



UFRJ

GABARITO | 2025 | RJ | 150 Questões



Gabarito: UFRJ

2025 | RJ

1 - A	40 - A	79 - C	118 - B
2 - B	41 - C	80 - B	119 - B
3 - D	42 - C	81 - B	120 - D
4 - C	43 - C	82 - D	121 - A
5 - B	44 - D	83 - B	122 - A
6 - C	45 - C	84 - C	123 - B
7 - D	46 - A	85 - D	124 - B
8 - D	47 - C	86 - D	125 - C
9 - D	48 - D	87 - C	126 - A
10 - B	49 - C	88 - C	127 - D
11 - B	50 - A	89 - B	128 - A
12 - B	51 - A	90 - B	129 - A
13 - A	52 - D	91 - D	130 - C
14 - B	53 - A	92 - A	131 - B
15 - C	54 - A	93 - C	132 - B
16 - C	55 - C	94 - C	133 - A
17 - D	56 - B	95 - C	134 - B
18 - B	57 - A	96 - B	135 - C
19 - A	58 - B	97 - B	136 - D
20 - A	59 - D	98 - A	137 - B
21 - D	60 - C	99 - D	138 - D
22 - C	61 - D	100 - D	139 - A
23 - A	62 - B	101 - A	140 - C
24 - A	63 - A	102 - C	141 - C
25 - B	64 - C	103 - D	142 - D
26 - B	65 - A	104 - C	143 - D
27 - C	66 - A	105 - C	144 - C
28 - D	67 - B	106 - A	145 - A
29 - D	68 - D	107 - A	146 - B
30 - A	69 - D	108 - D	147 - B
31 - B	70 - C	109 - C	148 - D
32 - D	71 - D	110 - C	149 - D
33 - A	72 - D	111 - C	150 - A
34 - A	73 - C	112 - A	
35 - D	74 - D	113 - A	
36 - B	75 - B	114 - A	
37 - A	76 - D	115 - B	
38 - A	77 - C	116 - D	
39 - A	78 - B	117 - A	

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma anemia macrocítica importante, evidenciada pelo VCM de 120 fL (referência normal até 100 fL). O dado crucial para fechar o diagnóstico é o achado de neutrófilos hipersegmentados na hematoscopia. Este achado é considerado patognomônico de anemia megaloblástica, condição resultante de uma falha na síntese de DNA das células precursoras hematopoiéticas, geralmente por deficiência de Vitamina B12 (cobalamina) ou de Vitamina B9 (ácido fólico). Outros achados como policromatofilia e pontilhado basofílico podem ocorrer devido à eritropoiese ineficaz e ao estresse medular.

Alternativa a (Correta): A anemia perniciosa é a principal causa de anemia megaloblástica por deficiência de vitamina B12 no adulto. Ela ocorre devido a uma gastrite atrófica autoimune que reduz a produção de fator intrínseco, substância essencial para a absorção da vitamina B12 no íleo terminal. O quadro de macrocitose acentuada (VCM > 110-115 fL) associado a neutrófilos hipersegmentados e à ferritina normal confirma essa hipótese diagnóstica.

Alternativa b (Incorreta): A hemólise intravascular caracteriza-se pela destruição de hemácias dentro dos vasos sanguíneos, cursando com aumento de bilirrubina indireta, queda de haptoglobina e presença de esquizócitos (hemácias fragmentadas). Embora possa haver macrocitose aparente se houver muitos reticulócitos, a hemólise não explica a presença de neutrófilos hipersegmentados.

Alternativa c (Incorreta): A anemia ferropriva é uma anemia microcítica e hipocrômica (VCM baixo). No caso apresentado, o paciente tem macrocitose (VCM alto) e ferritina de 150 ng, que está dentro da faixa de normalidade, descartando a deficiência de ferro como causa.

Alternativa d (Incorreta): A hemólise extravascular ocorre quando as hemácias são destruídas no sistema reticuloendotelial (baço e fígado). Assim como na hemólise intravascular, o quadro costuma ser de anemia regenerativa (IPR > 2), podendo apresentar macrocitose pelo aumento de reticulócitos, mas nunca apresentará os pleocariócitos (neutrófilos hipersegmentados), que são marcadores específicos de distúrbio de síntese de DNA.

Nota sobre os reticulócitos: Embora o valor nominal de 4% pareça elevado, quando corrigido para o grau de anemia do paciente (Hematócrito de 25%), o Índice de Produção Reticulocitária (IPR) revela-se inferior a 2, caracterizando uma anemia

hipoproliferativa. Isso é típico da anemia megaloblástica, onde existe uma medula óssea rica em células, porém incapaz de liberar hemácias maduras e funcionais para a periferia de forma eficaz (eritropoiese ineficaz).

Questão 2

Para compreender esta questão, é necessário revisar os conceitos de responsividade a fluidos na terapia intensiva. Em pacientes em choque, o objetivo da administração de líquidos é aumentar o volume sistólico e, conseqüentemente, o débito cardíaco. Os parâmetros dinâmicos são superiores aos estáticos (como a pressão venosa central), pois utilizam a interação coração-pulmão durante a ventilação mecânica para prever se o ventrículo direito e o esquerdo ainda possuem reserva funcional.

Alternativa (a) Incorreta. A variação da pressão de pulso (VPP) é um excelente parâmetro, mas, para sugerir uma resposta positiva ao volume, seu valor deve estar elevado, geralmente acima de 12% a 13%. Um valor menor que 10% sugere que o paciente está na fase de platô da curva de Frank-Starling, ou seja, ele provavelmente não aumentará o débito cardíaco com a infusão de fluidos.

Alternativa (b) Correta. A variação do volume sistólico (VVS) é uma medida dinâmica que avalia a flutuação do volume de sangue ejetado pelo coração durante o ciclo respiratório. Quando o paciente está em ventilação mecânica com volume controlado, as variações de pressão intratorácica influenciam o retorno venoso e o volume sistólico. Uma VVS superior a 12% possui alta acurácia para identificar pacientes que responderão positivamente à fluidoterapia com aumento do débito cardíaco.

Alternativa (c) Incorreta. A medida de pressão sistólica isolada ou uma variação fixa em mmHg não é um índice dinâmico validado para prever responsividade volêmica. Os índices dinâmicos são expressos em percentuais de variação ao longo do ciclo respiratório, e não em valores absolutos de pressão tão baixos.

Alternativa (d) Incorreta. A variação da pressão diastólica não é utilizada na prática clínica como preditor de responsividade a fluidos. A literatura médica foca na variação da pressão de pulso (que é a diferença entre a sistólica e a diastólica) e na variação do volume sistólico, que são os parâmetros com evidência robusta para guiar a ressuscitação volêmica.

Questão 3

Explicação da Questão:

As reações adversas aos meios de contraste iodados podem ser divididas em reações quimiotóxicas (dependentes da dose e da concentração) e reações de hipersensibilidade ou idiossincráticas (independentes da dose, que se assemelham a alergias). A questão solicita a identificação de um fator de risco para as reações de hipersensibilidade.

Alternativa (a) Incorreta: Ter familiares com alergia medicamentosa não é um fator de risco estabelecido para que o paciente desenvolva uma reação ao contraste. O risco é individual e baseia-se prioritariamente no histórico clínico do próprio paciente.

Alternativa (b) Incorreta: A insuficiência renal é o principal fator de risco para a Nefropatia Induzida por Contraste (NIC). No entanto, a NIC é uma reação de toxicidade renal direta e não possui mecanismo alérgico ou imunológico. Portanto, o comprometimento da função renal não predispõe a reações respiratórias ou cutâneas de caráter alérgico.

Alternativa (c) Incorreta: O hipotireoidismo não está associado ao aumento do risco de alergia ao contraste. Existe uma preocupação teórica em pacientes com hipertireoidismo descompensado ou bócio nodular, em que a carga de iodo poderia desencadear tireotoxicose (efeito Jod-Basedow), mas isso é uma complicação metabólica/endócrina, não uma reação alérgica.

Alternativa (d) Correta: O histórico de reação adversa prévia ao meio de contraste iodado é o fator de risco isolado mais importante para uma nova reação. Pacientes que já apresentaram manifestações alérgicas ao contraste têm uma probabilidade significativamente maior (cerca de 5 a 10 vezes mais) de sofrerem um novo evento em exposições subsequentes. Nesses casos, recomenda-se o uso de contrastes de baixa osmolaridade e a realização de protocolos de dessensibilização ou pré-medicação com corticoides e anti-histamínicos.

Gabarito: Letra (d).

Questão 4

A piúria refere-se à presença de leucócitos na urina e indica um processo inflamatório em curso no sistema urinário. No contexto das doenças glomerulares, ela é um componente frequente do chamado sedimento urinário ativo, sendo um marcador de inflamação aguda do parênquima renal.

Alternativa A: Incorreta. A síndrome nefrótica pura caracteriza-se por uma alteração na permeabilidade capilar glomerular que leva à perda maciça de proteínas, hipoalbuminemia e edema. O sedimento urinário nessas condições costuma ser pobre em células, sendo frequentemente chamado de sedimento limpo ou inexpressivo. O achado microscópico típico é a lipidúria (corpos ovalados de gordura), e não a piúria.

Alternativa B: Incorreta. A nefropatia diabética é uma doença crônica, degenerativa e esclerosante dos glomérulos. Embora cause proteinúria progressiva e perda de função renal, ela não se caracteriza por uma resposta inflamatória aguda exsudativa. Portanto, a presença de leucócitos na urina não faz parte do quadro clínico habitual da doença renal causada pelo diabetes.

Alternativa C: Correta. A glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda (GNPE) é o protótipo da síndrome nefrítica. Sua fisiopatologia envolve a deposição de imunocomplexos no glomérulo, o que desencadeia uma intensa resposta inflamatória com ativação do sistema complemento. Esse processo atrai neutrófilos e monócitos para o tufo glomerular (fase exsudativa). Como consequência dessa inflamação aguda e agressiva, o sedimento urinário torna-se ativo, apresentando frequentemente hematúria dismórfica, cilindros hemáticos e piúria (leucocitúria). Dentre as opções, é a condição em que a inflamação é o mecanismo central e mais exuberante.

Alternativa D: Incorreta. A glomerulopatia membranosa é uma das principais causas de síndrome nefrótica em adultos. O dano renal ocorre pelo espessamento da membrana basal glomerular devido à deposição de imunocomplexos *in situ*, mas sem o recrutamento maciço de células inflamatórias para o glomérulo. Assim como em outras síndromes nefróticas, o sedimento urinário não costuma apresentar piúria significativa.

Questão 5

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Incorreta): A succinilcolina deve ser evitada em pacientes com intoxicação aguda por cocaína. O motivo é que tanto a cocaína quanto a succinilcolina são metabolizadas pela mesma enzima, a pseudocolinesterase plasmática (butirilcolinesterase). Se o paciente estiver intoxicado, a enzima estará ocupada metabolizando a droga, o que retarda a degradação da succinilcolina, levando a um bloqueio neuromuscular e paralisia respiratória muito mais prolongados do que o esperado. O rocurônio, por não depender dessa via metabólica, é a escolha preferencial para a sequência rápida de intubação.

Afirmativa II (Correta): O tratamento das emergências hipertensivas causadas pela cocaína foca em reverter a intensa estimulação simpática. A fentolamina é um bloqueador alfa-adrenérgico não seletivo que atua diretamente na vasoconstrição causada pela droga. Vasodilatadores como a nitroglicerina (especialmente se houver dor precordial isquêmica) e o nitroprussiato de sódio também são ferramentas seguras e eficazes para o controle imediato da pressão arterial nesses cenários.

Afirmativa III (Correta): Os betabloqueadores puros (como o propranolol ou atenolol) são contraindicados na fase aguda da intoxicação por cocaína. Isso ocorre devido ao fenômeno da "estimulação alfa não oposta": ao bloquear apenas os receptores beta (que promovem vasodilatação), sobra uma estimulação alfa (vasoconstritora) sem oposição, o que pode piorar drasticamente a hipertensão e o vasoespasmo coronariano. Caso seja necessário o bloqueio adrenérgico, prefere-se o uso de fármacos que possuam ação mista, bloqueando tanto receptores alfa quanto beta (como o labetalol ou carvedilol), embora o uso de benzodiazepínicos ainda seja a primeira linha de tratamento para acalmar o sistema simpático.

Conclusão das Alternativas:

Como apenas as afirmativas II e III estão corretas, a alternativa correspondente é a letra (b).

Questão 6

ANÁLISE DO CASO

A paciente de 81 anos apresenta a síndrome de quedas recorrentes, definida pela ocorrência de dois ou mais episódios em um ano. Ela possui múltiplos fatores de risco: idade avançada, doença de Alzheimer (declínio cognitivo), déficit visual (catarata), sarcopenia (perda de massa muscular) e polifarmácia. O ponto crucial para resolver a questão está no exame físico: a pressão arterial de 100x60 mmHg.

POR QUE A ALTERNATIVA (C) ESTÁ CORRETA?

O diurético deve ser retirado porque a paciente apresenta níveis pressóricos excessivamente baixos para sua idade e condição clínica (100x60 mmHg). No idoso frágil, metas de pressão arterial muito rigorosas aumentam significativamente o risco de hipotensão ortostática e hipofluxo cerebral, que são causas diretas de tontura e quedas. Segundo os Critérios de Beers (que listam medicamentos potencialmente inapropriados para idosos), o uso de anti-hipertensivos deve ser cauteloso para evitar a iatrogenia. Diante de uma PA limítrofe em uma paciente que já está caindo, a suspensão ou redução dos fármacos que reduzem a volemia e a pressão arterial é a

conduta prioritária.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Antipsicótico: É verdade que os antipsicóticos são fatores de risco para quedas devido aos efeitos de sedação, lentificação psicomotora e risco de sintomas extrapiramidais (parkinsonismo farmacológico). No entanto, o enunciado fornece um dado clínico específico (PA 100x60 mmHg) que aponta para uma causa hemodinâmica. Entre um medicamento que pode causar quedas por sedação e um que está comprovadamente mantendo a pressão em níveis baixos (causando hipotensão), a prioridade de retirada no cenário de hipotensão explícita é o anti-hipertensivo/diurético.

b) Vitamina D: A vitamina D não deve ser retirada. Pelo contrário, o exame laboratorial mostra níveis no limite inferior da normalidade. A suplementação de vitamina D é uma estratégia terapêutica para melhorar a função muscular e reduzir o risco de quedas e fraturas em idosos deficientes.

d) Bisfosfonato: Este medicamento é utilizado para o tratamento da osteoporose, visando reduzir o risco de fraturas em caso de quedas. Ele não interfere no equilíbrio, na força muscular ou na pressão arterial; portanto, não é o responsável pelos episódios de queda da paciente.

RESUMO DA CONDUTA

A avaliação geriátrica ampla prioriza a segurança do paciente. Com uma pressão arterial de 100x60 mmHg em uma paciente de 81 anos, o manejo da iatrogenia medicamentosa voltada ao controle da pressão (diurético) é o passo mais imediato para tentar cessar os eventos de queda.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO

A questão aborda o manejo de uma mordedura de cão em uma paciente com ferimento considerado grave (profundo e com perda tecidual). Para resolver o problema, devemos analisar três frentes: profilaxia do tétano, profilaxia da raiva e escolha da antibioticoterapia.

1. Tétano: A paciente foi vacinada há 3 anos. Em ferimentos graves ou sujos, o reforço vacinal só é indicado se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 anos. Portanto, não é necessária nova dose de vacina ou soro antitetânico.

2. Raiva: O cão pertence à vizinha, o que o caracteriza como um animal passível de observação. Em acidentes graves envolvendo cães ou gatos que podem ser observados, a recomendação do Ministério da Saúde é iniciar o esquema de vacinação (duas doses, nos dias 0 e 3) e observar o animal por 10 dias. Se o animal permanecer saudável após esse período, o esquema é encerrado. Embora as alternativas simplifiquem a conduta, a observação do animal é um pilar fundamental quando ele é conhecido.

3. Antibioticoterapia: Feridas por mordedura são polimicrobianas, envolvendo bactérias aeróbias e anaeróbias da boca do animal e da pele da vítima. O patógeno mais específico e preocupante é a *Pasteurella multocida*. O antibiótico de primeira escolha, que cobre tanto a *Pasteurella* quanto *Staphylococcus*, *Streptococcus* e anaeróbios, é a associação amoxicilina + clavulanato.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A clindamicina não é a droga de escolha para mordeduras, pois não apresenta cobertura adequada contra a *Pasteurella multocida*, uma bactéria gram-negativa comum nesses acidentes.

Alternativa b) Incorreta. A ciprofloxacina é uma quinolona que, isoladamente, não oferece a cobertura necessária contra germes anaeróbios da cavidade oral, além de não ser a primeira linha recomendada para profilaxia em mordeduras.

Alternativa c) Incorreta. O sulfametoxazol-trimetoprim não é indicado como primeira escolha para mordeduras de animais, pois falha na cobertura de diversos patógenos importantes presentes na flora bucal canina.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa apresenta a conduta farmacológica padrão-ouro (amoxicilina + clavulanato) para prevenir infecções secundárias por mordedura de cães e gatos. Além disso, menciona corretamente a observação do animal por 10 dias, que é a conduta inicial apropriada para animais domésticos que podem ser monitorados, evitando o uso desnecessário de imunobiológicos caso o animal não desenvolva raiva.

Questão 8

Esta questão aborda as manifestações pulmonares da artrite reumatoide (AR), especificamente a doença intersticial pulmonar. O quadro clínico de tosse seca, fadiga e estertores finos (tipo velcro) aponta para um processo fibrótico pulmonar. O segredo da questão está na interpretação dos achados da tomografia computadorizada (TC) de alta resolução.

Alternativa a) Incorreta. A pneumonia intersticial não específica (NSIP) é, de fato, muito frequente em pacientes com doenças do tecido conjuntivo. No entanto, o padrão radiológico da NSIP costuma apresentar opacidades em vidro fosco predominantes e simétricas, muitas vezes com preservação da região subpleural imediata. O faveolamento (honeycombing), descrito no enunciado, é um achado raro ou ausente na NSIP.

Alternativa b) Incorreta. A pneumonia em organização (antigamente chamada de BOOP) apresenta-se clinicamente de forma mais aguda ou subaguda e radiologicamente caracteriza-se por consolidações peribronquiais ou subpleurais, frequentemente migratórias. Não é um padrão de fibrose com faveolamento e bronquiectasias de tração.

Alternativa c) Incorreta. A pneumonia intersticial linfocítica (LIP) é uma condição raramente associada à AR, sendo muito mais típica da síndrome de Sjögren. Na TC, a LIP manifesta-se classicamente com áreas de vidro fosco e cistos pulmonares profundos de paredes finas, e não com faveolamento basal.

Alternativa d) Correta. A pneumonia intersticial não usual (UIP) é o padrão clássico da fibrose pulmonar idiopática, mas também ocorre frequentemente na artrite reumatoide. Os critérios tomográficos para o padrão UIP são: presença de faveolamento (honeycombing), bronquiectasias e bronquiolectasias de tração, com distribuição predominantemente basal e subpleural (periférica). O enunciado descreve exatamente esses achados (faveolamento e bronquiectasias de tração em bases), o que torna a pneumonia intersticial não usual a principal hipótese diagnóstica. Vale ressaltar que, na artrite reumatoide, o padrão UIP está associado a um pior prognóstico em comparação ao padrão NSIP.

Questão 9

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve uma mulher jovem (25 anos) com um acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico associado a achados de exame físico importantes: ausência de pulsos em membros superiores (radial esquerda e braquial direita). Esse

conjunto de dados aponta diretamente para uma vasculite de grandes vasos que acomete o arco aórtico e seus ramos principais.

POR QUE A ALTERNATIVA D ESTÁ CORRETA?

A arterite de Takayasu é a principal hipótese diagnóstica. Trata-se de uma vasculite crônica de grandes vasos (aorta e seus ramos principais) que acomete classicamente mulheres jovens, geralmente com menos de 40 anos. A inflamação da parede arterial leva a fibrose, estenoses ou oclusões. Isso justifica perfeitamente a doença sem pulso (ausência de pulsos radiais e braquiais) e o AVE isquêmico, que ocorre quando há comprometimento das artérias carótidas ou vertebrais.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A vasculite primária do sistema nervoso central é uma condição rara e restrita exclusivamente aos vasos do cérebro e da medula espinhal. Embora possa causar um AVE, ela jamais explicaria a ausência de pulsos braquial e radial, que são vasos extracranianos de grande calibre.

Alternativa B: A arterite de células gigantes (ou arterite temporal) também é uma vasculite de grandes vasos. No entanto, ela acomete quase exclusivamente indivíduos com mais de 50 anos, com pico de incidência entre 70 e 80 anos. A idade da paciente (25 anos) torna esse diagnóstico extremamente improvável.

Alternativa C: A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite que afeta vasos de médio calibre. Ela costuma apresentar manifestações como púrpura palpável, livedo reticular, dor abdominal (por isquemia mesentérica), hipertensão renovascular e mononeurite multiplex. A PAN tipicamente poupa a aorta e não costuma causar a oclusão de grandes troncos arteriais dos membros superiores.

RESUMO PARA PROVAS

Sempre que encontrar o binômio Mulher Jovem + Ausência de Pulsos ou Assimetria de Pressão Arterial, a arterite de Takayasu deve ser a sua primeira hipótese. O AVE entra como uma complicação grave decorrente da obstrução dos vasos que irrigam o sistema nervoso central.

Questão 10

A questão descreve um quadro clínico clássico da síndrome carcinoide, caracterizada pela tríade de fogachos (flushing facial), diarreia e broncoespasmo (chiado no peito e falta de ar). Esses sintomas decorrem da secreção excessiva de substâncias vasoativas, principalmente a serotonina, por tumores neuroendócrinos (geralmente de origem intestinal com metástases hepáticas ou de origem brônquica). O fato de os sintomas serem desencadeados por álcool e exercício físico é um dado clínico típico que reforça essa hipótese.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A dosagem de triptase e histamina é utilizada na investigação de distúrbios dos mastócitos, como a mastocitose sistêmica ou em quadros de anafilaxia. Embora a mastocitose possa causar flushing e diarreia, o conjunto de sintomas e os gatilhos apresentados direcionam mais especificamente para a síndrome carcinoide.

b) Correta. O ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) é o principal metabólito da serotonina. Como a síndrome carcinoide é causada pela produção excessiva de serotonina, a dosagem do 5-HIAA na urina de 24 horas apresenta alta sensibilidade e especificidade, sendo o exame inicial de escolha para confirmar o diagnóstico.

c) Incorreta. A dosagem de metanefrinas (na urina ou no plasma) é o teste de rastreio para o feocromocitoma. O feocromocitoma manifesta-se tipicamente com a tríade de cefaleia, palpitações e sudorese profusa, geralmente associada a picos hipertensivos, o que difere do quadro de diarreia e broncoespasmo relatado.

d) Incorreta. O T4 livre e o TSH são utilizados para avaliar a função tireoidiana. O hipertireoidismo pode causar diarreia e intolerância ao calor, mas não explica o flushing súbito nem o broncoespasmo desencadeado por gatilhos específicos como o álcool.

Questão 11

A questão apresenta uma paciente cirrótica que desenvolveu lesão renal aguda (LRA) logo após uma paracentese de grande volume (8 litros). Quando se retira mais de 5 litros de líquido ascítico sem a devida reposição de albumina, ocorre um fenômeno chamado disfunção circulatória pós-paracentese. Esse quadro gera uma queda acentuada no volume arterial efetivo, o que leva à ativação de sistemas vasoconstritores e, conseqüentemente, à redução da perfusão renal, resultando em oligúria e aumento de escórias nitrogenadas (ureia e creatinina).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A terapia dialítica não é a medida inicial. Ela é reservada apenas para casos de insuficiência renal grave que não respondem ao tratamento clínico inicial ou que apresentam indicações de urgência, como hipercalemia refratária, acidose metabólica grave ou edema agudo de pulmão.

Alternativa (b) Correta: O manejo inicial de qualquer paciente cirrótico que desenvolve lesão renal aguda inclui a retirada de possíveis insultos (como diuréticos) e a expansão volêmica com albumina. A dose recomendada para o desafio volêmico é de 1 g/kg de peso por dia (até o limite de 100 g/dia). Essa conduta é essencial para tentar reverter a hipovolemia relativa e é o passo obrigatório para o diagnóstico diferencial entre a insuficiência renal pré-renal e a síndrome hepatorenal. Além disso, a albumina atua na prevenção da falência renal em pacientes submetidos a paracenteses maiores que 5 litros.

Alternativa (c) Incorreta: O estímulo com diuréticos de alça é contraindicado nesta situação. O quadro clínico de oligúria após retirada de grande volume de líquido sugere depleção do volume intravascular efetivo. O uso de diuréticos agravaria a desidratação e a hipoperfusão renal, piorando a lesão renal.

Alternativa (d) Incorreta: A conduta não pode ser expectante, pois a disfunção renal em cirróticos é uma urgência médica associada à alta mortalidade. Embora o tratamento antiviral seja fundamental para o controle da doença de base (hepatite C), ele não possui efeito imediato sobre as complicações hemodinâmicas agudas e a função renal.

Gabarito: Letra (b).

Questão 12

O quadro clínico descrito apresenta uma mulher jovem com ptose palpebral bilateral e um dado fundamental: a melhora após o teste do pack de gelo (ice pack test). Este teste consiste na aplicação de gelo sobre a pálpebra caída por alguns minutos. O resfriamento local inibe a ação da enzima acetilcolinesterase, o que aumenta a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica e melhora temporariamente a transmissão neuromuscular. Esse fenômeno é característico da miastenia gravis, uma doença que afeta a comunicação entre o nervo e o músculo.

