coma profundo (Grau IV de West Haven) que não conseguem proteger a via aérea ou que apresentam insuficiência respiratória grave. O quadro de confusão mental súbita deve ser inicialmente manejado com medidas clínicas antes de se considerar procedimentos invasivos desse porte.

Questão 30

Esta questão exige o conhecimento dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas diretrizes de cuidados de fim de vida. O objetivo é identificar qual das alternativas NÃO representa um desses princípios.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível,

juntamente com o tratamento modificador da doença.

Esta alternativa está correta. O conceito moderno de cuidados paliativos abandonou a ideia de que eles só devem ser iniciados na fase final de vida. Eles devem ser integrados precocemente no curso de qualquer doença grave, progressiva e que ameace a vida, coexistindo com tratamentos que buscam a cura ou o controle da doença.

Alternativa b) Promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores.

Esta alternativa está correta. O cuidado paliativo baseia-se no conceito de "dor total", que abrange não apenas o componente físico, mas também as dimensões psicológica, social e espiritual. Além disso, a unidade de cuidado é o binômio paciente-família, garantindo suporte também aos cuidadores.

Alternativa c) Não aceitação da morte como um processo natural.

Esta alternativa está incorreta e é o gabarito da questão (o "exceto"). Um dos pilares éticos e operacionais dos cuidados paliativos é justamente afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural e inevitável de todos os seres vivos. O paliativismo não nega a morte, mas busca conferir dignidade ao processo de morrer.

Alternativa d) Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas.

Esta alternativa está correta. Este princípio define a prática da ortotanásia. Os cuidados paliativos posicionam-se contra a eutanásia (abreviação da vida) e contra a distanásia (prolongamento do processo de morte através de tratamentos inúteis que geram sofrimento, também chamada de obstinação terapêutica).

Alternativa e) Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares.

Esta alternativa está correta. Dada a multidimensionalidade do sofrimento humano, é impossível oferecer cuidados paliativos adequados sem uma equipe composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros profissionais que atuem de forma integrada e colaborativa.

Gabarito: Letra (c).

Questão 31

Para responder a esta questão, é fundamental recordar a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta o tratamento farmacológico da dor de acordo com sua intensidade. Os opioides são divididos em dois grandes grupos: os fracos (indicados para dor moderada, no segundo degrau) e os fortes (indicados para dor intensa, no terceiro degrau).

Alternativa a) Incorreta. A morfina é o protótipo dos opioides fortes. É utilizada no manejo de dores intensas e serve como padrão de comparação para a potência de outros opioides.

Alternativa b) Correta. A codeína é classificada como um opioide fraco. Ela é uma pró-droga que, após ser metabolizada no fígado pela enzima CYP2D6, é convertida em morfina para exercer seu efeito analgésico. Junto com o tramadol, compõe o segundo degrau da escada analgésica da OMS, sendo indicada para dores de intensidade moderada.

Alternativa c) Incorreta. O fentanil é um opioide sintético extremamente potente, cerca de 50 a 100 vezes mais forte que a morfina. Portanto, é classificado como um opioide forte, utilizado em ambientes cirúrgicos, UTIs ou por meio de adesivos transdérmicos para dor crônica intensa.

Alternativa d) Incorreta. A gabapentina não pertence à classe dos opioides. Ela é um fármaco adjuvante, originalmente desenvolvido como anticonvulsivante, mas amplamente utilizado no tratamento da dor neuropática por sua ação nos canais de cálcio do sistema nervoso central.

Alternativa e) Incorreta. O naproxeno é um anti-inflamatório não esteroidal (AINE). Ele é classificado como um analgésico não opioide e faz parte do primeiro degrau da escada analgésica da OMS, sendo indicado para dores leves a moderadas, especialmente aquelas com componente inflamatório.

Questão 32

O uso de opioides no manejo da dispneia em cuidados paliativos é uma prática consolidada e fundamentada em evidências científicas. O objetivo principal não é apenas tratar a causa subjacente, mas modular a percepção subjetiva do sofrimento respiratório. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Correta. Instituições de referência como a American Thoracic Society e a European Respiratory Society recomendam amplamente os opioides como a primeira linha de tratamento farmacológico para a dispneia refratária em pacientes

com doenças avançadas e terminais.

Alternativa b) Incorreta. Esta é a alternativa a ser assinalada, pois os opioides promovem a REDUÇÃO, e não o aumento, da percepção central da dispneia. Eles atuam nos receptores μ do sistema nervoso central, especificamente em áreas como o córtex insular e o cíngulo anterior, diminuindo a interpretação cerebral do sinal de falta de ar e a resposta emocional negativa associada a ele.

Alternativa c) Correta. Um dos mecanismos de ação dos opioides é o embotamento da resposta ventilatória aos estímulos químicos. Eles reduzem a sensibilidade dos quimiorreceptores centrais (localizados no bulbo) e periféricos (corpos carotídeos) à hipercapnia (elevação do CO_2) e à hipóxia, o que evita o aumento desproporcional do esforço respiratório.

Alternativa d) Correta. Ao reduzir a taquipneia, o recrutamento de musculatura acessória e a ansiedade, os opioides promovem uma queda no consumo metabólico de oxigênio. Do ponto de vista cardiovascular, podem promover redução da pré-carga e da resistência vascular sistêmica, melhorando a eficiência do débito cardíaco, especialmente em pacientes com congestão pulmonar.

Alternativa e) Correta. No tratamento da dispneia, preconiza-se o início com doses baixas de opioides (ex.: 2,5 a 5 mg de morfina por via oral em pacientes que nunca utilizaram a medicação). Essas doses são geralmente menores do que as necessárias para o manejo da dor aguda ou oncológica intensa, sendo tituladas gradualmente para garantir a segurança e minimizar o risco de sedação excessiva ou depressão respiratória clinicamente significativa.

Questão 33

DIAGNÓSTICO E ANÁLISE CLÍNICA

O quadro clínico descreve uma paciente idosa e obesa com dor articular de padrão mecânico, caracterizada por piora ao caminhar (sobrecarga) e melhora com o repouso. A rigidez matinal de curta duração (menos de 30 minutos) é um divisor de águas importante: ela diferencia as doenças degenerativas das doenças inflamatórias sistêmicas, nas quais a rigidez costuma ultrapassar 60 minutos. A presença de crepitação ao exame físico indica o atrito entre as superfícies ósseas devido ao desgaste da cartilagem. Esses achados são clássicos da Osteoartrite (OA), também chamada de artrose, que é a artropatia mais comum na população idosa.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A Artrite Reumatoide é uma patologia autoimune inflamatória. Ela geralmente acomete pequenas articulações (mãos e punhos) de forma simétrica, apresenta rigidez matinal prolongada (maior que 1 hora) e sinais flogísticos evidentes (edema, calor e rubor), o que não condiz com o caso exposto.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico é Osteoartrite. O tratamento inicial deve ser focado em medidas não farmacológicas e controle sintomático. A perda de peso é crucial em pacientes obesos para reduzir a carga sobre os joelhos. O exercício físico (fortalecimento de quadríceps e atividades de baixo impacto) melhora a estabilidade articular e a dor. A analgesia com paracetamol ou dipirona é a primeira linha medicamentosa.

Alternativa c) Incorreta. A Gota manifesta-se tipicamente como uma monoartrite aguda extremamente dolorosa e inflamatória (crise de gota), muitas vezes iniciada na base do grande dedo do pé (podagra). O relato da paciente é de uma dor crônica de anos, sem crises agudas hiperálgicas.

Alternativa d) Incorreta. A Artrite Séptica é uma emergência médica caracterizada por dor aguda, febre e sinais inflamatórios graves. O quadro de dor crônica de anos de evolução afasta essa hipótese. A punção articular (artrocentese) seria indicada em casos de suspeita de infecção ou derrame articular volumoso de origem obscura.

Alternativa e) Incorreta. A Condromalácia Patelar refere-se ao amolecimento da cartilagem patelar, sendo mais comum em adolescentes e adultos jovens. Além disso, o tratamento inicial para patologias degenerativas ou de mau alinhamento patelar é conservador (fisioterapia), e não cirurgia imediata.

Questão 34

Análise do caso: O paciente em questão é um idoso de 82 anos que apresenta critérios de fragilidade e dependência funcional. Ele manifesta uma hiperglicemia grave (420 mg/dL) mesmo em uso de terapia dupla (metformina e glibenclamida). Em pacientes com esse perfil, o manejo do diabetes deve focar no controle dos sintomas hiperglicêmicos e na prevenção de complicações agudas, evitando-se rigorosamente a hipoglicemia, que é altamente deletéria para idosos frágeis.

Alternativa a) Incorreta. Manter o esquema atual diante de uma glicemia de 420 mg/dL configura inércia clínica. Níveis glicêmicos tão elevados podem levar à desidratação, a distúrbios hidroeletrólíticos e à evolução para síndrome hiperosmolar, exigindo intervenção imediata.

Alternativa b) Incorreta. A glibenclamida é uma sulfonilureia de primeira geração com

meia-vida longa, sendo um dos principais fármacos associados a episódios de hipoglicemia grave e prolongada em idosos. De acordo com os Critérios de Beers (medicamentos potencialmente inapropriados para idosos), o aumento de sua dose é contraindicado nessa faixa etária.

Alternativa c) Incorreta. Os inibidores de SGLT2 não possuem potência hipoglicemiante suficiente para tratar uma descompensação aguda de 420 mg/dL. Além disso, em pacientes frágeis e muito idosos, essa classe de drogas aumenta o risco de desidratação, de depleção de volume e de infecções urinárias.

Alternativa d) Correta. A introdução de insulina é a conduta indicada quando a terapia oral falha em controlar níveis glicêmicos muito elevados (geralmente acima de 300 mg/dL ou HbA1c > 10%). A meta terapêutica para idosos frágeis e com expectativa de vida limitada deve ser flexibilizada (HbA1c entre 8,0% e 8,5%), visando ao conforto, à prevenção de sintomas osmóticos (como poliúria e sede excessiva) e, principalmente, à segurança do paciente contra hipoglicemias.

Alternativa e) Incorreta. Uma meta de HbA1c inferior a 6,5% é considerada rígida e perigosa para um paciente frágil de 82 anos, pois aumenta o risco de mortalidade e de eventos cardiovasculares decorrentes de hipoglicemia. Os agonistas de GLP-1, embora eficazes, podem causar efeitos colaterais gastrointestinais e perda de peso, o que pode agravar o quadro de fragilidade e sarcopenia desse paciente.

Questão 35

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a abordagem terapêutica das dislipidemias que, nas diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e de sociedades internacionais (ESC/AHA), é centrada na estratificação de risco cardiovascular global do paciente.

ALTERNATIVA A (INCORRETA): O tratamento não é guiado apenas pelo valor isolado do LDL-c. A decisão terapêutica depende do risco cardiovascular global. Por exemplo, um nível de LDL de 130 mg/dL pode ser aceitável para um indivíduo de baixo risco, mas é considerado muito acima da meta para um paciente que já sofreu um infarto.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): O valor de LDL superior a 190 mg/dL é uma indicação clássica para o início do uso de estatinas (muitas vezes sinalizando hipercolesterolemia familiar), mas está longe de ser a única. Pacientes de alto ou muito alto risco devem iniciar o tratamento com estatinas mesmo apresentando níveis de LDL muito menores, visando atingir metas rigorosas, como 70 mg/dL ou 50

mg/dL.

ALTERNATIVA C (CORRETA): Esta é a pedra angular das diretrizes de dislipidemia. A conduta (se será apenas mudança de estilo de vida ou associação com fármacos) e as metas terapêuticas (níveis de LDL e não HDL a serem alcançados) são determinadas pela classificação de risco do paciente (baixo, intermediário, alto ou muito alto risco). Para isso, utilizam-se ferramentas como o Escore de Risco Global ou a identificação de condições de risco equivalente, como diabetes ou doença arterial coronária.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): É justamente o oposto. O conceito "lower is better" (quanto menor, melhor) aplica-se especialmente aos pacientes de muito alto risco. Estudos clínicos demonstram que metas mais agressivas de LDL (atualmente < 50 mg/dL para esse grupo) resultam em maior redução de eventos cardiovasculares maiores, como infarto e AVC.

ALTERNATIVA E (INCORRETA): Embora o HDL-colesterol elevado seja classicamente associado à proteção cardiovascular, ele não elimina a necessidade de tratar o LDL-c elevado. Além disso, tentativas farmacológicas de aumentar isoladamente o HDL não demonstraram redução de desfechos clínicos, mantendo o LDL como o alvo terapêutico primário.

Questão 36

A alternativa correta é a letra (c).

Alternativa (a) Incorreta. A indicação de biópsia renal no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) depende de evidências clínicas de dano renal e não do título do FAN. Os critérios principais são: proteinúria persistente maior ou igual a 0,5 g/24h (ou relação proteína/creatinina maior ou igual a 0,5), presença de sedimentos urinários ativos (hematúria dismórfica ou cilindros celulares) ou perda inexplicada de função renal. O FAN elevado confirma o diagnóstico da doença sistêmica, mas não dita a conduta invasiva renal.

Alternativa (b) Incorreta. O tratamento da nefrite lúpica é individualizado conforme a classe histológica. As classes I (mesangial mínima) e II (mesangial proliferativa) geralmente não exigem imunossupressão agressiva. A classe VI (esclerosante avançada) representa cicatriz renal terminal, onde a imunossupressão não traz benefícios, focando-se no manejo da doença renal crônica. A combinação de corticoide e ciclofosfamida é reservada para as classes proliferativas (III e IV).

Alternativa (c) Correta. O Micofenolato de Mofetila (MMF) é amplamente consolidado

na literatura como uma droga de primeira linha tanto para a terapia de indução quanto para a fase de manutenção da nefrite lúpica (classes III, IV e V). Ele apresenta excelente perfil de eficácia na manutenção da remissão, sendo muitas vezes preferido em relação à azatioprina devido ao menor risco de recidivas em certos perfis de pacientes.

Alternativa (d) Incorreta. A nefrite lúpica é o exemplo clássico de doença por deposição de imunocomplexos e não pauci-imune. Na imunofluorescência, ela apresenta o padrão chamado Full House, com positividade para IgG, IgM, IgA, C3 e C1q. O termo pauci-imune é reservado para as vasculites associadas ao ANCA (como a poliangiite microscópica), que apresentam imunofluorescência negativa ou com depósitos mínimos.

Alternativa (e) Incorreta. Embora a proteinúria seja um achado fundamental, o critério diagnóstico clínico geralmente considera valores acima de 0,5 g/dia. Além disso, a nefrite lúpica caracteriza-se por hiper celularidade glomerular (proliferação de células mesangiais, endoteliais e presença de infiltrado inflamatório) nas formas ativas (classes III e IV), e não hipocelularidade.

Questão 37

Alternativa A: INCORRETA. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) são as principais classes nefroprotetoras, pois reduzem a pressão intraglomerular e a proteinúria. Os bloqueadores dos canais de cálcio (especialmente os di-hidropiridínicos, como o anlodipino) e os betabloqueadores são excelentes anti-hipertensivos e reduzem o risco cardiovascular, mas não possuem a propriedade de nefroproteção direta clássica como os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Alternativa B: CORRETA. Na doença renal crônica avançada, ocorre uma redução na produção de eritropoetina pelas células intersticiais peritubulares renais, resultando em anemia normocítica e normocrômica. O tratamento padrão envolve a reposição de eritropoetina sintética para estimular a medula óssea. No entanto, para que a eritropoetina seja eficaz, o paciente precisa de estoques adequados de ferro, sendo o hidróxido de ferro (reposição de ferro) essencial no manejo desses pacientes.

Alternativa C: INCORRETA. O carbonato de cálcio é um quelante de fósforo que contém cálcio e pode ajudar a elevar os níveis de cálcio sérico. Contudo, o sevelâmer é um quelante de fósforo não cálcico. Ele é indicado especificamente para tratar a hiperfosfatemia sem aumentar o cálcio, sendo muito útil em pacientes que já apresentam níveis elevados de cálcio ou calcificações vasculares. Portanto, o sevelâmer não é indicado para tratar a hipocalcemia.

Alternativa D: INCORRETA. Esta alternativa propõe o duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina (enalapril + losartana), o que é formalmente contraindicado devido ao alto risco de complicações como hipercalemia e insuficiência renal aguda, sem benefício adicional comprovado na redução de desfechos. Além disso, embora os inibidores de SGLT2 e antagonistas da aldosterona sejam benéficos em fases iniciais e moderadas, seu uso nos estágios IV e V exige cautela extrema ou é contraindicado dependendo do nível de filtração glomerular.

Alternativa E: INCORRETA. O estágio IV da doença renal crônica (ritmo de filtração glomerular entre 15 e 29 mL/min) é uma fase de manejo conservador e preparação para terapia renal substitutiva. A indicação de diálise e transplante ocorre tipicamente no estágio V (abaixo de 15 mL/min), quando o paciente apresenta uremia franca ou o tratamento conservador não é mais suficiente para manter a homeostase do organismo. Indicar diálise precocemente no estágio IV, sem sintomas urêmicos ou complicações graves, não é a conduta padrão.

Questão 38

Alternativa (a) INCORRETA: A furosemida é um diurético de alça útil para o manejo da congestão e sobrecarga de volume, mas não possui a propriedade de acelerar a recuperação da função renal, reduzir o tempo de internação ou diminuir a mortalidade na Injúria Renal Aguda (IRA). Seu uso indiscriminado para "forçar a diurese" em pacientes sem sobrecarga hídrica pode, inclusive, piorar a função renal por desidratação.

Alternativa (b) INCORRETA: Os inibidores de SGLT2 (gliflozinas) são medicamentos excelentes para a proteção renal na Doença Renal Crônica (DRC). No entanto, no cenário de IRA, eles não são indicados e geralmente devem ser suspensos. Isso ocorre porque eles promovem uma queda funcional inicial na taxa de filtração glomerular e podem aumentar o risco de desidratação e cetoacidose euglicêmica durante um quadro agudo.

Alternativa (c) INCORRETA: As indicações clássicas de diálise de urgência são resumidas pelo mnemônico AEIOU: Acidose metabólica grave e refratária; Eletrólitos (especialmente a hipercalemia refratária ao tratamento clínico); Intoxicações por substâncias dialisáveis; Overload (hipervolemia/edema agudo de pulmão refratário a diuréticos); e Uremia sintomática (pericardite, encefalopatia ou sangramentos). A hipernatremia (sódio elevado) não é uma indicação clássica de diálise de urgência, sendo manejada com reposição de água livre.

Alternativa (d) CORRETA: Esta alternativa reflete os critérios diagnósticos definidos

pelo consenso internacional KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). A IRA é definida por qualquer um dos seguintes critérios: aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL em 48 horas; OU aumento da creatinina sérica para mais de 1,5 vez o valor basal (50% de aumento) nos últimos 7 dias; OU débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por um período de pelo menos 6 horas.

Alternativa (e) INCORRETA: O tratamento da IRA deve sempre levar em conta o status volêmico do paciente. Administrar furosemida em um paciente oligúrico que está desidratado (causa pré-renal) é contraindicado, pois agrava a hipovolemia e a isquemia renal. A medida inicial para pacientes oligúricos com sinais de desidratação é a expansão volêmica cautelosa, e não o uso de diuréticos.

Questão 39

Para resolver essa questão, devemos analisar o perfil epidemiológico e a apresentação clínica de cada paciente descrito, relacionando-os com as glomerulopatias primárias mais frequentes.