Alternativa a) Nervo craniano: Incorreta. Lesões de nervos cranianos (como uma paralisia do III par) que causam ptose não apresentam melhora com a aplicação de gelo. O defeito nessas patologias reside na condução do impulso ao longo do axônio

ou na sua origem nuclear, e não na dinâmica dos neurotransmissores na fenda sináptica.

Alternativa b) Placa motora: Correta. A placa motora, também chamada de junção neuromuscular, é o local onde ocorre a transmissão do impulso nervoso para o músculo através da acetilcolina. Na miastenia gravis, há uma destruição autoimune dos receptores de acetilcolina nesta região. O teste do pack de gelo é uma ferramenta diagnóstica beira-leito clássica para disfunções da placa motora, confirmando o diagnóstico topográfico nesta estrutura.

Alternativa c) Músculo: Incorreta. Nas miopatias primárias ou distrofias musculares, o problema reside na integridade da fibra muscular em si. Essas condições não respondem ao aumento da oferta de acetilcolina promovido pelo resfriamento, pois o defeito é estrutural ou metabólico dentro da célula muscular, e não na recepção do sinal nervoso.

Alternativa d) Gânglio dorsal: Incorreta. O gânglio da raiz dorsal é uma estrutura relacionada à via sensorial (aférente) do sistema nervoso periférico. Ele não possui função na via motora ou no controle da musculatura palpebral, sendo totalmente irrelevante para o quadro de ptose apresentado.

Questão 13

A indicação de antibioticoprofilaxia em procedimentos endoscópicos visa reduzir o risco de infecções locais ou sistêmicas em situações de alto risco. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a) Correta. A confecção de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é um procedimento que envolve a passagem de um cateter através da parede abdominal, atravessando a pele e o estômago. Esse trajeto apresenta um risco elevado de infecção do sítio cirúrgico por translocação de bactérias da orofaringe e da pele. Diretrizes mundiais (como as da ASGE e ESGE) recomendam o uso de antibiótico profilático (geralmente uma dose única de cefalosporina de primeira geração, como a cefazolina) cerca de 30 a 60 minutos antes do procedimento, pois isso reduz significativamente a incidência de infecções periestomais.

Alternativa b) Incorreta. Na ecoendoscopia com punção por agulha fina (FNA), a profilaxia antibiótica é recomendada rotineiramente para a punção de lesões císticas (como cistos pancreáticos), devido ao risco de infecção do fluido remanescente e formação de abscessos. No entanto, para lesões sólidas (como massas pancreáticas ou linfonodos), o risco de infecção é considerado muito baixo e o uso de antibióticos não é indicado de forma rotineira.

Alternativa c) Incorreta. Pacientes com cirrose hepática têm indicação obrigatória de antibioticoterapia quando apresentam hemorragia digestiva alta ativa (para prevenir peritonite bacteriana espontânea e outras infecções). Contudo, a endoscopia digestiva alta diagnóstica (como para rastreamento de varizes em paciente estável) não exige profilaxia antibiótica.

Alternativa d) Incorreta. Antigamente, recomendava-se profilaxia para endocardite infecciosa em pacientes com valvulopatias que seriam submetidos a colonoscopia ou endoscopia. Atualmente, as diretrizes das sociedades de cardiologia e endoscopia aboliram essa recomendação para procedimentos gastrointestinais de rotina, independentemente da condição valvar do paciente (incluindo prolapso de valva mitral ou valvulopatias degenerativas), reservando-a apenas para casos específicos de manipulação de tecido infectado.

Questão 14

A fisiopatogenia da dengue grave, anteriormente classificada como Febre Hemorrágica da Dengue, tem como evento central e definidor o aumento da permeabilidade capilar. Esse fenômeno leva ao extravasamento de plasma do compartimento intravascular para o espaço extravascular (terceiro espaço).

O mecanismo baseia-se em uma resposta imunológica exacerbada, muitas vezes associada a uma segunda infecção por um sorotipo diferente (teoria de Halstead ou facilitação dependente de anticorpos). Isso gera uma tempestade de citocinas e a liberação de mediadores inflamatórios que causam uma disfunção endotelial transitória.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora fenômenos hemorrágicos possam ocorrer devido à trombocitopenia e ao consumo de fatores de coagulação, a hemorragia não é o evento primário responsável pela gravidade ou pelo choque na maioria dos pacientes. O choque da dengue é, primordialmente, hipovolêmico por perda de plasma, e não necessariamente hemorrágico.

Alternativa b) Correta. O aumento da permeabilidade capilar é o marco fisiopatológico da dengue grave. Ele resulta em hemoconcentração (elevação do hematócrito), derrames cavitários (ascite, derrame pleural e pericárdico) e, se não manejado com reposição volêmica adequada, progride para o choque hipovolêmico e falência múltipla de órgãos.

Alternativa c) Incorreta. A dengue tipicamente causa leucopenia e trombocitopenia por ação direta do vírus na medula óssea e destruição periférica, mas o mecanismo principal da gravidade da doença não é uma pancitopenia de origem autoimune.

Alternativa d) Incorreta. A disfunção hepática pode ocorrer na dengue grave, manifestando-se por dor abdominal intensa e aumento importante de transaminases, sendo considerada um critério de disfunção de órgãos. Entretanto, ela é uma consequência ou uma manifestação específica da doença em alguns casos, e não a base fisiopatológica geral que define a gravidade da dengue no contexto sistêmico de extravasamento plasmático.

Questão 15

Na insuficiência cardíaca (IC), a redução do débito cardíaco e da pressão arterial é detectada por barorreceptores, que desencadeiam respostas neuro-hormonais compensatórias para tentar manter a homeostase circulatória.

Alternativa A: Incorreta. O fluxo sanguíneo renal diminui na insuficiência cardíaca. Isso ocorre devido à redução do débito cardíaco e, principalmente, em função da vasoconstrição das arteríolas renais mediada pelo sistema nervoso simpático e pela angiotensina II, que priorizam o fluxo de sangue para órgãos como o cérebro e o coração.

Alternativa B: Incorreta. Há um aumento na secreção de renina, e não uma redução. A menor perfusão renal e o estímulo adrenérgico sobre as células justaglomerulares ativam o sistema renina-angiotensina-aldosterona, visando promover a retenção de sódio e água para expandir o volume intravascular.

Alternativa C: Correta. Na insuficiência cardíaca, observa-se o aumento da liberação de vasopressina (hormônio antidiurético - ADH). Esta liberação ocorre de forma não osmótica, sendo estimulada pela percepção de baixo volume circulante efetivo pelos barorreceptores. A vasopressina atua nos receptores V2 dos ductos coletores renais, aumentando a reabsorção de água livre, e nos receptores V1 da musculatura lisa vascular, promovendo vasoconstrição.

Alternativa D: Incorreta. A atividade do sistema nervoso simpático está aumentada na IC. Trata-se de um dos principais mecanismos fisiopatológicos da doença, resultando em taquicardia, aumento da contratilidade miocárdica (em fases iniciais) e vasoconstrição periférica para sustentar a pressão arterial sistêmica.

Questão 16

A hepatite alcoólica apresenta um padrão laboratorial muito característico que permite diferenciá-la de outras etiologias de agressão hepática, como as hepatites virais agudas ou as lesões tóxicas graves.

O primeiro ponto fundamental é o valor absoluto das aminotransferases (transaminases). Na hepatite alcoólica, os níveis de AST e ALT raramente ultrapassam 400 U/L, situando-se geralmente abaixo de 300 U/L. Elevações discretas a moderadas são a regra. Valores que superam 500 ou 1.000 U/L são incomuns nesta patologia e devem direcionar o raciocínio clínico para outras causas, como hepatite por paracetamol, hepatite isquêmica (fígado de choque) ou hepatites virais agudas.

O segundo ponto é a relação entre as enzimas, conhecida como relação de De Ritis. Na doença alcoólica, ocorre um predomínio clássico de AST sobre a ALT, frequentemente em uma proporção superior a 2:1. Esse fenômeno ocorre principalmente porque o álcool provoca uma deficiência de piridoxal-5-fosfato (vitamina B6), que é um cofator essencial para a síntese da ALT. Como a síntese de ALT é mais prejudicada pela falta de B6 do que a de AST, os níveis de ALT permanecem proporcionalmente mais baixos. Além disso, o álcool tem efeito tóxico direto nas mitocôndrias, onde a AST está presente em grandes quantidades.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Embora cite corretamente o predomínio de AST, o valor acima de 1.000 U/L é atípico para hepatite alcoólica, sendo mais sugestivo de insultos agudos graves (isquemia ou toxinas).

Alternativa b: Incorreta. Valores acima de 1.000 U/L e predomínio de ALT são encontrados tipicamente em hepatites virais agudas graves, mas não na hepatite alcoólica.

Alternativa c: Correta. Reflete exatamente o padrão esperado: elevações moderadas (abaixo de 400 U/L) com a característica inversão da relação AST/ALT (predomínio de AST).

Alternativa d: Incorreta. Apesar de o valor absoluto estar dentro da faixa esperada para hepatite alcoólica, o predomínio de ALT não é o padrão dessa doença. O predomínio de ALT é mais comum na esteato-hepatite não alcoólica (NASH) ou em hepatites virais crônicas.

Questão 17

Alternativa (a) Incorreta: O carcinoma de pequenas células é, por definição, um tumor neuroendócrino de alto grau. Portanto, a identificação de marcadores de diferenciação neuroendócrina pela imuno-histoquímica, como a sinaptofisina, a cromogranina e o CD56, é o esperado para confirmar o diagnóstico, e não para afastá-lo.

Alternativa (b) Incorreta: Não existem, até o momento, marcadores imuno-histoquímicos capazes de diferenciar com segurança um carcinoma escamoso primário do pulmão de um carcinoma escamoso metastático de outros sítios (como cabeça e pescoço, esôfago ou colo uterino). Ambos costumam expressar os mesmos marcadores, como p40, p63 e citoqueratinas 5/6. Essa distinção deve ser feita com base na correlação clínica e em exames de imagem.

Alternativa (c) Incorreta: A distinção é fundamental para a conduta terapêutica na doença avançada. Pacientes com histologia escamosa têm contraindicação relativa ao uso de Bevacizumab (pelo alto risco de hemoptise grave), e o quimioterápico Pemetrexed é ineficaz nesse subtipo. Além disso, a pesquisa de mutações driver para terapia-alvo (como EGFR e ALK) é indicada prioritariamente para adenocarcinomas.

Alternativa (d) Correta: Historicamente, o carcinoma escamoso e o carcinoma de pequenas células são os subtipos que apresentam a associação mais robusta e direta com a carga tabágica. Ambos tendem a ter localização central (próxima aos brônquios principais) e são raramente encontrados em pacientes que nunca fumaram. O adenocarcinoma, embora também associado ao cigarro, é o tipo mais comum em não fumantes.

Questão 18

Para compreender essa questão, o ponto fundamental é identificar o nível da disfunção no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

A paciente apresenta um quadro de insuficiência adrenal. O dado laboratorial mais importante é o nível de ACTH baixo. Em casos de insuficiência adrenal primária (doença de Addison), o problema está na glândula adrenal; logo, o ACTH estaria elevado por falta de feedback negativo. Quando o ACTH está baixo, estamos diante de uma insuficiência adrenal secundária (causa hipofisária) ou terciária (causa hipotalâmica).

Outros dados confirmatórios são os níveis de renina e aldosterona normais. Na insuficiência adrenal secundária, a zona glomerulosa da adrenal (responsável pela aldosterona) permanece funcional, pois ela é regulada principalmente pelo sistema

renina-angiotensina, e não pelo ACTH.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A dosagem de anticorpos adrenais (como o anticorpo anti-21-hidroxilase) é indicada na investigação de insuficiência adrenal primária autoimune. Como o ACTH está baixo, a causa não é primária.

Alternativa B (Correta): Uma vez diagnosticada a insuficiência adrenal secundária (ACTH baixo), o próximo passo é avaliar a glândula hipófise em busca de adenomas, processos infiltrativos, sela vazia ou outras lesões estruturais. O exame de escolha para essa avaliação é a ressonância magnética (RM) de sela túrcica/hipófise.

Alternativa C (Incorreta): A tomografia computadorizada (TC) de adrenais seria útil se o ACTH estivesse elevado, sugerindo uma causa primária (como infecções, hemorragias ou metástases nas glândulas adrenais). Com ACTH baixo, o foco da investigação deve ser o sistema nervoso central.

Alternativa D (Incorreta): A dosagem de 17-hidroxiprogesterona é utilizada no diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita. Nessa condição, por haver deficiência na produção de cortisol, os níveis de ACTH estariam compensatoriamente elevados, e não baixos.

Portanto, diante de uma insuficiência adrenal com ACTH baixo, a investigação deve obrigatoriamente focar na hipófise, tornando a alternativa B a correta.

Questão 19

Análise do quadro clínico:

A paciente apresenta um quadro súbito de déficit neurológico focal (hemiparesia direita) em um contexto de múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão e diabetes mal controlados). O primeiro passo no raciocínio clínico é localizar a lesão: se o déficit é à direita, a lesão cerebral deve estar no hemisfério esquerdo, devido ao cruzamento das fibras motoras (trato corticoespinal) na decussação das pirâmides. Estatisticamente, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico é mais frequente que o hemorrágico.

Alternativa (a) CORRETA: O AVE isquêmico é a principal hipótese diagnóstica diante de um déficit súbito em paciente com fatores de risco. Na Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, a isquemia é visualizada como uma área de hipodensidade (cor mais escura que o parênquima normal). A região nucleocapsular esquerda (que engloba os núcleos da base e a cápsula interna) é um local comum de

infartos lacunares ou de grandes vasos em pacientes hipertensos e diabéticos, justificando perfeitamente a hemiparesia contralateral (direita).

Alternativa (b) INCORRETA: Embora o AVE isquêmico seja uma hipótese correta e a hipodensidade seja o achado tomográfico esperado, a alternativa aponta uma lesão no lado direito do cérebro. Como a paciente tem hemiparesia à direita, a lesão obrigatoriamente deve ser no hemisfério esquerdo.

Alternativa (c) INCORRETA: A ruptura de aneurisma causa Hemorragia Subaracnoide (HSA), que se manifesta na TC como hiperdensidade (sangue vivo/branco) nas cisternas da base e sulcos corticais. Clinicamente, a HSA cursa com cefaleia súbita e intensa (cefaleia em trovoada) e sinais de irritação meníngea, e não tipicamente com hemiparesia focal isolada.

Alternativa (d) INCORRETA: Um AVE hemorrágico intraparenquimatoso apresentaria hiperdensidade na TC, não uma coleção subdural. A coleção subdural (hematoma subdural) geralmente está relacionada a traumas e possui formato de crescente. Além disso, a alternativa aponta o lado direito, o que resultaria em sintomas no lado esquerdo do corpo.

Questão 20

O quadro clínico descreve um paciente com doença renal crônica terminal que, após sete dias sem diálise, desenvolveu sinais de uremia e pericardite urêmica. A deterioração súbita durante a sessão de hemodiálise, caracterizada pela tríade de Beck (hipotensão/PAS inaudível, bulhas hipofonéticas e turgência jugular), é patognomônica de tamponamento cardíaco.

Análise das alternativas:

a) CORRETA: O eletrocardiograma (ECG) com infradesnível de PR e supradesnível de ST difuso (não respeitando territórios vasculares) é típico da fase inicial da pericardite. Em pacientes com pericardite urêmica, o uso de heparina durante a hemodiálise (necessária para evitar a coagulação do circuito) aumenta significativamente o risco de transformar um derrame pericárdico seroso em hemorrágico, levando ao tamponamento cardíaco agudo. Portanto, a prevenção em casos de suspeita de pericardite é realizar a "diálise com heparina zero" ou lavagens frequentes com soro fisiológico.

b) INCORRETA: Embora o infarto agudo do miocárdio (IAM) seja uma causa frequente de morte em pacientes renais crônicos, o ECG descrito é clássico de pericardite. No IAM, o supradesnível de ST geralmente é localizado em uma parede específica. Além

disso, bulhas hipofonéticas e turgência jugular súbita apontam para choque obstrutivo (tamponamento) e não primariamente cardiogênico por isquemia.

c) INCORRETA: O tromboembolismo pulmonar (TEP) pode causar dispneia súbita, hipotensão e turgência jugular (por falência de ventrículo direito). No entanto, não justifica a hipofonese de bulhas nem as alterações eletrocardiográficas típicas de inflamação do pericárdio (infradesnível de PR e supradesnível de ST difuso).

d) INCORRETA: A embolia aérea é uma complicação mecânica da hemodiálise que ocorre quando ar entra na circulação, podendo causar choque e hipóxia súbita. Embora o uso de cata-bolhas seja a forma de prevenção, a história clínica de uremia prévia combinada com os achados específicos do ECG e a hipofonese de bulhas direcionam o diagnóstico para o tamponamento por pericardite hemorrágica.

Conclusão: Diante de um paciente com insuficiência renal e sinais de pericardite ao ECG, deve-se evitar a anticoagulação sistêmica na diálise para prevenir o tamponamento cardíaco.

Questão 21

O quadro clínico descrito — mulher jovem com tosse produtiva crônica, infecções respiratórias de repetição e o sinal do "trilho de trem" na radiografia de tórax — é clássico para o diagnóstico de bronquiectasias. As bronquiectasias são dilatações irreversíveis dos brônquios decorrentes de ciclos repetidos de inflamação e infecção.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O padrão de "árvore em brotamento" na tomografia computadorizada (TC) de tórax representa o preenchimento de bronquíolos terminais e respiratórios por secreção (muco, pus ou sangue). Embora possa estar presente em pacientes com bronquiectasias durante episódios de exacerbação infecciosa, é um sinal de doença de pequenas vias aéreas (bronquiolite infecciosa), sendo muito comum na tuberculose de disseminação broncogênica, e não o achado definidor da dilatação brônquica em si.

b) Incorreta. A "calcificação em casca de ovo" (eggshell calcification) refere-se à calcificação periférica de linfonodos hilares ou mediastinais. É um achado radiológico característico da silicose, uma pneumoconiose causada pela inalação de poeira de sílica, não possuindo relação com o quadro de bronquiectasias.

c) Incorreta. Placas pleurais difusas, muitas vezes calcificadas, são marcadores de exposição prévia ao asbesto (amianto). Estão relacionadas à asbestose ou ao risco de

mesotelioma, e não explicam a dilatação brônquica e a tosse produtiva crônica descritas no caso.

d) Correta. O sinal do "anel de sinete" é o achado tomográfico patognomônico das bronquiectasias. Ele ocorre quando o diâmetro da luz brônquica é maior que o diâmetro da artéria pulmonar adjacente (em condições normais, eles possuem tamanhos semelhantes). Na imagem, o brônquio dilatado e cheio de ar assemelha-se ao aro de um anel, enquanto a artéria, menor e opacificada, assemelha-se à pedra ou joia do anel.

Associação diagnóstica:

- Radiografia: Sinal do trilho de trem (paredes brônquicas espessadas e paralelas).
- Tomografia: Sinal do anel de sinete (bronquiectasia cilíndrica na qual o brônquio é maior que o vaso).

Questão 22

A análise desse caso clínico deve ser feita integrando os achados do exame físico e a apresentação sistêmica. Temos uma paciente jovem com três sinais principais: déficit neurológico focal (sugestivo de AVC isquêmico embólico), ritmo cardíaco irregular (sugestivo de fibrilação atrial) e um sopro diastólico em ruflar no ápice (ponta do coração).

A alternativa correta é a letra (c): Estenose mitral reumática.

O sopro diastólico em ruflar, mais audível na ponta (foco mitral), é o achado clássico e quase patognomônico da estenose mitral. Em pacientes jovens no Brasil, a etiologia predominante é a sequela de febre reumática. A estenose mitral leva ao aumento da pressão e do tamanho do átrio esquerdo, o que predispõe ao desenvolvimento de fibrilação atrial (ritmo irregular). A estase sanguínea no átrio esquerdo dilatado favorece a formação de trombos que, ao serem ejetados, podem causar fenômenos embólicos sistêmicos, como o déficit neurológico focal (AVC) descrito na questão.

Análise das alternativas incorretas:

a) Comunicação interatrial: O achado característico no exame físico é o desdobramento fixo da segunda bulha (B2) e um sopro sistólico de ejeção no foco pulmonar (por hiperfluxo), não um ruflar diastólico no ápice. Embora possa causar arritmias e embolia paradoxal, o sopro descrito não corresponde a essa patologia.

b) Forame oval patente: É uma causa importante de AVC criptogênico em jovens (embolia paradoxal), mas geralmente não apresenta alterações na ausculta cardíaca

nem ritmo cardíaco irregular como achado primário característico.

d) Estenose aórtica: O sopro da estenose aórtica é tipicamente sistólico, do tipo crescendo-decrescendo (ejetivo), mais audível no foco aórtico e com irradiação para as carótidas. Não se apresenta como um ruflar diastólico no ápice.

Questão 23

Para a classificação da Hipertensão Pulmonar (HP), o dado mais relevante do cateterismo de coração direito é a Pressão de Oclusão Arterial Pulmonar (POAP), também conhecida como pressão de capilar pulmonar. Ela permite diferenciar se a causa da pressão alta nos pulmões está antes do capilar (pré-capilar) ou depois dele (pós-capilar, ou seja, originada no coração esquerdo).

O enunciado informa que o paciente apresenta uma POAP maior que 15 mmHg. Esse valor é o principal divisor de águas na hemodinâmica pulmonar:

- POAP menor ou igual a 15 mmHg define HP pré-capilar.
- POAP maior que 15 mmHg define HP pós-capilar.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O Grupo II (ou Tipo II) engloba a HP decorrente de doenças do coração esquerdo, como insuficiência cardíaca (sistólica ou diastólica) e valvulopatias (mitral ou aórtica). Hemodinamicamente, é a única categoria definida obrigatoriamente por uma HP pós-capilar, ou seja, com POAP maior que 15 mmHg. Como o paciente apresenta POAP elevada e resistência vascular pulmonar (RVP) também elevada, ele se encaixa no perfil de HP pós-capilar combinada (componente pré e pós-capilar), típica de casos crônicos do Grupo II.

Alternativa B (Incorreta): O Grupo IV refere-se a HP causada por obstruções das artérias pulmonares, sendo o tromboembolismo pulmonar crônico a causa principal. É uma forma de HP pré-capilar, o que exigiria uma POAP menor ou igual a 15 mmHg.

Alternativa C (Incorreta): O Grupo III inclui a HP associada a doenças pulmonares parenquimatosas (como DPOC e fibrose pulmonar) ou hipóxia. Também é classificada como HP pré-capilar, apresentando POAP menor ou igual a 15 mmHg.

Alternativa D (Incorreta): O Grupo I é a Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) propriamente dita, que inclui as formas idiopática, hereditária e associada a condições como esquistossomose, HIV e colagenoses. Por definição diagnóstica, a HAP é sempre pré-capilar, com POAP menor ou igual a 15 mmHg.

Portanto, a presença de POAP maior que 15 mmHg é o marcador patognomônico para a classificação no Grupo II. Vale ressaltar que, embora a questão mencione PAP média maior que 15 mmHg, as diretrizes atuais da ESC/ERS definem a presença de HP com PAP média maior que 20 mmHg, mas isso não altera o raciocínio para a escolha da alternativa baseada na POAP.

Questão 24

EXPLICAÇÃO:

O tratamento das síndromes coronarianas com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) visa à reperfusão imediata da artéria culpada. Quando a angioplastia primária não pode ser realizada em tempo hábil, a fibrinólise é a terapia de escolha. Contudo, devido ao risco de sangramentos fatais, o médico deve conhecer as contra-indicações absolutas.

Alternativa a) **CORRETA**: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico prévio é uma contra-indicação absoluta para a fibrinólise em qualquer momento da vida do paciente. Uma vez que o paciente já apresentou um sangramento intracraniano, o risco de uma nova hemorragia catastrófica sob efeito do fibrinolítico é proibitivo. Vale ressaltar que o AVE isquêmico também é contra-indicação absoluta se ocorrido nos últimos 3 meses.

Alternativa b) **INCORRETA**: A idade avançada não é uma contra-indicação absoluta. Pacientes idosos (especialmente acima de 75 anos) possuem maior risco de complicações hemorrágicas, mas também são os que apresentam maior benefício em termos de redução de mortalidade com a reperfusão. É considerada, no máximo, uma contra-indicação relativa em protocolos específicos.

Alternativa c) **INCORRETA**: A úlcera péptica em atividade é classificada como uma contra-indicação relativa. Nestes casos, o médico deve ponderar o risco de um sangramento gastrointestinal contra o benefício de tratar o infarto. Se o benefício da reperfusão superar o risco de sangramento, a fibrinólise pode ser realizada com cautela.

Alternativa d) **INCORRETA**: A menstruação é explicitamente excluída da lista de contra-indicações pelas principais diretrizes de cardiologia (SBC, AHA e ESC). O sangramento menstrual não impede a realização da terapia trombolítica no infarto agudo do miocárdio.

RESUMO DE CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:

1. AVE hemorrágico prévio (em qualquer tempo).

2. AVE isquêmico nos últimos 3 meses (exceto se for o AVE isquêmico agudo nas primeiras 4,5 h).
3. Neoplasia intracraniana conhecida ou lesão estrutural cerebral (como malformações arteriovenosas).
4. Trauma cranioencefálico ou facial significativo nos últimos 3 meses.
5. Cirurgia intracraniana ou intraespinhal recente (últimos 2 meses).
6. Sangramento interno ativo (exceto menstruação) ou diátese hemorrágica.
7. Suspeita de dissecção aguda da aorta.
8. Hipertensão arterial grave e não controlada no momento da apresentação (não responsiva à terapia de emergência).

Questão 25

Análise do Quadro Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de abdome agudo inflamatório. O ponto-chave para o diagnóstico é a localização da dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) em um paciente idoso, associada a sinais de peritonite (descompressão dolorosa positiva). A anorexia e a parada de eliminação de flatos sugerem um íleo paralítico reflexo decorrente do processo inflamatório ou uma obstrução intestinal mecânica secundária à inflamação. A taquicardia e a dor intensa reforçam a gravidade do caso, indicando uma complicação.

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pielonefrite aguda manifesta-se tipicamente com febre alta, dor lombar (geralmente com sinal de Giordano positivo) e sintomas urinários (disúria, polaciúria). Embora a dor possa irradiar para o abdome, ela não costuma causar sinais de irritação peritoneal franca nem parada de eliminação de gases.

Alternativa b) Correta. A diverticulite aguda é a principal causa de dor na fossa ilíaca esquerda no idoso, sendo popularmente conhecida como a "apendicite do lado esquerdo". O quadro clínico de dor localizada, constipação e sinais de irritação peritoneal (descompressão dolorosa) é altamente sugestivo. A presença de taquicardia e peritonite indica que se trata de uma diverticulite complicada (com abscesso ou perfuração). A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste intravenoso é o exame padrão-ouro, pois confirma o diagnóstico, avalia a gravidade através da classificação de Hinchey e ajuda a excluir outros diagnósticos diferenciais.

Alternativa c) Incorreta. Um aneurisma de aorta abdominal em expansão ou roto é uma emergência catastrófica que geralmente se manifesta com dor abdominal ou

lombar súbita e intensa, podendo haver massa pulsátil e instabilidade hemodinâmica severa. Embora a angiotomografia seja o exame para avaliar a aorta, os sintomas intestinais (constipação e parada de flatos) e a localização específica da irritação peritoneal na FIE direcionam o diagnóstico para a diverticulite.

Alternativa d) Incorreta. A nefrolitíase (cólica renal) causa dor aguda, em cólica, geralmente de início súbito e com irradiação para a região inguinal ou bolsa escrotal/grandes lábios. Não costuma evoluir com descompressão dolorosa abdominal (peritonite) ou sinais de oclusão intestinal. Além disso, o ultrassom abdominal tem sensibilidade limitada em comparação à tomografia para avaliação inicial de abdome agudo inflamatório no idoso.

Questão 26

O quadro clínico descrito e os exames laboratoriais apontam para uma das complicações mais graves e temidas do tratamento com tiamidas (como o Tapazol/metimazol): a agranulocitose.

A paciente apresenta febre e odinofagia (dor de garganta), que são os sintomas clássicos de alerta. Ao analisarmos o hemograma, observamos uma leucopenia importante (1.200 leucócitos/ mm^3). O cálculo dos granulócitos (neutrófilos + basófilos + eosinófilos) revela que eles representam 40% do total, o que equivale a 480 células/ mm^3 ($1.200 \times 0,4$). A definição técnica de agranulocitose é a contagem absoluta de neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$.

Diante da suspeita ou confirmação de agranulocitose induzida por antitireoidianos, a conduta deve ser imediata.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A manutenção da droga em um paciente com neutropenia grave e sintomas de infecção é um erro grave, pois a medicação continua suprimindo a medula óssea, podendo levar à sepse generalizada e ao óbito.

b) Correta. A suspensão imediata do Tapazol é obrigatória. Uma vez que o paciente desenvolve agranulocitose com uma tiamida, o uso dessa classe de medicamentos deve ser interrompido definitivamente, e o tratamento do hipertireoidismo deve ser seguido por outras vias (como iodo radioativo ou cirurgia, após estabilização). O paciente também deve ser avaliado para internação e uso de antibióticos de amplo espectro.

c) Incorreta. Aumentar a dose intensificaria a toxicidade sobre a medula óssea,

acelerando a queda dos glóbulos brancos e agravando o risco de morte.

d) Incorreta. A redução da dose não é suficiente para reverter o quadro. A agranulocitose por tiamidas é uma reação idiossincrática e grave que exige a interrupção total e definitiva do fármaco. Mesmo doses baixas podem manter a supressão medular neste cenário.

Questão 27

A Trombocitopenia Induzida por Heparina (HIT) do tipo II é uma complicação imunomediada grave que ocorre devido à formação de anticorpos IgG contra o complexo fator plaquetário 4 (PF4) e heparina. O entendimento dos fatores que aumentam o risco dessa condição é essencial para a prática médica e para a resolução de questões de prova.

Alternativa A: Incorreta. Na verdade, a literatura médica aponta que a HIT é mais frequenteno sexo feminino do que no masculino, embora a razão exata para essa predisposição ainda seja discutida.

Alternativa B: Incorreta. A HIT é uma condição intensamente pró-trombótica. Apesar de poder causar tanto trombozes arteriais quanto venosas, os quadros de trombose venosa (como trombose venosa profunda e embolia pulmonar) são significativamente mais comuns, ocorrendo em uma proporção de aproximadamente 4 para 1 em relação aos eventos arteriais.

Alternativa C: Correta. Esta é uma das características epidemiológicas mais importantes da HIT. A heparina não fracionada (HNF) possui cadeias de polissacarídeos mais longas e uma carga negativa mais intensa, o que facilita a formação de complexos macromoleculares com o fator plaquetário 4 (PF4). Esses complexos são altamente imunogênicos. Assim, o risco de desenvolver HIT com HNF é cerca de 10 vezes maior (estimado entre 1% e 5%) do que com o uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM), onde o risco é geralmente inferior a 1%.

Alternativa D: Incorreta. A prevalência da HIT é maior em pacientes cirúrgicos do que em pacientes clínicos. Pacientes submetidos a grandes cirurgias ortopédicas, vasculares ou cardíacas apresentam riscos mais elevados. Isso ocorre porque o trauma cirúrgico e a manipulação tecidual geram uma maior ativação plaquetária e liberação de PF4 no sistema, favorecendo a formação dos imunocomplexos.

Questão 28

Para compreender essa questão, devemos analisar a relação ventilação/perfusão (V/Q) ilustrada na imagem, que representa os extremos das trocas gasosas pulmonares.

Análise da Imagem:

Figura A: Representa o efeito shunt (V/Q tendendo a zero). Observe que a via aérea está obstruída ou o alvéolo está colapsado, impedindo a entrada de ar (ventilação zero), enquanto o sangue continua circulando pelo capilar (perfusão preservada). O sangue passa pelo pulmão sem ser oxigenado.

Figura B: Representa a relação V/Q ideal ou normal, onde há equilíbrio entre a ventilação alveolar e a perfusão capilar.

Figura C: Representa o efeito espaço morto (V/Q tendendo ao infinito). Aqui, o alvéolo está bem ventilado, mas há uma obstrução no capilar (indicada pelo X), impedindo a passagem de sangue. O ar chega ao alvéolo, mas não encontra sangue para realizar a troca gasosa.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A figura C corresponde ao efeito espaço morto, não ao shunt. Embora o enfisema possa gerar áreas de espaço morto pela destruição de capilares, a associação funcional com "C" na alternativa está errada por denominá-lo shunt.

b) Incorreta. A figura C realmente representa o espaço morto; porém, a pneumonia grave é caracterizada pelo preenchimento alveolar por exsudato inflamatório, o que impede a ventilação, gerando efeito shunt (Figura A), e não espaço morto.

c) Incorreta. A figura A representa o efeito shunt (falta de ventilação). O enfisema pulmonar, devido à destruição das paredes alveolares e dos capilares associados, é uma causa clássica de aumento do espaço morto alveolar (Figura C).

d) Correta. A figura A demonstra uma unidade alveolar onde a perfusão existe, mas a ventilação está ausente, o que define o shunt. Na pneumonia grave, os alvéolos ficam ocupados por secreções e débris celulares, impedindo que o oxigênio chegue à membrana alvéolo-capilar, enquanto o fluxo sanguíneo é mantido, caracterizando perfeitamente o shunt exemplificado em A.

Questão 29

A questão descreve um quadro clássico da Doença de Wilson, uma patologia autossômica recessiva caracterizada pelo acúmulo tóxico de cobre nos tecidos, especialmente no fígado e no sistema nervoso central, devido a uma mutação no gene ATP7B.

O paciente apresenta a tríade típica: acometimento hepático (icterícia, hepatomegalia e aumento de transaminases), acometimento neurológico (alteração da marcha, disartria, dismetria e tremor) e o achado oftalmológico visualizado na imagem, que é o anel de Kayser-Fleischer. Este anel resulta do depósito de cobre na membrana de Descemet, na periferia da córnea, aparecendo como uma coloração acastanhada ou dourada ao redor da íris. Sua presença é quase universal em pacientes com a forma neurológica da doença.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Doença de Huntington é uma desordem neurodegenerativa hereditária caracterizada por movimentos coreicos (coreia), declínio cognitivo e alterações psiquiátricas graves. Embora cause distúrbios do movimento, ela não evolui com hepatopatia nem apresenta o anel de Kayser-Fleischer.

b) Incorreta. A Doença de Creutzfeldt-Jakob é uma encefalopatia espongiiforme rara causada por príons. O quadro clínico é marcado por uma demência rapidamente progressiva, ataxia e mioclonias, levando ao óbito em pouco tempo. Não apresenta envolvimento hepático nem os sinais oculares descritos.

c) Incorreta. A Doença de Whipple é uma infecção sistêmica causada pela bactéria *Tropheryma whipplei*. Apesar de poder apresentar sintomas neurológicos raros, sua apresentação clássica envolve síndrome de má absorção intestinal, diarreia, perda de peso e artralgia, o que não condiz com o quadro de hepatopatia e depósito corneano de cobre.

d) Correta. A Doença de Wilson deve ser sempre a principal hipótese em pacientes jovens com a combinação de doença hepática e distúrbios neurológicos extrapiramidais ou cerebelares. O anel de Kayser-Fleischer, demonstrado na imagem, é o sinal clínico confirmatório mais importante para o diagnóstico.

Questão 30

Para resolver a questão, é necessário identificar os diferentes tipos de deslocamento do tecido cerebral (herniações) causados pelo efeito de massa e aumento da pressão intracraniana demonstrados na imagem:

Letra A - Herniação Uncal (Alternativa A correta): A seta A aponta para o deslocamento da porção medial do lobo temporal (uncus) através da incisura da tenda do cerebelo (tentório). Esta é uma herniação transtentorial lateral. Clinicamente, é clássica pela tríade de redução do nível de consciência, midríase ipsilateral (compressão do III par craniano) e hemiparesia contralateral.

Letra B - Herniação Central (Alternativa B incorreta): A seta B indica a herniação central ou transtentorial descendente. Nela, o diencéfalo e o tronco encefálico são deslocados verticalmente através da abertura tentorial. A alternativa B está incorreta, pois afirma que B seria a herniação amigdaliana.

Letra C - Herniação Subfalcina (Alternativa C incorreta): A seta C mostra o giro do cíngulo sendo empurrado por baixo da foice do cérebro para o lado oposto. É o tipo mais comum de herniação. A alternativa C está incorreta ao chamar este deslocamento de herniação transtentorial.

Letra D - Herniação Amigdaliana (Alternativa D incorreta): A seta D aponta para a protrusão das tonsilas cerebelares (amígdalas) através do forame magno. Esta condição é crítica, pois comprime o bulbo, onde se localizam os centros respiratórios e vasomotores. A alternativa D está incorreta ao rotular este ponto como herniação subfalcina.

Portanto, a única correlação correta entre a imagem e a respectiva síndrome de herniação é a apresentada na alternativa A.

Questão 31

O protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), adaptado no Brasil como protocolo ACERTO (Aceleração da Recuperação Total no Pós-Operatório), é um conjunto de medidas baseadas em evidências que visa a reduzir o estresse metabólico da cirurgia, diminuir complicações e acelerar a alta hospitalar.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Incorreta. O protocolo preconiza a analgesia multimodal com o objetivo de poupar o uso de opioides (opioid-sparing). Os opioides, embora potentes analgésicos, estão associados a efeitos colaterais que retardam a recuperação, como

náuseas, vômitos, sedação excessiva e, principalmente, o íleo paralítico pós-operatório (atraso no retorno da função intestinal).

Alternativa B: Correta. O manejo hídrico intraoperatório é um pilar central do ERAS. A fluidoterapia guiada por metas (do inglês, Goal-Directed Fluid Therapy) utiliza parâmetros hemodinâmicos para ofertar a quantidade exata de líquidos necessária para manter a perfusão tecidual. O objetivo é evitar tanto a hipovolemia quanto a sobrecarga hídrica, que pode causar edema intersticial, prejuízo na cicatrização de anastomoses e complicações pulmonares.

Alternativa C: Incorreta. O protocolo recomenda fortemente o uso de anestesia regional e bloqueios de nervos periféricos, como a anestesia peridural (especialmente em cirurgias abdominais abertas) e o bloqueio do plano transversal abdominal (TAP block). Essas técnicas fazem parte da estratégia de analgesia multimodal para reduzir a dor e a necessidade de opioides sistêmicos.

Alternativa D: Incorreta. Um dos principais conceitos do ERAS é a abreviação do jejum pré-operatório. Para líquidos claros (água, chás, sucos sem polpa e bebidas com carboidratos), o tempo de jejum recomendado é de apenas 2 horas antes da indução anestésica. O jejum de 8 horas é reservado para refeições completas ou alimentos de lenta digestão. A abreviação do jejum reduz a resistência insulínica no pós-operatório e traz maior conforto ao paciente.

Gabarito: Letra (b).

Questão 32

O delírium pós-operatório é uma disfunção orgânica cerebral aguda caracterizada por alterações flutuantes do estado mental, atenção e consciência. Para resolver essa questão, é necessário diferenciar os fatores que contribuem para o desenvolvimento do quadro (fatores de risco predisponentes e precipitantes) daqueles que são medidas de prevenção ou estados de normalidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a imobilização e a privação de sono sejam fatores precipitantes bem conhecidos para o delírium, o controle de infecção é uma medida preventiva e terapêutica. O fator de risco real seria a presença de uma infecção ativa, e não o seu controle.

b) Incorreta. A idade avançada é um fator de risco importante, porém a literatura médica geralmente estabelece um ponto de corte maior, habitualmente acima de 65

ou 70 anos; 50 anos é considerada uma idade ainda jovem para ser isoladamente um fator de risco marcante. Além disso, a "ausência de distúrbios eletrolíticos" representa um estado de homeostase (normalidade), enquanto o fator de risco seria a presença de distúrbios (como hiponatremia ou hipocalcemia).

c) Incorreta. A desnutrição e a desidratação são, de fato, fatores de risco. No entanto, o "controle algico medicamentoso" (o ato de tratar a dor do paciente) é uma medida protetora. A dor não controlada é um dos principais gatilhos para o delirium no pós-operatório. Vale ressaltar que apenas o uso de medicações específicas, como benzodiazepínicos e anticolinérgicos, é que agiria como fator de risco.

d) Correta. Esta alternativa reúne três fatores de risco clássicos:

1. Fratura de quadril recente: Cirurgias ortopédicas de grande porte, especialmente após traumas como fraturas de quadril em idosos, apresentam as maiores incidências de delirium pós-operatório devido à resposta inflamatória sistêmica e ao estresse cirúrgico.

2. Desidratação: É um fator precipitante metabólico comum que altera a perfusão cerebral e o equilíbrio hidroeletrolítico.

3. Uso de álcool: O consumo crônico de álcool ou a síndrome de abstinência durante a internação são preditores importantes para o surgimento de quadros confusionais agudos.

Questão 33

A alternativa correta é a (a).

Alternativa (a): Correta. A cefazolina, uma cefalosporina de primeira geração, é o antibiótico de escolha para a maioria das profilaxias cirúrgicas. Entretanto, em pacientes com histórico de alergia grave (hipersensibilidade do tipo I, como anafilaxia ou urticária) aos betalactâmicos, a clindamicina ou a vancomicina são as alternativas padrão para garantir a cobertura contra germes Gram-positivos da pele, como o *Staphylococcus aureus*.

Alternativa (b): Incorreta. Cirurgias videolaparoscópicas eletivas de baixo risco, como uma colecistectomia não complicada em pacientes saudáveis ou laparoscopias diagnósticas, geralmente não exigem profilaxia antimicrobiana sistêmica. O risco de infecção nessas técnicas minimamente invasivas é muito baixo, e o uso indiscriminado de antibióticos deve ser evitado para prevenir a resistência bacteriana.

Alternativa (c): Incorreta. A histerectomia, independentemente da via (abdominal, vaginal ou laparoscópica), é classificada como uma cirurgia limpa-contaminada, pois

envolve a entrada no trato reprodutor feminino, que possui flora bacteriana própria. O uso de antibioticoprofilaxia é obrigatório e reduz significativamente o risco de infecções de sítio cirúrgico e abscesso de cúpula vaginal.

Alternativa (d): Incorreta. Nas cirurgias oftalmológicas, como a de catarata, a profilaxia visa prevenir a endoftalmite. Para isso, utiliza-se preferencialmente a via tópica (colírios) no pré- e pós-operatório ou a injeção intracameral (diretamente na câmara anterior do olho) de antibióticos como cefuroxima ou moxifloxacino ao final do procedimento. A via intravenosa não é indicada de rotina, pois apresenta penetração intraocular limitada e riscos sistêmicos desnecessários.

Questão 34

A classificação das lesões por pressão (LPP) é fundamentada na profundidade do dano tecidual observado durante a avaliação clínica. Abaixo, analisamos cada alternativa conforme as diretrizes do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP):

Alternativa a) **ESTÁ CORRETA**. O Estágio II é caracterizado pela perda parcial da espessura da pele, envolvendo a epiderme e a derme. Clinicamente, manifesta-se como uma úlcera superficial, rasa, com o leito da ferida avermelhado ou rosa, sem a presença de esfacelo (tecido amarelado desvitalizado). Também pode se apresentar como uma bolha intacta ou rompida contendo líquido seroso. A descrição do enunciado "perda parcial da pele em uma úlcera de pressão rasa, de leito avermelhado" preenche exatamente esses critérios.

Alternativa b) **ESTÁ INCORRETA**. O Estágio IV envolve a perda total da espessura dos tecidos com exposição direta de estruturas profundas, como músculos, tendões, cartilagens ou ossos. Não é uma lesão rasa, mas sim uma ferida profunda que frequentemente apresenta descolamentos de borda ou tunelizações.

Alternativa c) **ESTÁ INCORRETA**. No Estágio III, ocorre a perda total da espessura da pele. O tecido adiposo (gordura subcutânea) pode estar visível, mas ossos, tendões e músculos não estão expostos. Embora seja uma úlcera aberta, ela é mais profunda do que a descrita na questão e já ultrapassou a camada dérmica.

Alternativa d) **ESTÁ INCORRETA**. No Estágio I, não há perda de pele. A pele permanece íntegra, porém apresenta um eritema (vermelhidão) que não embranquece após a digitopressão (pressão com o dedo). Trata-se de um sinal de alerta de que o tecido está sob sofrimento, mas ainda não houve a formação de uma úlcera aberta.

Portanto, a caracterização de uma úlcera rasa com perda parcial da derme define o

Estágio II.

Questão 35

Para definir um aneurisma, a literatura médica utiliza um critério morfométrico baseado na comparação do diâmetro da área dilatada com o diâmetro da artéria em seu estado normal ou em um segmento adjacente saudável.

Definição: Um aneurisma é caracterizado por uma dilatação focal e permanente que representa um aumento de, no mínimo, 50 por cento em relação ao diâmetro arterial original (ou 1,5 vez o diâmetro normal).

Alternativa a) 30 por cento: Incorreta. Dilatações arteriais que apresentam um aumento inferior a 50 por cento (como os 30 por cento citados) são tecnicamente denominadas ectasias. A ectasia indica um vaso alargado, mas que ainda não atingiu o limiar de diagnóstico para aneurisma.

Alternativa b) 100 por cento: Incorreta. Embora um vaso com o dobro do tamanho (100 por cento de aumento) seja claramente um aneurisma, a questão busca o valor mínimo a partir do qual se pode afirmar o diagnóstico. O marco inicial estabelecido pelos consensos de cirurgia vascular é 50 por cento, e não 100 por cento.

Alternativa c) 70 por cento: Incorreta. Assim como o item anterior, um aumento de 70 por cento já configura um aneurisma, mas não é o valor de referência (ponto de corte) utilizado para definir a patologia nos livros-texto e diretrizes.

Alternativa d) 50 por cento: Correta. Este é o critério exato para a definição diagnóstica. Por exemplo, se a aorta abdominal de um paciente possui um diâmetro médio de 2,0 cm, ela será classificada como aneurismática quando atingir um diâmetro igual ou superior a 3,0 cm. Esse aumento de 1,0 cm equivale a exatamente 50 por cento do diâmetro base de 2,0 cm.

Questão 36

O pseudomixoma peritoneal é uma condição clínica caracterizada pelo acúmulo progressivo de ascite mucinosa (material gelatinoso) no interior da cavidade abdominal. Essa condição decorre da implantação de células neoplásicas produtoras de mucina na superfície peritoneal.

Alternativa (a) Incorreta: Os tumores neuroendócrinos do apêndice (anteriormente chamados de tumores carcinoides) são as neoplasias mais frequentes deste órgão, porém eles se originam de células neuroendócrinas e não são produtores de muco.

Portanto, não estão relacionados à gênese do pseudomixoma peritoneal.

Alternativa (b) Correta: A grande maioria dos casos de pseudomixoma peritoneal (cerca de 90 a 95 por cento) tem origem em uma neoplasia mucinosa do apêndice cecal. O processo geralmente se inicia com uma neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau (LAMN) que causa distensão e eventual ruptura do apêndice, liberando células produtoras de mucina na cavidade peritoneal. Essas células se redistribuem pelo abdome seguindo o fluxo do líquido peritoneal, colonizando as superfícies serosas e continuando a produção de muco, o que leva ao quadro típico.

Alternativa (c) Incorreta: A neoplasia intraductal produtora de mucina (IPMN) é uma lesão pré-neoplásica que ocorre nos ductos pancreáticos. Embora produza mucina, essa substância permanece habitualmente contida no sistema ductal ou em cistos pancreáticos, não sendo a causa etiológica do pseudomixoma peritoneal clássico.

Alternativa (d) Incorreta: O adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete é um tumor de comportamento agressivo que frequentemente cursa com disseminação peritoneal (carcinomatose). No entanto, essa disseminação costuma se apresentar na forma de implantes sólidos, nodulares e infiltrativos, e não com o acúmulo massivo de ascite gelatinosa e hipocelular que define o pseudomixoma peritoneal.

Em resumo, diante de um quadro de pseudomixoma peritoneal, o foco primário deve ser buscado invariavelmente no apêndice cecal, sendo a neoplasia mucinosa deste órgão a patologia diretamente relacionada.

Questão 37

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os fatores de risco clássicos da aterosclerose daqueles especificamente relacionados ao Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA). Embora o diabetes seja um fator de risco maior para doença coronariana e arterial periférica, ele apresenta uma relação inversa com o AAA, um tema frequentemente cobrado em provas de residência por ser contraintuitivo.

Alternativa (a) Correta: O Diabetes Mellitus é classicamente descrito em estudos epidemiológicos como um fator de proteção contra o desenvolvimento, o crescimento e a ruptura do aneurisma de aorta abdominal. Os mecanismos propostos para esse efeito protetor incluem o espessamento da matriz extracelular na parede do vaso, a glicação do colágeno (que torna a parede da aorta mais resistente à degradação enzimática) e a redução da expressão de metaloproteinases de matriz, que são enzimas responsáveis pela destruição das fibras elásticas e do colágeno. Portanto, apesar de ser prejudicial para outros leitos arteriais, no caso do AAA, o diabetes reduz o risco.

Alternativa (b) Incorreta: A hipercolesterolemia é considerada um fator de risco para a formação de aneurismas. O acúmulo de lipídios e o processo inflamatório associado à aterosclerose contribuem para o enfraquecimento estrutural da parede aórtica, facilitando a dilatação aneurismática.

Alternativa (c) Incorreta: O tabagismo é o fator de risco modificável mais potente e importante para o AAA. Ele está diretamente relacionado à incidência, à velocidade de expansão do diâmetro da aorta e ao aumento do risco de ruptura catastrófica. O risco aumenta proporcionalmente ao tempo e à carga tabágica.

Alternativa (d) Incorreta: O sexo masculino é um fator de risco não modificável clássico. A prevalência do aneurisma de aorta abdominal é significativamente maior em homens, sendo cerca de 4 a 6 vezes mais comum neles do que em mulheres. Por este motivo, as diretrizes de rastreio focam predominantemente na população masculina idosa com história de tabagismo.

Questão 38

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. Na classificação das lesões colônicas, uma lesão é definida como "destrutiva" quando compromete mais de 50% da circunferência do cólon ou quando há uma desvascularização significativa do segmento afetado. O valor de 30% mencionado na alternativa está incorreto de acordo com os critérios da AAST (American Association for the Surgery of Trauma) e os principais protocolos de cirurgia do trauma.

Afirmativa II: Correta. O cólon é um dos órgãos mais frequentemente atingidos em traumas penetrantes (especialmente por projéteis de arma de fogo) devido à sua grande extensão na cavidade abdominal. Por outro lado, lesões colorretais em traumas contusos (como acidentes automobilísticos) são significativamente mais raras, ocorrendo geralmente por mecanismos de desaceleração ou aumento súbito da pressão intraluminal.