Paciente 1: Homem jovem com síndrome nefrótica e creatinina elevada (2,0 mg/dL). A Glomerulosclerose Segmentar e Focal (GESF) é a causa mais comum de síndrome nefrótica primária em adultos no Brasil. Diferentemente da Doença de Lesões Mínimas, a GESF frequentemente apresenta algum grau de disfunção renal (elevação da creatinina) e hipertensão arterial já no momento do diagnóstico.

Paciente 2: Homem idoso com síndrome nefrótica e creatinina discretamente elevada. A Nefropatia Membranosa é uma das principais causas de síndrome nefrótica em pacientes acima de 50-60 anos. Embora possa ser secundária a neoplasias ou lúpus, sua forma primária é muito prevalente nesta faixa etária.

Paciente 3: Criança com síndrome nefrítica. A Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) é o protótipo da síndrome nefrítica na infância. Caracteriza-se pelo início súbito de hematúria, edema e hipertensão arterial, geralmente após uma infecção de garganta ou de pele (piodermite).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A amiloidose, embora comum em idosos com síndrome nefrótica, é considerada uma doença sistêmica (secundária) e não uma glomerulopatia primária. Além disso, a nefropatia por IgA é mais associada a quadros de hematúria em adultos jovens do que à síndrome nefrítica clássica da infância.

b) Incorreta. A nefropatia por IgA não é a causa típica de síndrome nefrótica com

insuficiência renal em jovens; seu quadro clássico é de hematuria macroscópica recorrente. A Glomerulonefrite Membranoproliferativa é uma causa menos comum em idosos quando comparada à Nefropatia Membranosa.

c) Incorreta. A glomerulopatia crescêntica é um achado histológico de glomerulonefrite rapidamente progressiva, não uma patologia primária específica neste contexto. A Doença de Lesões Mínimas é a principal causa de síndrome nefrótica em crianças, sendo muito rara em idosos.

d) Correta. Esta alternativa correlaciona perfeitamente os perfis epidemiológicos: GESF no adulto jovem com perda de função renal; Nefropatia Membranosa como causa comum de síndrome nefrótica no idoso; e GNPE como a principal causa de síndrome nefrótica em crianças.

e) Incorreta. A nefropatia por IgA não costuma abrir com síndrome nefrótica pura e creatinina elevada em jovens. A Doença de Lesões Mínimas causa síndrome nefrótica, e não síndrome nefrítica, como solicitado para o terceiro paciente.

Questão 40

Análise da Assertiva I: Verdadeira. O dismorfismo eritrocitário consiste na alteração da morfologia das hemácias, que sofrem danos estruturais ao atravessarem a barreira de filtração glomerular e ao passarem pelos túbulos renais. A presença de acantócitos ou codócitos na urina é um marcador altamente específico de que o sangramento provém dos glomérulos. Portanto, tanto na hematuria microscópica quanto na macroscópica, o achado de dismorfismo (geralmente acima de 20% a 40% das hemácias) confirma a origem glomerular da doença.

Análise da Assertiva II: Falsa. A Glomerulonefrite Pós-Estreptocócica (GNPE) é uma condição autolimitada e o seu tratamento é essencialmente de suporte. O foco terapêutico é o controle da volemia e da pressão arterial através de restrição hídrica, dieta hipossódica e uso de diuréticos de alça (furosemida). O uso de corticoides ou pulsoterapia não está indicado no quadro clássico da doença, sendo reservado apenas para casos raros e graves de glomerulonefrite rapidamente progressiva (presença de crescentes na biópsia), o que é uma exceção à regra.

Análise da Assertiva III: Verdadeira. O consumo de complemento é uma característica fundamental para o diagnóstico diferencial das síndromes nefríticas. No caso da GNPE, que é o protótipo da síndrome nefrítica aguda, ocorre queda dos níveis de C3 e CH50 por consumo da via alternativa. Outras causas nefríticas que também cursam com complemento baixo são o lúpus eritematoso sistêmico, a glomerulonefrite membranoproliferativa e a endocardite infecciosa.

Análise das Alternativas:

- a) Correta. Como as assertivas I e III estão corretas e a II está incorreta, esta é a alternativa que corresponde à análise técnica.
- b) Incorreta. A assertiva II é falsa, pois a GNPE não é tratada rotineiramente com pulsoterapia de corticoide.
- c) Incorreta. A assertiva I também é verdadeira, o que torna a afirmação de que "apenas" a III é verdadeira um erro.
- d) Incorreta. As assertivas I e III possuem fundamentação técnica correta na literatura médica.
- e) Incorreta. A assertiva II invalida esta opção, pois o tratamento da GNPE é de suporte e não baseado em imunossupressão rotineira.

Questão 41

A questão aborda a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), especificamente sua revisão instituída pela Portaria MS/GM nº 2.446/2014 (atualmente incorporada à Portaria de Consolidação nº 2/2017). Para resolver esse tipo de questão, o candidato deve conhecer a distinção que a norma faz entre valores fundantes, princípios e diretrizes.

Os Valores Fundantes são as bases éticas e políticas que sustentam a PNPS. De acordo com o Artigo 5º da Portaria, são oito os valores listados: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Solidariedade: Está correta. É expressamente citada na PNPS como um valor fundante, fundamentada no apoio mútuo entre as pessoas e na busca por objetivos comuns para a melhoria da qualidade de vida.

Alternativa b) Felicidade: Está correta. É comum que estudantes de medicina estranhem esse item por parecer subjetivo, mas ele consta explicitamente no texto da política. Refere-se à percepção de bem-estar e à satisfação das necessidades e desejos dos indivíduos e coletividades.

Alternativa c) Ética: Está correta. A ética é um valor basilar que deve nortear as práticas de saúde, as relações entre profissionais e usuários, e a gestão das políticas públicas no SUS.

Alternativa d) Justiça social: Está correta. Esse valor está diretamente ligado à busca pela equidade, garantindo que as ações de promoção da saúde alcancem de forma prioritária os grupos em situação de maior vulnerabilidade.

Alternativa e) Interdisciplinaridade: Esta é a alternativa incorreta (Gabarito). Embora a interdisciplinaridade seja uma estratégia fundamental no cotidiano das equipes de saúde e essencial para a abordagem integral do paciente, ela não está elencada no rol taxativo de "Valores Fundantes" da PNPS na Portaria nº 2.446/2014. A política foca em conceitos correlatos como a intersetorialidade (princípio) e a articulação de saberes, mas a interdisciplinaridade em si não é classificada como um valor fundante no texto legal.

Portanto, por não constar na lista oficial de valores fundantes da referida política, a alternativa (e) é a resposta a ser marcada.

Questão 42

Esta questão exige o conhecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), especificamente a diferenciação entre o que são "Objetivos Específicos" e o que são "Diretrizes". A PNPS está atualmente consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Anexo I).

Alternativa (a) - INCORRETA (Gabarito): Esta alternativa descreve, na verdade, uma das DIRETRIZES da PNPS, conforme o Artigo 7º, inciso IV. As diretrizes são orientações para a execução da política, enquanto os objetivos são as metas que se pretende alcançar. Por não ser um objetivo específico, mas sim uma diretriz, esta é a alternativa a ser assinalada como o "exceto".

Alternativa (b) - CORRETA: Valorizar os saberes populares, tradicionais e as práticas integrativas e complementares é um OBJETIVO ESPECÍFICO listado no Artigo 6º, inciso VII, da política. O foco aqui é o reconhecimento da diversidade cultural e do conhecimento da comunidade no processo de saúde.

Alternativa (c) - CORRETA: Estimular a criação de ambientes e territórios saudáveis é um OBJETIVO ESPECÍFICO descrito no Artigo 6º, inciso II. A descrição detalhada na alternativa reflete a intenção da política de integrar a promoção da saúde aos locais onde as pessoas vivem e trabalham, de forma participativa.

Alternativa (d) - CORRETA: A promoção do empoderamento (advocacy), da autonomia e da capacidade de tomada de decisão dos sujeitos é um OBJETIVO ESPECÍFICO fundamental, previsto no Artigo 6º, inciso III. É o pilar que busca transformar o cidadão em protagonista de sua própria saúde.

Alternativa (e) - CORRETA: Promover processos de educação e formação profissional voltados para a promoção da saúde é um OBJETIVO ESPECÍFICO estabelecido no Artigo 6º, inciso V. A política reconhece que, para que a promoção da saúde ocorra na prática, é necessário capacitar os trabalhadores do SUS, os gestores e a própria população.

Questão 43

Esta questão aborda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada pela Portaria nº 2.436/2017. O objetivo é identificar a alternativa incorreta entre as proposições sobre as diretrizes e os princípios da Atenção Básica no Brasil.

Alternativa A: Correta. A PNAB 2017 unificou os conceitos, estabelecendo que Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são termos equivalentes no contexto brasileiro. Ambos compartilham os mesmos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (como regionalização, hierarquização e territorialização).

Alternativa B: Correta. A Atenção Básica exerce funções fundamentais na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela deve ser a porta de entrada preferencial (primeiro contato), o centro de comunicação entre os diferentes pontos da rede, a coordenadora do cuidado (acompanhando o paciente nos diferentes níveis de complexidade) e a ordenadora do fluxo de serviços na rede.

Alternativa C: Incorreta (Gabarito). Embora a Atenção Básica deva ser integral e gratuita, a exigência do Cartão SUS como condição mandatória para o primeiro atendimento contraria os princípios da Universalidade e do Acesso Universal. O acesso à saúde é um direito fundamental e não pode ser condicionado a barreiras administrativas ou burocráticas. O atendimento deve ser garantido independentemente da apresentação de documentos no momento da urgência ou da primeira procura, devendo o cadastro ser realizado ou regularizado posteriormente.

Alternativa D: Correta. Este item reflete os princípios da Universalidade e da Equidade. A PNAB proíbe explicitamente qualquer forma de exclusão ou discriminação, garantindo que o cuidado seja direcionado a todos os cidadãos, respeitando suas singularidades e vulnerabilidades.

Alternativa E: Correta. A Atenção Básica atua fortemente no princípio da Equidade. Isso significa reconhecer que grupos diferentes possuem necessidades diferentes, adotando estratégias para reduzir iniquidades e garantir que populações estigmatizadas ou em situação de vulnerabilidade social tenham acesso pleno à saúde, promovendo autonomia e cidadania.

Questão 44

A questão aborda a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), estabelecida pela Resolução CNS nº 588/2018 (frequentemente citada em provas como Portaria 588/2018). Esta política define a Vigilância em Saúde como uma função essencial do SUS, com caráter transversal e universal.

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa descreve perfeitamente a abrangência da PNVS. A política não se limita apenas ao setor público ou a um nível de atenção; ela é transversal, incidindo sobre serviços públicos e privados em todos os níveis de complexidade. Além disso, a vigilância atua sobre o controle de bens de consumo, tecnologias, produção e circulação, visando eliminar ou prevenir riscos à saúde da população.

Alternativa B (INCORRETA): O erro está no termo "exclusivamente à vigilância epidemiológica". A PNVS compreende a articulação de quatro áreas fundamentais: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Limitar a política a apenas uma dessas áreas contraria sua natureza integradora.

Alternativa C (INCORRETA): A PNVS preza pela descentralização e pela territorialização. As ações laboratoriais e a análise da situação de saúde não devem ser verticais e centralizadas; pelo contrário, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de saúde nos territórios, subsidiando o planejamento local e a tomada de decisão de forma compartilhada.

Alternativa D (INCORRETA): Embora a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, as ações de vigilância devem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo serviços de urgência, hospitais e ambulatórios especializados, para garantir a integralidade da assistência.

Alternativa E (INCORRETA): O termo "somente" invalida a alternativa. A PNVS segue o princípio da universalidade. Embora a política utilize a equidade para priorizar territórios e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, as ações de vigilância em saúde destinam-se a toda a população, atuando tanto na prevenção

quanto na promoção da saúde de forma coletiva.

Questão 45

A questão aborda as atualizações periódicas da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. A Portaria mencionada consolidou a inclusão de uma patologia que apresentava crescimento epidemiológico importante no Brasil, especialmente devido à sua transmissão zoonótica.

Alternativa (a) Incorreta. O botulismo é uma doença de notificação compulsória imediata (em até 24 horas) há bastante tempo, devido à sua gravidade e ao potencial de surtos por contaminação alimentar.

Alternativa (b) Incorreta. As infecções por arenavírus (que podem causar febres hemorrágicas) já constavam na lista de notificação compulsória imediata por serem consideradas doenças graves e de alto potencial de disseminação.

Alternativa (c) Correta. A esporotricose humana foi a doença incorporada recentemente à Lista Nacional de Notificação Compulsória. Anteriormente, a notificação era obrigatória apenas em alguns estados e municípios (notificação regionalizada). Devido à epidemia de esporotricose zoonótica (transmitida principalmente por gatos infectados pelo fungo *Sporothrix brasiliensis*) que se expandiu por quase todo o território brasileiro, o Ministério da Saúde tornou a notificação obrigatória em nível nacional para monitorar e controlar o avanço da doença.

Alternativa (d) Incorreta. As riquetsioses, sendo a febre maculosa brasileira a mais conhecida entre elas, já faziam parte da lista de notificação compulsória devido à letalidade elevada e à necessidade de intervenção rápida.

Alternativa (e) Incorreta. A toxoplasmose gestacional e a toxoplasmose congênita foram inseridas na lista nacional em 2016. Portanto, já eram eventos de notificação obrigatória antes da atualização referenciada na questão.

Questão 46

ANÁLISE DA QUESTÃO

O texto descreve a ocorrência de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) no Brasil, fornecendo o número absoluto de casos nacionais e, em seguida, detalhando quantos desses casos ocorreram em cada região geográfica. As porcentagens indicadas

(como os 42,9% do Nordeste e 23,8% do Norte) são obtidas dividindo-se o número de casos específicos de cada região pelo número total de casos detectados no país. Esse tipo de cálculo define uma medida de proporção ou distribuição.

Alternativa a: Incorreta. A incidência mede o risco de surgimento de novos casos em uma população em um determinado período. Para calcular a incidência, o denominador deve ser a população sob risco de adoecer, e não o número total de casos diagnosticados no país.

Alternativa b: Correta. A distribuição proporcional é um indicador de saúde que expressa a importância relativa de um evento (ou subgrupo) em relação ao total de eventos da mesma natureza. No exemplo, as porcentagens mostram como o volume total de casos de DTNs se distribui espacialmente pelo território brasileiro. A soma das porcentagens de todas as regiões resulta em 100% do fenômeno observado (o total de casos no Brasil).

Alternativa c: Incorreta. A prevalência avalia o número total de casos (novos e antigos) existentes em uma população em um ponto ou período no tempo. Assim como na incidência, o denominador padrão para taxas de prevalência seria a população residente em cada região, e não a fatia que aquela região representa no total de casos nacionais.

Alternativa d: Incorreta. A letalidade avalia a gravidade de uma doença, calculando a proporção de mortes entre as pessoas que estão doentes ($\text{Óbitos} / \text{Casos}$). Como o texto não fornece dados sobre mortes, mas apenas sobre a detecção de casos, não se trata de letalidade.

Alternativa e: Incorreta. A mortalidade relaciona o número de óbitos com a população total exposta ao risco. O denominador para o coeficiente de mortalidade é a população total da região estudada. O fragmento citado foca exclusivamente na morbidade (casos detectados) e não na mortalidade.

Gabarito: Letra (b).

Questão 47

Para a detecção de casos de doenças e agravos em saúde pública no Brasil, é fundamental conhecer os diferentes Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e suas finalidades específicas.

Alternativa (a) Incorreta: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é, de fato, o sistema utilizado para a vigilância epidemiológica, mas ele não é

destinado ao registro exclusivo de doenças tropicais negligenciadas. O Sinan abrange uma lista extensa de doenças de notificação compulsória, que inclui desde doenças transmissíveis (como dengue, tuberculose e HIV) até agravos como violência e acidentes de trabalho.

Alternativa (b) Correta: O Sinan é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória. As doenças tropicais negligenciadas citadas (como hanseníase, doença de Chagas, leishmanioses, entre outras) fazem parte dessa lista oficial. Portanto, o Sinan é a fonte de dados correta para a obtenção de informações sobre a detecção (incidência e prevalência) desses casos no País.

Alternativa (c) Incorreta: O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) tem como objetivo registrar os dados contidos nas Declarações de Óbito (DO). Embora seja essencial para calcular taxas de letalidade e mortalidade por doenças tropicais negligenciadas, ele não é a ferramenta para a detecção de casos novos em pacientes vivos. Além disso, o SIM registra óbitos ocorridos em qualquer local (domicílio, via pública ou hospitais), e não apenas em serviços públicos.

Alternativa (d) Incorreta: O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) registra as internações hospitalares financiadas pelo sistema público por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O erro da alternativa está em afirmar que o sistema se destina ao registro em serviços privados de saúde (o SIH atende ao setor público e ao privado conveniado ao SUS) e no fato de ser um sistema focado em internações, o que deixaria de fora a grande maioria dos casos de doenças negligenciadas que são detectados e tratados em nível ambulatorial.

Alternativa (e) Incorreta: Embora o SIH/SUS de fato registre internações em serviços públicos e privados conveniados, ele não é o sistema adequado para a detecção epidemiológica de casos de doenças tropicais negligenciadas. Muitas dessas patologias são crônicas, e o diagnóstico e o tratamento ocorrem na Atenção Primária ou em ambulatórios especializados, sem necessidade de hospitalização. Assim, o SIH captaria apenas uma parcela mínima e grave da doença, subestimando a real detecção de casos, tarefa que cabe ao Sinan.

Questão 48

Para resolver esta questão, é fundamental analisar os dados epidemiológicos e estatísticos apresentados no enunciado, diferenciando conceitos como Razão de Risco (RR), prevalência e tendência temporal.

Alternativa A: INCORRETA. O valor de 55,2% mencionado no texto refere-se à

proporção de óbitos por doença de Chagas dentro do universo total de mortes por doenças tropicais negligenciadas (DTNs). Isso é um dado de mortalidade proporcional, e não o "risco de morte" (que seria uma taxa de incidência de óbitos na população geral ou em um grupo exposto).

Alternativa B: INCORRETA. O erro é semelhante ao da alternativa anterior. O percentual de 55,2% diz respeito à causa da morte (Chagas como principal DTN causadora de óbito), e não ao risco estratificado por sexo. O texto informa que o sexo masculino tem maior risco (RR = 1,76), mas não quantifica esse risco como 55,2%.

Alternativa C: INCORRETA. A análise de tendência descrita no estudo mostra um comportamento bimodal ou de inflexão: houve aumento nas taxas de mortalidade entre 2001 e 2008, porém seguiu-se uma redução entre 2009 e 2018. Portanto, não se pode afirmar que a tendência foi crescente para todo o período de 2001 a 2018.

Alternativa D: CORRETA. O estudo aponta que residir em municípios de menor porte populacional apresentou uma Razão de Risco (RR) de 1,99. Como o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%: 1,28; 3,10) não inclui o valor 1,0 (que é o valor de nulidade), conclui-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o menor porte populacional e o maior risco de morte por DTNs no Piauí.

Alternativa E: INCORRETA. O valor 40,71 citado no texto é a Razão de Risco (RR) para indivíduos com 60 anos ou mais. Isso significa que pessoas nessa faixa etária possuem um risco 40 vezes maior de morrer por DTNs do que o grupo de referência (geralmente os mais jovens). A taxa de mortalidade geral foi de 4,60 por 100 mil habitantes, e o RR é uma medida de comparação, não a taxa absoluta de mortalidade do grupo idoso.