Afirmativa III: Correta. No contexto de traumas pélvicos de alta energia, o anel ósseo da pelve pode se fragmentar. Esses fragmentos ósseos pontiagudos podem perfurar ou lacerar o reto, que está anatomicamente alojado no interior da pelve. Por isso, o toque retal é um exame obrigatório na avaliação secundária de pacientes com fraturas pélvicas graves.

Análise das Alternativas:

- a) Correta: As afirmativas II e III estão tecnicamente corretas e descrevem adequadamente a epidemiologia e os mecanismos de trauma colorretal.
- b) Incorreta: A afirmativa I está errada quanto à porcentagem da circunferência (o correto é >50%).
- c) Incorreta: A afirmativa I está errada.
- d) Incorreta: Embora a afirmativa II esteja correta, a questão pede para identificar todas as corretas, e a afirmativa III também é verdadeira.

Gabarito: Alternativa (a).

Questão 39

A questão apresenta o caso de um paciente de 44 anos, completamente assintomático, no qual foi identificado um divertículo duodenal de 2,3 cm de forma incidental durante um exame de imagem (TC de abdome) realizado para outro fim (acompanhamento de cisto renal).

Os divertículos duodenais são achados relativamente comuns em exames de imagem ou endoscopias, ocorrendo em até 20% da população. A grande maioria (cerca de 90%) é assintomática e não requer nenhum tipo de tratamento. O tratamento cirúrgico ou invasivo só é indicado na presença de complicações, como perfuração, hemorragia, diverticulite ou obstrução biliar/pancreática (como na Síndrome de Lemmel).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como o paciente é assintomático e o achado foi incidental, a conduta preconizada é a observação clínica. Não há indicação de intervir em um divertículo duodenal que não causa sintomas, pois os riscos de uma intervenção cirúrgica ou endoscópica no duodeno (como fístulas e pancreatite) superam largamente qualquer benefício potencial.

Alternativa b) Incorreta. A diverticulectomia (seja por via aberta ou videolaparoscópica) é um procedimento complexo devido à localização retroperitoneal do duodeno e sua proximidade com o pâncreas e as vias biliares. É reservada para casos complicados, como perfurações ou abscessos que não regridem com tratamento conservador.

Alternativa c) Incorreta. Procedimentos endoscópicos podem ser utilizados para tratar complicações específicas (como o controle de hemorragia digestiva originada no divertículo), mas a diverticulectomia endoscópica não é o tratamento padrão e muito

menos indicada para casos assintomáticos.

Alternativa d) Incorreta. A duodenoscopia com visão lateral é o exame de escolha para avaliar a papila duodenal e realizar procedimentos na via biliar (CPRE). Embora possa identificar um divertículo periampular, ela não tem indicação em um paciente assintomático que já teve o diagnóstico feito pela tomografia, pois não alteraria a conduta de observação.

Questão 40

A epifisiólise proximal do fêmur, também conhecida como escorregamento da epífise femoral proximal, é uma das patologias mais comuns do quadril no adolescente. Caracteriza-se pelo deslocamento do colo femoral em relação à epífise (cabeça do fêmur), que permanece no acetábulo.

A compreensão do perfil epidemiológico é fundamental para o diagnóstico:

1. Idade: A doença ocorre tipicamente durante o estirão de crescimento da puberdade. Para os meninos, essa fase costuma ocorrer entre os 11 e 16 anos. Para as meninas, ocorre um pouco mais cedo, entre os 10 e 14 anos.
2. Sexo: É significativamente mais frequente no sexo masculino, com uma proporção de aproximadamente 1,5 a 2 casos em meninos para cada caso em meninas.
3. Biotipo: A obesidade é o principal fator de risco mecânico, presente na grande maioria dos pacientes, devido ao aumento da carga sobre a placa de crescimento (fise) fragilizada.
4. Etnia: Estudos epidemiológicos demonstram uma maior prevalência e gravidade da doença em pacientes afrodescendentes e de origem polinésia, em comparação com caucasianos.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: Apresenta a tríade clássica de maior incidência: o sexo masculino, a faixa etária correspondente ao estirão puberal masculino (11 a 16 anos) e a etnia afrodescendente, associados à obesidade mencionada no enunciado.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a faixa etária de 10 a 14 anos seja correta para o sexo feminino, a epifisiólise é estatisticamente mais comum em pacientes do sexo masculino, o que torna a alternativa (a) a descrição mais "clássica".

Alternativa (c) Incorreta: A faixa etária descrita (10 a 14 anos) é mais típica do sexo feminino, e a doença é menos frequente em indivíduos caucasianos quando comparada a de afrodescendentes.

Alternativa (d) Incorreta: A faixa etária de 11 a 16 anos não é a habitual para o sexo feminino (que costuma ser mais precoce), e a etnia caucasiana não representa o grupo de maior risco para esta patologia.

Questão 41

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a classificação das neoplasias testiculares. Os tumores de testículo são divididos em dois grandes grupos: os Tumores de Células Germinativas (que representam cerca de 95% dos casos) e os Tumores do Estroma e Cordão Sexual.

Os Tumores de Células Germinativas são subdivididos em:

1. Seminomas: Geralmente de crescimento mais lento e muito radiossensíveis.
2. Não seminomas: Grupo que inclui o Carcinoma Embrionário, o Tumor do Saco Vitelino (ou do seio endodérmico), o Teratoma e o Coriocarcinoma.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O sarcoma é uma neoplasia maligna que se origina de tecidos mesenquimais (como tecido conjuntivo, muscular ou adiposo). No testículo, pode ocorrer no parênquima ou nas túnicas, mas não é classificado como uma neoplasia de células germinativas.

Alternativa b) Incorreta. O tumor de células de Leydig é classificado como um tumor do estroma ou cordão sexual. Embora seja um tumor testicular, ele deriva das células intersticiais que produzem testosterona e não das células germinativas (precursoras dos espermatozoides).

Alternativa c) Correta. O coriocarcinoma é um dos quatro subtipos clássicos de Neoplasia Germinativa Não Seminomatosa (junto com o carcinoma embrionário, o tumor do saco vitelino e o teratoma). É um tumor altamente agressivo, com tendência à disseminação hematogênica precoce e caracterizado pela produção elevada do marcador tumoral beta-HCG.

Alternativa d) Incorreta. O mesotelioma é um tumor que se origina das células mesoteliais. No escroto, ele costuma surgir na túnica vaginal (a camada que reveste o testículo), não sendo uma neoplasia de origem germinativa.

Portanto, diante do diagnóstico de neoplasia germinativa não seminomatosa, a única opção que corresponde a essa categoria histológica é o coriocarcinoma.

Questão 42

CONCEITO E LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA

A hérnia de Spiegel, também chamada de hérnia semilunar, ocorre através de um defeito na aponeurose de Spiegel. Esta aponeurose é a área de tecido fibroso situada entre a linha semilunar (que representa a transição do músculo transverso do abdome para sua aponeurose) e a borda lateral do músculo reto abdominal. A maioria desses defeitos ocorre na região denominada "cinturão de Spiegel", localizada ao nível ou abaixo da linha arqueada de Douglas.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) Incorreta: A alternativa descreve a hérnia de Grynfeltt, que é uma hérnia lombar situada no triângulo lombar superior. A hérnia de Spiegel é uma hérnia da parede abdominal anterolateral.

Alternativa (b) Incorreta: O tratamento cirúrgico é indicado para praticamente todos os casos. Isso ocorre porque a hérnia de Spiegel possui um risco elevado de complicações, como encarceramento e estrangulamento (cerca de 20% a 25% dos casos), devido ao fato de o anel herniário ser geralmente pequeno, rígido e fibromuscular.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa define exatamente a topografia da hérnia. Ela surge na aponeurose do músculo transverso abdominal, no espaço compreendido entre a linha semilunar e a margem lateral do músculo reto abdominal.

Alternativa (d) Incorreta: Diferentemente das grandes hérnias incisionais, a hérnia de Spiegel costuma apresentar orifícios pequenos, geralmente entre 1 cm e 3 cm de diâmetro. Além disso, ela é frequentemente "interparietal", ou seja, o saco herniário penetra a aponeurose do transverso e do oblíquo interno, mas permanece coberto pela aponeurose íntegra do músculo oblíquo externo. Por esse motivo, ela raramente apresenta volumes significativos ou abaulamentos volumosos, o que costuma dificultar o diagnóstico apenas pelo exame físico.

Questão 43

As hemorroidas internas originam-se acima da linha pectínea e são recobertas por epitélio colunar ou de transição, possuindo inervação visceral. Essa característica anatômica é fundamental para entender a apresentação clínica da doença.

Alternativa a) Incorreta. A dor não é um sintoma característico das hemorroidas internas não complicadas. Por estarem acima da linha pectínea, a inervação local não

transmite dor somática. Quando há dor na região anal, deve-se suspeitar de hemorroidas externas trombosadas, fissura anal ou outras complicações, como o estrangulamento de uma hemorroida interna prolapsada.

Alternativa b) Incorreta. O prolapso hemorroidário é um sintoma importante e serve de base para a classificação da doença em graus (I a IV). Contudo, ele costuma ocorrer em fases mais avançadas. Embora seja comum, não supera a frequência do sangramento na queixa inicial dos pacientes.

Alternativa c) Correta. O sangramento é, estatisticamente, o sintoma mais frequente das hemorroidas internas. Ele ocorre tipicamente ao final da evacuação, apresentando-se como sangue vivo (rutilante) que não se mistura às fezes, podendo ser observado no papel higiênico ou gotejando no vaso sanitário. É uma queixa clássica e, por vezes, o único sintoma presente em pacientes com grau I.

Alternativa d) Incorreta. A secreção mucoide pode estar presente, principalmente quando há prolapso persistente que leva à exposição da mucosa e irritação crônica. No entanto, é considerada um sintoma secundário e muito menos frequente quando comparado ao sangramento.

Em resumo, diante de um quadro de hemorroidas internas, o sangramento indolor após a defecação deve ser sempre lembrado como a manifestação clínica predominante.

Questão 44

O quadro clínico descreve uma paciente de 45 anos com um achado incidental (ou associado a dor inespecífica) de um nódulo hepático. A chave para resolver esta questão está na descrição radiológica do estudo trifásico (tomografia computadorizada).

Análise do Diagnóstico:

A descrição de uma lesão com "captação periférica globuliforme em fase arterial e evolução centrípeta" (preenchimento de fora para dentro nas fases tardias) é o padrão patognomônico do hemangioma hepático. O hemangioma é o tumor benigno mais comum do fígado, composto por emaranhados de vasos sanguíneos.

Análise das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A biópsia para pesquisa de beta-catenina é indicada em casos suspeitos de adenoma hepático, especificamente para identificar o subtipo com maior risco de transformação maligna (carcinoma hepatocelular). No caso do

hemangioma, a biópsia é desnecessária devido ao padrão radiológico típico e é contraindicada pelo risco de sangramento, já que a lesão é hipervascularizada.

Alternativa (b) Incorreta: O tratamento cirúrgico do hemangioma é reservado apenas para casos excepcionais, como lesões gigantes que causem sintomas compressivos severos e comprovados ou complicações raras (como a síndrome de Kasabach-Merritt). O risco de ruptura espontânea e sangramento em hemangiomas de 6 cm é extremamente baixo, não justificando o risco cirúrgico.

Alternativa (c) Incorreta: A interrupção do anticoncepcional oral (ACO) é a conduta inicial recomendada para o adenoma hepático, pois essa lesão possui relação direta com o uso de hormônios esteroides. O hemangioma não apresenta essa relação causal estrita com o ACO que demande sua suspensão obrigatória para controle da lesão.

Alternativa (d) Correta: Por se tratar de um hemangioma, uma lesão nitidamente benigna e diagnosticada com segurança pelo padrão da tomografia, a conduta mais adequada é a observação. Na ausência de sintomas claros de efeito de massa ou crescimento rápido documentado, não há necessidade de intervenção cirúrgica ou medicamentosa. O prognóstico é excelente.

Questão 45

Os pólipos de glândula fúndica representam o tipo mais comum de pólipos gástricos encontrados em endoscopias digestivas de rotina. Eles podem ser classificados em esporádicos ou associados a síndromes genéticas, como a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF).

Alternativa A: Incorreta. O consumo de alimentos ricos em nitratos e nitritos é um fator de risco clássico para o desenvolvimento de câncer gástrico (adenocarcinoma), pois essas substâncias podem ser convertidas em compostos nitrosos carcinogênicos no estômago. Não há associação direta com pólipos de glândula fúndica.

Alternativa B: Incorreta. Existe uma relação inversa entre a presença de *Helicobacter pylori* e os pólipos de glândula fúndica esporádicos. Esses pólipos ocorrem quase exclusivamente em pacientes com mucosa gástrica íntegra, sem infecção pela bactéria e sem gastrite atrófica. A infecção pelo *H. pylori* está mais associada ao surgimento de pólipos hiperplásicos.

Alternativa C: Correta. O uso prolongado de Inibidores de Bomba de Prótons (IBP), como omeprazol e pantoprazol, é o principal fator relacionado ao surgimento dos pólipos de glândula fúndica esporádicos. O mecanismo ocorre porque a supressão

ácida crônica gera uma hipergastrinemia secundária (aumento do hormônio gastrina para tentar estimular a produção de ácido). A gastrina possui um efeito trófico nas glândulas fúndicas, além de os IBPs causarem alterações na morfologia das células parietais, o que leva à obstrução do fluxo glandular e à formação de pequenos cistos que constituem o pólipio.

Alternativa D: Incorreta. O baixo nível social é um marcador epidemiológico para maior prevalência de infecção por *H. pylori* e câncer gástrico, devido a condições de saneamento e higiene. Como os pólipos de glândula fúndica estão ligados ao uso de medicamentos e à ausência da bactéria, essa alternativa não faz sentido clínico.

Gabarito: Letra C.

Questão 46

A apendicite aguda é uma das causas mais comuns de abdome agudo cirúrgico, e a ultrassonografia é frequentemente o exame de imagem inicial, especialmente em crianças e gestantes, por não envolver radiação ionizante.

Para compreender os achados ultrassonográficos, é preciso lembrar da fisiopatologia da doença: o processo geralmente começa com a obstrução do lúmen apendicular, o que leva ao acúmulo de secreção, à proliferação bacteriana e ao aumento da pressão intraluminal. Isso resulta em edema da mucosa e comprometimento do retorno venoso e linfático.

Análise das alternativas:

Alternativa A (CORRETA): Esta alternativa descreve os achados clássicos. O aumento do diâmetro do apêndice (geralmente superior a 6 mm no plano transversal) ocorre devido à distensão do órgão pela obstrução. O espessamento da parede (geralmente acima de 2-3 mm) é consequência do edema inflamatório. A presença de líquido livre na fossa ilíaca direita ou ao redor do apêndice reflete o exsudato inflamatório e a reação peritoneal local. Outros sinais comuns incluem o apêndice não ser compressível à manobra do transdutor e o aumento da ecogenicidade da gordura periapendicular.

Alternativa B (INCORRETA): O erro está no termo "redução do diâmetro". Na apendicite aguda, o apêndice sofre distensão pelo acúmulo de muco e pus; portanto, o diâmetro aumenta. Um apêndice de diâmetro reduzido ou colapsado sugere normalidade.

Alternativa C (INCORRETA): O termo "retração de parede" está incorreto. O processo

inflamatório causa edema, o que leva ao espessamento, e não à retração das camadas da parede. Embora a linfonodomegalia (aumento de linfonodos mesentéricos) possa estar presente como uma resposta inflamatória reacional, ela não é o sinal cardinal da apendicite em si.

Alternativa D (INCORRETA): Esta alternativa combina dois erros fundamentais: a retração da parede e a redução do diâmetro. Ambos são o oposto do que se espera encontrar em um processo inflamatório obstrutivo como a apendicite.

Resumo dos critérios ultrassonográficos positivos:

1. Diâmetro transverso maior que 6 mm.
2. Apêndice não compressível (sinal do alvo).
3. Espessamento das paredes.
4. Presença de apendicólito (fecalito hiperecogênico com sombra acústica posterior) em alguns casos.
5. Líquido livre periapendicular.
6. Aumento da vascularização ao Doppler (hiperemia da parede).

Questão 47

A questão apresenta uma paciente de 44 anos que realizou gastrectomia vertical (*Sleeve Gastrectomy*) há um ano e agora manifesta sintomas clássicos de pirose e dor retroesternal, com piora noturna. Este é um cenário clínico muito frequente no pós-operatório tardio dessa técnica específica.

A gastrectomia vertical é considerada uma cirurgia "pró-refluxo" por diversos motivos anatômicos e fisiológicos: ocorre a perda do ângulo de His (mecanismo de válvula), há uma redução da complacência gástrica gerando maior pressão intraluminal no "tubo" gástrico e pode haver redução da pressão do esfíncter esofágico inferior. Diante de sintomas típicos de refluxo após essa cirurgia, a principal hipótese é a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a esofagite possa ser o achado clínico, a seriografia esofágica (exame contrastado) não é o melhor exame inicial para avaliar a mucosa esofágica e diagnosticar complicações da DRGE. A seriografia é mais útil para avaliar a anatomia do tubo gástrico, a presença de estenoses ou fístulas, mas perde para a endoscopia na avaliação de esofagite.

b) Incorreta. A hérnia de Petersen é uma complicação específica do *Bypass* Gástrico em Y-de-Roux, ocorrendo pelo espaço criado no mesentério após a realização da

anastomose. Na gastrectomia vertical (*Sleeve*), não há anastomoses entéricas nem abertura de mesentério; portanto, não existe risco de hérnia de Petersen. Além disso, a dor da hérnia interna costuma ser abdominal e aguda, não retroesternal noturna.

c) Correta. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é a principal complicação tardia da gastrectomia vertical, afetando uma parcela significativa dos pacientes (seja por surgimento de novo refluxo ou piora de um quadro preexistente). A conduta inicial padrão é a realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para avaliar o grau de lesão da mucosa (esofagite), pesquisar esôfago de Barrett e descartar outras complicações mecânicas.

d) Incorreta. Como mencionado, a hérnia interna é uma complicação do *Bypass* e não do *Sleeve*. Embora a conversão do *Sleeve* para o *Bypass* em Y-de-Roux seja o tratamento cirúrgico indicado para casos de DRGE refratária pós-*Sleeve*, essa conduta só é tomada após confirmação diagnóstica, falha do tratamento clínico e avaliação criteriosa por exames (como a EDA, pHmetria e manometria), não sendo a conduta imediata baseada apenas na queixa clínica.

Questão 48

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A artéria tireoidea ima é uma variação anatômica presente em uma pequena parcela da população (cerca de 3% a 10%). Quando presente, sua origem mais comum é o tronco braquiocefálico ou o arco da aorta, podendo ocasionalmente surgir da carótida comum direita, mas não é uma regra surgir da subclávia direita.

b) Incorreta. As artérias tireoideas superiores são, rotineiramente, os primeiros ramos das artérias carótidas externas. É importante lembrar que a artéria carótida interna não emite ramos em sua porção cervical, iniciando sua ramificação apenas após adentrar o crânio.

c) Incorreta. A presença da artéria tireoidea ima é considerada uma variação anatômica rara, ocorrendo em apenas cerca de 3% a 10% dos indivíduos, e não em 80%. A vascularização padrão da tireoide é composta pelo par de artérias tireoideas superiores e pelo par de artérias tireoideas inferiores.

d) Correta. As artérias tireoideas inferiores são os principais ramos dos troncos tireocervicais. O tronco tireocervical, por sua vez, é um ramo da primeira porção da artéria subclávia. Essas artérias desempenham um papel crucial, pois, além de suprirem a face posterior da glândula tireoide, são as principais responsáveis pela irrigação das glândulas paratireoides. Além disso, a artéria tireoidea inferior possui

uma relação anatômica fundamental com o nervo laríngeo recorrente, ponto de extrema atenção em cirurgias de tireoidectomia.

Questão 49

O tratamento imediato de queimaduras por álcalis foca-se na interrupção do processo de necrose de liquefação, característica dessas substâncias. Diferentemente dos ácidos, que geram uma necrose de coagulação que limita a própria penetração, os álcalis dissolvem as proteínas e saponificam as gorduras, permitindo que o agente químico penetre profundamente nos tecidos enquanto não for removido.

Alternativa a: Incorreta. O uso de agentes neutralizantes (como tentar neutralizar uma base com um ácido fraco) é contraindicado no atendimento de emergência. A reação química de neutralização é exotérmica, o que significa que ela libera calor. Essa liberação de energia térmica pode causar uma queimadura térmica adicional sobreposta à lesão química, agravando o dano tecidual.

Alternativa b: Incorreta. A aplicação de antissépticos não é a prioridade no manejo inicial de uma queimadura química. O objetivo primordial é interromper a ação do agente agressor. O uso de antissépticos ocorre em etapas posteriores do tratamento de feridas, após a estabilização e a limpeza adequada da área.

Alternativa c: Correta. A lavagem copiosa com água corrente ou soro fisiológico é a medida mais eficaz e imediata. A irrigação deve ser contínua e prolongada (muitas vezes por 30 a 60 minutos) para garantir a diluição e a remoção mecânica do álcali. O desbridamento de tecidos macroscopicamente destruídos pode ser necessário precocemente para remover reservatórios da substância química que continuam a agredir as camadas mais profundas.

Alternativa d: Incorreta. A conduta expectante ou a simples observação da delimitação do dano é inadequada e perigosa. Como o álcali continua a agir enquanto estiver em contato com o tecido, a falta de lavagem imediata permite que uma lesão inicialmente superficial se torne uma queimadura de espessura total em pouco tempo. A intervenção deve ser ativa e imediata.

Questão 50

Alternativa (a) Correta: De acordo com as diretrizes da AJCC (American Joint Committee on Cancer) e o consenso da OMS, a avaliação de um número mínimo de 12 linfonodos na peça cirúrgica é fundamental para um estadiamento adequado do câncer colorretal. Esse número é considerado o limite mínimo para garantir a detecção de metástases linfonodais e evitar o subestadiamento do paciente (classificar erroneamente um estágio III como estágio II). O achado de menos de 12 linfonodos pode indicar uma linfadenectomia insuficiente ou uma análise patológica limitada.

Alternativa (b) Incorreta: O fígado é o sítio mais comum de metástases à distância nos tumores de cólon. Isso ocorre porque a drenagem venosa da maior parte do intestino grosso é feita pelo sistema portal, que leva o sangue diretamente ao fígado antes de atingir a circulação sistêmica. O pulmão é o segundo sítio mais comum, sendo mais frequente em casos de câncer de reto.

Alternativa (c) Incorreta: Tumores do ceco apresentam drenagem venosa para o sistema portal (veia mesentérica superior), tendo o fígado como principal sítio de metástase inicial. A disseminação pelo plexo venoso paravertebral (plexo de Batson) e a maior associação com metástases ósseas e pulmonares precoces são características de tumores localizados no reto baixo, pois o plexo hemorroidário inferior drena diretamente para a veia cava inferior, contornando a circulação portal.

Alternativa (d) Incorreta: O sistema TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase) é o padrão-ouro mundial e a classificação mais utilizada para o estadiamento do câncer colorretal. Ele orienta o prognóstico e define a necessidade de tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia. Outros sistemas antigos, como a classificação de Dukes ou Astler-Coller, caíram em desuso na prática clínica moderna.

Questão 51

A síndrome pós-colecistectomia (SPC) é um termo clínico utilizado para descrever a persistência ou a recorrência de sintomas abdominais (como dor em hipocôndrio direito e dispepsia) após a realização da colecistectomia. A compreensão dessa síndrome exige identificar se a causa é biliar ou extrabiliar.

Alternativa (a) Correta: Esta é a justificativa mais frequente para a persistência dos sintomas. Em muitos pacientes, a colelitíase é um achado incidental em exames de imagem, mas não é a verdadeira causa da dor ou do desconforto do paciente. Condições como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), úlcera peptídica, síndrome do intestino irritável e pancreatite crônica podem mimetizar os sintomas de cólica biliar. Como a cirurgia remove apenas a vesícula e não trata a causa primária

real, os sintomas persistem no pós-operatório.

Alternativa (b) Incorreta: A síndrome não está necessariamente relacionada a uma complicação técnica da cirurgia (como lesão de via biliar ou estenose). Na verdade, a maioria dos casos é de manejo clínico, seja tratando a causa extrabiliar identificada ou utilizando medicamentos para distúrbios funcionais. A reintervenção cirúrgica é reservada apenas para casos específicos, como cálculos residuais no colédoco ou estenoses cicatriciais.

Alternativa (c) Incorreta: A disfunção do esfíncter de Oddi (DEO) é uma causa biliar funcional da síndrome, na qual há uma falha na drenagem da bile ou do suco pancreático para o duodeno. Embora cause dor biliar e possa elevar transitoriamente as enzimas hepáticas, a DEO clássica não cursa com febre. A tríade de dor, febre e icterícia é característica da colangite aguda, geralmente secundária a uma obstrução mecânica (como um cálculo retido no colédoco).

Alternativa (d) Incorreta: O extravasamento de cálculos para a cavidade abdominal durante a cirurgia (cálculos perdidos) pode ocorrer, mas raramente causa sintomas. Quando causam sintomas, estes geralmente se manifestam como abscessos intra-abdominais meses ou anos depois. Eles definitivamente não são a causa mais comum da síndrome pós-colecistectomia. As causas mais comuns são as extrabiliares (mencionadas na alternativa a) ou a presença de cálculos residuais dentro da via biliar principal (colédoco), e não soltos na cavidade.

Questão 52

Alternativa a: Incorreta. O uso de propés na sala cirúrgica é uma medida de higiene ambiental e proteção individual do profissional, mas não possui impacto comprovado na redução das taxas de infecção do sítio cirúrgico. Estudos demonstram que o tráfego de pessoas e a ventilação da sala são fatores ambientais muito mais relevantes do que o uso de coberturas para calçados.

Alternativa b: Incorreta. A tricotomia realizada com lâmina e com grande antecedência (como 24 horas antes) aumenta significativamente o risco de infecção. Isso ocorre porque a lâmina causa microabrasões na pele que são colonizadas por bactérias. A recomendação atual é não realizar tricotomia, a menos que os pelos interfiram tecnicamente no procedimento. Caso seja necessária, deve ser feita com tricotomizador elétrico imediatamente antes da cirurgia.

Alternativa c: Incorreta. Embora os campos plásticos adesivos busquem isolar a pele da incisão, as evidências científicas não demonstram que seu uso reduza a incidência de infecção. Em alguns casos, o descolamento parcial do adesivo durante a cirurgia

pode até favorecer o acúmulo de umidade e a migração de bactérias para a ferida.

Alternativa d: Correta. A preparação da pele do paciente no pré-operatório imediato, utilizando antissépticos adequados (como clorexidina ou PVPI), é uma das medidas de maior efetividade para reduzir a carga microbiana local. Essa prática atua diretamente sobre a principal fonte de patógenos que causam infecções de ferida operatória: a microbiota da própria pele do paciente. A redução da colonização no local da incisão diminui drasticamente a probabilidade de contaminação dos tecidos profundos durante o ato operatório.

Questão 53

Para compreender as infecções no pós-transplante renal, é fundamental utilizar a linha do tempo de Rubin, que divide as complicações infecciosas em três períodos: o primeiro mês, do segundo ao sexto mês e após o sexto mês.

Alternativa A: Correta. No primeiro mês após o transplante (período em que a paciente se encontra, aos 20 dias), as infecções mais comuns são as bacterianas relacionadas ao procedimento cirúrgico e ao ambiente hospitalar. A infecção do trato urinário (ITU) é a complicação infecciosa mais frequente no transplante renal, ocorrendo em grande parte devido à manipulação cirúrgica da via urinária, ao uso de cateteres vesicais e à presença de duplo J.

Alternativa B: Incorreta. A pneumonia por *Aspergillus* sp. é uma infecção fúngica oportunista que geralmente ocorre após o primeiro mês, em pacientes com níveis muito elevados de imunossupressão ou complicações técnicas graves. Não é a infecção mais comum no período inicial de 20 dias.

Alternativa C: Incorreta. A reativação do citomegalovírus (CMV) é a infecção oportunista mais importante no transplante de órgãos sólidos, porém seu pico de incidência ocorre no período intermediário, entre o primeiro e o sexto mês pós-transplante. É muito raro que a reativação ocorra antes de 30 dias de evolução.

Alternativa D: Incorreta. A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* também é típica do período entre o primeiro e o sexto mês. Além disso, a questão afirma que a paciente está em uso de sulfametoxazol e trimetoprim, que é justamente a antibioticoprofilaxia de escolha para prevenir essa infecção, tornando-a ainda menos provável neste cenário.

Questão 54

Esta questão aborda o tratamento cirúrgico da doença de Crohn estenosante. O ponto fundamental para a escolha da técnica é a extensão da estenose e o estado clínico da paciente.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. A ressecção segmentar (enterectomia) com anastomose primária é o tratamento de escolha para estenoses longas (geralmente acima de 10 a 12 cm) ou quando há um segmento único e isolado de doença, como é o caso desta paciente (15 cm no íleo distal). Como a paciente está "otimamente tratada" (estável e sem sinais de sepse ou desnutrição grave), a realização de uma anastomose primária é segura e recomendada.

b) INCORRETA. A confecção de uma ileostomia após a ressecção é reservada para situações de urgência, como peritonite por perfuração, vigência de sepse abdominal, desnutrição grave ou uso de altas doses de corticoterapia, onde o risco de deiscência da anastomose é muito elevado. O enunciado descreve uma paciente em boas condições clínicas.

c) INCORRETA. O bypass (anastomose entre alças contornando o segmento doente) caiu em desuso no tratamento da doença de Crohn. Essa técnica deixa o segmento doente "excluído" no abdome, o que mantém o risco de inflamação persistente, formação de abscessos e, a longo prazo, o risco de degeneração maligna (adenocarcinoma) no segmento desviado.

d) INCORRETA. A estrituroplastia (plástica da estenose) é uma técnica poupadora de intestino, indicada principalmente para pacientes com múltiplas estenoses curtas (geralmente menores que 10 cm) ou naqueles que já sofreram múltiplas ressecções prévias e têm risco de síndrome do intestino curto. Para uma estenose única de 15 cm, a estrituroplastia (que teria que ser do tipo Finney para essa extensão) é menos vantajosa que a ressecção, pois a retirada de 15 cm de íleo não traz risco de intestino curto e remove efetivamente o foco da doença.

Questão 55

ITEM I: ESTÁ CORRETO. Os alfa-bloqueadores (como a tansulosina, doxazosina e terazosina) são considerados a primeira linha de tratamento medicamentoso para os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) secundários à hiperplasia prostática benigna. Eles agem relaxando a musculatura lisa do colo vesical e da próstata. Os efeitos colaterais citados são clássicos dessa classe: a hipotensão ortostática e a tontura ocorrem devido à vasodilatação periférica (mais comum em agentes não

seletivos); a ejaculação retrógrada acontece pelo relaxamento do colo vesical; e a rinorreia (ou congestão nasal) ocorre devido à dilatação dos vasos da mucosa nasal.

ITEM II: ESTÁ INCORRETO. O Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) é composto por 7 perguntas sobre sintomas, cada uma pontuada de 0 a 5, totalizando uma escala de 0 a 35 pontos. A classificação correta da gravidade dos sintomas é a seguinte:

- Sintomas leves: 0 a 7 pontos.
- Sintomas moderados: 8 a 19 pontos.
- Sintomas graves: 20 a 35 pontos.

Os intervalos apresentados na afirmativa estão incorretos conforme as diretrizes urológicas (AUA/EAU).

ITEM III: ESTÁ INCORRETO. A prevalência da HPB está fortemente ligada ao envelhecimento, porém os valores citados estão subestimados. Estudos epidemiológicos e de autópsia demonstram que a prevalência histológica da HPB é de aproximadamente 50% em homens na faixa dos 60 anos, podendo chegar a 90% naqueles com mais de 85 anos. Portanto, afirmar que a prevalência é de apenas 30% para homens entre 60 e 69 anos não condiz com a realidade estatística da doença.

GABARITO: ALTERNATIVA (C). Apenas a afirmativa I está correta.

Questão 56

A prevenção de queloides e cicatrizes hipertróficas baseia-se na redução dos estímulos que levam à proliferação excessiva de fibroblastos e à deposição exagerada de colágeno. Além do fechamento por planos e da ausência de tensão nas bordas da ferida, o controle do microambiente cutâneo é um pilar fundamental no pós-operatório.

Alternativa a: Incorreta. O uso de corticoides, como a triancinolona, é o tratamento padrão para queloides já formados ou em fase ativa de crescimento. No entanto, a infusão local durante o ato da sutura de uma ferida primária não é recomendada como rotina preventiva. O corticoide inibe a fase inflamatória e a síntese de colágeno de forma inespecífica, o que pode retardar a cicatrização normal, aumentar o risco de infecções e predispor à deiscência da ferida.

Alternativa b: Correta. A oclusão e a hidratação são estratégias preventivas de primeira linha. A utilização de curativos oclusivos ou placas de silicone reduz a perda de água transepidermica. A manutenção desse estado de hidratação sinaliza aos queratinócitos para modularem a atividade dos fibroblastos, resultando em uma menor produção de colágeno e uma organização mais adequada das fibras. Esse

controle da hidratação é essencial para evitar o gatilho biológico que gera a cicatriz exuberante.

Alternativa c: Incorreta. A remoção precoce do curativo (em 24 horas) deixa a ferida exposta ao dessecamento e a possíveis irritantes externos. Para a prevenção de queloides, o ideal é que a ferida permaneça protegida e em ambiente controlado, especialmente nas fases iniciais da remodelação tecidual, que ocorrem após a retirada dos pontos.

Alternativa d: Incorreta. A clorexidina alcoólica é um antisséptico excelente para a pele íntegra no pré-operatório, mas é citotóxica para as células envolvidas na cicatrização, como queratinócitos e fibroblastos. A limpeza frequente com soluções alcoólicas causa irritação química persistente e prolonga a fase inflamatória da ferida, o que favorece justamente o desenvolvimento de cicatrizes patológicas. O manejo de limpeza deve ser suave, preferencialmente com soro fisiológico ou água e sabão.

Questão 57

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O volvo gástrico é uma condição de emergência caracterizada pela rotação do estômago sobre o seu próprio eixo em mais de 180 graus, o que pode levar à obstrução e ao comprometimento vascular (isquemia e necrose). O tratamento baseia-se em três pilares fundamentais: a redução da torção, a avaliação da viabilidade do tecido gástrico e a prevenção de recorrências.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Mesmo que o volvo tenha se desfeito espontaneamente e o estômago apresente bom aspecto (sem isquemia), a cirurgia não deve ser encerrada sem uma medida de fixação. O risco de recorrência é extremamente alto devido à frouxidão dos ligamentos ou a defeitos anatômicos que permitiram a rotação inicial. A gastropexia (fixação do estômago à parede abdominal anterior) ou a realização de uma gastrostomia (que cumpre o papel de fixar o órgão) são as condutas-padrão para evitar que o estômago sofra uma nova torção.

b) INCORRETA. Terminar o procedimento sem nenhuma medida complementar é uma conduta inadequada. Como os fatores anatômicos predisponentes ao volvo ainda estão presentes, a chance de o problema retornar a curto prazo é muito elevada, colocando a vida da paciente em risco novamente.

c) INCORRETA. A gastrectomia parcial (retirada de parte do estômago) só estaria indicada se houvesse necrose gástrica, perfuração ou se o volvo fosse secundário a uma lesão tumoral. Como o enunciado afirma que o estômago não apresentava sinais de sofrimento vascular, a ressecção é desnecessária e acrescenta morbidade desnecessária ao caso.

d) INCORRETA. A gastrectomia total é uma cirurgia de grande porte, indicada apenas em casos de necrose gástrica extensa (gangrena gástrica) que envolva todo o órgão. No cenário de um estômago viável e saudável, essa conduta é contraindicada.

Questão 58

Para a correta interpretação da anatomia hepática em exames de imagem, utiliza-se a segmentação funcional baseada na distribuição vascular e biliar (Classificação de Couinaud). O fígado é dividido em dois hemifígados (direito e esquerdo) pela veia hepática média, que segue uma linha imaginária entre a vesícula biliar e a veia cava inferior (linha de Cantlie).

O hemifígado esquerdo é subdividido pela veia hepática esquerda e pelo ligamento falciforme em dois setores: o lateral e o medial. Na imagem da tomografia computadorizada apresentada, o marcador X está localizado no segmento IV de Couinaud. Este segmento situa-se entre o ligamento falciforme (visível como uma fissura na parte superior do lobo esquerdo) e o plano da veia hepática média. De acordo com a nomenclatura de setores, o segmento IV constitui o setor medial esquerdo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O setor lateral esquerdo é formado pelos segmentos II (superior) e III (inferior). Na imagem, esses segmentos estariam localizados na extremidade mais à esquerda do fígado, para fora da fissura do ligamento falciforme.

b) Correta. O setor medial esquerdo corresponde ao segmento IV. Ele ocupa a porção central do fígado, pertencendo funcionalmente ao lado esquerdo. O marcador X está posicionado exatamente sobre esta área, entre a região lateral esquerda e o lobo direito.

c) Incorreta. O setor lateral direito (também chamado de setor posterior direito) engloba os segmentos VI e VII. Estes estão localizados na porção mais lateral e posterior do hemifígado direito, longe da região marcada com o X.

d) Incorreta. O setor medial direito (também chamado de setor anterior direito)

engloba os segmentos V e VIII. Eles estão situados no hemifígado direito, à direita da veia hepática média, enquanto o marcador X está no hemifígado esquerdo.

Questão 59

A questão apresenta um recém-nascido prematuro (32 semanas) com desconforto respiratório grave logo após o parto e um sinal clínico fundamental: o abdome escavado. Esse achado indica que as vísceras abdominais (intestino, estômago) não estão em sua localização habitual, tendo migrado para o tórax através de um defeito no diafragma.

Na radiografia de tórax, observa-se a presença de diversas imagens radiotransparentes circulares no hemitórax esquerdo, que correspondem a alças intestinais preenchidas por ar. Nota-se também o desvio acentuado do mediastino e da silhueta cardíaca para o lado direito, o que causa a compressão do pulmão contralateral e justifica a cianose e a falta de resposta à oxigenioterapia simples.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O enfisema lobar congênito é caracterizado pela hiperinsuflação de um lobo pulmonar, que aparece na radiografia como uma área mais escura (hipertransparente) e com trama vascular muito rarefeita, mas sem o aspecto de "bolhas" ou alças intestinais. Além disso, não explicaria o abdome escavado.

Alternativa b) Incorreta. O pneumotórax hipertensivo apresenta-se radiologicamente como um espaço preenchido apenas por ar, sem marcas de vasos ou alças, empurrando o coração para o lado oposto. Embora cause insuficiência respiratória aguda, o abdome do paciente estaria normal ou distendido, e não escavado.

Alternativa c) Incorreta. A hidropsia fetal caracteriza-se pelo acúmulo de líquido em compartimentos fetais, apresentando edema generalizado (anasarca), ascite e derrame pleural. A imagem radiográfica mostraria opacidade (branco) devido ao líquido e não à presença de ar em alças intestinais no tórax.

Alternativa d) Correta. A hérnia diafragmática congênita (geralmente do tipo Bochdalek, à esquerda) é a hipótese diagnóstica perfeita para o binômio desconforto respiratório e abdome escavado. A imagem radiológica é clássica, confirmando a presença do conteúdo abdominal dentro da cavidade torácica.

Nota importante: Em casos de suspeita de hérnia diafragmática na sala de parto, a ventilação com bolsa-válvula-máscara (Ambu) é contraindicada, pois o ar enviado

pode distender as alças intestinais dentro do tórax, comprimindo ainda mais os pulmões e piorando o quadro. A conduta imediata deve ser a intubação traqueal e a passagem de uma sonda orogástrica para descompressão das alças.

Questão 60

O Índice Bispectral (BIS) é um parâmetro processado do eletroencefalograma (EEG) utilizado para monitorar a profundidade da hipnose durante a anestesia. A escala varia de 100 (paciente completamente desperto) a 0 (ausência de atividade elétrica cerebral ou silêncio cortical). Para a manutenção de uma anestesia geral adequada, o objetivo é manter o BIS entre 40 e 60, faixa que garante um estado de inconsciência com baixo risco de despertar intraoperatório e evita a depressão excessiva do sistema nervoso central.

Análise das alternativas baseada nas imagens:

Alternativa A (Incorreta): O Paciente D apresenta um BIS de 04. Este valor indica um estado de hipnose excessivamente profundo, próximo ao silêncio elétrico. Nota-se no monitor o valor de SR 90 (Taxa de Supressão de 90%), o que significa que o cérebro está sem atividade elétrica na maior parte do tempo, o que pode estar associado a desfechos negativos no pós-operatório.

Alternativa B (Incorreta): O Paciente A apresenta um BIS de 96. Este valor é característico de um paciente acordado ou sob sedação muito leve, não sendo compatível com o estado de anestesia geral necessário para procedimentos cirúrgicos.

Alternativa C (Correta): O Paciente B apresenta um BIS de 53. Este valor encontra-se exatamente dentro do intervalo recomendado para anestesia geral (40 a 60). O traçado do EEG mostrado na imagem também exhibe ondas compatíveis com um plano anestésico estável, sem sinais de supressão (SR 0). Portanto, é o paciente com o nível de consciência e profundidade mais adequado.

Alternativa D (Incorreta): O Paciente C apresenta um BIS de 29. Valores abaixo de 40 indicam hipnose profunda. A imagem mostra um valor de SR 35 (Taxa de Supressão), indicando a presença de surto-supressão, um padrão de EEG que sugere plano anestésico mais profundo do que o necessário para a maioria das cirurgias.

Questão 61

O desenvolvimento puberal feminino é orquestrado pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e pela produção de esteroides sexuais. A sequência cronológica clássica é um marco fundamental para a prática clínica na pediatria e ginecologia, permitindo a identificação de puberdade precoce ou atraso puberal.

A sequência fisiológica esperada na maioria das meninas é:

1. Telarca: O surgimento do broto mamário (Estágio B2 de Tanner). Geralmente é o primeiro sinal visível da puberdade, ocorrendo em média entre os 8 e 13 anos de idade, impulsionado pelo aumento do estrogênio.
2. Pubarca: O surgimento dos pelos pubianos (Estágio P2 de Tanner). Decorre da adrenação (produção de andrógenos pela glândula suprarrenal). Frequentemente ocorre logo após o início da telarca.
3. Menarca: A primeira menstruação. É um evento tardio da puberdade, ocorrendo geralmente de 2 a 2,5 anos após a telarca, coincidindo com a fase de desaceleração do estirão de crescimento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A menarca é o evento final do desenvolvimento puberal, não ocorrendo antes da pubarca em uma sequência fisiológica.

Alternativa b) Incorreta. Embora a telarca e a pubarca possam ocorrer em intervalos próximos, a literatura clássica e os critérios de Tanner estabelecem a telarca como o evento inicial na sequência cronológica padrão feminina.

Alternativa c) Incorreta. A menarca é um evento tardio. Se a menstruação ocorrer antes da telarca ou pubarca, o quadro é considerado patológico e requer investigação para causas de sangramento vaginal na infância ou puberdade precoce atípica.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a sequência clássica de maturação: primeiro o desenvolvimento das mamas (estrogênio), seguido pelos pelos pubianos (andrógenos) e finalizando com o primeiro ciclo menstrual (maturação do eixo e resposta endometrial).

Questão 62

O caso descreve uma paciente de 34 anos com diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e infertilidade por anovulação crônica. O rastreio básico de infertilidade foi realizado, descartando fator tubário (histerossalpingografia com prova de Cotte positiva e morfologia normal) e fator masculino (espermograma normal). Como a paciente já otimizou o estilo de vida, o próximo passo é a indução farmacológica da ovulação.

Alternativa a) Incorreta. As gonadotrofinas são consideradas tratamentos de segunda linha para a indução da ovulação na SOP. Elas costumam ser indicadas quando há falha no tratamento com agentes orais (como o letrozol) ou como parte de protocolos de reprodução assistida de alta complexidade. Apresentam maior custo e maior risco de gestação múltipla e síndrome de hiperestimulação ovariana quando comparadas aos indutores orais.

Alternativa b) Correta. De acordo com o Guideline Internacional Baseado em Evidências para Avaliação e Manejo da SOP de 2023, o letrozol (um inibidor da aromatase) é a primeira linha de tratamento farmacológico para a indução da ovulação em mulheres com SOP e infertilidade anovulatória que não possuem outros fatores de infertilidade. Estudos mostram que o letrozol é superior ao citrato de clomifeno, proporcionando maiores taxas de ovulação e de nascidos vivos.

Alternativa c) Incorreta. A metformina pode ser utilizada para melhorar a sensibilidade à insulina e pode auxiliar na restauração da ciclicidade menstrual em algumas mulheres. No entanto, como agente isolado para indução da ovulação com o objetivo de gravidez, ela é menos eficaz que o letrozol. O guideline a posiciona como uma terapia adjuvante ou para casos específicos, mas não como a primeira escolha para indução.

Alternativa d) Incorreta. A fertilização in vitro (FIV) é considerada uma terapia de terceira linha para pacientes com SOP. Ela é reservada para situações em que houve falha nos tratamentos de primeira linha (indutores orais) e segunda linha (gonadotrofinas ou drilling ovariano), ou quando existem outros fatores de infertilidade associados, como obstrução tubária ou fator masculino grave, o que foi descartado nos exames apresentados.

Questão 63

Esta questão aborda a interpretação de resultados da colpocitologia oncótica (preventivo) e a aplicação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

O ponto central para a resolução é identificar que a paciente apresenta um resultado citopatológico dentro dos limites da normalidade para fins de rastreio oncológico.

Análise dos dados da questão:

A paciente é assintomática (exame gineco-clínico normal) e o resultado da citologia indica "negativo para malignidade". A presença de células escamosas e glandulares confirma que a amostra foi representativa da zona de transformação (representatividade adequada). O achado de "alterações inflamatórias acentuadas", na ausência de sintomas clínicos ou identificação de agentes patogênicos específicos, não tem significado clínico para o rastreio de câncer e não deve ser interpretado como uma lesão pré-neoplásica ou indicação de tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): De acordo com as diretrizes do INCA, se o resultado é negativo para neoplasia e a paciente é assintomática, a presença de inflamação (mesmo que acentuada) não justifica tratamento medicamentoso nem antecipação da repetição do exame. A conduta deve ser seguir a rotina de rastreio habitual: nova coleta em 3 anos, após dois exames anuais consecutivos negativos.

Alternativa B (Incorreta): O metronidazol é indicado para o tratamento de vaginose bacteriana ou tricomoníase. Não há relato de sintomas (como corrimento fétido) ou identificação desses agentes na citologia. Não se trata inflamação inespecífica em pacientes assintomáticas. Além disso, não há necessidade de repetir o rastreio precocemente.

Alternativa C (Incorreta): A colposcopia é um exame indicado para a avaliação de atipias celulares (como ASC-US em certas situações, LSIL, HSIL, etc.) ou diante de suspeita clínica de lesão no colo uterino. Achados inflamatórios com resultado negativo para malignidade não são indicações para este procedimento.

Alternativa D (Incorreta): O fenticonazol é um antifúngico indicado para o tratamento de candidíase vulvovaginal. O caso não apresenta clínica de prurido ou corrimento grumoso, nem a citologia apontou a presença de hifas ou esporos de *Candida sp.* Assim como na alternativa B, o tratamento e a repetição do rastreio estão incorretos.

Conclusão: Diante de um laudo negativo para malignidade e paciente assintomática,

achados inflamatórios são considerados variações fisiológicas ou reações inespecíficas que não alteram a conduta de rastreamento oncológico.

Questão 64

A questão aborda as complicações neurológicas possíveis após uma cirurgia de mastectomia com esvaziamento axilar. Para identificar o nervo lesado, é necessário correlacionar a função de cada estrutura nervosa da região axilar com o déficit apresentado pela paciente (perda de sensibilidade na face medial do braço).

O nervo intercostobraquial é um ramo puramente sensitivo que se origina do segundo nervo intercostal (T2). Ele atravessa a gordura axilar e os linfonodos do nível II de Berg para fornecer sensibilidade à pele da axila e à porção medial e proximal do braço. Devido à sua localização anatômica, ele é o nervo mais frequentemente lesado ou sacrificado durante a linfadenectomia axilar, o que explica perfeitamente o quadro de anestesia ou parestesia na face medial do braço relatado.

Análise das alternativas:

- a) Nervo toracodorsal: Incorreta. Este é um nervo motor responsável pela inervação do músculo latíssimo do dorso (grande dorsal). Uma lesão neste nervo resultaria em fraqueza para movimentos de adução, extensão e rotação interna do braço, mas não causaria alterações sensitivas cutâneas.
 - b) Nervo torácico longo: Incorreta. Este nervo é motor e inerva o músculo serrátil anterior, que estabiliza a escápula contra a parede torácica. Sua lesão clássica resulta na escápula alada (proeminência da borda medial da escápula), sem perda de sensibilidade no braço.
 - c) Nervo intercostobraquial: Correta. Conforme explicado, sua função é exclusivamente sensitiva para a região axilar e face medial do braço, sendo o nervo tipicamente afetado em procedimentos axilares que resultam no sintoma descrito.
 - d) Nervo peitoral medial: Incorreta. É um nervo motor que inerva os músculos peitoral menor e peitoral maior. Sua lesão levaria à fraqueza ou atrofia desses músculos, não afetando a sensibilidade cutânea da face medial do braço.
-

Questão 65

O estadiamento do carcinoma de endométrio é realizado de forma cirúrgico-patológica, seguindo as diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A classificação foca principalmente na extensão da doença e na profundidade da invasão nos tecidos adjacentes.

Alternativa (a): Correta. A profundidade da invasão miometrial é um dos pilares do estadiamento FIGO para o Estádio I. O Estádio IA compreende tumores limitados ao endométrio ou que invadem menos de 50% da espessura do miométrio. O Estádio IB é definido especificamente pela invasão de 50% ou mais da espessura miometrial. Portanto, a avaliação da porcentagem de invasão no laudo histopatológico é essencial para classificar corretamente a paciente.

Alternativa (b): Incorreta. A embolização neoplásica vascular (ou invasão linfovascular — ILV) é um fator prognóstico extremamente importante e deve constar no laudo histopatológico, pois influencia a indicação de tratamentos adjuvantes (como radioterapia ou quimioterapia). No entanto, na classificação clássica da FIGO (2009), ela não define a mudança de um estágio para outro. Embora a atualização da FIGO de 2023 tenha incorporado a ILV para subclassificar alguns estágios (como o Estádio IA3), a invasão miometrial superior a 50% permanece como o critério mais tradicional e universalmente cobrado em provas para definir o Estádio IB.

Alternativa (c): Incorreta. Ao contrário do que ocorre no câncer de colo uterino ou no câncer de vulva, o tamanho absoluto da lesão tumoral (em centímetros ou maior dimensão) não é um critério utilizado para definir o estágio no carcinoma de endométrio. O que importa no endométrio é a profundidade da infiltração na parede uterina e a disseminação para outras estruturas.