Questão 49

Para resolver essa questão, é fundamental identificar a natureza do delineamento de pesquisa descrito no enunciado. O texto cita um "estudo ecológico misto" que analisa "tendência temporal e padrões espaciais" da mortalidade entre 2001 e 2018.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Estudos experimentais (como ensaios clínicos) são caracterizados pela intervenção direta do pesquisador, que manipula a exposição (por exemplo, fornecendo um medicamento ou vacina) para observar o efeito. No estudo citado, não há intervenção; apenas observam-se dados de mortalidade já ocorridos na população.

b) Correta. O estudo é classificado como observacional porque o pesquisador não interfere nos fatores estudados. Ele apenas coleta, descreve e analisa dados existentes sobre a saúde da população. Estudos ecológicos são, por definição, estudos observacionais em que a unidade de análise é um grupo de pessoas (uma cidade, estado ou país), e não o indivíduo isolado.

c) Incorreta. Estudos primários são aqueles em que os dados são coletados diretamente pelo pesquisador com os sujeitos da pesquisa (entrevistas, exames, questionários). Estudos de tendência temporal e análise de mortalidade em períodos longos (2001-2018) geralmente utilizam dados secundários provenientes de sistemas de informação oficiais (como o SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade). Além disso, a classificação entre observacional e experimental é mais fundamental para o desenho do estudo do que a origem dos dados.

d) Incorreta. Um estudo prospectivo acompanha os participantes do presente em direção ao futuro. Como o estudo analisa um intervalo de tempo passado (2001 a 2018) para descrever o que já ocorreu, ele possui um caráter retrospectivo (análise de dados históricos).

e) Incorreta. O termo "follow-up" (seguimento) é característico de estudos de coorte, em que indivíduos são acompanhados individualmente ao longo do tempo para observar o surgimento de um desfecho. O estudo ecológico lida com agregados populacionais e médias de indicadores, sem seguir indivíduos específicos.

Em resumo, por se tratar de um estudo ecológico que analisa a distribuição de doenças em uma população sem realizar intervenções, a classificação correta é a de um estudo epidemiológico observacional.

Questão 50

A questão aborda as características dos estudos ecológicos, especificamente no contexto de uma análise de tendência temporal e padrões espaciais. Para respondê-la corretamente, é fundamental identificar qual das opções apresentadas não representa uma vantagem desse delineamento de pesquisa.

Análise das alternativas:

a) Baixo custo: Esta é uma vantagem real dos estudos ecológicos. Como eles utilizam, em sua maioria, dados secundários já coletados por órgãos governamentais (como o SIM ou SINAN), não há necessidade de grandes investimentos financeiros para a coleta primária de dados.

b) Rapidez e praticidade em sua elaboração e análise: Correto. Por trabalharem com bancos de dados populacionais já existentes, os pesquisadores conseguem processar as informações e obter resultados de forma muito mais célere do que em estudos que acompanham indivíduos ao longo do tempo (como as coortes).

c) Levantamento de hipóteses: Correto. Os estudos ecológicos são excelentes para identificar associações e sugerir possíveis relações entre fatores de risco e doenças. Eles funcionam como um primeiro passo para que hipóteses sejam geradas e, posteriormente, testadas em estudos de maior poder analítico, como ensaios clínicos ou coortes.

d) Relação causa-efeito: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. O estudo ecológico analisa grupos ou populações, e não indivíduos. Por essa razão, ele não permite estabelecer uma relação de causalidade direta. A principal limitação é a chamada falácia ecológica (ou viés de agregação), que ocorre quando uma associação observada no nível populacional é erroneamente aplicada ao nível individual.

e) Avaliação de políticas de saúde: Correto. Esse delineamento é muito útil para observar o impacto de intervenções coletivas (como campanhas de vacinação ou mudanças em legislações) ao longo do tempo em uma determinada região ou país, permitindo avaliar se uma política pública foi eficaz na redução de indicadores de morbimortalidade.

Questão 51

A questão exige o conhecimento do artigo 4º da Lei nº 8.080/1990, que define a composição do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a legislação, o SUS é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta como resposta (está incluída no SUS): O parágrafo 1º do artigo 4º da Lei nº 8.080/1990 estabelece explicitamente que as instituições públicas de controle de qualidade fazem parte do SUS.

Alternativa b) Incorreta como resposta (está incluída no SUS): O mesmo parágrafo 1º do artigo 4º inclui as instituições públicas de pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue, hemoderivados e equipamentos para saúde como parte integrante do sistema.

Alternativa c) Incorreta como resposta (está incluída no SUS): A prestação de assistência à saúde por meio de estabelecimentos públicos é a atividade precípua e central do SUS, conforme definido no caput do artigo 4º.

Alternativa d) Incorreta como resposta (está incluída no SUS): As agências federais de regulamentação (como a ANVISA e a ANS) são autarquias, o que as coloca na categoria de Administração Pública Indireta. Como realizam ações de saúde e são mantidas pelo Poder Público, estão incluídas na definição legal do sistema.

Alternativa e) Correta (Gabarito): Esta é a exceção. O SUS é constituído essencialmente por órgãos e instituições públicas. Embora a Lei nº 8.080/1990 preveja a participação da iniciativa privada no SUS, isso ocorre de forma complementar e mediante contrato ou convênio (artigo 24), não fazendo parte da estrutura orgânica descrita no artigo 4º, que se restringe ao setor público. Instituições privadas de pesquisa e ensino não são, por definição, componentes do Sistema Único de Saúde.

Questão 52

Esta questão exige o conhecimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), especificamente do Artigo 5º, que enumera os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Para identificar a alternativa incorreta (o "exceto"), devemos confrontar as opções com o texto legal e com os princípios doutrinários do sistema.

Alternativa (a): Correta. De acordo com o Artigo 5º, inciso I, da Lei 8.080/1990, um dos objetivos do SUS é justamente a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (como saneamento, moradia, alimentação, trabalho, entre outros).

Alternativa (b): Correta. O texto reflete o Artigo 5º, inciso II, e o Artigo 2º da Lei 8.080/1990. O SUS não atua apenas na assistência direta, mas também na formulação de políticas econômicas e sociais que visem reduzir o risco de doenças e garantir o acesso universal e igualitário.

Alternativa (c): Correta. Esta alternativa reproduz o inciso III do Artigo 5º da referida lei. O objetivo primordial do sistema é prestar assistência às pessoas por meio do tripé: promoção, proteção e recuperação da saúde.

Alternativa (d): Correta. O SUS rege-se pelo princípio da Integralidade, que pressupõe um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Portanto, a

oferta deve ser integral.

Alternativa (e): Incorreta (Gabarito). Esta alternativa contraria os princípios fundamentais do SUS. O sistema não deve fornecer ações curativas de forma "parcial". O princípio da Integralidade garante que o usuário receba todo o atendimento necessário para o seu caso. Além disso, embora a gestão financeira seja tripartite (União, Estados e Municípios), a assistência não pode ser cerceada ou fragmentada sob a justificativa de disponibilidade parcial de recursos de um fundo específico para negar o direito constitucional à saúde. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo o atendimento ser completo e não limitado de forma "parcial".

Questão 53

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar os conceitos de mortalidade (óbitos) e morbidade (doença/casos novos). O enunciado fornece dados demográficos (população total, mulheres em idade fértil) e dados de mortalidade (total de óbitos e causas específicas), além do número de nascidos vivos e mortos.

Análise das alternativas:

a) Coeficiente geral de mortalidade: Este indicador pode ser calculado dividindo-se o número total de óbitos (11.500) pela população total da região (1.600.000) e multiplicando por uma base de 1.000 ou 100.000 habitantes. Os dados necessários estão presentes no texto.

b) Razão de mortalidade materna: Este indicador é calculado dividindo-se o número de óbitos por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (4.141) pelo número de nascidos vivos (42.000) no mesmo período e local, multiplicando por 100.000. O enunciado fornece ambos os dados.

c) Razão de mortalidade infantil: Também conhecida habitualmente como Coeficiente de Mortalidade Infantil, é calculada dividindo-se o número de óbitos de menores de 1 ano (1.968) pelo número de nascidos vivos (42.000) no mesmo período, multiplicando por 1.000. Ambos os dados estão disponíveis no texto.

d) Incidência de doenças infecciosas: A incidência é um indicador de morbidade que mede o número de CASOS NOVOS de uma doença em uma população sob risco em um determinado período. O enunciado fornece apenas o número de ÓBITOS por doenças infecciosas (1.160), e não o número de pessoas que adoeceram. Sem o número de casos novos diagnosticados, é impossível calcular a incidência. Portanto, esta é a alternativa correta (o indicador que NÃO pode ser calculado).

e) Mortalidade específica por doenças cardiovasculares: Este coeficiente é calculado dividindo-se o número de óbitos por doenças cardiovasculares (4.068) pela população total (1.600.000), multiplicando por uma base (ex: 100.000). Os dados para este cálculo estão presentes no enunciado.

Questão 54

Para resolver essa questão, é necessário compreender os conceitos fundamentais dos indicadores de saúde e quais dados (numeradores e denominadores) são exigidos para cada cálculo. O enunciado refere-se a dados comuns em tabelas de indicadores demográficos e de mortalidade, que geralmente incluem a população total, o número de nascidos vivos, o total de óbitos e a distribuição desses óbitos por causas e faixas etárias.

Alternativa a) Mortalidade proporcional por enterites e outras doenças diarreicas: Esta alternativa está incorreta como resposta porque este dado PODE ser calculado. A mortalidade proporcional é a relação entre o número de óbitos por uma causa específica e o total de óbitos da população. Se a questão 53 fornece o total de mortes e quantas delas foram por doenças diarreicas, o cálculo é possível.

Alternativa b) Letalidade por enterites e outras doenças diarreicas: Esta é a alternativa CORRETA (o "EXCETO"). A letalidade mede a gravidade de uma doença, expressando o percentual de pessoas que morrem entre aquelas que contraíram a enfermidade. Para calculá-la, é obrigatório ter o número de óbitos pela doença (numerador) e o número total de CASOS ou doentes (denominador). Dados populacionais e de mortalidade geral, como os citados na questão, informam quem morreu, mas não informam quantas pessoas adoeceram e sobreviveram (incidência/prevalência). Sem o número de doentes, a letalidade não pode ser calculada.

Alternativa c) Mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares: Esta alternativa está incorreta como resposta porque este dado PODE ser calculado. Assim como na alternativa A, basta dividir o número de óbitos por causas cardiovasculares pelo total de óbitos ocorridos no período.

Alternativa d) Taxa de natalidade: Esta alternativa está incorreta como resposta porque este dado PODE ser calculado. A taxa de natalidade é obtida dividindo-se o número de nascidos vivos pela população total (que o enunciado informa ser de 1.600.000 habitantes) e multiplicando o resultado por 1.000.

Alternativa e) Taxa de fecundidade: Esta alternativa está incorreta como resposta

porque este dado PODE ser calculado. A taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos por mulher. Para o cálculo, utiliza-se o número de nascidos vivos dividido pela população de mulheres em idade fértil (geralmente entre 15 e 49 anos). Se a questão 53 fornece a estrutura demográfica da região A, o cálculo é perfeitamente exequível.

Resumo: O examinador exige que o candidato saiba a diferença técnica entre Coeficiente de Mortalidade (que usa a população exposta no denominador) e Coeficiente de Letalidade (que usa o número de doentes no denominador). Como a questão fornece dados de população e óbitos, mas não de morbidade (número de casos), a letalidade torna-se incalculável.

Questão 55

Esta questão fundamenta-se na Lei nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Para responder corretamente, o candidato deve conhecer o artigo 13 desta lei, que lista especificamente as atividades que estarão a cargo das comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. O objetivo dessas comissões é articular políticas e programas em áreas que não são exclusivas da saúde, mas que impactam diretamente o bem-estar da população.

Abaixo, a análise de cada alternativa frente ao texto legal:

Alternativa a) Alimentação e nutrição.

Esta atividade está prevista no inciso I do artigo 13. A segurança alimentar envolve políticas de agricultura, abastecimento e assistência social, exigindo, portanto, uma articulação intersetorial para garantir o impacto positivo na saúde pública.

Alternativa b) Saneamento e meio ambiente.

Esta atividade está prevista no inciso II do artigo 13. O controle de doenças infectocontagiosas e a prevenção de riscos ambientais dependem diretamente de políticas de infraestrutura urbana e preservação ambiental geridas por outros órgãos governamentais.

Alternativa c) Vigilância sanitária e farmacoepidemiologia.

Esta atividade está prevista no inciso III do artigo 13. A regulação e o monitoramento de produtos, medicamentos e substâncias envolvem setores econômicos, industriais e de comércio, justificando a necessidade de uma comissão intersetorial.

Alternativa d) Recursos humanos.

Esta atividade está prevista no inciso IV do artigo 13. A formação, ordenação e capacitação de profissionais para o sistema de saúde dependem de uma articulação direta com o Ministério da Educação e outras instâncias de ensino, caracterizando uma ação entre diferentes setores.

Alternativa e) Financiamento nacional de saúde.

Esta é a alternativa correta, pois é a única que não consta na lista do artigo 13. Embora o financiamento seja um pilar fundamental do SUS, ele é tratado em capítulos e seções específicas da lei (como os artigos 31 a 35) e por legislação complementar (Lei Complementar nº 141/2012). O financiamento é uma atividade de gestão técnica e administrativa do próprio sistema de saúde e das instâncias governamentais, não fazendo parte das competências das comissões intersetoriais destinadas à articulação de políticas externas ao âmbito exclusivo do SUS.

Para fins de revisão, as outras atividades citadas no artigo 13 que não apareceram nas alternativas são: Ciência e Tecnologia (inciso V) e Saúde do Trabalhador (inciso VI).

Questão 56

Esta questão exige conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823/2012, e os conceitos de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

Alternativa A: INCORRETA. A classificação oficial e mais utilizada de riscos ocupacionais, estabelecida pelo Ministério da Saúde e pelas Normas Regulamentadoras (como a NR-09), divide os riscos em cinco grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (ou mecânicos). A alternativa mistura termos e inclui categorias como riscos sociais e ambientais de forma não padronizada para a classificação de agentes de risco no ambiente de trabalho. Riscos psicossociais e biomecânicos são, geralmente, classificados dentro do grupo de riscos ergonômicos.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com o Artigo 5º da PNSTT, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida como um "conjunto de práticas e saberes", e não meramente um "conjunto de ações". Em provas de residência e concursos, a banca frequentemente troca esses termos para invalidar a alternativa com base na literalidade da lei. Além disso, a Visat deve ser integrada e transversal às demais ações de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. Embora a frase pareça correta, ela está incompleta em

relação ao texto da PNSTT (Artigo 5º, parágrafo 1º). A legislação especifica que essas ações devem considerar os fatores determinantes e condicionantes em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico. A omissão desses pilares fundamentais torna a alternativa incompleta quando comparada à precisão da alternativa E.

Alternativa D: INCORRETA. A PNSTT segue o princípio da Universalidade do SUS. O Artigo 3º da Portaria deixa claro que a política se destina a todos os trabalhadores e trabalhadoras, independentemente de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), de sua localização (rural ou urbana) ou de seu vínculo (público ou privado). Embora a política dê atenção especial aos grupos vulneráveis, ela não se restringe a eles.

Alternativa E: CORRETA. Esta alternativa é a transcrição literal de um dos objetivos específicos da PNSTT, conforme o Artigo 7º, inciso II: integrar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Esse objetivo visa garantir que a saúde do trabalhador não seja tratada de forma isolada, mas sim de maneira articulada com a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e a própria atenção à saúde.

Questão 57

Para resolver essa questão, é fundamental compreender o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Os Cerests atuam como polos irradiadores de conhecimento e suporte técnico especializado, não substituindo a rede assistencial, mas fortalecendo-a por meio de ações transversais.

Alternativa a) Esta alternativa está correta em relação às funções do Cerest. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é uma das atribuições centrais dessas unidades, que realizam inspeções em ambientes de trabalho, investigam surtos e analisam processos produtivos que possam gerar riscos à saúde.

Alternativa b) Esta alternativa está correta em relação às funções do Cerest. O matriciamento é a ferramenta de apoio técnico-pedagógico que o Cerest oferece às equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente à Atenção Primária, para que os profissionais consigam identificar o nexo entre o trabalho e a doença e realizar o manejo adequado.

Alternativa c) Esta alternativa está correta em relação às funções do Cerest. A educação permanente é essencial para capacitar os profissionais do SUS sobre as

especificidades da saúde do trabalhador. Além disso, ações voltadas para a população e movimentos sociais (como sindicatos) visam à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

Alternativa d) Esta alternativa está correta em relação às funções do Cerest. A saúde do trabalhador exige diálogo entre diferentes setores, como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Ministério Público. O Cerest deve articular essas frentes no seu território de abrangência.

Alternativa e) Esta alternativa é a exceção (a incorreta) e, portanto, o gabarito. Existem erros conceituais e normativos aqui. Primeiro, a responsabilidade pela notificação é do profissional de saúde ou do serviço que presta o atendimento inicial, e não uma "garantia" a ser dada pelo Cerest em nome de terceiros. Segundo, na legislação brasileira (Portaria de Consolidação nº 4/2017), nem toda doença relacionada ao trabalho exige notificação em até 24 horas. A notificação imediata (24 horas) é reservada para acidentes de trabalho graves, fatais ou que ocorram com crianças e adolescentes. A maioria das doenças ocupacionais segue o fluxo de notificação semanal. O Cerest auxilia no monitoramento dos dados, mas não tem como atribuição garantir o cumprimento desse prazo por todas as unidades da rede básica.

Questão 58

Alternativa a: Esta afirmação está correta. O diagnóstico do tétano é eminentemente clínico e não depende de confirmação laboratorial. Por isso, é essencial diferenciar o tétano de outras patologias que apresentam contraturas musculares, rigidez ou espasmos, como a intoxicação por estricnina, meningites, tetania (causada por hipocalcemia), raiva, distúrbios psicogênicos (histeria) e outras encefalites.

Alternativa b: Esta afirmação está correta. O controle dos espasmos e da hipertonia é um dos pilares do tratamento. Utilizam-se benzodiazepínicos como diazepam ou midazolam pela sua ação miorrelaxante e sedativa. A clorpromazina pode ser utilizada como coadjuvante na sedação e no controle das manifestações autonômicas em casos específicos ou quando não há resposta ideal apenas com benzodiazepínicos.

Alternativa c: Esta afirmação está incorreta e é o gabarito da questão. O tétano acidental é uma doença de notificação compulsória imediata no Brasil. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, todo caso suspeito deve ser comunicado às autoridades de saúde em até 24 horas. A notificação rápida permite o início da investigação epidemiológica e a verificação de possíveis falhas na cobertura vacinal da região.

Alternativa d: Esta afirmação está correta. A neutralização da toxina circulante (aquela que ainda não se fixou no sistema nervoso central) deve ser feita o mais rápido possível através do Soro Antitetânico (SAT) ou da Imunoglobulina Humana Antitetânica (IGHAT). A escolha e a necessidade dependem do histórico vacinal do paciente e das características da lesão.

Alternativa e: Esta afirmação está correta. O *Clostridium tetani* é um bacilo anaeróbio estrito que se multiplica em tecidos sem oxigenação. A limpeza cirúrgica, com retirada de tecidos necrosados, secreções e corpos estranhos, é fundamental para eliminar o foco de produção da toxina e alterar o potencial de oxirredução do ferimento, impedindo a proliferação bacteriana.

Questão 59

Análise das alternativas:

Alternativa a (Incorreta): A hanseníase é, de fato, uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional. No entanto, o erro da alternativa reside na afirmação de que a notificação deve ser feita mediante a suspeita. De acordo com as normas do Ministério da Saúde e as diretrizes do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), a notificação da hanseníase deve ser realizada no momento do diagnóstico confirmado. Diferentemente de doenças infectocontagiosas agudas (como sarampo ou meningite), em que a mera suspeita exige notificação imediata para ações de bloqueio, na hanseníase a notificação é feita para casos confirmados para fins de acompanhamento terapêutico e vigilância de contatos.