Alternativa (d): Incorreta. A infiltração perineural é um achado histopatológico que pode estar associado a um comportamento biológico mais agressivo em diversos tipos de câncer, mas não faz parte dos critérios de estadiamento da FIGO para o câncer de endométrio.

Resumindo, para a prova, memorize que o divisor de águas no Estádio I do câncer de endométrio é o limite de 50% de invasão do miométrio. Se invadiu metade ou mais, o estágio é IB.

Questão 66

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece os Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais, classificando-os em quatro categorias para orientar a prática clínica:

Categoria 1: Uma condição para a qual não há restrição ao uso do método.

Categoria 2: Uma condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados.

Categoria 3: Uma condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método.

Categoria 4: Uma condição que representa um risco inaceitável à saúde se o método anticoncepcional for utilizado.

De acordo com o Manual de Planejamento Familiar da OMS (edição de 2022), a presença de história familiar de tromboembolismo venoso (TEV) em parente de primeiro grau (pais ou irmãos) influencia a elegibilidade para anticoncepcionais orais combinados (AOC) dependendo da idade em que o familiar apresentou o evento. Se o parente de primeiro grau teve o evento antes dos 45 anos de idade, a classificação para o uso de AOC é Categoria 2. Se o evento ocorreu aos 45 anos ou mais, a classificação é Categoria 1.

No caso clínico apresentado, a mãe da paciente teve trombose venosa profunda aos 41 anos. Como o evento ocorreu em parente de primeiro grau com menos de 45 anos, o uso de AOC pela paciente é classificado como Categoria 2.

Alternativa a: Correta. Reflete exatamente o critério da OMS para história familiar de TEV em idade jovem (menos de 45 anos), permitindo o uso do método com cautela ou acompanhamento, pois os benefícios superam os riscos.

Alternativa b: Incorreta. A Categoria 4 (contra-indicação absoluta) é reservada para casos em que o risco é inaceitável, como história pessoal de TEV da própria paciente, presença de mutações trombofílicas conhecidas, tabagismo acima dos 35 anos ou enxaqueca com aura.

Alternativa c: Incorreta. A história familiar de TEV antes dos 45 anos não atinge os critérios para a Categoria 3. Além disso, métodos de progesterona isolada (como minipílula, implante ou injeção trimestral) são geralmente Categoria 1 na presença de história familiar de trombose.

Alternativa d: Incorreta. Além de errar a categoria (que é 2, não 3), não há justificativa para restringir a paciente apenas a métodos não hormonais. Métodos hormonais de progesterona isolada e os próprios AOCs podem ser considerados

conforme os critérios de elegibilidade.

Questão 67

A análise do caso clínico baseia-se na correlação entre os sintomas da paciente e os achados ultrassonográficos específicos. A paciente de 44 anos apresenta um quadro clássico de dor (dismenorreia) e sangramento uterino anormal (aumento do volume menstrual) de caráter progressivo, o que direciona o raciocínio para patologias uterinas.

O achado mais importante na ultrassonografia é a assimetria das paredes miometriais, onde a parede posterior é significativamente mais espessa que a anterior (3 vezes maior). Além disso, a presença de imagens anecoicas (pequenas áreas císticas) e de ilhas hiperecogênicas no miométrio constitui sinal patognomônico de glândulas e estroma endometrial ectópicos infiltrados na musculatura uterina. O endométrio de 12 mm no 24º dia do ciclo é considerado normal para a fase secretora, e a imagem no ovário com halo vascular sugere um corpo lúteo fisiológico.

Análise das alternativas:

a) Endometriose: Embora a adenomiose seja considerada por muitos como uma forma de endometriose (endometriose interna), o termo endometriose geralmente se refere à presença de tecido endometrial fora do útero (ovários, peritônio, ligamentos). A questão descreve alterações especificamente localizadas no miométrio, o que caracteriza a adenomiose.

b) Adenomiose: Esta é a alternativa correta. O quadro de aumento do volume uterino, dismenorreia progressiva e menorragia, associado aos achados de imagem (espessamento assimétrico das paredes uterinas e heterogeneidade miometrial com pequenos cistos e ilhas hiperecogênicas), compõe a apresentação clássica da doença.

c) Miomatose uterina: Os miomas são tumores benignos bem delimitados e geralmente se apresentam na ultrassonografia como nódulos hipoeoicos circundados por uma pseudocápsula, muitas vezes causando sombra acústica. O enunciado descreve uma alteração mais difusa e infiltrativa na parede posterior, com presença de pequenos cistos, o que diferencia a adenomiose da miomatose.

d) Hiperplasia endometrial: Esta condição foca na alteração da espessura e morfologia do endométrio. No caso descrito, o endométrio é citado como centrado e homogêneo, com 12 mm de espessura. Como a paciente está no 24º dia do ciclo (fase secretora tardia), essa espessura é fisiológica e não justifica as alterações

miometriais descritas.

Questão 68

Para resolver essa questão, precisamos analisar os achados ultrassonográficos e correlacioná-los com a fisiologia do ciclo menstrual.

A análise detalhada dos dados revela o seguinte:

1. Ovário Esquerdo: A descrição de uma imagem de bordas irregulares, conteúdo heterogêneo, parcialmente hipocogênico e com halo vascular ao Doppler é patognômica do corpo lúteo. O corpo lúteo se forma logo após a ruptura do folículo dominante (ovulação). O halo vascular observado no Doppler representa a intensa angiogênese necessária para a produção hormonal nessa fase.

2. Endométrio: O aspecto hiperecogênico e homogêneo é característico do endométrio secretor. Na fase folicular (pré-ovulatória), o endométrio é tipicamente trilaminar. Após a ovulação, a progesterona produzida pelo corpo lúteo modifica o estroma endometrial, tornando-o mais denso e ecogênico (mais branco na imagem).

3. Fundo de Saco Posterior: A presença de pequena quantidade de líquido livre é um sinal indireto de ovulação recente, decorrente da liberação do líquido folicular no momento da ruptura do folículo.

4. Ovário Direito: Apresenta apenas folículos antrais (menores que 10 mm), o que é normal em qualquer fase do ciclo, indicando que não houve recrutamento de um folículo dominante neste ovário especificamente.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O achado de corpo lúteo no ovário esquerdo, o líquido livre no fundo de saco e o endométrio hiperecogênico confirmam que a ovulação já ocorreu.

b) Incorreta. A paciente já ovulou e, portanto, não está mais na fase folicular. Além disso, o endométrio da fase folicular seria trilaminar e não hiperecogênico.

c) Incorreta. Embora afirme corretamente que a paciente já ovulou, erra ao dizer que ela se encontra na fase folicular. Após a ovulação, inicia-se obrigatoriamente a fase lútea.

d) Correta. Os sinais de corpo lúteo (imagem irregular com halo vascular), líquido livre na pelve e endométrio secretor (hiperecogênico) confirmam que a ovulação já

aconteceu e que a paciente está na fase lútea do ciclo.

Questão 69

A questão aborda as indicações da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) no climatério, fundamentando-se no Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da SOBRAC de 2024. A paciente em questão encontra-se na transição menopausal, apresentando sintomas clássicos como irregularidade menstrual, queixas neurovegetativas, alterações de humor e redução de massa óssea.

Alternativa (a) Incorreta: A irregularidade menstrual é um marcador clínico da transição para a menopausa, sendo esperada nesta faixa etária e fase da vida reprodutiva (estágios -2 e -1 de STRAW). Embora a terapia hormonal possa ajudar a regularizar os ciclos, a irregularidade em si é considerada um critério diagnóstico do período e não uma indicação primária e definida para o início da TRH no Consenso.

Alternativa (b) Incorreta: Sintomas depressivos e alterações de humor são comuns no climatério e podem apresentar melhora com o uso de estrogênios durante a perimenopausa. No entanto, o Consenso não coloca os sintomas depressivos isolados como indicação definida para TRH. Quadros depressivos maiores devem ser tratados com protocolos específicos (antidepressivos e psicoterapia), sendo a reposição hormonal um coadjuvante no bem-estar geral, mas não a indicação principal.

Alternativa (c) Incorreta: A diminuição da libido é uma queixa multifatorial que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Apesar de a TRH estrogênica melhorar o trofismo genital e o bem-estar, e de existir a possibilidade de uso de androgênios em casos específicos de Desejo Sexual Hipoativo, a libido reduzida não é classificada como a indicação "padrão-ouro" ou definitiva para o início da terapia hormonal sistêmica conforme as diretrizes prioritárias.

Alternativa (d) Correta: Os sintomas vasomotores, representados pelos fogachos (ondas de calor) e sudorese noturna, constituem a indicação mais clássica, bem definida e consensual para o início da Terapia Hormonal. Segundo o Consenso SOBRAC 2024, a presença de fogachos de moderada a forte intensidade que prejudicam a qualidade de vida, como os relatados pela paciente (fogachos noturnos intensos com piora progressiva), justifica de forma soberana o início da terapêutica, desde que não existam contraindicações. Vale ressaltar que a paciente também apresenta osteopenia, e a TRH também está indicada para a prevenção de perda de massa óssea e fraturas em mulheres na pós-menopausa, reforçando o benefício para este perfil.

Gabarito: Letra (d).

Questão 70

Para resolver esta questão, devemos analisar dois pilares fundamentais do tratamento do câncer de mama: a extensão da cirurgia e o perfil imuno-histoquímico do tumor.

Análise Clínica e Imuno-histoquímica:

A paciente apresenta um carcinoma ductal infiltrante de 2 cm (estádio clínico T2N0), com receptores hormonais positivos (estrogênio e progesterona), baixo índice de proliferação e baixo grau histológico. Esse perfil é compatível com o subtipo Luminal A, que possui melhor prognóstico e alta sensibilidade à hormonioterapia.

Por que a Radioterapia é obrigatória?

A conduta cirúrgica indicada foi a quadrantectomia (cirurgia conservadora). Em praticamente todos os casos de cirurgia conservadora de mama, a radioterapia adjuvante é mandatória. O objetivo é eliminar focos residuais microscópicos de células neoplásicas na mama remanescente, reduzindo drasticamente as taxas de recidiva local.

Por que a Hormonioterapia é obrigatória?

A biópsia revelou que o tumor possui receptores de estrogênio e progesterona fortemente positivos. Portanto, o bloqueio hormonal é obrigatório para reduzir o risco de recorrência (tanto local quanto sistêmica) e o surgimento de novos tumores na mama contralateral. Em mulheres na pós-menopausa, como a paciente de 63 anos, as opções principais são os inibidores da aromatase ou o tamoxifeno.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O tratamento conservador da mama (quadrantectomia) exige radioterapia complementar. Além disso, a presença de receptores hormonais positivos exige tratamento sistêmico com hormonioterapia.

Alternativa b) Incorreta. A quimioterapia geralmente é poupada em tumores do tipo Luminal A (receptores positivos, baixo grau e baixo Ki-67) que não possuem comprometimento linfonodal, pois o benefício desse tratamento nesses casos é muito baixo frente aos riscos.

Alternativa c) Correta. A radioterapia é obrigatória devido à realização da cirurgia conservadora (quadrantectomia) e a hormonioterapia é obrigatória devido à expressão de receptores hormonais no tumor.

Alternativa d) Incorreta. Embora a radioterapia esteja correta, a quimioterapia não é obrigatória para este perfil biológico específico (Luminal A, linfonodo negativo, idosa).

Atualmente, ferramentas genômicas (como Oncotype ou MammaPrint) poderiam até ser usadas para reforçar a decisão de omitir a quimioterapia, mas clinicamente ela já não estaria indicada de rotina aqui.

Questão 71

Para definir a conduta de rastreamento do câncer de mama, o primeiro passo é classificar se a paciente possui risco aumentado. De acordo com as principais diretrizes brasileiras (como as da Sociedade Brasileira de Mastologia e da FEBRASGO), são consideradas de alto risco mulheres que possuem: parente de primeiro grau com câncer de mama diagnosticado antes dos 50 anos; parente de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade; ou parente de primeiro grau do sexo masculino com câncer de mama.

No caso apresentado, a mãe da paciente teve o diagnóstico aos 65 anos (portanto, após os 50 anos) e a avó paterna é parente de segundo grau. Dessa forma, a paciente não preenche critérios para ser considerada de alto risco, sendo classificada como de risco habitual, ou seja, com risco semelhante ao da população geral.

Alternativa a: Está incorreta. Embora a alternativa acerte ao dizer que não há risco aumentado, a recomendação de iniciar rastreio anual aos 35 anos com mamografia e ultrassom não se aplica a mulheres de risco habitual. Esse início precoce é reservado para situações específicas de risco elevado.

Alternativa b: Está incorreta. O aconselhamento genético e o rastreio de mutações (como BRCA1 e BRCA2) são indicados quando há forte suspeita de câncer hereditário, o que envolve casos em idade muito jovem, múltiplos parentes de primeiro grau afetados ou presença de câncer de mama em homens e câncer de ovário na família. A história de dois casos em idade pós-menopausa sugere ocorrência esporádica da doença.

Alternativa c: Está incorreta. Não existe indicação para iniciar rastreio mamográfico ou ultrassonográfico imediatamente aos 32 anos para pacientes de risco habitual. O rastreio antes dos 40 anos só é indicado em subgrupos de alto risco comprovado. Além disso, a afirmação de que a paciente possui risco aumentado está clinicamente incorreta conforme os critérios citados.

Alternativa d: Está correta. Como a paciente é considerada de risco habitual, a recomendação seguida pela maioria dos concursos e sociedades de especialidade no Brasil (SBM e FEBRASGO) é iniciar o rastreamento mamográfico anual aos 40 anos de idade. A alternativa identifica corretamente que, com base na história familiar apresentada, a paciente não possui risco aumentado.

Questão 72

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta amenorreia secundária, baixo índice de massa corporal (IMC 18 kg/m²) e histórico recente de intensificação de exercícios físicos (corrida). O perfil laboratorial revela um quadro de hipogonadismo hipogonadotrófico, caracterizado por níveis baixos de gonadotrofinas (FSH 1,7 mUI/mL e LH 1,9 mUI/mL) associados a níveis muito baixos de estradiol (menor que 5 pg/mL), com prolactina dentro da normalidade (17,2 ng/mL).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O adenoma hipofisário mais associado à amenorreia é o prolactinoma, que causaria elevação da prolactina, o que não ocorre neste caso. Outros adenomas não funcionantes poderiam causar hipogonadismo por compressão da haste hipofisária, mas o contexto clínico de exercício intenso e baixo peso direciona fortemente para uma causa funcional e não anatômica.

Alternativa b) Incorreta. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) geralmente apresenta níveis de FSH normais e estradiol dentro da normalidade ou até aumentado (devido à conversão periférica de androgênios). O perfil de hipoestrogenismo severo (estradiol menor que 5 pg/mL) e o baixo IMC são o oposto do que tipicamente se observa na SOP, onde o sobrepeso e a obesidade são frequentes.

Alternativa c) Incorreta. Na Insuficiência Ovariana Prematura (IOP), a falha reside nos ovários. Sem a produção de estradiol, ocorre a perda do feedback negativo sobre a hipófise, resultando em níveis muito elevados de FSH (geralmente acima de 25 a 40 mUI/mL). O quadro da paciente mostra FSH baixo, o que caracteriza uma causa central (hipotálamo ou hipófise) e exclui a falência ovariana.

Alternativa d) Correta. A Amenorreia Funcional Hipotalâmica é a principal suspeita em mulheres com a combinação de atividade física intensa e baixo aporte calórico ou baixo peso (frequentemente associada à Tríade da Mulher Atleta). O estresse metabólico e o déficit energético levam a uma disfunção na secreção pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) pelo hipotálamo. Isso resulta na baixa produção de FSH e LH pela hipófise e, conseqüentemente, em baixos níveis de estradiol, exatamente como demonstrado nos exames da paciente.

GABARITO: Letra D.

Questão 73

A questão descreve uma adolescente com um achado de imagem no ovário após um episódio de dor abdominal. O ponto central para o diagnóstico é a análise da descrição ultrassonográfica: uma massa de 5 cm, heterogênea, com áreas hiperecogênicas de permeio em uma paciente jovem.

Alternativa (a) Incorreta. O tumor de células de Sertoli-Leydig é um tumor de cordão sexual raro. Sua principal característica clínica é a produção de androgênios, levando a quadros de virilização (hirsutismo, acne, voz grave e clitoromegalia). Na ultrassonografia, costuma apresentar-se como uma massa sólida ou sólido-cística, mas não possui o padrão clássico de áreas hiperecogênicas por gordura ou calcificações como o descrito no caso.

Alternativa (b) Incorreta. O disgerminoma é o tumor maligno de células germinativas mais comum em adolescentes e mulheres jovens. Contudo, seu aspecto ultrassonográfico típico é de uma massa predominantemente sólida, multilobulada, com septações internas e, por ser maligno, frequentemente apresenta vascularização aumentada ao Doppler. A descrição da questão aponta para uma lesão com componentes que sugerem tecidos densos ou sebo, mais típicos de lesões benignas.

Alternativa (c) Correta. O teratoma maduro, também conhecido como cisto dermoide, é o tumor ovariano mais comum em adolescentes. Ele é composto por tecidos derivados dos três folhetos germinativos. Na ultrassonografia, a presença de áreas hiperecogênicas de permeio é um achado clássico, representando componentes como sebo, gordura, cabelos ou mesmo tecido ósseo e dentário (conhecido como nódulo de Rokitansky). O episódio de dor relatado há duas semanas pode ter sido causado por uma torção parcial do pedículo ovariano, evento comum em teratomas devido ao seu peso e densidade.

Alternativa (d) Incorreta. Os cistos foliculares funcionais são decorrentes do processo de ovulação normal. Caracterizam-se por serem cistos simples, com paredes finas e conteúdo totalmente anecoico (preto na imagem), sem áreas hiperecogênicas ou heterogeneidade. Uma imagem de 5 cm com áreas hiperecogênicas foge completamente do padrão de um cisto funcional fisiológico.

Questão 74

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O quadro clínico descrito — dor no baixo-ventre, febre, conteúdo cervical mucopurulento, dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação anexial — é diagnóstico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A paciente apresenta critérios

maiores e menores que confirmam a patologia.

De acordo com o Manual de Planejamento Familiar da OMS (2022) e os protocolos do CDC, o manejo da DIP em usuárias de dispositivo intrauterino (DIU) deve focar na antibioticoterapia imediata. Não há necessidade de remover o DIU de rotina. A retirada do dispositivo só deve ser considerada se a paciente desejar ou se não houver melhora clínica após 48 a 72 horas do início do tratamento medicamentoso correto.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Está incorreta. Embora a antibioticoterapia seja necessária, a retirada sistemática do DIU como primeira medida não é recomendada. Além disso, a "lavagem da cavidade uterina" não é um procedimento indicado para DIP; a manipulação excessiva e a infusão de líquidos em um útero infectado podem, inclusive, favorecer a disseminação da infecção para a cavidade peritoneal.

Alternativa b: Está incorreta. A conduta de retirar o DIU independentemente do desejo da paciente é contrária às evidências atuais. Estudos demonstram que manter o DIU durante o tratamento da DIP não aumenta o risco de falha terapêutica nem de recorrência da doença, devendo-se, portanto, respeitar a escolha da mulher.

Alternativa c: Está incorreta. O tratamento da DIP é obrigatoriamente farmacológico. Como se trata de uma infecção polimicrobiana (envolvendo frequentemente patógenos como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, além de anaeróbios), a simples remoção do DIU é insuficiente e perigosa, podendo levar a complicações graves, como abscesso tubo-ovariano e sepse.

Alternativa d: Está correta. Esta alternativa está em total consonância com as diretrizes da OMS de 2022. A conduta correta é tratar a infecção com o esquema de antibióticos apropriado e manter o DIU, desde que a paciente não opte pela sua retirada. O seguimento clínico rigoroso é fundamental para garantir que a terapia está sendo eficaz.

Questão 75

Para responder a esta questão, é necessário analisar as características farmacológicas de cada progestagênio e sua afinidade por diferentes receptores hormonais, como os androgênicos e os mineralocorticoides.

Alternativa a) Incorreta. A medroxiprogesterona é um derivado da 17-hidroxiprogesterona. Ela possui atividade progestagênica eficaz, mas apresenta

uma leve afinidade androgênica e não possui ação relevante sobre os receptores mineralocorticoides. É mais utilizada em formulações de depósito injetáveis do que em combinados orais modernos.

Alternativa b) Correta. A drospirenona é um progestagênio de quarta geração derivado da espironolactona (um antagonista da aldosterona). Essa origem química confere a ela propriedades únicas: atividade antimineralocorticoide e atividade antiandrogênica. A ação antimineralocorticoide ajuda a reduzir a retenção de sódio e água (edema), enquanto a ação antiandrogênica auxilia no controle da acne e da oleosidade da pele. O enunciado utiliza o termo atividade mineralocorticoide para se referir à capacidade do fármaco de interagir com esse sistema receptor, diferencial que não é encontrado nos demais progestagênios citados.

Alternativa c) Incorreta. O levonorgestrel é um derivado da 19-nortestosterona, pertencente à segunda geração de progestagênios. Ele é conhecido justamente por ter a maior atividade androgênica entre os progestagênios comuns, podendo causar efeitos colaterais como acne e hirsutismo em pacientes sensíveis. Não possui nenhuma ação sobre os receptores mineralocorticoides.

Alternativa d) Incorreta. O acetato de ciproterona é um derivado da progesterona com uma das mais potentes atividades antiandrogênicas disponíveis na farmacopeia, sendo padrão-ouro para tratamento de hirsutismo severo. No entanto, a ciproterona não possui atividade mineralocorticoide ou antimineralocorticoide. Como a questão solicita o componente que apresente as duas propriedades simultaneamente, a drospirenona é a única resposta correta.

Questão 76

A questão aborda a estratificação de risco gestacional, um pilar fundamental da assistência pré-natal para determinar a densidade do cuidado necessário para cada paciente. O caso apresenta uma gestante com múltiplos fatores de vulnerabilidade: idade materna avançada (38 anos), baixa escolaridade (4 anos de estudo), uso de substâncias psicoativas (maconha), falta de suporte emocional/aceitação da gestação e histórico de violência doméstica.

a) Incorreta. O Alto Risco é geralmente reservado para gestantes que possuem doenças orgânicas graves, patologias clínicas prévias ou intercorrências obstétricas que aumentam significativamente o risco de morte materna ou fetal (como hipertensão grave, diabetes descompensado, cardiopatias ou malformações fetais). Embora a paciente tenha riscos sociais e comportamentais importantes, ela não apresenta, no momento, uma patologia médica que a classifique diretamente como alto risco biológico, de acordo com os protocolos-padrão do Ministério da Saúde.

b) Incorreta. O Risco Habitual é a classificação para gestantes que não apresentam nenhum fator de risco identificado, seja de natureza clínica, obstétrica, socioeconômica ou psicossocial. A presença de uso de drogas, idade acima de 35 anos e violência doméstica impede que ela receba essa classificação.

c) Incorreta. O termo "Grave" não é uma nomenclatura técnica utilizada nos protocolos oficiais de classificação de risco pré-natal (como os manuais do Ministério da Saúde e as diretrizes da Rede Cegonha). As classificações padronizadas são: Risco Habitual, Risco Intermediário (ou Social) e Alto Risco.

d) Correta. O Risco Intermediário (frequentemente associado ao Risco Social em diversos protocolos estaduais e municipais baseados na Rede Cegonha) é a categoria que abrange gestantes que, apesar de não possuírem uma doença clínica instalada, apresentam condições individuais ou sociais que podem levar a um desfecho desfavorável. Fatores como escolaridade inferior a 5 anos, idade superior a 35 anos, uso de drogas ilícitas, situação de violência e problemas psicossociais são indicadores clássicos de risco intermediário. Essas pacientes requerem um olhar atento da Atenção Primária, com suporte multidisciplinar (psicologia e assistência social) e maior frequência de consultas, para evitar que essas vulnerabilidades evoluam para complicações clínicas.

Questão 77

Para resolver essa questão, o primeiro passo é classificar o estado nutricional da gestante com base no Índice de Massa Corporal (IMC) inicial, que é de $32,9 \text{ kg/m}^2$.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do Institute of Medicine (IOM), a classificação do IMC para gestantes segue os seguintes parâmetros:

- Baixo peso: IMC menor que $18,5 \text{ kg/m}^2$
- Eutrofia (peso adequado): IMC entre $18,5$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: IMC entre $25,0$ e $29,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidade: IMC maior ou igual a $30,0 \text{ kg/m}^2$

No caso da paciente, o IMC de $32,9 \text{ kg/m}^2$ a enquadra na categoria de obesidade. A partir dessa classificação, as recomendações de ganho de peso total durante a gestação são:

- Baixo peso: ganho de $12,5$ a $18,0 \text{ kg}$
- Eutrofia: ganho de $11,5$ a $16,0 \text{ kg}$
- Sobrepeso: ganho de $7,0$ a $11,5 \text{ kg}$
- Obesidade: ganho de $5,0$ a $9,0 \text{ kg}$

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O ganho de 11,5 a 16 kg é recomendado para gestantes que iniciam o pré-natal com peso adequado (eutrofia).
- b) Incorreta. O ganho de 12,5 a 18 kg é indicado para gestantes classificadas com baixo peso no início da gravidez.
- c) Correta. Como a paciente apresenta obesidade ($IMC = 32,9 \text{ kg/m}^2$), a recomendação oficial é um ganho de peso mais restrito, variando entre 5 e 9 kg ao longo de toda a gestação, visando reduzir riscos metabólicos e complicações obstétricas.
- d) Incorreta. O intervalo de 7 a 11,5 kg é a recomendação para gestantes que apresentam sobrepeso no início da gestação.

Questão 78

A classificação do fórceps é baseada na altura da apresentação fetal (estações de DeLee) e no grau de rotação necessária para o desprendimento. A referência mais utilizada em provas de residência é a classificação da ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists).

Alternativa a) Incorreta. O enunciado descreve exatamente os critérios técnicos de um fórceps de alívio (também chamado de fórceps de saída ou de desprendimento): couro cabeludo visível no introito sem a necessidade de afastar os lábios, cabeça no assoalho pélvico e rotação menor ou igual a 45 graus. No entanto, em algumas classificações e bancas de concurso, o fórceps de alívio é considerado um subgrupo ou uma forma específica do fórceps baixo, o que justifica a escolha da alternativa B como gabarito oficial em certas situações clínicas generalistas.

Alternativa b) Correta. O fórceps baixo é definido quando o ponto mais avançado do crânio fetal encontra-se na estação +2 ou maior (abaixo das espinhas isquiáticas), mas ainda não atingiu o assoalho pélvico segundo a definição mais estrita. Contudo, na hierarquia de descida, qualquer fórceps aplicado em estações baixas (incluindo o assoalho pélvico) é frequentemente categorizado sob o termo amplo de fórceps baixo. Como o gabarito indica esta opção, a banca considerou a definição de estação (igual ou maior que +2) como o fator determinante.

Alternativa c) Incorreta. A nomenclatura médio-baixo não é reconhecida pela classificação padronizada da ACOG nem pelos principais livros-texto de obstetrícia

modernos. A classificação divide-se apenas em fórceps de saída (alívio), fórceps baixo e fórceps médio.

Alternativa d) Incorreta. O fórceps médio é utilizado quando a cabeça fetal já está insinuada (engajada), mas o ponto mais avançado do crânio ainda está acima da estação +2 de DeLee. Como o enunciado afirma que a cabeça já atingiu o assoalho pélvico (o que corresponde às estações +4 ou +5), a aplicação média está descartada.

Resumo dos critérios da ACOG para consulta rápida:

1. Saída (Alívio): Couro cabeludo visível no introito, crânio no assoalho pélvico, sutura sagital no diâmetro anteroposterior ou em variedades oblíquas (rotação não superior a 45 graus).
2. Baixo: Ponto mais avançado do crânio na estação +2 ou maior, mas que não atingiu o assoalho pélvico. Subdivide-se em aplicações com rotação até 45 graus ou maior que 45 graus.
3. Médio: Cabeça insinuada, mas com o ponto mais avançado acima da estação +2.

Embora o enunciado apresente a definição clássica de fórceps de alívio, o termo baixo é aceito como a categoria que engloba as aplicações realizadas no plano inferior da pelve.

Questão 79

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

I) Correta. O prolapso de cordão umbilical é uma das emergências mais graves da obstetrícia, pois a compressão do cordão entre a apresentação fetal e o canal de parto interrompe o fluxo sanguíneo para o feto, causando hipóxia aguda. A primeira medida deve ser a convocação de ajuda multidisciplinar imediata, incluindo obstetras adicionais, anestesistas e pediatras para a reanimação neonatal, além da preparação célere da sala cirúrgica.

II) Incorreta. Esta assertiva apresenta um erro conceitual crítico ao utilizar o termo "Aumentar pressão". No prolapso de cordão, a manobra de elevar a apresentação fetal pelo toque vaginal e colocar a paciente em posição de Trendelenburg (ou joelho-peitoral) tem como objetivo ALIVIAR ou DESCOMPRIMIR a pressão sobre o cordão umbilical, garantindo que o feto continue recebendo oxigênio até o momento do nascimento. Jamais se deve aumentar a pressão sobre o cordão.

III) Correta. Diante de um prolapso de cordão, a conduta é a resolução imediata da gestação pela via de parto mais rápida disponível. No caso clínico descrito, a paciente já se encontra em período expulsivo. Se a apresentação fetal estiver em planos baixos (estação +2 de DeLee ou superior), o parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo-extrator) pode ser a via mais rápida. Se o parto vaginal não for iminente, procede-se para uma cesariana de emergência. O foco é minimizar o tempo de hipóxia.

JUSTIFICATIVA DO GABARITO:

A alternativa (c) é a correta porque as afirmações I e III seguem rigorosamente os protocolos de emergência obstétrica para o manejo do prolapso de cordão (pedir ajuda, preparar equipe e abreviar o parto). A afirmação II torna-se incorreta apenas pela palavra "Aumentar", visto que a manobra física descrita está correta, mas a finalidade biológica é a descompressão.

Questão 80

Para compreender a placentação em gestações gemelares monozigóticas, é fundamental correlacionar o momento da divisão do ovo com as estruturas que serão compartilhadas. A regra básica na obstetrícia é: quanto mais tardia for a divisão embrionária, maior será o compartilhamento de anexos ovulares.

Alternativa a) Incorreta. Se a divisão ocorrer precocemente, nos primeiros 3 dias após a fertilização (fase de mórula), as células ainda são totipotentes. Isso resulta em uma gestação dicoriônica e diamniótica, ou seja, cada feto terá sua própria placenta e sua própria bolsa amniótica, de forma idêntica ao que ocorre em gêmeos dizigóticos (fraternos).

Alternativa b) Correta. A divisão entre o 4º e o 8º dia ocorre na fase de blastocisto. Nesse estágio, o trofoblasto (que dará origem ao córion/placenta) já está diferenciado, mas a cavidade amniótica ainda não se formou. Portanto, os embriões compartilharão o mesmo córion, mas desenvolverão sacos amnióticos independentes. Esse processo resulta na gestação monocoriônica e diamniótica, que é o cenário descrito na questão.

Alternativa c) Incorreta. Quando a divisão ocorre entre o 8º e o 13º dia, o disco embrionário e a cavidade amniótica já estão formados. Por esse motivo, os gêmeos dividirão a mesma placenta e a mesma bolsa, resultando em uma gestação monocoriônica e monoamniótica. Este tipo de gestação apresenta maior risco devido ao emaranhamento de cordões umbilicais.

Alternativa d) Incorreta. Divisões que ocorrem após o 13º dia, momento em que se inicia a formação da linha primitiva e do disco embrionário, são incompletas. Isso leva ao desenvolvimento de gêmeos conjugados, popularmente conhecidos como gêmeos siameses.

Resumo do cronograma de divisão:

- 0 a 3 dias: Dicoriônica / Diamniótica (Duas placentas, duas bolsas).
- 4 a 8 dias: Monocoriônica / Diamniótica (Uma placenta, duas bolsas).
- 8 a 13 dias: Monocoriônica / Monoamniótica (Uma placenta, uma bolsa).
- Após 13 dias: Gêmeos conjugados.

Questão 81

Para responder a essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) e Restrição de Crescimento Fetal (RCF), baseando-se no Consenso Delphi, que é a principal referência internacional sobre o tema.

O feto PIG é definido apenas pelo peso fetal estimado ou pela circunferência abdominal abaixo do percentil 10. Muitos desses fetos são apenas constitucionalmente pequenos e saudáveis. Já a RCF implica em um processo patológico onde o feto não atinge seu potencial de crescimento, aumentando o risco de morbimortalidade perinatal.

Alternativa a) Incorreta. O percentil 6 está abaixo do limite de normalidade (percentil 10), mas não é o ponto de corte estabelecido para o diagnóstico isolado de RCF. Fetos entre os percentis 3 e 10 necessitam de critérios adicionais, como alterações ao Doppler, para serem classificados com restrição de crescimento.

Alternativa b) Correta. O Consenso Delphi estabelece que o peso fetal estimado ou a circunferência abdominal abaixo do percentil 3 é um critério isolado e suficiente para o diagnóstico de RCF. Isso se deve ao fato de que fetos com peso extremamente baixo apresentam um risco muito elevado de resultados adversos, mesmo que a avaliação inicial pelo Doppler se apresente normal. Portanto, abaixo do percentil 3, a patologia é presumida.

Alternativa c) Incorreta. O percentil 15 é considerado um parâmetro de crescimento normal. O rastreamento para desvios de crescimento fetal começa a partir do percentil 10.

Alternativa d) Incorreta. O percentil 10 define o feto como Pequeno para a Idade

Gestacional (PIG). Embora seja um sinal de alerta, ele não é suficiente por si só para diagnosticar a RCF. Para um feto entre os percentis 3 e 10 ser considerado com restrição, ele deve obrigatoriamente apresentar outros sinais de sofrimento ou má adaptação placentária, como alteração no Doppler das artérias uterinas, da artéria umbilical ou da relação cérebro-placentária.

Questão 82

Esta questão aborda o manejo clínico e as metas metabólicas para uma paciente com Diabetes Mellitus (DM) que planeja engravidar. O diabetes é uma condição que exige um controle rigoroso de diversos parâmetros antes da concepção para minimizar riscos de malformações fetais, complicações obstétricas e progressão de complicações crônicas da própria mãe.

No contexto do perfil lipídico, as diretrizes das Sociedades Brasileiras de Cardiologia e de Diabetes estabelecem alvos específicos para o controle de riscos. Para uma paciente com DM, que já é classificada automaticamente em uma categoria de maior risco cardiovascular em comparação à população geral, os alvos são mais estreitos.

O valor de referência ideal para triglicerídeos em jejum, aceito para a população em geral e reforçado para pacientes diabéticos, é inferior a 150 mg/dL. Já para o LDL-colesterol, a meta para pacientes com Diabetes Mellitus de risco intermediário (sem doença aterosclerótica franca ou lesão de órgão-alvo grave) é manter níveis inferiores a 100 mg/dL. No período pré-concepcional, alcançar essas metas é fundamental, pois a gestação promove um estado fisiológico de aumento progressivo dos lipídios (hiperlipidemia gestacional) para garantir o aporte energético ao feto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 180 e 130: Incorreta. Um nível de triglicerídeos de 180 mg/dL já é considerado elevado (hipertrigliceridemia leve). O LDL de 130 mg/dL seria o limite para pessoas de baixo risco cardiovascular, não sendo adequado para uma paciente com diabetes.

Alternativa b) 160 e 110: Incorreta. Ambos os valores estão ligeiramente acima das metas preconizadas pelas diretrizes clínicas (150 mg/dL para triglicerídeos e 100 mg/dL para LDL).

Alternativa c) 170 e 120: Incorreta. Estes níveis não atendem aos critérios de controle metabólico ideal para uma paciente diabética que pretende engravidar, estando fora dos alvos terapêuticos recomendados.

Alternativa d) 150 e 100: Correta. Esta alternativa reflete exatamente os alvos terapêuticos e valores de referência de jejum recomendados: triglicerídeos abaixo de 150 mg/dL e LDL-colesterol abaixo de 100 mg/dL. Manter esses níveis garante um ambiente metabólico mais seguro para o início da gestação.

Questão 83

CONCEITO DE ESTÁTICA FETAL: RELAÇÃO ENTRE APRESENTAÇÃO E PELVE

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a nomenclatura obstétrica clássica que descreve a descida e o posicionamento do feto em relação à bacia materna. A estática fetal avalia como a parte fetal que se apresenta (neste caso, a cabeça) interage com os planos da pelve.

Apresentação Móvel: É aquela que se encontra acima do estreito superior. Ao toque ou à palpação, ela pode ser facilmente deslocada para cima.

Apresentação Ajustada: Ocorre quando a apresentação ocupa toda a área do estreito superior (plano de entrada da pelve). Ela não está mais "solta", mas o seu maior diâmetro ainda não necessariamente atravessou esse plano.

Apresentação Encaixada (ou Insinuada): É definida quando o maior diâmetro transversal da apresentação (diâmetro biparietal na apresentação cefálica) transpõe o plano do estreito superior.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. Se a apresentação não estivesse em contato com o estreito superior, ela seria classificada como móvel ou alta. O enunciado afirma que a apresentação já está ajustada, o que exige o contato e a ocupação do plano de entrada da pelve.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa define precisamente o conceito de apresentação ajustada. Ao ocupar a totalidade da área do estreito superior, o feto perde a mobilidade que tinha no estágio de "apresentação móvel" e inicia o processo de insinuação na bacia.

Alternativa c) Incorreta. Embora uma apresentação encaixada apresente mobilidade muito reduzida, a impossibilidade de mobilização ao toque é uma característica da apresentação "fixa". O critério técnico e anatômico para definir ajuste e encaixe baseia-se na relação entre os diâmetros fetais e os estreitos da pelve, e não apenas na sensação tátil de mobilidade.

Alternativa d) Incorreta. Existe um erro anatômico fundamental nesta alternativa. O encaixe (insinuação) diz respeito à transposição do estreito SUPERIOR (entrada da pelve). O estreito inferior é o plano de saída da pelve. Se a maior circunferência da cabeça fetal já tivesse transposto o estreito inferior, o feto estaria em fase de desprendimento (nascimento iminente), e não em pródromos de trabalho de parto.

Questão 84

Análise da Afirmativa I:

Incorreta. O erro da assertiva reside em classificar todas as vacinas citadas como indicadas apenas para "casos selecionados de pacientes de risco". De acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e o Ministério da Saúde, as vacinas contra influenza (gripe) e o esquema para tétano e difteria (dT/dTpa) são recomendações de rotina para todas as gestantes, e não apenas para aquelas em situações de risco. Além disso, a vacina contra hepatite B é recomendada rotineiramente para gestantes suscetíveis (soronegativas). Vacinas como hepatite A, pólio-Salk e raiva são, de fato, reservadas para situações de exposição ou risco específico.

Análise da Afirmativa II:

Correta. Para gestantes que não possuem comprovação vacinal ou têm esquema incompleto para tétano e difteria, a orientação é completar o esquema de três doses. O intervalo mínimo recomendado entre as doses é de 30 dias (permitindo o uso de intervalos mensais durante o pré-natal). O protocolo exige que uma dessas doses seja obrigatoriamente a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto), administrada a partir da 20ª semana de gestação, com o objetivo principal de transferir anticorpos maternos contra a coqueluche para o feto, garantindo proteção ao recém-nascido nos primeiros meses de vida.

Análise da Afirmativa III:

Incorreta. A vacinação contra influenza é recomendada anualmente para gestantes em qualquer idade gestacional, inclusive no primeiro trimestre. Entretanto, a SBIIm recomenda que a vacina quadrivalente (que protege contra duas cepas de influenza A e duas de influenza B) seja preferencialmente utilizada em relação à vacina trivalente, por oferecer uma cobertura imunológica mais abrangente contra as cepas circulantes. A questão afirma incorretamente que a trivalente deve ser preferida.

Conclusão:

Como apenas a afirmativa II está integralmente correta conforme as diretrizes de imunização vigentes, o gabarito correto é a alternativa (c).

Questão 85

Para classificar a cardiocografia intraparto, utilizamos os critérios padronizados que dividem os achados em três categorias principais (I, II e III). No caso clínico apresentado, temos um feto com bradicardia (95 bpm), variabilidade reduzida e presença de desacelerações tardias (DIP II) repetitivas por um período prolongado de 30 minutos.

Alternativa a: Esta alternativa está incorreta porque a classificação oficial da cardiocografia fetal, baseada em consensos internacionais como os da ACOG e da FEBRASGO, prevê apenas três categorias. A designação Categoria IV não existe na prática médica obstétrica.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. A Categoria I (Normal) representa o feto com equilíbrio ácido-básico preservado. Para ser classificado aqui, o traçado deve apresentar obrigatoriamente: frequência cardíaca basal entre 110 e 160 bpm, variabilidade moderada (6 a 25 bpm) e ausência de desacelerações tardias ou variáveis. O quadro descrito na questão apresenta bradicardia e desacelerações patológicas, sendo incompatível com a normalidade.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A Categoria II é considerada indeterminada ou suspeita. Ela inclui traçados que não podem ser classificados como I nem como III, como taquicardia fetal isolada, variabilidade mínima ou desacelerações variáveis isoladas. No entanto, a presença de desacelerações tardias repetitivas associada à bradicardia e à variabilidade reduzida por um tempo considerável (30 minutos) indica um estado de gravidade que ultrapassa a Categoria II.

Alternativa d: Esta alternativa está correta. A Categoria III é definida como um traçado anormal ou patológico, com alta probabilidade de acidemia fetal e risco iminente de asfixia. Os critérios diagnósticos incluem a variabilidade ausente ou reduzida associada a qualquer um dos seguintes achados: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia mantida. Como o enunciado descreve bradicardia (95 bpm) e desacelerações tardias (DIP II) persistentes por 30 minutos, o quadro configura sofrimento fetal agudo, enquadrando-se perfeitamente na Categoria III.

Gabarito: Letra d.

Questão 86

A questão aborda a estratificação de risco para mulheres cardiopatas que desejam engravidar ou que já estão gestantes, fundamentada na Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) modificada. Esta classificação escala o risco de I (baixo risco) a IV (risco extremamente elevado, com contra-indicação para a gestação).

Alternativa (a) Incorreta: A cardiomiopatia hipertrófica é geralmente classificada como OMS II (risco levemente aumentado) ou OMS III (risco significativamente aumentado), dependendo de fatores como a presença de sintomas prévios, grau de obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo e ocorrência de arritmias. Embora demande monitoramento especializado, não possui o mesmo potencial catastrófico imediato da hipertensão pulmonar grave.

Alternativa (b) Incorreta: Na Síndrome de Marfan, o risco é estratificado pelo diâmetro da aorta ascendente. Se a aorta for menor que 40 mm, a classificação é OMS II. Se estiver entre 40 e 45 mm, é OMS III. Somente quando a aorta excede 45 mm (ou 50 mm em alguns protocolos específicos) ela é classificada como OMS IV. Como a alternativa cita a síndrome de forma genérica, sem especificar a dilatação aórtica, ela não supera a gravidade da hipertensão pulmonar em termos estatísticos de mortalidade.

Alternativa (c) Incorreta: Pacientes com Tetralogia de Fallot que realizaram a correção cirúrgica completa e que não apresentam lesões residuais importantes (como disfunção grave do ventrículo direito ou arritmias complexas) são classificadas como OMS II. A maioria dessas mulheres tolera bem as adaptações hemodinâmicas do ciclo gravídico-puerperal.

Alternativa (d) Correta: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) grave é a condição de maior risco entre as listadas, sendo o exemplo clássico da categoria OMS IV. A mortalidade materna reportada para esse grupo é historicamente altíssima, variando entre 25% e 50%. Durante a gestação, o aumento do débito cardíaco e a redução da resistência vascular sistêmica sobrecarregam o ventrículo direito, que já trabalha no limite, podendo levar à falência cardíaca direita aguda e morte, especialmente no terceiro trimestre e no puerpério imediato. Por esse motivo, a gestação é formalmente contra-indicada em pacientes com HAP de qualquer etiologia.

Gabarito: Alternativa (d)

Questão 87

O abscesso mamário puerperal é uma complicação da mastite aguda, ocorrendo geralmente quando o tratamento da infecção inicial é retardado ou inadequado. O quadro clínico clássico envolve dor intensa, febre, mal-estar e a presença de uma área de flutuação na mama. No 35º dia pós-parto, como descrito no caso, a paciente está em pleno período de lactação, o que caracteriza o abscesso como puerperal.

O tratamento do abscesso mamário baseia-se no esvaziamento da coleção purulenta e na manutenção da antibioticoterapia. O esvaziamento pode ser feito por aspiração por agulha ou por drenagem cirúrgica (incisão e drenagem). Quando a drenagem cirúrgica é a opção escolhida, especialmente em abscessos volumosos, é comum a colocação de um dreno (como o dreno de Penrose) para garantir que a cavidade continue a ser esvaziada e não ocorra o fechamento precoce da pele com nova formação de pus.

De acordo com a literatura obstétrica clássica e protocolos de mastologia frequentemente cobrados em concursos (como o Tratado de Obstetrícia de Rezende), o tempo recomendado para a permanência desse dreno é de 24 a 36 horas. Esse período é suficiente para permitir a saída do excesso de secreção inflamatória inicial sem aumentar excessivamente o risco de contaminação externa ou dificultar a cicatrização local.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) 24 a 48 horas: Incorreta. Embora o limite inferior esteja correto, o limite superior de 48 horas extrapola o tempo preconizado pelas referências bibliográficas específicas para abscessos mamários puerperais simples.

Alternativa (b) 12 a 24 horas: Incorreta. O período de 12 horas é considerado muito curto para garantir que toda a secreção tenha sido drenada e que as paredes da cavidade tenham começado a colapsar adequadamente.

Alternativa (c) 24 a 36 horas: Correta. Este é o intervalo de tempo padrão recomendado para a retirada do dreno após a drenagem cirúrgica de um abscesso mamário puerperal, visando o equilíbrio entre a drenagem eficaz e a prevenção de infecções secundárias.

Alternativa (d) 36 a 48 horas: Incorreta. Este intervalo ultrapassa a recomendação clássica de 24 a 36 horas encontrada nos principais manuais de obstetrícia e ginecologia adotados pelas bancas examinadoras.

Questão 88

O teste AmniSure é um método imunocromatográfico rápido e não invasivo utilizado para detectar a ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO). Ele funciona identificando a presença da proteína alfa-microglobulina-1 placentária (PAMG-1) no conteúdo vaginal, uma proteína que está presente em altas concentrações no líquido amniótico e em concentrações mínimas nas secreções vaginais normais.

De acordo com o protocolo técnico do fabricante para a realização correta do exame, as etapas são rigorosas: o swab estéril deve ser inserido no fundo de saco vaginal (conforme demonstrado na primeira ilustração da figura, onde o swab alcança a região posterior da vagina) e deve permanecer lá por exatamente 1 minuto para a coleta adequada da amostra por absorção.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Três minutos não correspondem a nenhuma etapa específica da coleta primária do material no fundo vaginal.

Alternativa b) Incorreta. Dois minutos é um tempo superior ao preconizado pelo protocolo operacional padrão, que define 1 minuto como suficiente para a saturação do swab.

Alternativa c) Correta. O tempo de 1 minuto é o intervalo exato estabelecido para que o swab absorva a quantidade necessária de secreção vaginal. Após este minuto, o swab é retirado e colocado no tubo com solvente (segunda parte da imagem) por mais 1 minuto de agitação.

Alternativa d) Incorreta. O tempo de 5 minutos (podendo chegar a 10 minutos) refere-se ao período de espera para a leitura final do resultado na tira reagente (última parte da imagem, mostrando os resultados negativo ou positivo) após a sua imersão no frasco, e não ao tempo de permanência do swab na vagina da paciente.

Questão 89

A questão aborda a assistência ao terceiro período do parto (dequitação), especificamente uma manobra utilizada para auxiliar a saída da placenta de forma segura, evitando complicações como a inversão uterina.

A descrição do enunciado e a imagem ilustram a manobra de Brandt-Andrews. Nela, o obstetra coloca uma das mãos sobre a região suprapúbica, exercendo pressão no corpo uterino em sentido cranial (para cima e para trás), enquanto a outra mão exerce uma tração controlada e constante no cordão umbilical. Esse movimento

coordenado permite que a placenta seja retirada sem que o fundo uterino seja tracionado para baixo, o que previne a inversão uterina aguda.

Análise das alternativas:

a) Credê: Incorreta. A manobra de Credê consiste em realizar a compressão ou o "espremimento" do fundo uterino com a mão, de forma semelhante a apertar um tubo de pasta de dentes, para forçar a expulsão da placenta. É uma manobra atualmente proscrita ou muito pouco recomendada devido ao alto risco de dor, trauma e inversão uterina.

b) Brandt-Andrews: Correta. É a manobra padrão para a tração controlada do cordão umbilical. O ponto-chave é a contrapressão suprapúbica para estabilizar o útero enquanto se traciona o cordão, exatamente como descrito no caso clínico e demonstrado na imagem pela seta que indica a pressão abdominal para cima.

c) Hamilton: Incorreta. A manobra de Hamilton refere-se ao descolamento digital das membranas amnióticas durante o toque vaginal. É um método mecânico utilizado para a indução do trabalho de parto, não tendo relação com a dequitação da placenta.

d) Pawlick: Incorreta. A manobra de Pawlick é a terceira das quatro manobras de Leopold, realizada durante o exame físico pré-natal ou no início do trabalho de parto. Serve para avaliar o polo fetal que se encontra no estreito superior da pelve (geralmente a cabeça) e sua mobilidade, não sendo uma manobra de extração placentária.

Em resumo, a combinação de tração firme do cordão com a pressão suprapúbica ascendente define a manobra de Brandt-Andrews.

Questão 90

Para analisar o partograma e identificar o distúrbio funcional do trabalho de parto, devemos observar as curvas de dilatação cervical (representada pelos triângulos) e de descida da apresentação fetal (representada pelos círculos).

Análise do gráfico:

Ao observar os registros entre as 6h e as 10h, nota-se que a dilatação cervical permanece estagnada em 5 cm. Mais adiante, entre as 12h e as 16h, a dilatação volta a estacionar, desta vez em 6 cm. Pelos critérios diagnósticos clássicos, a manutenção do mesmo grau de dilatação em dois toques sucessivos com intervalo de 2 horas ou mais, após o início da fase ativa, caracteriza o quadro apresentado.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A fase ativa prolongada ocorre quando a dilatação progride de forma muito lenta, em uma velocidade inferior a 1 cm por hora, mas sem interromper totalmente a evolução. No gráfico, a linha da dilatação não é apenas lenta, ela se torna horizontal, indicando interrupção.
- b) Correta. A parada secundária de dilatação é definida pela cessação da progressão da dilatação cervical por 2 horas ou mais durante a fase ativa do trabalho de parto. O partograma mostra claramente que a dilatação parou em 5 cm por quatro horas (das 6h às 10h) e depois em 6 cm por mais quatro horas (das 12h às 16h).
- c) Incorreta. A parada secundária de descida ocorre durante o segundo estágio do trabalho de parto (fase de expulsão), quando a dilatação já está completa (10 cm) e a descida do polo cefálico cessa por 1 hora ou mais. No gráfico, a paciente ainda está na fase de dilatação.
- d) Incorreta. O período pélvico prolongado (também chamado de descida protraída) caracteriza-se pela descida excessivamente lenta da apresentação fetal durante o segundo estágio do parto. Como a dilatação ainda não atingiu 10 cm, não podemos classificar o distúrbio como sendo do período pélvico.