Alternativa b (Correta): O *Mycobacterium leprae* possui um tempo de duplicação muito lento (cerca de 11 a 13 dias). Isso justifica um período de incubação prolongado, que em média é de 2 a 5 anos, mas que pode variar amplamente, desde poucos meses até mais de 20 anos, dependendo da resposta imunológica do hospedeiro.

Alternativa c (Correta): A hanseníase apresenta um espectro clínico variado (conhecido como espectro de Ridley-Jopling). A apresentação da doença (se ela será localizada e com poucos bacilos ou disseminada e com muitos bacilos) depende diretamente da interação entre o bacilo e a resposta imune celular do paciente.

Alternativa d (Correta): As reações hansênicas são episódios inflamatórios agudos causados pela resposta do sistema imunológico aos antígenos do bacilo. A reação tipo 1 (reversa) e a tipo 2 (eritema nodoso hansênico) são complicações frequentes

que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento, afetando uma proporção significativa dos pacientes (até 50% em algumas séries de casos, especialmente multibacilares).

Alternativa e (Correta): A classificação operacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada no Brasil, simplifica o tratamento em dois grupos: Paucibacilares (PB), com até 5 lesões de pele, que recebem tratamento por 6 meses; e Multibacilares (MB), com mais de 5 lesões de pele ou baciloscopia positiva, que recebem tratamento por 12 meses.

Questão 60

Para compreender essa questão, o ponto fundamental é identificar a unidade de intervenção e o desenho do estudo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Em um ensaio clínico individual, a randomização e a intervenção ocorrem no nível do indivíduo. Ou seja, cada pessoa seria sorteada para receber ou não a vacina. No caso descrito, a unidade de intervenção é o grupo (o bairro), o que descaracteriza o ensaio clínico individual.

Alternativa b) Incorreta. O estudo de coorte é um desenho observacional e longitudinal. Nele, o pesquisador apenas observa a exposição natural de um grupo e o acompanha ao longo do tempo para ver quem adoece. Na questão, a equipe de saúde selecionou e aplicou uma intervenção ativa (a campanha), o que torna o estudo experimental, e não apenas observacional.

Alternativa c) Correta. O ensaio comunitário (também chamado de ensaio clínico por conglomerados ou clusters) é um estudo experimental em que a intervenção é aplicada a grupos de indivíduos, como bairros, escolas ou cidades, em vez de ser aplicada individualmente. É o desenho ideal para avaliar o impacto de políticas públicas de saúde, como campanhas de vacinação, em que o benefício é medido na coletividade.

Alternativa d) Incorreta. O estudo transversal é como uma fotografia de um momento específico, medindo a prevalência de uma doença e a exposição simultaneamente. A questão descreve um acompanhamento ao longo da "temporada de gripe" para comparar a incidência, o que indica um estudo longitudinal e prospectivo.

Alternativa e) Incorreta. O estudo caso-controle é observacional e retrospectivo. Ele parte de indivíduos que já possuem a doença (casos) e os compara com indivíduos

saudáveis (controles) para investigar exposições passadas. O cenário da questão é prospectivo e envolve uma intervenção deliberada.

Resumo: Sempre que a intervenção for aplicada a uma coletividade (como um bairro inteiro) e houver comparação com outro grupo que não recebeu a intervenção, estamos diante de um ensaio comunitário.

Questão 61

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente idosa, tabagista, com uma lesão vulvar ulcerada, endurecida e de crescimento progressivo há meses. Essas características são altamente suspeitas de neoplasia maligna da vulva, sendo o carcinoma espinocelular o tipo histológico mais comum. Diante de qualquer lesão vulvar suspeita de malignidade, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A conduta de aguardar 30 dias com antibioticoterapia empírica retardaria o diagnóstico de uma possível neoplasia. Embora infecções possam causar úlceras, as características de endurecimento e infiltração da base em uma paciente de risco exigem investigação imediata.

Alternativa b) Incorreta. O uso de corticoides estaria indicado para patologias inflamatórias ou distrofias vulvares, como o líquen escleroso. No entanto, o quadro clínico atual sugere fortemente um processo invasivo e não meramente inflamatório.

Alternativa c) Incorreta. A excisão local direta, sem uma biópsia prévia e sem o devido estadiamento, é inadequada. O tratamento cirúrgico definitivo do câncer de vulva depende do tamanho da lesão, da profundidade de invasão e do status linfonodal.

Alternativa d) Correta. Esta é a conduta inicial padrão. A biópsia (geralmente realizada com punch de Keyes) é essencial para confirmar a malignidade e determinar o tipo histológico. Simultaneamente, a avaliação dos linfonodos inguinais é fundamental, pois o comprometimento linfonodal é o principal fator prognóstico no câncer de vulva e direciona a extensão da cirurgia.

Alternativa e) Incorreta. A radioterapia exclusiva não é o tratamento inicial de escolha para lesões vulvares operáveis. O tratamento primário costuma ser cirúrgico (vulvectomia ou cirurgia conservadora com pesquisa de linfonodo sentinela ou

linfadenectomia), ficando a radioterapia reservada para casos avançados, impossibilidade cirúrgica ou como terapia adjuvante.

Conclusão: Diante de uma lesão com sinais de malignidade, a confirmação histopatológica por biópsia e a avaliação da disseminação regional (linfonodos) são os passos iniciais obrigatórios.

Questão 62

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta paciente apresenta um quadro de infertilidade associado à endometriose avançada (Estágio III pela ASRM — American Society for Reproductive Medicine). O ponto-chave é que ela já foi submetida ao tratamento cirúrgico padrão (laparoscopia conservadora) há 8 meses e não obteve sucesso na concepção espontânea, apesar de o parceiro ter um sêmen normal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tratamento clínico hormonal (como anticoncepcionais, progestagênios ou análogos de GnRH) é eficaz para o controle da dor pélvica, mas é contraindicado para o tratamento da infertilidade. Esses medicamentos impedem a ovulação, retardando o tempo de busca pela gestação sem melhorar as taxas de sucesso reprodutivo após a suspensão.

b) Incorreta. Uma nova intervenção cirúrgica (relaparoscopia) geralmente não é recomendada para infertilidade em curto espaço de tempo. Reoperar pode reduzir a reserva ovariana e aumentar a formação de aderências, não havendo evidências de que uma segunda cirurgia melhore as taxas de gravidez mais do que as técnicas de reprodução assistida.

c) Incorreta. A indução de ovulação com coito programado ou mesmo a inseminação intrauterina têm baixas taxas de sucesso em casos de endometriose nos estágios III e IV. Nessas fases, a distorção da anatomia pélvica e a presença de aderências densas comprometem a captação tubária, tornando os métodos de baixa complexidade pouco eficazes.

d) Correta. A Fertilização in vitro (FIV) é a conduta de escolha para pacientes com endometriose avançada (estágios III e IV) que persistem inférteis após o tratamento cirúrgico. A FIV é a técnica que oferece as melhores taxas de sucesso por ciclo, pois "pula" a etapa de captação do óvulo pela tuba uterina, que costuma estar comprometida pelo processo inflamatório e cicatricial da doença.

e) Incorreta. Aguardar mais 2 anos seria uma conduta excessivamente expectante. A fertilidade feminina declina com a idade e a endometriose é uma doença progressiva. Após 8 meses de tentativa pós-cirúrgica sem sucesso em uma paciente de 32 anos, a indicação de tratamento de alta complexidade deve ser agilizada.

Resumo: Em casos de endometriose moderada/grave com falha do tratamento cirúrgico prévio, a Fertilização in vitro é a melhor estratégia para alcançar a gravidez.

Questão 63

Esta questão aborda as normas éticas para a Reprodução Assistida no Brasil, consolidadas pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.320/2022. O caso descreve uma mulher solteira com indicação médica absoluta para cessão temporária de útero (útero de substituição), visto que ela não possui o órgão devido a uma histerectomia prévia.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A Resolução do CFM estabelece que todas as pessoas capazes que tenham o desejo de ter filhos podem recorrer às técnicas de reprodução assistida. Isso inclui explicitamente pessoas solteiras e casais homoafetivos, não sendo uma técnica restrita a casais heterossexuais.

Alternativa B: Incorreta. Embora a regra geral exija que a cedente temporária do útero tenha parentesco consanguíneo de até quarto grau com um dos solicitantes (mãe, filha, irmã, avó, tia, sobrinha ou prima), não é necessária autorização judicial para realizar o procedimento dentro dessas condições. Quando não há parentesco até o quarto grau, é necessária a autorização do Conselho Regional de Medicina (CRM), e não necessariamente uma ordem judicial para a realização do ato médico.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa resume perfeitamente os requisitos da Resolução 2.320/2022. Para a cessão temporária de útero, exige-se: 1) Indicação médica (impossibilidade de gestar); 2) Caráter altruísta e sem fins lucrativos (ausência de caráter comercial); 3) Parentesco consanguíneo de até quarto grau (a irmã é parente de 2º grau); 4) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados por todos os envolvidos; 5) Aprovação e relatório médico documentando a adequação clínica e ética.

Alternativa D: Incorreta. O uso de gametas doados (seja sêmen ou óvulos) é perfeitamente permitido em ciclos de fertilização in vitro que envolvam útero de substituição. Não há obrigatoriedade de que ambos os gametas pertençam aos

solicitantes. No caso em tela, o uso de sêmen de doador é a única via possível para uma mulher solteira realizar o desejo de maternidade biológica.

Alternativa E: Incorreta. A Resolução do CFM não exige que a gestante substituta já possua filhos vivos, nem impõe critérios de estado civil ou estabilidade conjugal para a cedente do útero. O requisito principal é o vínculo de parentesco e a capacidade plena de decidir voluntariamente participar do processo.

Resumo dos pontos-chave para a prova:

- A cessão temporária de útero (barriga de aluguel é um termo leigo e juridicamente inadequado no Brasil) deve ser gratuita.
- A cedente deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau.
- Casos fora desse grau de parentesco dependem de autorização do CRM.
- Pessoas solteiras e casais homoafetivos têm pleno direito ao acesso às técnicas.

Questão 64

ANÁLISE DO CASO

A paciente é uma mulher jovem (38 anos) com desejo reprodutivo futuro, apresentando sintomas significativos (menorragia, anemia refratária e peso pélvico) decorrentes de leiomatose uterina. O útero tem volume de 12 semanas e o maior mioma é um FIGO tipo 2 de 4,5 cm. O mioma FIGO 2 é aquele que possui componente submucoso, porém com mais de 50% de sua massa localizada no miométrio (intramural).

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A miomectomia é o tratamento de escolha para pacientes sintomáticas que desejam preservar a fertilidade. No caso de um mioma FIGO tipo 2 com 4,5 cm, a via laparoscópica (ou laparotômica, dependendo da experiência do cirurgião) é a mais adequada. Como a maior parte do nódulo é intramural e o tamanho é considerável, a abordagem por via abdominal permite a retirada completa da lesão e, principalmente, a sutura adequada da parede uterina, o que é fundamental para a segurança de uma gestação futura. Além disso, permite a abordagem concomitante dos pequenos miomas subserosos.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) O análogo de GnRH promove uma hipoestrogenemia temporária, reduzindo o volume dos miomas e o sangramento. No entanto, seu uso é limitado pelo tempo

(devido a efeitos colaterais como perda de massa óssea) e, após a suspensão, os miomas voltam a crescer. Não é considerado terapia definitiva, podendo ser usado apenas como preparo pré-operatório.

b) A embolização das artérias uterinas é uma alternativa à histerectomia para mulheres que não desejam engravidar. Para pacientes com desejo reprodutivo, a embolização ainda é controversa, pois pode comprometer a reserva ovariana e a vascularização endometrial, aumentando riscos de placentação anormal e abortamento. A miomectomia permanece como o padrão-ouro para quem quer gestar.

c) A miomectomia histeroscópica é a técnica de escolha para miomas submucosos FIGO 0 e 1. Para o tipo 2, a técnica é desafiadora e, para nódulos maiores que 3 cm, o risco de balanço hídrico positivo (sobrecarga de fluidos), sangramento e necessidade de múltiplos procedimentos aumenta consideravelmente. Como 4,5 cm é um tamanho grande para um mioma com mais de 50% intramural, a via abdominal é preferível.

e) A histerectomia subtotal é contraindicada para esta paciente, pois ela manifestou expressamente o desejo de gestação futura. A falha do tratamento clínico e a anemia são indicações de tratamento cirúrgico, mas este deve ser conservador (miomectomia) em vez de radical (histerectomia).

Questão 65

Análise do Quadro Clínico:

O quadro clínico apresenta uma paciente de 38 anos com infertilidade secundária e exames complementares (histerossalpingografia e ultrassom) que indicam uma alteração na cavidade uterina. O achado na histeroscopia de formações polipoides sésseis, de coloração pálida e vascularização escassa, é a descrição clássica de pólipos endometriais. Os pólipos podem atuar como um corpo estranho na cavidade, gerar um processo inflamatório local ou alterar a expressão de genes de receptividade endometrial, dificultando a gravidez.

Alternativa a: Incorreta. Os achados descritos não sugerem adenomiose, que é uma patologia miometrial (invasão do tecido endometrial na musculatura do útero). A descrição de formações polipoides na cavidade é típica de pólipos endometriais. Além disso, a ressecção de pólipos é o tratamento padrão-ouro, não havendo contraindicação.

Alternativa b: Incorreta. Em pacientes com infertilidade, a biópsia isolada não é suficiente. A remoção completa das lesões (polipectomia) é necessária para eliminar

o fator mecânico e inflamatório. Há benefício reprodutivo comprovado na literatura, com aumento das taxas de gestação após a retirada cirúrgica de pólipos endometriais detectados em investigações de infertilidade.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta baseada em evidências. A polipectomia histeroscópica é o tratamento indicado para restaurar a anatomia da cavidade uterina. A remoção das lesões melhora a receptividade endometrial, otimizando as taxas de implantação embrionária e, conseqüentemente, as taxas de sucesso tanto em gestações espontâneas quanto em ciclos de reprodução assistida.

Alternativa d: Incorreta. Miomas submucosos costumam ter uma coloração mais perolada, consistência firme e vascularização superficial (vasos anômalos) bem definida. O mioma tipo 2 possui grande componente intramural, o que seria visível ao ultrassom como massa miometrial, fato que não ocorreu neste caso. O risco de perfuração e sinéquias existe em qualquer procedimento intrauterino, mas não contraindica a cirurgia quando há indicação precisa.

Alternativa e: Incorreta. Embora a hiperplasia endometrial seja um diagnóstico diferencial para endométrio heterogêneo, o achado de múltiplas formações pálidas é mais característico de pólipos. Mesmo que houvesse suspeita de hiperplasia atípica, a histerectomia total não seria a primeira escolha para uma paciente de 38 anos com desejo reprodutivo, sem antes realizar uma avaliação histopatológica rigorosa e considerar tratamentos conservadores com progestágenos.

Questão 66

A descrição detalhada no enunciado caracteriza perfeitamente um cisto simples de mama. Os critérios ultrassonográficos para essa definição são: lesão anecoica (preenchida por líquido, sem ecos internos), de contornos bem definidos, paredes finas, com reforço acústico posterior (característico da fácil passagem do som pelo meio líquido) e sem fluxo ao Doppler.

Segundo o sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), cistos simples são considerados achados benignos e devem ser classificados como BI-RADS 2. Para achados nesta categoria, a conduta preconizada é a manutenção do rastreamento de rotina conforme a faixa etária da paciente, sem necessidade de antecipação de exames ou intervenções invasivas.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O BI-RADS 3 é utilizado para achados provavelmente benignos, que apresentam um risco de malignidade inferior a 2 por cento e exigem

controle em intervalo menor (geralmente 6 meses). Cistos simples são achados definitivamente benignos e não se enquadram aqui.

Alternativa b: Correta. O quadro clínico e radiológico é de um cisto simples, o que define a categoria BI-RADS 2 e autoriza a manutenção do seguimento habitual de rotina.

Alternativa c: Incorreta. O BI-RADS 4A é atribuído a lesões com suspeita de malignidade, indicando a necessidade de biópsia. Não há nenhum elemento na descrição (como margens irregulares, ecos internos ou componente sólido) que justifique essa classificação.

Alternativa d: Incorreta. A classificação BI-RADS 3 está incorreta para o caso. Além disso, a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) em cistos simples só costuma ser realizada se o cisto for sintomático (provocar dor ou desconforto) ou para confirmação diagnóstica se houvesse características de cisto complexo, o que não é o caso de uma paciente assintomática com cisto simples.

Alternativa e: Incorreta. O BI-RADS 5 é reservado para lesões altamente sugestivas de malignidade (risco maior que 95 por cento), apresentando características como nódulos espiculados e margens não circunscritas, o oposto de um cisto simples.

Questão 67

ANÁLISE DO CASO

A paciente tem 41 anos e apresenta sangramento uterino anormal (SUA) de caráter persistente (8 meses) e com impacto clínico (anemia com Hb 10,2 g/dL). Diante do sistema de classificação PALM-COEIN da FIGO, a principal preocupação em mulheres acima de 40 anos com sangramento persistente é a exclusão de Malignidade ou Hiperplasia endometrial (o componente M do acrônimo). O achado de endométrio com 14 mm de espessura em uma paciente sintomática nesta idade exige, obrigatoriamente, a coleta de material para estudo histopatológico.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. O tratamento hormonal empírico é contraindicado em mulheres com mais de 40 anos que apresentam sangramento persistente sem antes excluir câncer de endométrio. Embora 14 mm possa ocorrer na fase secretora, a persistência dos sintomas e a idade da paciente impedem que se assuma uma causa fisiológica ou funcional sem investigação. Aguardar 6 meses para reavaliação pode atrasar o diagnóstico de uma neoplasia.

Alternativa B: INCORRETA. A histeroscopia é o padrão-ouro para identificar lesões focais e realizar biópsias dirigidas, mas não é obrigatória como primeiro passo para todas as pacientes acima de 40 anos com qualquer tipo de sangramento. A indicação de avaliação do endométrio é correta, mas a biópsia (que pode ser feita de forma ambulatorial) é o passo fundamental para o estudo histológico.

Alternativa C: CORRETA. Esta é a conduta recomendada por diretrizes como as da FEBRASGO e do ACOG. Mulheres com 40 anos ou mais que apresentam sangramento uterino anormal persistente devem ser submetidas à amostragem endometrial (biópsia). O objetivo primordial é descartar a hiperplasia endometrial e o carcinoma de endométrio, risco que aumenta significativamente nesta faixa etária e com o achado de endométrio espessado (14 mm).

Alternativa D: INCORRETA. O SUA-O refere-se a causas não estruturais (disfunção ovulatória). Não se pode classificar uma paciente nesta categoria sem antes realizar a investigação das causas estruturais (PALM), especialmente a malignidade. Iniciar progesterona sem investigar o endométrio espessado seria uma conduta temerária e incompleta.

Alternativa E: INCORRETA. A curetagem uterina é um procedimento cirúrgico invasivo realizado em ambiente hospitalar sob anestesia. Atualmente, prefere-se a biópsia endometrial ambulatorial (como a feita com a cureta de Pipelle) por ser menos invasiva, mais barata e possuir alta acurácia diagnóstica. Além disso, o ultrassom transvaginal é um método adequado e validado para a triagem inicial do endométrio.

Questão 68

Esta questão aborda o manejo de resultados anormais no rastreamento do câncer do colo do útero, integrando a citologia oncótica, o teste de HPV e a colposcopia, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA/Ministério da Saúde).

Análise do caso:

Paciente de 29 anos com HPV 16 positivo (alto risco) e citologia com ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, possivelmente não neoplásicas). A colposcopia foi realizada e resultou satisfatória e negativa (sem lesões).

Explicação das alternativas:

a) Repetir citologia em 6 meses.

Incorreto. De acordo com as diretrizes de rastreamento apenas por citologia, a

repetição em 6 meses para o achado de ASC-US é indicada para mulheres com 30 anos ou mais. Para mulheres entre 25 e 29 anos, o intervalo de repetição da citologia para ASC-US é de 12 meses. Além disso, como já foi realizado um teste de HPV 16 positivo e uma colposcopia negativa, o protocolo de seguimento é diferenciado.

b) Realizar conização diagnóstica.

Incorreto. A conização (ou biópsia por cirurgia de alta frequência/faca fria) é um procedimento invasivo indicado para casos de suspeita de lesões de alto grau que não foram totalmente visualizadas na colposcopia, ou em casos de discordância cito-histológica persistente (por exemplo, citologia de alto grau — HSIL — com colposcopia negativa repetida). Não há indicação para uma citologia de baixo grau (ASC-US) com colposcopia normal.

c) Repetir citologia e teste de HPV em 12 meses.

Correto. Nas situações em que o teste de HPV de alto risco é positivo, mas a triagem colposcópica é negativa (não evidencia lesão), o risco imediato de uma lesão precursora é baixo. A conduta recomendada pelas diretrizes é o acompanhamento com novo co-teste (citologia + teste de HPV) em 12 meses. Esse prazo permite verificar se o sistema imunológico da paciente eliminou a infecção viral ou se a lesão se tornou clinicamente visível, evitando intervenções desnecessárias.

d) Realizar excisão da zona de transformação.

Incorreto. A excisão da zona de transformação (EZT) é um tratamento indicado para lesões intraepiteliais de alto grau (NIC 2 ou NIC 3) confirmadas por biópsia ou em protocolos de "ver e tratar" (quando a citologia de alto grau e a colposcopia sugerem fortemente lesão de alto grau). Não se aplica a uma paciente sem lesões visíveis à colposcopia.

e) Encaminhar para radioterapia profilática.

Incorreto. A radioterapia é uma modalidade de tratamento para câncer invasivo do colo do útero (carcinoma) e não é utilizada de forma "profilática" para infecções por HPV ou alterações citológicas leves. O manejo de lesões precursoras e alterações iniciais é sempre cirúrgico ou observacional.

Questão 69

Análise do Estadiamento e Contexto Clínico:

A paciente apresenta um carcinoma epidermoide de colo uterino medindo 1,8 cm, restrito ao colo, sem invasão linfovascular (LVSI negativa) e sem evidências de comprometimento parametrial ou linfonodal em exames de imagem. Segundo a classificação da FIGO (2018), trata-se de um estágio IB1 (lesões maiores que 5 mm

de profundidade e menores ou iguais a 2 cm em seu maior diâmetro). O fator determinante para a escolha da conduta é o desejo expresso da paciente de preservar a fertilidade (nuligesta, 32 anos).

Explicação das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A histerectomia radical tipo C (cirurgia de Wertheim-Meigs) é o tratamento cirúrgico padrão para o estágio IB1. No entanto, ela envolve a retirada total do útero, o que impossibilita o desejo de gestação da paciente. Portanto, embora oncológica adequada para o estágio, não atende ao critério de preservação de fertilidade.

Alternativa b) Correta. A traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica é a conduta de eleição para pacientes em estágio inicial (IA2 a IB1 inicial, preferencialmente lesões menores que 2 cm) que desejam manter a capacidade reprodutiva. O procedimento remove o colo uterino, a parte superior da vagina e os paramétrios, preservando o corpo uterino e os ovários. A linfadenectomia pélvica é obrigatória para garantir a ausência de metástases linfonodais, que mudariam o estadiamento e a conduta.

Alternativa c) Incorreta. A radioterapia associada à braquiterapia é uma alternativa à cirurgia em estágios iniciais ou o tratamento principal em casos avançados. Contudo, o tratamento radioterápico causa falência ovariana e fibrose uterina, sendo incompatível com o desejo de gravidez futura.

Alternativa d) Incorreta. A conização simples (cirurgia de alta frequência ou faca) com margens livres é o tratamento conservador indicado apenas para o estágio IA1 (microinvasão menor que 3 mm de profundidade) sem invasão linfovascular. Para um tumor de 1,8 cm (estágio IB1), a conização simples não oferece a segurança oncológica necessária, pois não trata os paramétrios nem avalia os linfonodos pélvicos.

Alternativa e) Incorreta. A quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia conservadora (como conização ou traquelectomia simples) é uma abordagem considerada experimental. Ela costuma ser discutida apenas em protocolos de pesquisa para pacientes com tumores maiores que 2 cm que desejam preservar a fertilidade a todo custo. Para o caso em questão (tumor de 1,8 cm), a traquelectomia radical já é o tratamento padrão e validado.

Questão 70

O quadro clínico descreve uma paciente jovem com sintomas clássicos de endometriose (dor pélvica e dismenorreia progressiva) e desejo reprodutivo futuro. O achado ultrassonográfico de um cisto com aspecto de vidro fosco (ground glass), sem áreas sólidas ou papilas, associado a um Doppler com fluxo apenas periférico, é patognomônico de um endometrioma ovariano. O CA-125 discretamente aumentado (78 U/mL) corrobora o diagnóstico, pois essa proteína pode se elevar em processos inflamatórios pélvicos, como a própria endometriose, não sendo necessariamente um marcador de malignidade neste contexto.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. A laparotomia é uma via de acesso mais invasiva e desnecessária para um caso com forte suspeita de benignidade. A ooforectomia (retirada do ovário) é contraindicada para esta paciente, pois ela possui desejo reprodutivo e o objetivo deve ser a preservação da reserva ovariana.

b) Incorreta. Embora cistos funcionais possam ser acompanhados, este cisto possui 6,2 cm e a paciente é sintomática. Endometriomas maiores que 5-6 cm ou sintomáticos geralmente têm indicação cirúrgica, pois raramente regredem espontaneamente e podem causar dor crônica ou complicações como a torção ovariana.

c) Correta. A videolaparoscopia é o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico do endometrioma. A cistectomia (retirada apenas da cápsula do cisto) é preferível à simples aspiração ou drenagem, pois apresenta menores taxas de recorrência dos sintomas e do cisto, além de permitir o diagnóstico histopatológico e preservar o parênquima ovariano saudável para futuras gestações.

d) Incorreta. A punção aspirativa guiada por ultrassonografia apresenta altíssimas taxas de recorrência (o cisto se enche novamente em pouco tempo) e risco de complicações como infecção (abscesso ovariano) e peritonite química. Não é a conduta de escolha para endometriomas.

e) Incorreta. A quimioterapia é reservada para casos confirmados de neoplasias malignas. O quadro é tipicamente benigno (endometrioma) e o uso de quimioterapia empírica baseada apenas em um CA-125 levemente alterado e imagem sugestiva de endometriose seria um erro gravíssimo de conduta.

Questão 71

Esta questão aborda um dos temas mais sensíveis da bioética obstétrica: o conflito entre a autonomia da gestante e a beneficência fetal. No Brasil, o principal balizador ético para essa situação é a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.232/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e o dever do médico diante de tais situações.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a beneficência fetal seja um valor importante, o médico não pode realizar uma cirurgia invasiva (cesariana) contra a vontade expressa de uma paciente capaz e bem informada. A autonomia da mulher sobre o próprio corpo é soberana nessas circunstâncias, desde que não haja risco iminente de morte para a própria mãe. Impor o procedimento configuraria uma violação ética e até legal.

b) Incorreta. A busca por autorização judicial para intervir contra a vontade da gestante tem sido desencorajada tanto por diretrizes éticas quanto por entendimentos jurídicos recentes que priorizam a autonomia reprodutiva. O médico deve atuar dentro da relação médico-paciente e respeitar a decisão documentada, sem judicializar o parto de forma coercitiva.

c) Correta. Esta alternativa reflete exatamente o que preconiza a Resolução CFM 2.232/2019. Se a gestante é plenamente capaz, compreende os riscos, foi devidamente informada e registrou sua recusa formalmente, o médico deve respeitar essa decisão. O dever do profissional passa a ser: garantir a melhor assistência possível dentro dos limites aceitos pela paciente, manter a vigilância clínica, registrar detalhadamente em prontuário e não abandonar a assistência, oferecendo suporte contínuo.

d) Incorreta. A transferência de uma paciente em trabalho de parto com sofrimento fetal agudo para outra instituição apenas para "isentar-se de responsabilidade" é uma conduta antiética. Caracteriza abandono de paciente e expõe a gestante a riscos adicionais durante o transporte. O médico deve assumir o caso respeitando os limites impostos pela autonomia da paciente.

e) Incorreta. Sedar uma paciente para realizar um procedimento que ela recusou conscientemente é uma violação gravíssima dos direitos humanos e da ética médica. O "estado de necessidade" não se aplica aqui para ignorar a recusa de uma paciente capaz; tal ato seria considerado uma violência obstétrica e agressão física.

Conclusão:

O caso reforça que o direito à recusa terapêutica, quando exercido por paciente

capaz e após esclarecimento de riscos, deve ser respeitado pelo médico, mesmo que a decisão resulte em dano ao feto, desde que a vida da gestante não esteja em risco imediato. A conduta ética foca no respeito à autonomia, no suporte clínico-assistencial e na documentação rigorosa do processo.

Questão 72

Alternativa (a) INCORRETA: O débito cardíaco aumenta precocemente na gestação, atingindo seu pico (cerca de 30% a 50% acima dos níveis pré-gestacionais) por volta da 28ª à 32ª semana, mantendo-se em um platô até o termo. Embora ocorra um aumento adicional e súbito durante o trabalho de parto devido às contrações uterinas e à dor, a afirmação de que o aumento é progressivo e atinge o pico apenas no parto está incorreta do ponto de vista da fisiologia cronológica da gestação.

Alternativa (b) INCORRETA: Na gestação, ocorre uma marcante redução da resistência vascular sistêmica. A progesterona promove o relaxamento da musculatura lisa dos vasos, atuando como um potente vasodilatador. Além disso, há um aumento na produção de substâncias como óxido nítrico e prostaciclina, que contribuem para a queda da pressão arterial, especialmente no segundo trimestre.

Alternativa (c) CORRETA: Sob influência da progesterona, que estimula diretamente o centro respiratório, ocorre um aumento na ventilação-minuto de cerca de 40% a 50%. Esse aumento é decorrente quase exclusivamente do aumento do volume corrente (volume de ar inspirado em cada respiração), mantendo a frequência respiratória praticamente inalterada. Como resultado dessa hiperventilação relativa, a pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) cai de 40 mmHg (valor pré-gestacional) para cerca de 27 a 32 mmHg.

Alternativa (d) INCORRETA: A taxa de filtração glomerular (TFG) aumenta significativamente (em torno de 50%) já no início do primeiro trimestre e permanece elevada durante a maior parte da gestação. Esse aumento é consequência do maior fluxo plasmático renal e do aumento do débito cardíaco. Devido a essa filtração aumentada, é normal encontrarmos níveis menores de creatinina e ureia no sangue das gestantes.

Alternativa (e) INCORRETA: O estado ácido-básico da gestante é de alcalose respiratória compensada. A queda da PaCO_2 (causada pela hiperventilação) tende a elevar o pH sanguíneo. Como mecanismo compensatório, os rins aumentam a excreção renal de bicarbonato (HCO_3^-). Portanto, o pH permanece levemente alcalino (em torno de 7,44), e não ácido.

Questão 73

A questão aborda uma das principais causas de sangramento na segunda metade da gestação: a placenta prévia. O quadro clínico descrito é clássico, apresentando sangramento vermelho-vivo, indolor, de início súbito e sem hipertonia uterina, em uma paciente com fatores de risco (multiparidade e cesarianas prévias). O diagnóstico é confirmado pela ultrassonografia, que mostra placenta prévia total (cobrindo o óstio cervical interno).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O toque vaginal é formalmente contraindicado em casos de suspeita ou confirmação de placenta prévia. O contato dos dedos com o tecido placentário altamente vascularizado pode causar um descolamento adicional e provocar uma hemorragia maciça, colocando em risco a vida da mãe e do feto. O exame especular deve ser preferido para avaliar a origem do sangramento.

Alternativa b) Incorreta. A cesariana imediata só é indicada se houver instabilidade hemodinâmica materna grave ou sofrimento fetal agudo que não respondam às medidas de ressuscitação. Como a paciente tem 32 semanas (prematuridade) e o enunciado não cita instabilidade, a prioridade é a estabilização e a tentativa de prolongar a gestação.

Alternativa c) Correta. Em gestações pré-termo (abaixo de 37 semanas), com sangramento moderado ou ausente e estabilidade hemodinâmica da mãe e do feto, a conduta de escolha é o manejo expectante em ambiente hospitalar. O objetivo é alcançar a maturidade fetal, utilizando frequentemente corticosteroides para maturação pulmonar e vigilância rigorosa. O parto será programado por volta de 36 a 37 semanas, ou antes, se o sangramento se tornar persistente ou houver comprometimento do bem-estar fetal.

Alternativa d) Incorreta. A amniotomia (ruptura das membranas) é contraindicada na placenta prévia total. Para atingir as membranas, seria necessário atravessar o tecido placentário, o que causaria sangramento profuso imediato. A amniotomia só é considerada em casos selecionados de placenta prévia marginal ou lateral durante o trabalho de parto para tentar reduzir o sangramento através da compressão do bordo placentário pela apresentação fetal.

Alternativa e) Incorreta. Na placenta prévia total, o parto vaginal é impossível e contraindicado, pois a placenta bloqueia completamente a passagem do feto. A via de parto obrigatória nesta situação é a cesariana. O parto vaginal só poderia ser considerado em alguns casos de placenta prévia marginal ou de inserção baixa, dependendo da distância entre a borda placentária e o óstio cervical interno.

Questão 74

ANÁLISE CLÍNICA DO CASO

O quadro clínico descreve uma puérpera com febre alta no segundo dia pós-operatório de cesariana, acompanhada de sinais de comprometimento uterino (dor, subinvolução e lóquios fétidos). Esta apresentação compõe a clássica Tríade de Bumm, que é patognomônica da endometrite puerperal. A endometrite é a principal causa de febre no puerpério, sendo a cesariana o principal fator de risco, aumentando a incidência em até 30 vezes em comparação ao parto vaginal.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Correta. O diagnóstico de endometrite puerperal é clínico, baseado na tríade de febre, dor uterina à palpação e loquiação fétida. O tratamento padrão-ouro (esquema de Newton e Friedman) é a associação de clindamicina (cobertura para anaeróbios e Gram-positivos) e gentamicina (cobertura para Gram-negativos), administrados por via intravenosa até que a paciente esteja afebril e assintomática por 24 a 48 horas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a infecção urinária possa causar febre no puerpério, ela costuma vir acompanhada de sintomas disúricos (dor ao urinar, polaciúria) e não justifica os achados de útero doloroso e lóquios fétidos. Além disso, a cefalexina oral não seria a primeira escolha para uma infecção sistêmica com febre alta (38,8 °C) nesta fase.

Alternativa c) Incorreta. A mastite puerperal geralmente ocorre após a primeira semana de amamentação (mais comum entre a 2ª e a 4ª semanas). O exame físico revelaria mamas com sinais flogísticos (calor, rubor, dor e endurecimento). O caso em questão foca claramente em sintomas pélvicos.

Alternativa d) Incorreta. A trombose séptica pélvica é uma complicação rara da própria endometrite. Ela deve ser suspeitada quando a paciente mantém febre persistente apesar da antibioticoterapia adequada por 48 a 72 horas. Não é o diagnóstico inicial nem a conduta primária diante de uma paciente que acaba de apresentar os sintomas.

Alternativa e) Incorreta. A deiscência de ferida operatória refere-se à separação das bordas da incisão cirúrgica (pele e aponeurose). Embora possa causar febre e dor local, não explicaria a alteração no odor dos lóquios nem a dor especificamente na palpação do corpo uterino (útero subinvoluído). A conduta de exploração cirúrgica imediata é reservada para casos específicos de evisceração ou suspeita de fascíte necrosante, o que não é o quadro descrito.

Questão 75

ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro descreve uma gestante com 35 semanas e 4 dias, apresentando placenta prévia centro-total e um segundo episódio de sangramento vaginal moderado, porém com estabilidade hemodinâmica. O histórico de duas cesarianas prévias é um fator de alerta importante, pois aumenta significativamente o risco de espectro de acretismo placentário.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

Em casos de placenta prévia sem complicações agudas (sangramento controlado e estabilidade materna e fetal), a recomendação das principais diretrizes obstétricas é o parto planejado entre 36 semanas e 0 dias e 37 semanas e 6 dias. Como a paciente encontra-se com 35 semanas e 4 dias, a administração de corticoterapia antenatal (como a betametasona) é indicada para reduzir o risco de síndrome do desconforto respiratório e outras morbidades neonatais, uma vez que o parto ocorrerá no período pré-termo tardio. A programação da cesariana eletiva logo após completar a maturidade ou atingir as 36-37 semanas visa evitar que a paciente entre em trabalho de parto espontâneo ou apresente um novo episódio de sangramento grave.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a: A alta hospitalar é contraindicada neste cenário. Trata-se de uma placenta prévia centro-total com episódios recorrentes de sangramento e proximidade do termo. O risco de uma hemorragia profusa e súbita é elevado, exigindo vigilância hospitalar ou interrupção programada em curto prazo.

Alternativa c: A cesariana imediata estaria indicada apenas se houvesse instabilidade hemodinâmica materna, sangramento genital intenso/incoercível ou sinais de sofrimento fetal. Como a paciente está estável, prefere-se aguardar o tempo da corticoterapia e realizar um parto planejado, o que é mais seguro inclusive para o manejo de um possível acretismo placentário.

Alternativa d: A placenta prévia centro-total é uma contraindicação absoluta ao parto vaginal. O uso de ocitocina para indução do parto causaria descolamento da placenta, hemorragia materna massiva e risco iminente de morte materna e fetal.

Alternativa e: A realização de amniocentese para avaliar maturidade pulmonar caiu em desuso na obstetrícia moderna. Atualmente, a decisão do momento do parto baseia-se na idade gestacional e no quadro clínico. Se o parto é indicado antes das 37 semanas, faz-se o ciclo de corticoide sem a necessidade de testar a maturidade

do líquido amniótico.

Questão 76

O diagnóstico mais provável é a tromboflebite séptica pélvica, tornando a alternativa (c) a correta.

Análise da questão:

O quadro descreve uma paciente no pós-operatório de cesariana com febre persistente após 48 horas de antibioticoterapia de amplo espectro (clindamicina e gentamicina), que é o padrão-ouro para o tratamento de endometrite. Quando uma puérpera não responde ao tratamento inicial e exames de imagem descartam coleções (abscessos), o raciocínio clínico deve obrigatoriamente considerar a tromboflebite séptica pélvica.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O enterococo pode estar presente em casos de endometrite, e geralmente a conduta seria adicionar ampicilina ao esquema (tríplice esquema). No entanto, o enunciado foca na persistência da febre mesmo sem sinais de coleções e após tempo adequado de antibiótico venoso, o que é a apresentação clássica da tromboflebite em provas de residência.

b) Incorreta. A questão afirma explicitamente que os exames de imagem não demonstraram coleções. Embora abscessos muito pequenos possam eventualmente passar despercebidos, em uma questão de múltipla escolha, essa informação serve para afastar o diagnóstico de abscesso pélvico e direcionar o candidato para causas não purulentas de febre persistente.

c) Correta. A tromboflebite séptica pélvica é uma complicação rara, mas importante, que ocorre quando há infecção e inflamação dos vasos pélvicos, levando à formação de trombos. O quadro clínico típico é exatamente este: febre alta que não cede com antibióticos adequados, em uma paciente que não possui abscessos visíveis. O diagnóstico costuma ser de exclusão ou confirmado por tomografia/ressonância que mostre o trombo venoso. Historicamente, o diagnóstico era sugerido pela melhora da febre após 48 horas de heparinização (teste terapêutico), embora hoje o foco seja na confirmação por imagem.

d) Incorreta. Embora a infecção urinária seja comum no puerpério devido ao cateterismo vesical, a gentamicina (que a paciente já está recebendo) possui excelente cobertura para a maioria dos uropatógenos gram-negativos. Além disso, a febre alta e persistente após 48 horas de tratamento sugere uma complicação mais

profunda ou sistêmica.

e) Incorreta. Complicações respiratórias como atelectasias costumam ocorrer nas primeiras 24 horas pós-parto. Já a pneumonia apresentaria sintomas localizados, como tosse, expectoração ou alterações na ausculta pulmonar, que não foram descritos no caso.

Questão 77

A diferenciação entre os transtornos de humor no pós-parto é um tema frequente em provas e essencial na prática clínica. O caso clínico descreve uma paciente com sintomas que surgiram ou persistem após três semanas do parto, incluindo anedonia (perda de interesse ou prazer) e sentimento de culpa, o que já direciona o diagnóstico para depressão pós-parto (DPP).

Abaixo, a análise de cada alternativa para identificar o critério que diferencia a depressão puerperal do blues puerperal:

Alternativa (a) Incorreta. A labilidade emocional (oscilações rápidas de humor) é a característica clínica mais marcante do blues puerperal (ou disforia pós-parto). Embora possa estar presente na depressão, ela não é o critério diferenciador, sendo muito mais típica do quadro leve e transitório do blues.

Alternativa (b) Incorreta. O início precoce, geralmente entre o 3º e o 5º dia após o parto e durando no máximo até a segunda semana (10 a 14 dias), é uma característica do blues puerperal. A depressão pós-parto costuma ter um início mais tardio, geralmente a partir da 2ª ou 3ª semana, podendo se desenvolver ao longo do primeiro ano.

Alternativa (c) Correta. Este é o principal divisor de águas entre as duas condições. No blues puerperal, apesar da tristeza e do choro, a puérpera consegue desempenhar suas funções e cuidar do recém-nascido. Já na depressão pós-parto, há um comprometimento funcional significativo: a paciente sente-se incapaz de realizar as tarefas diárias, tem dificuldade de vínculo com o bebê e apresenta prejuízo evidente em suas atividades sociais e familiares.

Alternativa (d) Incorreta. Choro fácil e irritabilidade são sintomas extremamente comuns no blues puerperal, atingindo até 80% das mulheres. Na depressão, esses sintomas podem existir, mas são acompanhados de critérios diagnósticos de um episódio depressivo maior, como a anedonia e pensamentos de morte ou incapacidade grave.

Alternativa (e) Incorreta. A melhora espontânea, sem necessidade de intervenção farmacológica ou psicoterapêutica, é o curso natural do blues puerperal. A depressão pós-parto, por outro lado, exige tratamento (psicoterapia e/ou antidepressivos), pois tende a persistir e pode se agravar se não for tratada.

Questão 78

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as mortes maternas, que as divide em diretas e indiretas, além das definições de morte tardia e não materna.

Morte materna é o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não por causas acidentais ou incidentais.

Alternativa a: Incorreta. A morte materna direta é aquela que resulta de complicações obstétricas decorrentes da própria gravidez, parto ou puerpério. São exemplos as mortes por eclâmpsia, hemorragia pós-parto, infecção puerperal ou complicações de abortamento. Como a cardiopatia citada já era preexistente, ela não se enquadra nesta categoria.

Alternativa b: Correta. A morte materna indireta é aquela resultante de doenças preexistentes ou de doenças que se desenvolveram durante a gestação e que não são devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. O agravamento de uma cardiopatia congênita devido à sobrecarga hemodinâmica natural da gestação é o exemplo clássico de causa indireta.

Alternativa c: Incorreta. A morte materna tardia refere-se ao período cronológico em que o óbito ocorre. Ela é definida como a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre mais de 42 dias, porém menos de um ano, após a interrupção ou término da gestação. O enunciado afirma que o óbito ocorreu durante a gestação.

Alternativa d: Incorreta. O termo morte obstétrica acidental não é uma classificação padrão da CID-10 para morte materna. Mortes por causas externas (como acidentes de trânsito ou violência), mesmo ocorrendo durante a gravidez, são classificadas como mortes não maternas ou acidentais/incidentais.

Alternativa e: Incorreta. Morte relacionada à gestação é um termo genérico que define qualquer óbito ocorrido durante a gravidez, parto ou puerpério,

independentemente da causa. No entanto, tecnicamente, se houve o agravamento de uma patologia pela gestação levando ao óbito, a classificação correta e específica para fins epidemiológicos é morte materna indireta.

Questão 79

O caso descreve uma gestante com Bacteriúria Assintomática (BA), definida pelo crescimento de pelo menos 10^5 UFC/mL de uma única bactéria em paciente sem sintomas urinários. Na gestação, o rastreio e o tratamento da BA são obrigatórios devido ao alto risco de progressão para pielonefrite (infecção urinária alta), que está associada a complicações graves como trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas e restrição de crescimento fetal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A alta sem seguimento é contraindicada. Gestantes que apresentaram um episódio de bacteriúria assintomática apresentam alto índice de recorrência (cerca de 30% dos casos). O acompanhamento rigoroso é fundamental para garantir que a urina permaneça estéril até o final da gestação.

Alternativa b) Incorreta. A profilaxia antibiótica contínua (uso diário de antibiótico em dose subterapêutica até o parto) é geralmente reservada para gestantes que apresentam infecções urinárias de repetição na gestação atual (dois ou mais episódios de bacteriúria assintomática ou cistite) ou após um episódio de pielonefrite na gestação atual. Embora a paciente tenha histórico de pielonefrite em gravidez anterior, a conduta inicial após o primeiro episódio de BA nesta gestação é o tratamento seguido de vigilância.

Alternativa c) Correta. Após o tratamento adequado da bacteriúria assintomática na gestante, as diretrizes nacionais e internacionais recomendam a realização de uma urocultura de controle (teste de cura) cerca de 7 a 14 dias após o término do tratamento. Se negativa, a paciente deve realizar uroculturas periódicas (mensais) até o final da gravidez, pois o risco de nova colonização e progressão para infecção sistêmica permanece alto durante todo o período gestacional.

Alternativa d) Incorreta. A ultrassonografia renal não faz parte do acompanhamento de rotina da bacteriúria assintomática. Esse exame é indicado em casos de pielonefrite que não apresentam melhora clínica após 48 a 72 horas de antibioticoterapia adequada, visando excluir complicações como abscessos renais, hidronefrose severa ou cálculos coraliformes.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento da bacteriúria assintomática é feito por via oral

e em regime ambulatorial. A internação para antibioticoterapia venosa é indicada para casos de pielonefrite, especialmente a partir do segundo trimestre, ou quando a paciente apresenta sinais de sepse, vômitos que impedem a ingestão de medicamentos ou instabilidade hemodinâmica.

Questão 80

A resolução dessa questão exige o conhecimento das condições de aplicabilidade e contraindicações para o parto operatório vaginal (uso de fórceps ou vácuo-extrator). Para que o procedimento seja realizado com segurança, critérios rigorosos devem ser preenchidos.

Alternativa (a) Incorreta: A analgesia peridural não é uma contraindicação. Pelo contrário, ela é frequentemente desejável, pois proporciona conforto para a gestante e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, facilitando o posicionamento do instrumento e as manobras de tração ou rotação.

Alternativa (b) Incorreta: A bolsa rota não é contraindicação; é, na verdade, um pré-requisito. O parto operatório vaginal só pode ser realizado se as membranas amnióticas estiverem rotas. Se a bolsa ainda estiver íntegra no momento da indicação, o obstetra deve realizar a amniotomia antes de aplicar o fórceps ou o vácuo-extrator.

Alternativa (c) Correta: A cabeça fetal não insinuada (cabeça alta ou móvel) é uma contraindicação absoluta ao parto operatório. A insinuação ocorre quando o maior diâmetro transverso da apresentação (diâmetro biparietal) ultrapassa o estreito superior da bacia, o que clinicamente corresponde a o ápice da apresentação estar no plano 0 de DeLee (espinhas isquiáticas). Tentar um parto operatório com a cabeça não insinuada (fórceps "alto") está associado a riscos altíssimos de traumatismo craniano fetal, hemorragia intracraniana e lacerações de trajeto materno graves, sendo uma prática abandonada na obstetrícia moderna.

Alternativa (d) Incorreta: A posição occipitoposterior não contraindica o procedimento. Muitas vezes, essa variedade de posição é justamente a causa da distocia que leva à necessidade do parto operatório. O fórceps pode ser utilizado tanto para rodar o feto para a posição occipitopúbica quanto para realizar a tração diretamente na posição posterior.

Alternativa (e) Incorreta: O segundo estágio prolongado (período expulsivo prolongado) é uma das principais indicações para o parto operatório, e não uma contraindicação. Quando a fase de expulsão ultrapassa os limites de tempo definidos (que variam conforme a paridade e o uso de analgesia) ou quando há sinais de

exaustão materna, o uso de fórceps ou vácuo está indicado para abreviar o nascimento.

Questão 81

Análise do Caso Clínico:

João apresenta um quadro típico de pneumonia bacteriana grave. Os pontos-chave para o diagnóstico e a conduta são: idade (2 anos), taquipneia (52 irpm, sendo que para crianças de 1 a 5 anos o limite de normalidade é 40 irpm), sinais de esforço respiratório (tiragem subcostal e intercostal), hipoxemia sugerida pela cianose e imagem radiológica de consolidação lobar.

Alternativa a: Incorreta. A presença de consolidação lobar na radiografia de tórax, associada a febre alta e prostração, é um forte indicativo de etiologia bacteriana, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o principal agente. Pneumonias virais geralmente apresentam infiltrados intersticiais difusos e quadro clínico menos tóxico. O uso de antibióticos é obrigatório neste caso.

Alternativa b: Correta. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, a presença de tiragem subcostal (esforço respiratório) em uma criança com pneumonia a classifica como pneumonia grave. A cianose, mesmo que discreta, indica comprometimento das trocas gasosas (hipoxemia). Tais achados exigem hospitalização imediata para oxigenoterapia, monitorização de sinais vitais e início de antibioticoterapia endovenosa.

Alternativa c: Incorreta. O sibilo é um achado comum em infecções virais, mas ele não exclui a pneumonia bacteriana. Muitas crianças podem apresentar sibilos devido à inflamação das vias aéreas menores ou por terem hiper-reatividade brônquica preexistente exacerbada pela infecção bacteriana. O foco de consolidação lobar no raio X confirma o diagnóstico de pneumonia.

Alternativa d: Incorreta. O histórico vacinal é fundamental na avaliação de risco. A vacina pneumocócica conjugada (10 ou 13-valente) é altamente eficaz na prevenção de formas invasivas e graves da doença. Uma criança de 2 anos com apenas uma dose está inadequadamente protegida, o que aumenta significativamente o risco de pneumonia bacteriana grave e suas complicações, como o empiema.

Alternativa e: Incorreta. O tratamento domiciliar só é indicado para casos de pneumonia não grave (sem sinais de esforço respiratório, sem cianose e com capacidade de ingestão oral preservada). João apresenta critérios de gravidade que tornam o tratamento ambulatorial inseguro. Além disso, a questão afirma que a criança apresenta febre alta há 2 dias, contradizendo a premissa de ausência de

febre da alternativa.

Questão 82

A análise desta questão exige o conhecimento do Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde (PNI) e das condutas frente a atrasos vacinais e situações de risco epidemiológico.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a primeira dose da vacina tríplice viral (administrada aos 12 meses) confira uma proteção inicial importante, ela não é suficiente para garantir a imunidade plena e duradoura. O Programa Nacional de Imunizações recomenda uma segunda dose (seja como tetraviral ou tríplice viral + varicela) aos 15 meses de idade para cobrir eventuais falhas primárias da primeira dose e consolidar a proteção.

Alternativa b) Incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente (ou 13-valente na rede privada) possui um esquema de duas doses (2 e 4 meses) e um reforço preferencialmente aos 12 meses, que pode ser aplicado até os 4 anos, 11 meses e 29 dias. Como Marina tem 18 meses e não completou o esquema, ela está com o calendário atrasado e deve receber a dose faltante para proteção contra doenças invasivas (meningite, pneumonia e sepse) e otite média aguda.

Alternativa c) Incorreta. A ausência de sintomas não justifica o atraso vacinal. Pelo contrário, a vacinação é uma medida de prevenção primária. Em um cenário de exposição ao sarampo em ambiente de creche, a atualização vacinal torna-se uma prioridade imediata para bloquear a cadeia de transmissão e proteger a criança.

Alternativa d) Incorreta. Não se solicita sorologia (comprovação laboratorial de anticorpos) para decidir sobre a vacinação de rotina ou de bloqueio na infância. A conduta é baseada exclusivamente no histórico vacinal documentado na caderneta e na idade da criança.

Alternativa e) Correta. Marina está com 18 meses, portanto, já deveria ter recebido o reforço da vacina pneumocócica (previsto para os 12 meses) e a segunda dose da vacina para sarampo, caxumba e rubéola (prevista para os 15 meses). A situação de surto/casos confirmados na creche reforça a necessidade de intervenção imediata para garantir a proteção individual e coletiva. O médico deve sempre aproveitar a oportunidade de contato com o serviço de saúde para atualizar todas as vacinas em atraso.

Questão 83

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente Lucas, de 1 ano e 8 meses, apresenta um quadro de diarreia aguda associada a sinais clínicos de alerta. Para resolver a questão, devemos primeiro classificar o estado de hidratação da criança com base nos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde:

1. Sinais presentes: Irritabilidade, olhos fundos, mucosas secas e turgor da pele levemente diminuído.
2. Classificação: Esses achados caracterizam a desidratação moderada (também chamada de "Algum Grau de Desidratação" ou Plano B).
3. Conduta: O tratamento de escolha é a Terapia de Reidratação Oral (TRO) com Sais de Reidratação Oral (SRO) na unidade de saúde.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A desidratação grave (Plano C) é caracterizada por letargia ou inconsciência, incapacidade de beber líquidos, pulsos débeis ou ausentes e tempo de enchimento capilar muito prolongado (sinais de choque). Lucas está irritável e mantém níveis pressóricos adequados para a idade, o que afasta a gravidade extrema imediata. Além disso, a antibioticoterapia empírica não é indicada para diarreias virais ou sem sinais de invasão (como sangue nas fezes).

Alternativa b) Incorreta. A maioria das diarreias na infância é de etiologia viral (como rotavírus e norovírus) e autolimitada. O uso de antibióticos é restrito a casos específicos, como disenteria (shigelose), suspeita de cólera ou infecções sistêmicas, não sendo obrigatório para todos os casos.

Alternativa c) Incorreta. O paciente claramente apresenta sinais de desidratação (irritabilidade, olhos fundos e mucosas secas), portanto há risco e necessidade de intervenção. Além disso, a recomendação moderna é nunca suspender a alimentação, pois a manutenção da dieta acelera a recuperação da mucosa intestinal e previne a desnutrição.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve corretamente o manejo do Plano B. Diante de desidratação leve a moderada, deve-se realizar a reidratação por via oral com SRO (geralmente 50 a 100 mL/kg em um período de 4 a 6 horas na unidade de saúde). Após a reidratação inicial, a alimentação habitual deve ser mantida. A monitorização é essencial para garantir que a criança não evolua para desidratação grave.

Alternativa e) Incorreta. A suspensão de fórmulas lácteas ou leite de vaca por longos períodos (como 7 dias) é uma conduta ultrapassada. A restrição de lactose ou mudança para fórmulas especiais só é indicada em casos raros de intolerância secundária persistente, o que não se aplica ao início de um quadro de diarreia aguda. O jejum ou restrição alimentar prejudicam a recuperação do enterócito.

Questão 84

Análise Clínica do Caso:

O quadro clínico descrito é clássico de sarampo, uma doença exantemática viral aguda e altamente contagiosa. A paciente apresenta a tríade prodrômica característica (tosse, coriza e conjuntivite), febre alta e o sinal patognomônico da doença: as manchas de Koplik (pequenas lesões esbranquiçadas na mucosa oral, precedendo o exantema). O exantema é maculopapular com progressão cefalocaudal, surgindo após alguns dias de pródromo febril. A ausência da vacina MMR (Tríplice Viral), que deveria ter sido aplicada aos 12 meses, reforça a suspeita diagnóstica.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): O diagnóstico clínico é de sarampo. Por ser uma doença de alta transmissibilidade e com potencial de surtos, a notificação às autoridades de saúde deve ser imediata (em até 24 horas). O tratamento consiste em suporte clínico (hidratação, antitérmicos) e suplementação de vitamina A. O bloqueio vacinal (vacinação de contatos suscetíveis acima de 6 meses de idade) deve ser realizado em até 72 horas após a exposição para tentar prevenir a doença ou atenuar sua gravidade.

Alternativa B (Incorreta): O sarampo não é uma doença benigna. Pode evoluir com complicações graves, como pneumonia (principal causa de morte em crianças), otite média aguda, encefalite e cegueira. A vacinação é a principal medida de prevenção e é fundamental para o controle da doença na população.

Alternativa C (Incorreta): Embora a confirmação laboratorial (sorologia IgM/IgG ou PCR) seja necessária para o monitoramento epidemiológico, as medidas de controle de saúde pública (isolamento respiratório e bloqueio vacinal) devem ser iniciadas imediatamente diante da suspeita clínica, sem aguardar os resultados dos exames, devido ao alto risco de contágio.

Alternativa D (Incorreta): Não existe tratamento antiviral específico para o vírus do sarampo. O manejo é baseado em medidas de suporte e, fundamentalmente, na administração de vitamina A, que reduz a morbidade e a mortalidade associadas à

doença. Antibióticos são indicados apenas em caso de infecções bacterianas secundárias comprovadas.

Alternativa E (Incorreta): A criança já está com a doença em curso, portanto, a vacinação neste momento não terá efeito terapêutico para ela. No entanto, o conceito de adiar a vacina por 30 dias devido a lesões cutâneas não se aplica como conduta padrão para o controle do surto. O foco deve ser o isolamento da paciente e a vacinação imediata dos contatos próximos que não possuem esquema vacinal completo. Além disso, a presença de febre aguda é uma contraindicação temporária geral para vacinas, devendo-se aguardar a melhora do quadro clínico.

Questão 85

Esta questão aborda o diagnóstico e a conduta inicial na Infecção do Trato Urinário (ITU) em pediatria, um tema recorrente em provas de residência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a clínica seja muito sugestiva, o diagnóstico de ITU na infância não deve ser baseado apenas em sintomas. É indispensável a confirmação laboratorial através do exame de urina (urina tipo I ou sumário) e, fundamentalmente, da urocultura, que é o padrão-ouro para confirmar a infecção, identificar o agente etiológico e determinar o perfil de sensibilidade aos antibióticos.

Alternativa b) Incorreta. O tratamento por via intravenosa não é obrigatório para todos os casos. A via oral é eficaz e indicada para crianças com bom estado geral, que aceitam a ingestão de líquidos e medicamentos, e que não apresentam sinais de sepse ou vômitos persistentes. A hospitalização e antibioticoterapia parenteral são reservadas para lactentes jovens (geralmente menores de 2 a 3 meses), casos graves ou quando há intolerância à via oral.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o raciocínio clínico. A suspeita de ITU em crianças maiores e pré-escolares baseia-se em sintomas irritativos miccionais (disúria, polaciúria, urgência) e febre. O diagnóstico é corroborado por alterações no exame de urina (como leucocitúria e nitrito positivo) e confirmado pela cultura. Em pacientes estáveis e sem critérios de gravidade, o tratamento oral é a escolha inicial adequada.

Alternativa d) Incorreta. O exame de urina tipo I (sumário) sugere a presença de inflamação e infecção (através de piúria e nitrito), mas não identifica qual bactéria está causando a infecção nem a quais antibióticos ela é sensível. Somente a urocultura fornece essas informações essenciais para o manejo correto do paciente.

Alternativa e) Incorreta. Na pediatria, a ocorrência de uma ITU febril (especialmente o primeiro episódio) exige investigação por imagem, geralmente iniciando pela ultrassonografia de rins e vias urinárias. Isso ocorre porque infecções urinárias em crianças pequenas estão frequentemente associadas a malformações congênitas do trato urinário, como o refluxo vesicoureteral, que precisam ser identificadas para prevenir danos renais futuros (cicatrizes renais).

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 86

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta o quadro clássico de Leucemia Aguda, o câncer mais comum na infância. Os sinais de insuficiência medular como anemia (palidez, fadiga) e plaquetopenia (petéquias, sangramento gengival), associados à proliferação de células malignas (blastos no sangue, linfonodomegalia, hepatosplenomegalia e dor óssea), são característicos. O achado de mais de 25 por cento de blastos na medula óssea confirma o diagnóstico de leucemia.

Alternativa (a) CORRETA: O quadro de bicitopenia (anemia e plaquetopenia) associado à leucocitose com presença de blastos define a suspeita de leucemia aguda. O tratamento é uma emergência médica e deve ser conduzido com protocolos de quimioterapia em centros especializados para buscar a cura e evitar complicações graves, como a síndrome de lise tumoral.

Alternativa (b) INCORRETA: Embora exames de imagem possam auxiliar na avaliação de massas mediastinais ou outras complicações, o padrão-ouro e exame obrigatório para o diagnóstico de leucemia é a análise da medula óssea (mielograma), que permite a análise morfológica, imunofenotipagem e citogenética das células neoplásicas.

Alternativa (c) INCORRETA: As transfusões são apenas medidas de suporte sintomático para corrigir a anemia e o risco de sangramento grave. A normalização definitiva dos valores hematológicos só ocorre com a eliminação das células malignas através da quimioterapia citotóxica.

Alternativa (d) INCORRETA: A dor óssea é um dos sintomas mais comuns na leucemia pediátrica, ocorrendo pela expansão da cavidade medular pela proliferação excessiva de blastos. Sangramentos e hematomas também são manifestações frequentes devido à falência na produção de plaquetas.

Alternativa (e) INCORRETA: A leucemia aguda é uma neoplasia maligna de rápida progressão. Sem intervenção médica imediata e intensiva, a condição é invariavelmente fatal, não possuindo caráter autolimitado ou benigno.

Questão 87

O caso clínico apresenta um paciente pediátrico com quadro de linfoma não Hodgkin (LNH) de alta agressividade, caracterizado por crescimento rápido, sintomas constitucionais (febre e perda de peso) e sinais de grande volume tumoral (massa mediastinal e visceromegalias).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: No linfoma não Hodgkin pediátrico, a quimioterapia sistêmica é a base do tratamento. Devido ao comportamento biológico agressivo e à natureza sistêmica da doença na infância, a cirurgia isolada não é curativa. O papel da cirurgia limita-se, geralmente, à biópsia diagnóstica ou, em casos selecionados de linfoma abdominal localizado, à ressecção inicial, mas sempre seguida de quimioterapia.

Alternativa (b) INCORRETA: Ao contrário do que afirma a alternativa, o LDH (desidrogenase láctica) é um dos marcadores prognósticos mais importantes no LNH pediátrico. Ele reflete a massa tumoral total e a velocidade de proliferação das células. Níveis muito elevados, como os do paciente (1.200 U/L), indicam alto risco e maior probabilidade de complicações metabólicas. A beta-2-microglobulina também auxilia na avaliação da carga tumoral.

Alternativa (c) CORRETA: Esta alternativa descreve com precisão a patologia. Os linfomas pediátricos são majoritariamente de alto grau, com crescimento extremamente rápido. O linfoma difuso de grandes células B e o linfoma de Burkitt são exemplos que se encaixam nesse perfil de acometimento nodal e extranodal. O estadiamento III/IV (Classificação de Murphy/St. Jude) define doença avançada (acometimento de ambos os lados do diafragma, massas intratorácicas ou intra-abdominais extensas, ou envolvimento de medula óssea/sistema nervoso central). O manejo exige quimioterapia intensiva e monitoramento rigoroso devido à agressividade da doença.

Alternativa (d) INCORRETA: O monitoramento para a Síndrome de Lise Tumoral (SLT) é obrigatório e crítico em crianças com LNH de alto volume. A SLT ocorre pela destruição rápida de células tumorais (espontânea ou pós-quimioterapia), liberando potássio, fósforo e ácido úrico na circulação, o que pode causar insuficiência renal aguda e arritmias fatais. O tratamento padrão para esses pacientes inclui,

obrigatoriamente, a prevenção e o manejo da SLT.

Alternativa (e) INCORRETA: O estadiamento III/IV indica doença disseminada (avançada) e não localizada. Embora o prognóstico dos linfomas pediátricos tenha melhorado significativamente com os protocolos modernos de quimioterapia, esses casos são considerados de alto risco e o tratamento é o oposto do conservador; requer intervenção medicamentosa agressiva e imediata para o controle da doença.

Questão 88

Análise do caso clínico:

O paciente Miguel apresenta o quadro clássico de cetoacidose diabética (CAD), caracterizado pela tríade de hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica (pH 7,18 e HCO_3^- 12 mEq/L) e cetonúria. O quadro clínico de poliúria, polidipsia, perda de peso, dor abdominal e respiração rápida (Kussmaul), associado à letargia e hipotensão (PA 85/55 mmHg), indica uma emergência médica que exige intervenção imediata em ambiente hospitalar.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento da CAD não se resume apenas à insulina. Ele exige obrigatoriamente a reposição volêmica intravenosa para restaurar o débito cardíaco e a perfusão renal, além da correção de eletrólitos (especialmente o potássio, que sofre grandes variações durante o tratamento). Em casos de CAD moderada a grave ou com sinais de choque, como o de Miguel, a via intravenosa é o padrão-ouro para a insulina.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa resume corretamente o manejo padrão da CAD seguindo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e do ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes). O protocolo inicia-se com a expansão volêmica e correção hidroeletrólítica, seguida pela infusão contínua de insulina regular IV (geralmente 1 a 2 horas após o início dos fluidos). Após a resolução da acidose (pH > 7,30 e bicarbonato > 15) e melhora do estado clínico, o paciente é transicionado para o regime basal-bolus subcutâneo. O uso de tecnologias como o CGM e a educação em diabetes são fundamentais para o sucesso do tratamento crônico.

Alternativa c) Incorreta. O monitoramento contínuo de glicemia (CGM) é altamente recomendado para crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. Ele fornece tendências glicêmicas, ajuda na prevenção de hipoglicemias graves e melhora o controle da hemoglobina glicada (HbA1c), reduzindo o risco de complicações a longo

prazo.

Alternativa d) Incorreta. A CAD não é um evento benigno; é a principal causa de mortalidade e morbidade em crianças com diabetes tipo 1, principalmente devido ao risco de edema cerebral. Jamais deve ser tratada apenas em casa, exigindo monitoramento rigoroso de sinais vitais, nível de consciência e exames laboratoriais frequentes.

Alternativa e) Incorreta. O controle glicêmico adequado, medido pela HbA1c e pelo tempo no alvo (Time in Range), é o fator mais importante na prevenção das complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares do diabetes. O ajuste preciso da insulina basal-bolus é a base para alcançar essas metas.

Questão 89

Este caso clínico aborda a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) por deficiência da enzima 21-hidroxilase, que é a causa mais comum de HAC (cerca de 90 a 95% dos casos). No recém-nascido masculino, a genitália costuma ser normal, o que torna a triagem neonatal e o histórico familiar fundamentais para o diagnóstico precoce antes que ocorra uma crise adrenal grave.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O diagnóstico de HAC não depende exclusivamente da clínica, especialmente em meninos, que não apresentam ambiguidade genital ao nascimento. Os testes laboratoriais (como a dosagem de 17-hidroxiprogesterona) são essenciais para o diagnóstico, e a genotipagem (estudo do gene CYP21A2) é uma ferramenta importante para confirmar a mutação e auxiliar na estratificação da gravidade da doença.

b) Incorreta. As formas não clássicas de HAC geralmente são assintomáticas no período neonatal e podem não exigir tratamento imediato ou contínuo. Mesmo nas formas clássicas, as doses de hidrocortisona e fludrocortisona devem ser individualizadas e ajustadas de acordo com a superfície corporal e a resposta clínica/laboratorial do paciente, e não iniciadas em doses máximas para todos.

c) Incorreta. O ajuste de dose durante situações de estresse biológico (febre acima de 38,5°C, vômitos, traumas ou cirurgias) é um pilar crítico no manejo da HAC clássica. Nessas situações, o organismo necessita de maiores níveis de cortisol; se a dose não for aumentada (geralmente triplicada), o paciente corre risco iminente de crise adrenal aguda, choque e óbito.

d) Correta. Esta alternativa resume corretamente o manejo padrão. A triagem neonatal identifica o risco, e a genotipagem do gene CYP21A2 ajuda a confirmar o diagnóstico e prever o fenótipo (perdedora de sal vs. virilizante simples). O tratamento da forma clássica requer a reposição de glicocorticoide (hidrocortisona) e mineralocorticoide (fludrocortisona), além de educação familiar para o manejo de estresse e monitoramento rigoroso do crescimento e desenvolvimento para evitar complicações da própria doença ou do excesso de medicação.

e) Incorreta. O objetivo principal do tratamento e do monitoramento contínuo é justamente prevenir ou minimizar as complicações a longo prazo. O ajuste fino da medicação visa equilibrar a supressão dos andrógenos (evitando virilização excessiva e fechamento precoce das epífises ósseas) com a manutenção de níveis fisiológicos de glicocorticoide (evitando obesidade e baixa estatura iatrogênica). Com acompanhamento adequado, é possível otimizar o crescimento e a saúde metabólica do paciente.

Questão 90

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um escolar de 9 anos com linfonodomegalia cervical crônica (6 semanas), de caráter progressivo, com características semiológicas de alerta: linfonodos de tamanho aumentado (até 4 cm), endurecidos, fixos e indolores. Além disso, o paciente apresenta sintomas sistêmicos (sudorese noturna, perda de peso e fadiga) e achados de exames complementares que reforçam a suspeita de neoplasia, como esplenomegalia, alargamento de mediastino na TC, aumento de LDH (marcador de turnover celular) e VHS elevada. Diante desse quadro, a principal suspeita diagnóstica é Linfoma (seja Hodgkin ou Não-Hodgkin).

POR QUE A ALTERNATIVA (E) ESTÁ CORRETA?

A alternativa (e) descreve corretamente a conduta diagnóstica diante de sinais de alerta em pediatria. Linfonodos que persistem por mais de 4 a 6 semanas, que possuem consistência firme ou endurecida e que estão aderidos a planos profundos (fixos) exigem investigação imediata. A presença de sintomas constitucionais (sintomas B) e alterações laboratoriais (como anemia, VHS e LDH altos) aumenta significativamente a probabilidade de malignidade. Nesses casos, a propedêutica com exames de imagem serve para estadiamento e planejamento, mas a biópsia excisional (retirada do linfonodo inteiro para análise histopatológica) é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Linfonodos firmes, fixos e persistentes são sinais clássicos de alerta para doenças graves, como neoplasias ou doenças granulomatosas. Eles nunca devem ser apenas observados sem investigação, mesmo na ausência de sintomas, pois a malignidade linfonodal em crianças costuma ser indolor em estágios iniciais.

Alternativa (b): O uso de antibiótico empírico está indicado quando há suspeita de linfadenite bacteriana aguda (presença de sinais flogísticos como calor, rubor e dor). No caso de Pedro, os linfonodos são indolores e crônicos, e o quadro sugere algo mais sistêmico. Tratar com antibióticos sem critérios apenas atrasaria o diagnóstico de uma possível neoplasia.

Alternativa (c): Na ultrassonografia, linfonodos reacionais (virais) geralmente mantêm o hilo visível e bordas regulares. Bordas irregulares, hipoecogenicidade e vascularização central/anárquica são características que sugerem invasão neoplásica ou processos patológicos graves, exigindo obrigatoriamente a continuidade da investigação.

Alternativa (d): A indicação de biópsia em linfonodomegalias não se restringe a dor ou ulceração. Pelo contrário, linfonodos neoplásicos são tipicamente indolores. As indicações precisas de biópsia incluem: tamanho maior que 2 cm, localização supraclavicular, persistência por mais de 4-6 semanas, aderência a planos profundos e associação com sintomas sistêmicos ou alterações no RX de tórax (como massa mediastinal).

COMENTÁRIO ADICIONAL

A associação de linfonodomegalia cervical e massa mediastinal (confirmada pela TC de tórax no enunciado) em uma criança é uma emergência diagnóstica que aponta fortemente para Linfoma de Hodgkin ou Linfoma Não-Hodgkin, reforçando a necessidade da biópsia excisional imediata mencionada na alternativa correta.

Questão 91

Análise do Caso Clínico:

Mariana apresenta dor abdominal recorrente há cinco meses, sem sinais de alerta (conhecidos como red flags), com crescimento e desenvolvimento adequados e exames laboratoriais básicos normais. O quadro está associado a gatilhos psicossociais (ansiedade escolar) e apresenta alívio com a evacuação, o que é característico dos Distúrbios da Interação Intestino-Cérebro, classificados pelos Critérios de Roma IV.

Análise das Alternativas:

Alternativa A - Incorreta: A náusea leve é um sintoma inespecífico que frequentemente acompanha os transtornos funcionais. A presença desse sintoma isolado, sem perda de peso, vômitos persistentes ou outros sinais de alarme, não torna a investigação invasiva obrigatória.

Alternativa B - Incorreta: A medicina baseada em evidências recomenda evitar a "sobreinvestigação" em crianças. Se a criança preenche critérios clínicos para dor funcional e não apresenta sinais de alerta, a solicitação de endoscopia e exames extensivos é desnecessária e pode aumentar a ansiedade da família e da criança.

Alternativa C - Incorreta: O diagnóstico de dor funcional é "positivo", ou seja, baseia-se na presença de critérios específicos (Roma IV) e não apenas na exclusão de outras doenças ou na falha de tratamentos. O uso de antibióticos não faz parte do manejo inicial ou do processo diagnóstico desse quadro.

Alternativa D - Correta: Mariana apresenta dor há mais de 2 meses, com frequência superior a uma vez por semana, sem sinais de alarme e com exames iniciais normais, o que permite o diagnóstico clínico de dor abdominal funcional. A conduta deve ser multidisciplinar, priorizando a educação da família sobre a condição, a desmedicalização do quadro, o manejo do estresse (ansiedade escolar) e a manutenção do acompanhamento clínico para monitorar o crescimento.

Alternativa E - Incorreta: A hospitalização é contraindicada para casos de dor abdominal funcional sem sinais de gravidade. O ambiente hospitalar pode reforçar o comportamento de doença na criança e não auxilia no tratamento de fundo, que é ambulatorial e focado em fatores biopsicossociais.

Gabarito: Letra (d).

Questão 92

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico de enterocolite necrosante (ECN), a emergência gastrointestinal mais comum no período neonatal, especialmente em prematuros de muito baixo peso. O paciente apresenta a tríade clínica característica: distensão abdominal, resíduos gástricos/vômitos biliosos e sangue nas fezes (hematoquezia). Além disso, há sinais de sepse e gravidade, como apneias, letargia, acidose metabólica e trombocitopenia. O achado radiográfico de pneumatose intestinal (gás

na parede do intestino) é o sinal patognomônico da doença, e o ar no sistema venoso portal indica maior gravidade.

POR QUE AS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Incorreta. O tratamento da ECN exige cobertura antibiótica de amplo espectro para atingir patógenos gram-positivos, gram-negativos e, em muitos protocolos, anaeróbios. Cefalosporinas de primeira geração possuem espectro limitado e não são indicadas como monoterapia ou protocolo padrão para essa patologia.

Alternativa b) Incorreta. A suspensão imediata da alimentação enteral (jejum absoluto) é um dos pilares do tratamento para permitir o repouso intestinal. Além disso, o tratamento deve ser obrigatoriamente por via intravenosa, dada a gravidade, o risco de má absorção e o estado de choque/sepsis do recém-nascido.

Alternativa c) Incorreta. A presença de pneumatose intestinal, isoladamente, indica tratamento clínico (Estágio II de Bell). A cirurgia de emergência está reservada de forma absoluta para casos de perfuração intestinal demonstrada pelo pneumoperitônio (ar livre na cavidade abdominal). Indicações relativas para cirurgia incluem a deterioração clínica persistente apesar do tratamento clínico otimizado.

Alternativa d) Incorreta. Marcadores laboratoriais são fundamentais no acompanhamento da ECN. A trombocitopenia persistente ou em queda brusca e a acidose metabólica persistente são indicadores de necrose intestinal extensa e pior prognóstico, auxiliando na decisão de intervenção cirúrgica mesmo na ausência de pneumoperitônio.

POR QUE A ALTERNATIVA (e) ESTÁ CORRETA?

A alternativa descreve corretamente o diagnóstico e o manejo inicial padrão da enterocolite necrosante. O tratamento clínico baseia-se em:

1. Descompressão gástrica e jejum (suspensão da via enteral) para reduzir a distensão e o trabalho intestinal.
2. Antibioticoterapia de amplo espectro (como a associação de ampicilina, gentamicina e metronidazol) para tratar a translocação bacteriana e sepsis.
3. Suporte hemodinâmico rigoroso com reposição de volumes e, se necessário, drogas vasoativas, além de suporte ventilatório.
4. Indicação cirúrgica precisa: o sinal radiológico de pneumoperitônio é a única indicação cirúrgica absoluta, mas a falha no tratamento clínico e a piora clínica/laboratorial progressiva também levam à abordagem cirúrgica.

Questão 93

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um recém-nascido (RN) pré-termo moderado (32 semanas) com sinais claros de depressão neonatal: frequência cardíaca (FC) de 80 bpm (abaixo do limite de 100 bpm) e respiração irregular. Segundo as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do ILCOR, este paciente necessita de intervenção imediata, iniciando-se pelos passos iniciais de estabilização térmica e posicionamento, seguidos obrigatoriamente pela Ventilação com Pressão Positiva (VPP), que é a medida mais importante na reanimação neonatal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa resume corretamente as diretrizes atuais. Para um prematuro com FC < 100 bpm ou apneia, a prioridade é o aquecimento (fundamental para evitar a hipotermia, que aumenta a mortalidade), o posicionamento das vias aéreas e a VPP imediata. O monitoramento da FC e da saturação de oxigênio (SpO₂) é obrigatório durante a reanimação. A aspiração de vias aéreas não é mais rotineira, sendo reservada apenas para casos de obstrução evidente. A alternativa também aborda corretamente a vigilância de complicações típicas do prematuro (hipoglicemia e hemorragia intraventricular) e a recomendação de clampeamento tardio do cordão (30 a 60 segundos) para bebês que nascem estáveis, visando benefícios hemodinâmicos e hematológicos.

Alternativa B (INCORRETA): A aspiração traqueal de rotina é contraindicada, pois pode causar bradicardia reflexa e trauma de via aérea. Além disso, a ventilação invasiva (intubação) não deve ser a conduta inicial para todos; a reanimação deve começar com ventilação não invasiva por máscara facial. Ignorar o aquecimento e a glicemia coloca em risco a vida do prematuro, que possui poucas reservas de gordura e glicogênio.

Alternativa C (INCORRETA): Um recém-nascido com FC de 80 bpm e Apgar baixo jamais deve ser transportado para a UTI sem estabilização prévia. O suporte ventilatório e a avaliação clínica devem ocorrer na mesa de reanimação nos primeiros segundos de vida (o "Minuto de Ouro"). O transporte de um bebê instável sem suporte resultaria em hipóxia grave e possível óbito.

Alternativa D (INCORRETA): A conduta expectante ("esperar estabilização espontânea") é um erro grave em neonatologia. Um RN com FC < 100 bpm e respiração irregular está em sofrimento e não recuperará o débito cardíaco e a oxigenação adequados sem assistência respiratória imediata.

Alternativa E (INCORRETA): O clampeamento precoce e imediato do cordão não é obrigatório para todos. Em prematuros, a recomendação atual é o clampeamento tardio (de 30 a 60 segundos) sempre que o bebê apresentar vitalidade ao nascer, pois essa prática reduz o risco de anemia e de hemorragia peri-intraventricular. O clampeamento imediato é reservado para situações de instabilidade materna ou fetal grave.

Questão 94

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de Defeito do Septo Ventricular (DSV) com repercussão clínica. Os sintomas de cansaço às mamadas, sudorese e baixo ganho de peso (sugerido pela queixa de falta de ar e cansaço) são sinais de insuficiência cardíaca congestiva no lactente. O sopro sistólico na borda paraesternal esquerda e a hepatomegalia reforçam esse diagnóstico, que foi confirmado pelo ecocardiograma.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A DSV é classificada como uma cardiopatia congênita acianótica. O sangue oxigenado do ventrículo esquerdo passa para o ventrículo direito (shunt esquerda-direita). A cianose intensa ao nascimento é típica de cardiopatias cianóticas, como a Transposição das Grandes Artérias. Na DSV, a cianose só aparece tardiamente se houver a Síndrome de Eisenmenger (inversão do shunt por hipertensão pulmonar).

Alternativa b) Correta. Esta é a alternativa que descreve a fisiopatologia fundamental da doença. Se o defeito for pequeno, a resistência à passagem do sangue é alta e o shunt é insignificante. Se o defeito for grande, a quantidade de sangue que passa para os pulmões dependerá da Resistência Vascular Pulmonar (RVP). Logo após o nascimento, a RVP ainda é alta, o que limita o shunt; por isso, os sintomas de insuficiência cardíaca costumam surgir entre 4 e 8 semanas de vida, quando a RVP cai fisiologicamente e o fluxo pulmonar aumenta.

Alternativa c) Incorreta. O sopro da DSV é tipicamente holossistólico (ou pansistólico) e localiza-se na borda paraesternal esquerda baixa. Um sopro diastólico no foco aórtico seria indicativo de insuficiência aórtica, que não é o achado primário desta patologia.

Alternativa d) Incorreta. O manejo da DSV depende do tamanho e da repercussão. Muitos defeitos pequenos ou mesmo moderados (especialmente os musculares e

alguns perimembranosos) podem fechar espontaneamente ou diminuir de tamanho com o crescimento da criança. A cirurgia não é imediata ao nascimento; ela é indicada caso haja falha no tratamento clínico da insuficiência cardíaca, desnutrição grave ou sinais de hipertensão pulmonar progressiva.

Alternativa e) Incorreta. A DSV é a cardiopatia congênita mais comum (excluindo a valva aórtica bicúspide). Como demonstrado no caso do João, ela representa um risco real e frequente de insuficiência cardíaca devido ao hiperfluxo pulmonar e sobrecarga das cavidades esquerdas.

Questão 95

Esta questão aborda um tema clássico e de extrema importância na pediatria e na hepatologia infantil: a colestase neonatal. O reconhecimento precoce das causas de icterícia à custa de bilirrubina direta é fundamental para o prognóstico do paciente.

Análise do quadro clínico:

Helena apresenta icterícia iniciada após as duas primeiras semanas de vida (o que afasta a icterícia fisiológica), acompanhada de colúria (urina escura) e hipocolia/acolia fecal (fezes claras). Laboratorialmente, confirma-se a colestase pela Bilirrubina Direta (BD) elevada (6,2 mg/dL), acompanhada de níveis muito altos de GGT. Esse conjunto de achados (acolia fecal + GGT elevada + início precoce) é o tripé clássico que aponta para uma etiologia obstrutiva extra-hepática.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A hepatite neonatal por citomegalovírus (CMV) é uma causa importante de colestase neonatal não obstrutiva. Embora possa causar hepatomegalia e alteração de transaminases, as fezes geralmente mantêm sua coloração normal (pigmentadas). Além disso, não há uma intervenção cirúrgica com "janela de oportunidade" tão restrita quanto na Atresia de Vias Biliares.

b) Incorreta. A deficiência de alfa-1 antitripsina é a causa genética mais comum de colestase neonatal. O quadro clínico pode mimetizar a atresia, mas o tratamento é clínico e de suporte, não havendo urgência cirúrgica imediata para mudar o curso natural da doença nas primeiras semanas de vida.

c) Correta. A Atresia de Vias Biliares (AVB) é a principal causa de colestase neonatal com indicação cirúrgica e a principal indicação de transplante hepático em crianças. É considerada uma urgência diagnóstica porque o sucesso do tratamento cirúrgico (Portoenterostomia de Kasai) depende diretamente da idade da criança. O ideal é que a cirurgia seja realizada antes dos 60 dias de vida (Helena já está com 42 dias).

Após esse período, a progressão da fibrose hepática é rápida, reduzindo drasticamente as chances de sucesso do procedimento e de sobrevida do fígado nativo.

d) Incorreta. A Síndrome de Alagille é uma doença genética (autossômica dominante) que causa escassez de ductos biliares interlobulares. Frequentemente, apresenta-se com características dismórficas (face em triângulo, testa larga), alterações cardíacas e vértebras em borboleta, o que não foi descrito no caso. O manejo inicial é clínico.

e) Incorreta. A colestase associada à nutrição parenteral ocorre em recém-nascidos, geralmente prematuros, que necessitam de suporte nutricional venoso por tempo prolongado. O enunciado afirma explicitamente que Helena está em aleitamento materno exclusivo, o que exclui esta possibilidade.

Conclusão:

Diante de um lactente com colestase e fezes acólicas, a Atresia de Vias Biliares deve ser a primeira hipótese a ser excluída ou confirmada, devido ao curto intervalo de tempo disponível para a intervenção cirúrgica de Kasai.

Questão 96

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente é um recém-nascido prematuro (34 semanas) que apresenta desconforto respiratório clássico logo após o nascimento, com piora progressiva nas primeiras horas de vida. O quadro clínico de taquipneia, gemido expiratório, batimento de asa de nariz e retrações intercostais/subcostais compõe o escore de Silverman-Andersen, indicando gravidade. A gasometria revela acidose respiratória (pH 7,26 e pCO₂ 58 mmHg) com hipoxemia. O ponto determinante para o diagnóstico é a radiografia de tórax, que descreve o padrão reticulogranular fino (aspecto de vidro moído) e broncogramas aéreos, que são achados patognomônicos da deficiência de surfactante em pulmões imaturos.

ALTERNATIVAS:

a) INCORRETA. A pneumonia neonatal precoce é o principal diagnóstico diferencial, especialmente considerando o antecedente de ruptura prematura de membranas por 20 horas (fator de risco infeccioso). Embora a pneumonia possa mimetizar a SDR clínica e radiologicamente, a descrição do infiltrado granular difuso e fino em um prematuro de 34 semanas direciona o diagnóstico primordial para a deficiência de surfactante. Na prática clínica, ambos os diagnósticos frequentemente são tratados em conjunto (surfactante e antibioticoterapia) até que as culturas resultem

negativas.

b) CORRETA. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), anteriormente chamada de Doença da Membrana Hialina, é causada pela deficiência quantitativa e qualitativa de surfactante, típica da prematuridade. A tríade composta por: 1) prematuridade, 2) desconforto respiratório de início imediato ou nas primeiras horas e 3) radiografia com padrão reticulogranular difuso e broncogramas aéreos, define este diagnóstico. O colapso alveolar (microatelectasias) explica a imagem de "vidro moído" e a baixa complacência pulmonar observada.

c) INCORRETA. A Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) costuma afetar recém-nascidos a termo ou prematuros tardios, geralmente após parto cesáreo sem trabalho de parto. O quadro é causado pelo atraso na reabsorção do líquido pulmonar. Radiologicamente, a TTRN apresenta congestão peri-hilar (coração peludo), presença de líquido em cisuras e sinais de hiperinsuflação, o que difere totalmente do padrão granular e do volume pulmonar reduzido da SDR.

d) INCORRETA. A Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido (HPPRN) é uma patologia mais comum em recém-nascidos a termo ou pós-termo, frequentemente associada à síndrome de aspiração meconial ou asfixia. Caracteriza-se por hipoxemia grave e lábil, com radiografia de tórax que pode estar normal ou mostrar apenas hipofluxo pulmonar, sem o padrão reticulogranular típico da SDR.

e) INCORRETA. A atelectasia por obstrução de via aérea (como por tampão mucoso) manifesta-se como uma opacidade localizada e densa, com sinais de perda de volume pulmonar regional e desvio de estruturas mediastinais para o lado afetado. No caso descrito, o acometimento é difuso, bilateral e simétrico, caracterizando uma doença do parênquima pulmonar e não uma obstrução mecânica focal.

Questão 97

O diagnóstico mais provável para o caso de Júlia é sarampo (alternativa C). A questão apresenta um quadro clínico clássico e completo da doença, que pode ser dividido em fases bem definidas.

Análise do caso clínico:

1. Pródromos e Tríade Catarral: A paciente apresenta febre alta (39,5 °C) acompanhada de tosse, rinorreia e conjuntivite não purulenta com fotofobia. Essa combinação é conhecida como tríade catarral, característica marcante do período prodrômico do sarampo.

2. Sinal de Koplik: A descrição de manchas brancas na mucosa oral dois dias antes do exantema é o sinal patognomônico do sarampo, as manchas de Koplik. Elas surgem na altura dos pré-molares e desaparecem precocemente após o início do exantema.

3. Exantema: O exantema do sarampo é maculopapular, eritematoso e morbiliforme (deixa áreas de pele sã entre as lesões, mas tende à confluência). Ele tem início característico na região retroauricular e na linha de implantação dos cabelos, progredindo de forma cefalocaudal em direção ao tronco e membros.

4. Epidemiologia: O relato de vacinação irregular é um fator de risco crucial, já que o sarampo é uma doença prevenível por vacina e tem apresentado surtos em populações com baixa cobertura vacinal.

Análise das alternativas:

a) Rubéola: Incorreta. A rubéola costuma cursar com febre baixa e sintomas catarrais muito leves ou ausentes. O exantema é descontínuo (não confluenta) e a linfonodopatia característica é retroauricular, occipital e cervical posterior, geralmente mais proeminente que no sarampo. Não apresenta manchas de Koplik.

b) Eritema infeccioso: Incorreta. Causado pelo parvovírus B19, manifesta-se inicialmente com o sinal da face esbofetada, seguido por um exantema rendilhado em tronco e membros. A criança costuma estar em bom estado geral e a febre é baixa ou ausente no momento em que o exantema surge.

c) Sarampo: Correta. Preenche todos os critérios clínicos: febre alta, tosse, coriza, conjuntivite com fotofobia, manchas de Koplik e exantema maculopapular confluenta com progressão cefalocaudal iniciada atrás das orelhas.

d) Exantema súbito (roséola): Incorreta. É típico de lactentes (6 meses a 3 anos). Caracteriza-se por febre muito alta que desaparece subitamente, momento em que surge o exantema (a febre vai embora e o exantema aparece). No caso descrito, a criança permanece febril durante o exantema.

e) Escarlatina: Incorreta. É uma infecção bacteriana (estreptococo do grupo A). O exantema é micropapular (sensação de pele em lixa), há faringite intensa, língua em morango, sinal de Pastia (linhas nas dobras cutâneas) e sinal de Filatov (palidez ao redor da boca), achados ausentes no quadro de Júlia.

Questão 98

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve Rafael, de 4 anos, com um quadro clássico de desnutrição crônica, também denominada nanismo nutricional ou stunting. Os pontos-chave para o diagnóstico são: a ingestão dietética inadequada de longa data (baixa proteína), a desaceleração do crescimento linear (estatura) iniciada aos 2 anos, o escore Z de estatura para idade inferior a -2,5 e a manutenção de um IMC normal. Diferentemente da desnutrição aguda, na qual há perda de peso rápida, na desnutrição crônica o organismo se adapta à carência de nutrientes, sacrificando o crescimento em altura para preservar a proporcionalidade corporal e as funções vitais.

DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Edema de membros inferiores e hipoalbuminemia (albumina baixa) são achados característicos da desnutrição aguda grave do tipo Kwashiorkor. No Kwashiorkor, ocorre uma deficiência proteica intensa em relação à oferta calórica, levando à redução da pressão oncótica e ao consequente edema. No caso de Rafael, a albumina está normal e não há edema, o que afasta essa condição.

Alternativa b) Incorreta. A desnutrição não se caracteriza pelo aumento agudo do consumo energético, mas sim por um balanço energético negativo (ingestão menor que a demanda) ou, em fases avançadas, por uma redução do metabolismo basal como mecanismo de adaptação para poupar energia.

Alternativa c) Incorreta. Embora doenças gastrointestinais possam causar desnutrição secundária, a diarreia e os vômitos não são achados obrigatórios para o diagnóstico de desnutrição crônica. A causa de Rafael é primária, ligada à ingestão dietética pobre em nutrientes essenciais.

Alternativa d) Incorreta. A perda de peso abrupta e o emagrecimento acentuado (consunção) definem a desnutrição aguda ou marasmo. Nesses casos, o indicador peso para estatura estaria significativamente alterado. Na desnutrição crônica, o peso costuma ser proporcional à estatura baixa, resultando em um IMC muitas vezes dentro da normalidade, como observado no paciente.

Alternativa e) Correta. O achado patognomônico e definidor da desnutrição crônica é o comprometimento do crescimento linear, manifestado pela redução persistente da estatura para a idade. Quando a privação nutricional é prolongada, o corpo prioriza a manutenção da homeostase em detrimento do crescimento ósseo longitudinal. Portanto, o indicador estatura/idade (E/I) é o parâmetro mais sensível para identificar

processos de desnutrição progressivos ou de longa duração.

Questão 99

A questão aborda um quadro clínico clássico de suspeita de maus-tratos infantis. Os principais "sinais de alerta" presentes no caso são: hematomas em diferentes estágios de evolução, lesões em locais protegidos (tronco e coxas), marcas com formatos de objetos, desnutrição e alterações comportamentais (evitação de contato ocular e medo de adultos).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Confrontar os pais ou responsáveis de forma agressiva ou imediata não é a conduta inicial recomendada. Isso pode aumentar o risco de novas agressões à criança, causar a fuga da família antes da intervenção das autoridades ou romper o vínculo necessário para a coleta de informações. A abordagem deve ser cautelosa e focada na segurança do menor.

b) Incorreta. Diante da suspeita de abuso, o médico tem o dever legal e ético de agir imediatamente. O abuso infantil costuma ser crônico e progressivo; aguardar novos sinais coloca a vida da criança em risco iminente. A notificação deve ser feita com base na suspeita fundamentada, não sendo necessária a prova cabal do agressor.

c) Incorreta. A alta hospitalar sem a devida investigação e proteção da criança é uma conduta negligente. Se o ambiente doméstico é o local provável da agressão, devolver a criança a esse meio sem garantir sua segurança é contraindicado. Muitas vezes, a internação social é indicada para proteger a criança enquanto as medidas legais são tomadas.

d) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos é obrigatória e deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da localidade. A investigação multidisciplinar (médico, assistente social, psicólogo) é essencial para avaliar a dinâmica familiar, a segurança da vítima e descartar doenças orgânicas que simulem maus-tratos (como distúrbios de coagulação ou osteogênese imperfeita).

e) Incorreta. O suporte psicológico é fundamental para o tratamento da criança, mas o encaminhamento isolado é insuficiente. A omissão de notificação às autoridades competentes em casos de suspeita de abuso infantil configura infração ética e legal por parte do profissional de saúde.

Questão 100

O diagnóstico principal do paciente Lucas é anemia ferropriva, fundamentado tanto pela história clínica quanto pelos achados laboratoriais. Vamos analisar os pontos-chave para a resolução da questão:

Análise do quadro clínico e laboratorial:

1. Epidemiologia e clínica: Lucas tem 4 anos e possui uma dieta pobre em carnes e verduras, principais fontes de ferro. Apresenta palidez e fadiga, sintomas típicos de síndrome anêmica, sem sinais de sangramento, febre ou icterícia.
2. Hemograma: A hemoglobina de 8,5 g/dL confirma a anemia. O VCM (volume corpuscular médio) de 68 fL indica microcitose (hemácias pequenas) e o HCM (hemoglobina corpuscular média) de 22 pg indica hipocromia (hemácias pálidas).
3. Reticulócitos: O valor de 1% mostra uma anemia hipoproliferativa, ou seja, a medula óssea não está conseguindo compensar a perda/falta de células por falta de "matéria-prima".
4. Ferritina: O valor baixo é o achado mais específico para deficiência de ferro, pois reflete que os estoques corporais desse mineral estão exauridos.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A anemia ferropriva por deficiência alimentar é a principal causa de anemia na infância. O perfil laboratorial (microcítica, hipocrômica, ferritina baixa e reticulócitos baixos) associado à dieta inadequada confirma essa hipótese.

b) INCORRETA. As anemias hemolíticas são anemias regenerativas, apresentando reticulocitose (aumento de reticulócitos) e, frequentemente, cursando com icterícia e esplenomegalia, sinais que o paciente não possui. Além disso, costumam ser normocíticas ou macrocíticas.

c) INCORRETA. A anemia aplástica envolve a falência da medula óssea em produzir as três linhagens sanguíneas (pancitopenia), resultando em baixos níveis de hemácias, leucócitos e plaquetas. O paciente apresenta apenas anemia isolada e o padrão de tamanho das hemácias seria normocítico.

d) INCORRETA. A deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico causa anemia megaloblástica, que se caracteriza por ser uma anemia macrocítica, ou seja, com VCM elevado (geralmente acima de 100 fL), o oposto do que foi encontrado no exame de Lucas.

e) INCORRETA. Na anemia de doença crônica, a ferritina costuma estar normal ou elevada (pois é uma proteína de fase aguda) e os marcadores inflamatórios, como VHS e PCR, estariam aumentados. No caso em questão, a ferritina está baixa e os

marcadores inflamatórios estão normais, descartando essa hipótese.