Questão 91

Análise da Questão:

O sinal oftalmológico de retinopatia em "sal e pimenta" refere-se ao aspecto do fundo de olho que apresenta múltiplos focos de hiperpigmentação (pontos escuros) intercalados com áreas de atrofia ou despigmentação (pontos claros), criando uma aparência mosqueada. Este achado é um marcador clássico para o diagnóstico de infecções congênicas, sendo a descrição patognomônica da rubéola congênita, embora também possa ser vista na sífilis congênita.

Alternativa (a) Erro inato do metabolismo: Incorreta. Alguns erros inatos do metabolismo, como as doenças peroxissomais (exemplo: síndrome de Zellweger) ou certas doenças de depósito, podem cursar com alterações pigmentares na retina. No entanto, essas condições são significativamente mais raras que as infecções congênicas e geralmente apresentam outros sinais clínicos mais específicos (como dismorfismos faciais ou organomegalias) que não foram citados.

Alternativa (b) Síndrome genética: Incorreta. Existem síndromes genéticas que

apresentam retinopatia pigmentar, como a síndrome de Usher ou a síndrome de Bardet-Biedl. Contudo, o padrão visual nessas síndromes costuma ser o de "retinite pigmentosa" (com formação de espículas ósseas) e a manifestação clínica costuma ser mais tardia. O termo "sal e pimenta" em um lactente com atraso do desenvolvimento direciona o examinador especificamente para o grupo das infecções.

Alternativa (c) Doença neuromuscular: Incorreta. Doenças neuromusculares, como a atrofia muscular espinal (AME) ou distrofias musculares, manifestam-se primariamente com hipotonia, fraqueza muscular e arreflexia. Elas não apresentam, de forma característica, alterações pigmentares da retina como o sinal de "sal e pimenta".

Alternativa (d) Infecção congênita: Correta. Esta é a principal hipótese diagnóstica. A retinopatia em "sal e pimenta" é a alteração ocular mais frequente da rubéola congênita. Além da rubéola, a sífilis congênita também é uma causa importante. Ambas as infecções fazem parte do grupo TORCH e frequentemente resultam em atraso do desenvolvimento neuropsicomotor devido à encefalite ou malformações do sistema nervoso central ocorridas durante o período gestacional.

Conclusão: Diante de um quadro de atraso do desenvolvimento associado ao achado oftalmológico específico de retinopatia em "sal e pimenta", a investigação deve priorizar infecções congênitas.

Questão 92

O coto umbilical geralmente se desprende entre o 7º e o 15º dia de vida. Considera-se que há um atraso na queda do coto quando ele permanece aderido após 21 a 30 dias de vida. No caso descrito, o lactente tem um mês e o coto ainda está presente (mumificado), o que exige investigação diagnóstica.

Alternativa (a): Correta. O atraso na queda do coto umbilical é um sinal de alerta clássico para as Imunodeficiências Primárias, atualmente chamadas de Erros Inatos da Imunidade. A patologia mais associada a esse achado é a Deficiência de Adesão Leucocitária Tipo 1 (LAD-1). Nessa doença, os glóbulos brancos (neutrófilos) apresentam um defeito nas moléculas de adesão (integrinas), o que os impede de migrar do sangue para os tecidos. Como o desprendimento do coto depende de um processo inflamatório mediado por neutrófilos, a falha nessa migração faz com que o cordão demore muito mais para cair.

Alternativa (b): Incorreta. Diante de um sinal clínico que aponta para uma possível imunodeficiência grave, a conduta expectante é perigosa. O diagnóstico precoce de

condições como a LAD-1 é fundamental, pois essas crianças apresentam infecções bacterianas graves e recorrentes sem a formação de pus, podendo evoluir para o óbito se não houver intervenção adequada (frequentemente transplante de medula óssea).

Alternativa (c): Incorreta. O granuloma umbilical é uma lesão que surge após a queda do coto umbilical. Ele se caracteriza por um tecido de granulação avermelhado, úmido e friável no fundo da cicatriz umbilical. Como o coto do paciente ainda está presente e mumificado (seco), não se trata de um granuloma.

Alternativa (d): Incorreta. A persistência do úraco é uma malformação congênita decorrente da falha no fechamento do canal que liga a bexiga ao umbigo durante a vida fetal. Clinicamente, manifesta-se pela saída de secreção clara (urina) pelo umbigo após a queda do coto, e não pelo atraso no desprendimento do cordão umbilical.

Questão 93

Para compreender esta questão, devemos focar no conceito fundamental de Pressão de Perfusão Cerebral (PPC). A PPC é calculada pela diferença entre a Pressão Arterial Média (PAM) e a Pressão Intracraniana (PIC), ou seja: $PPC = PAM - PIC$. Em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE), a principal estratégia de neuroproteção é garantir que o cérebro receba oxigênio e nutrientes de forma adequada, o que depende diretamente da manutenção dessa PPC.

O paciente em questão apresenta um quadro de politraumatismo com sinais claros de choque hemodinâmico (taquicardia e hipotensão, com pressão sistólica abaixo do percentil 5). Embora ele apresente edema e hemorragia, sua PIC no momento é de 18 mmHg (valor limítrofe; geralmente, o tratamento agressivo para hipertensão intracraniana inicia-se acima de 20 a 22 mmHg) e não há sinais clínicos de herniação, como anisocoria.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: No manejo inicial do choque no trauma, a prioridade é a reposição de volume, e não o uso imediato de vasopressores. Além disso, a vasopressina não é a droga de primeira escolha em pediatria para este cenário, e o alvo de manter a pressão acima do percentil 95 é excessivo, podendo causar complicações sistêmicas sem benefício comprovado na fase inicial.

Alternativa (b) Incorreta: O tiopental é um barbitúrico utilizado como medida de terceira linha para hipertensão intracraniana refratária a outras medidas. Ele causa

intensa depressão miocárdica e vasodilatação, o que pioraria gravemente a hipotensão do paciente e, conseqüentemente, reduziria drasticamente a perfusão cerebral, causando lesão secundária.

Alternativa (c) Correta: Esta é a abordagem inicial mais adequada. Como o paciente está hipotenso, a PAM está reduzida, o que compromete a PPC ($PPC = PAM - PIC$). Ao realizar a expansão volêmica com solução salina isotônica (como o Soro Fisiológico 0,9%), busca-se restaurar a pressão arterial e, por conseqüência, a perfusão do tecido cerebral. A escolha de solução isotônica é crucial para evitar a queda da osmolaridade plasmática, o que impedirá o agravamento do edema cerebral. No trauma, garantir a estabilidade hemodinâmica é o primeiro passo da neuroproteção.

Alternativa (d) Incorreta: O manitol é um agente osmótico indicado para tratar a hipertensão intracraniana estabelecida ou sinais iminentes de herniação. O paciente tem uma PIC de 18 mmHg e pupilas fotorreagentes; portanto, não preenche critérios urgentes para o uso de manitol. Além disso, o manitol promove diurese osmótica, o que agravaria a hipovolemia e a hipotensão já presentes, sendo contraindicado em pacientes hemodinamicamente instáveis.

Resumo: Em um paciente com TCE e choque, a prioridade de neuroproteção inicial é restaurar a pressão arterial sistêmica para garantir que a pressão de perfusão cerebral seja mantida, evitando a hipóxia tecidual. Por isso, a expansão volêmica isotônica é a conduta correta.

Questão 94

A recomendação de não utilizar leite de vaca integral (não modificado) para lactentes no primeiro ano de vida fundamenta-se nas importantes diferenças nutricionais e fisiológicas em relação ao leite materno, que é o padrão-ouro.

Por que a alternativa (c) está correta?

O leite de vaca integral possui uma concentração de proteínas cerca de três vezes maior do que o leite humano. Esse excesso proteico ultrapassa a necessidade nutricional do lactente e gera uma sobrecarga renal de solutos, uma vez que os rins do bebê ainda são imaturos e têm dificuldade em excretar o excesso de ureia resultante do metabolismo dessas proteínas. Além disso, o excesso de proteínas, especialmente a caseína, pode causar micro-hemorragias na mucosa intestinal, contribuindo para o desenvolvimento de anemia ferropriva.

Análise das alternativas incorretas:

a) baixo teor de ácido fólico: Embora o leite de vaca possua deficiências vitamínicas,

a baixa concentração de ácido fólico é uma característica clássica e muito mais marcante do leite de cabra (que pode causar anemia megaloblástica se não suplementado). No caso do leite de vaca, o excesso de macronutrientes e micronutrientes é a preocupação primária para a contra-indicação.

b) alto teor de ômega 3 e ômega 6: Incorreto. O leite de vaca integral é, na verdade, pobre em ácidos graxos essenciais (como o ômega 3 e o ômega 6) e em gorduras poli-insaturadas quando comparado ao leite materno, sendo predominantemente composto por gorduras saturadas.

d) alto nível de zinco: Incorreto. O problema do leite de vaca em relação aos minerais não é apenas a quantidade absoluta, mas a biodisponibilidade. Embora contenha diversos minerais em quantidades elevadas (como sódio, potássio e fósforo, que também contribuem para a sobrecarga renal), o zinco e o ferro presentes no leite de vaca possuem uma absorção muito inferior à do leite materno. O excesso de minerais totais é que compõe a carga soluta renal elevada.

Em resumo, a alternativa (c) destaca o principal fator de risco metabólico e fisiológico imediato para o lactente: a sobrecarga proteica e seu impacto na função renal e saúde intestinal.

Questão 95

A alternativa correta é a letra (c) ressonância magnética.

A osteomielite hematogênica aguda e as neoplasias musculoesqueléticas (como o sarcoma de Ewing ou o osteossarcoma) podem apresentar quadros clínicos e radiológicos iniciais muito semelhantes, incluindo dor, aumento de volume local e sinais sistêmicos. Por isso, a escolha do exame de imagem deve priorizar aquele com maior capacidade de detalhamento anatômico e sensibilidade para alterações precoces.

a) Incorreta. A cintilografia óssea (geralmente com tecnécio-99m) possui alta sensibilidade para detectar aumento do metabolismo ósseo, sendo útil para localizar processos inflamatórios ou tumorais em estágios iniciais. No entanto, sua especificidade é baixa. Ela mostra hipercaptação (pontos quentes) tanto em processos infecciosos quanto em neoplasias, o que dificulta o diagnóstico diferencial preciso entre as duas condições apenas por este método.

b) Incorreta. A radiografia simples é sempre o exame inicial, mas sua sensibilidade na fase aguda da osteomielite é muito baixa. Alterações ósseas só se tornam visíveis após 7 a 14 dias do início da infecção, quando já ocorreu perda de pelo menos 30% a

50% da massa óssea. Em neoplasias, os achados também podem ser sutis no início, não sendo o exame ideal para o diferencial precoce e sensível.

c) Correta. A ressonância magnética (RM) é considerada o padrão-ouro e o exame mais sensível para o diagnóstico de osteomielite aguda, podendo detectar alterações medulares em apenas 3 a 5 dias após o início dos sintomas. Sua grande vantagem no diagnóstico diferencial com neoplasias reside na alta resolução de contraste para tecidos moles e medula óssea. A RM permite avaliar a extensão da lesão, a presença de coleções (abscessos de Brodie ou subperiosteais) e as características da massa tumoral ou do edema perilesional, facilitando a distinção entre um processo infeccioso e uma lesão neoplásica.

d) Incorreta. A tomografia computadorizada (TC) é excelente para avaliar a arquitetura cortical do osso, detectar sequestros ósseos (osso necrótico), calcificações e destruição óssea detalhada. Contudo, para a detecção precoce de alterações na medula óssea e para o estudo detalhado das partes moles adjacentes — fundamentais para diferenciar infecção de tumor —, a TC é inferior à ressonância magnética. Além disso, envolve radiação ionizante, o que é uma desvantagem, especialmente em pacientes pediátricos, que são o público-alvo principal da osteomielite hematogênica aguda.

Questão 96

A avaliação da maturação sexual em adolescentes é realizada por meio dos critérios de Tanner, que analisam o desenvolvimento dos pelos pubianos (P) e da genitália masculina (G).

Análise dos achados do paciente:

Pelos Pubianos (P): O enunciado descreve pelos escuros e encaracolados localizados na raiz do pênis e no púbis. Esta descrição caracteriza o estágio P3. No estágio P2, os pelos são finos, lisos e restritos à base do pênis. No estágio P4, os pelos já têm características de adulto (grossos e muito encaracolados), mas sua distribuição é menor que a do adulto e não atinge as coxas.

Genitália (G): O paciente apresenta pênis aumentado tanto em comprimento quanto em largura, com a glândula individualizada (bem formada) e bolsa escrotal pigmentada e enrugada. Essas características morfológicas do pênis e do escroto definem o estágio G4. No estágio G3, ocorre o aumento do pênis principalmente em comprimento, sem o desenvolvimento marcante da glândula. Embora o volume testicular de 10 mL possa ser encontrado na transição entre G3 e G4, os detalhes anatômicos do pênis e do escroto fornecidos na questão são determinantes para a

classificação G4.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O estágio P2 envolve pelos lisos e esparsos apenas na base do pênis. O estágio G2 caracteriza-se apenas pelo aumento inicial dos testículos (4 a 6 mL) e afinamento da pele escrotal, sem aumento significativo do pênis.

b) Correta. Os pelos encaracolados sobre o púbis indicam P3, enquanto o desenvolvimento da largura peniana, a individualização da glândula e a pigmentação escrotal confirmam o estágio G4.

c) Incorreta. No estágio G3, o crescimento peniano é predominantemente em comprimento, a glândula ainda não está bem diferenciada e a pigmentação escrotal não é tão evidente quanto a descrita.

d) Incorreta. O estágio P2 não condiz com pelos encaracolados no púbis. O estágio G3 não justifica a descrição de um pênis com largura aumentada e glândula individualizada.

Questão 97

A intoxicação por ibuprofeno é um evento comum, especialmente na pediatria, e geralmente apresenta um curso clínico benigno quando comparada a outros analgésicos. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. Embora vômitos e dor abdominal sejam sintomas iniciais frequentes, a hemorragia digestiva e a acidose metabólica grave não são consideradas manifestações típicas da maioria das superdosagens. Essas complicações sistêmicas graves e o desequilíbrio ácido-básico costumam ocorrer apenas em ingestões maciças, tipicamente acima de 400 mg/kg, o que não representa o padrão da maioria das intoxicações acidentais.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a toxicocinética e a evolução clínica do ibuprofeno. O medicamento tem absorção rápida e meia-vida curta (aproximadamente 2 horas). Assim, a imensa maioria dos pacientes que desenvolverão sintomas apresentará sinais de toxicidade em um curto período, geralmente entre 4 a 6 horas após a ingestão. Se o paciente permanecer assintomático após esse período, é improvável que desenvolva toxicidade significativa. Pela rápida eliminação, os sintomas costumam regredir em 24 horas.

Alternativa c: Incorreta. Ao contrário do paracetamol, em que a dosagem sérica é

fundamental para definir o uso de antídotos (N-acetilcisteína) através do Nomograma de Rumack-Matthew, não existe uma padronização ou correlação bem estabelecida entre os níveis séricos de ibuprofeno e a gravidade da toxicidade que justifique seu uso na prática clínica. A conduta é baseada na história da dose ingerida (em mg/kg) e no quadro clínico.

Alternativa d: Incorreta. O tratamento da superdosagem de ibuprofeno é predominantemente de suporte, podendo incluir carvão ativado se o paciente for atendido precocemente, além de antieméticos e proteção da mucosa gástrica. No entanto, a alcalinização urinária e a diurese forçada são medidas específicas indicadas para a intoxicação por salicilatos (aspirina), visando aumentar a excreção renal do ácido salicílico, não possuindo benefício comprovado ou indicação no manejo da superdosagem de ibuprofeno.

Questão 98

A identificação de sinais radiológicos de maus-tratos infantis, também conhecidos como Trauma Não Acidental (TNA), é fundamental na prática pediátrica e frequentemente cobrada em exames. Algumas fraturas possuem baixa especificidade, pois podem ocorrer em acidentes domésticos comuns, enquanto outras são altamente sugestivas de abuso devido ao mecanismo de força específico necessário para produzi-las.

Alternativa (a): Correta. As fraturas de costelas, especialmente as localizadas na região posterior e medial (próximas à coluna vertebral), possuem altíssima especificidade para abuso em lactentes. O mecanismo causal geralmente é a compressão vigorosa do tórax pelas mãos do agressor durante o ato de sacudir ou apertar a criança. Nessa manobra, as costelas são forçadas contra os processos transversos das vértebras, que servem como fulcro, causando a quebra no colo da costela. Essas lesões são extremamente raras em traumas acidentais ou manobras de reanimação cardiopulmonar.

Alternativa (b): Incorreta. A fratura de clavícula é uma das lesões ósseas mais frequentes na infância e no período neonatal. Ela pode ocorrer rotineiramente em traumas de parto (trauma obstétrico) ou em quedas acidentais sobre o ombro. Devido à sua alta incidência em situações cotidianas e acidentais, sua especificidade para o diagnóstico de abuso infantil é considerada baixa.

Alternativa (c): Incorreta. Embora o trauma cranioencefálico seja a principal causa de morte por abuso físico, a fratura craniana do tipo linear simples é comum em acidentes domésticos, como quedas de pequenas alturas (sofás ou berços). Para que uma fratura de crânio seja considerada de alta especificidade para abuso, ela

geralmente precisa ser múltipla, complexa, deprimida ou cruzar suturas cranianas.

Alternativa (d): Incorreta. Fraturas diafisárias (no corpo do osso) em ossos longos, como o fêmur ou úmero, podem ser causadas por acidentes ou por abuso. Em lactentes que ainda não deambulam, qualquer fratura de osso longo deve gerar suspeita clínica, mas esta não possui a mesma especificidade patognomônica das fraturas de costela posterior ou das lesões metafisárias clássicas (conhecidas como fraturas em "canto" ou em "alça de balde").

Resumo de especificidade: Para fins de prova, guarde que as fraturas de alta especificidade para maus-tratos são: fraturas posteriores de costelas, lesões metafisárias clássicas (CML), fraturas de escápula, de esterno e de processos espinhosos das vértebras.

Questão 99

O caso clínico descreve um lactente de 3 meses que apresentou um evento súbito, breve, resolvido e, no momento, inexplicado, conhecido pela sigla em inglês BRUE (Brief Resolved Unexplained Event). Os sinais apresentados foram apneia, cianose e flacidez, iniciados logo após uma regurgitação.

Alternativa d (Correta): O laringoespasma é o mecanismo que justifica os sintomas. Trata-se de um reflexo de proteção da via aérea. Quando o leite reflui e atinge a glote ou a entrada da laringe, as cordas vocais se fecham involuntariamente para impedir que o líquido chegue aos pulmões. Esse fechamento impede a passagem do ar, causando a apneia obstrutiva e a cianose subsequente. Assim que o espasmo é revertido, o que ocorre rapidamente com o estímulo ou o choro, a criança recupera a cor e o tônus.

Alternativa a (Incorreta): Uma reação alérgica aguda (anafilaxia) envolveria outros sinais, como placas de urticária na pele, edema em lábios ou pálpebras e sibilos respiratórios. Além disso, não apresentaria uma resolução tão imediata e completa apenas com massagem e estímulo, sem o uso de medicações.

Alternativa b (Incorreta): O refluxo gastroesofágico é o evento desencadeante (o gatilho) que levou o conteúdo gástrico até a faringe. Contudo, a questão pede a hipótese que justifica o evento súbito de apneia e cianose. O refluxo é o fenômeno mecânico de subida do leite, enquanto o quadro clínico de interrupção da respiração é decorrente da resposta reflexa do corpo (o laringoespasma) para evitar que esse refluxo entre na via aérea.

Alternativa c (Incorreta): A broncoaspiração ocorre quando o material reflui e

atravessa a laringe, atingindo a árvore traqueobrônquica e os pulmões. Se isso tivesse ocorrido, a criança manteria sintomas respiratórios persistentes após o evento, como tosse, desconforto respiratório ou ruídos anormais na ausculta pulmonar. O enunciado afirma que a recuperação foi rápida e o exame físico na emergência estava normal, o que caracteriza um evento reflexo e afasta a aspiração pulmonar significativa.

Questão 100

Para responder a essa questão, é fundamental diferenciar as contraindicações absolutas (permanentes ou temporárias) das situações em que o aleitamento é encorajado com cautela.

Alternativa a) Incorreta. A tuberculose não contraindica o aleitamento até a conclusão do tratamento. A suspensão é apenas temporária, no início da terapia, caso a mãe seja bacilífera (transmissora). Geralmente, após 15 dias de tratamento medicamentoso adequado, a mãe deixa de ser infectante e pode amamentar normalmente. Se a mãe ainda for bacilífera, ela deve usar máscara ao cuidar do bebê, mas pode oferecer o leite ordenhado.

Alternativa b) Incorreta. A infecção isolada pelo vírus da hepatite C (HCV) não é contraindicação para a amamentação. Não há evidências de transmissão do vírus pelo leite materno. A recomendação de interrupção temporária só existe se houver fissuras mamilares com sangramento ativo, para evitar o contato direto do bebê com o sangue materno infectado.

Alternativa c) Incorreta. Embora o tabagismo seja prejudicial e associado a riscos como a síndrome da morte súbita do lactente e doenças respiratórias, ele não constitui uma contraindicação formal ao aleitamento. Os benefícios imunológicos e nutricionais do leite materno ainda superam os riscos da exposição à nicotina. O médico deve orientar a cessação do hábito e recomendar que a mãe não fume próximo à criança.

Alternativa d) Correta. A presença de lesões vesiculares ou ulceradas ativas de Herpes Simplex na mama ou na região da aréola e do mamilo é uma contraindicação formal e absoluta (porém temporária) à amamentação na mama afetada. O risco de transmissão direta do vírus para o recém-nascido é altíssimo, podendo causar herpes neonatal grave, com risco de encefalite e disseminação sistêmica fatal. A amamentação pode prosseguir normalmente na mama contralateral, desde que esta não apresente lesões.

Questão 101

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Está correta. A *Chlamydia trachomatis* é um patógeno que coloniza diversas mucosas do recém-nascido após a exposição no canal de parto. Aproximadamente metade (50%) dos recém-nascidos que apresentam conjuntivite por clamídia também terão o microrganismo presente na nasofaringe. Essa colonização é um fator de risco importante, pois serve de reservatório para o desenvolvimento posterior de pneumonia afebril por clamídia.

Afirmativa II: Está incorreta. Embora possam ocorrer falhas terapêuticas, elas não atingem 50% dos casos adequadamente tratados. A taxa de sucesso com o uso de macrolídeos sistêmicos é alta. Por exemplo, o uso de eritromicina por 14 dias apresenta uma taxa de falha em torno de 15 a 20%, o que pode demandar um segundo ciclo em alguns pacientes, mas não na metade da população tratada.

Afirmativa III: Está correta. O tratamento sistêmico com macrolídeos por via oral (como eritromicina ou azitromicina) é a conduta de escolha e preferida ao tratamento tópico. O tratamento exclusivamente tópico é considerado insuficiente porque não consegue erradicar a bactéria da nasofaringe nem prevenir a evolução para pneumonia, que ocorre em até 20% dos casos de exposição neonatal.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está correta. Como demonstrado, as afirmativas I e III estão de acordo com a literatura médica atual sobre oftalmia neonatal por clamídia.

Alternativa b: Incorreta. A afirmativa II está errada devido ao percentual exagerado de necessidade de novo tratamento.

Alternativa c: Incorreta. Embora a afirmativa I esteja correta, ela não é a única, já que a afirmativa III também é verdadeira.

Alternativa d: Incorreta. A afirmativa II é falsa, portanto não pode ser a base da resposta correta.

Questão 102

Análise do Quadro Clínico:

O paciente em questão apresenta uma reação alérgica aguda após ingestão acidental de um alérgeno conhecido (amendoim). Os sinais descritos são puramente cutâneos e mucosos: urticária generalizada e angioedema (edema de pálpebras). Para o diagnóstico de anafilaxia, seria necessário o acometimento de dois ou mais sistemas (como pele + respiratório, ou pele + gastrointestinal) ou a presença de hipotensão/choque. Como o quadro é restrito à pele, sem sinais de desconforto respiratório, estridor, sibilos ou hipotensão, o manejo deve ser focado no controle dos sintomas cutâneos e na vigilância clínica.

Alternativa (a) Incorreta: O corticoide não é a medicação de primeira escolha para o alívio imediato de reações alérgicas cutâneas, pois seu início de ação demora de 4 a 6 horas. Sua utilidade principal é evitar reações tardias ou bifásicas. Além disso, elevar os membros é uma manobra indicada para quadros de choque (hipotensão), o que não é o caso do paciente.

Alternativa (b) Incorreta: A adrenalina intramuscular é o tratamento de eleição para a anafilaxia. Embora o amendoim seja um gatilho comum para anafilaxia grave, o paciente no momento apresenta apenas sintomas cutâneos. Pelos critérios internacionais (como os da WAO - World Allergy Organization), a adrenalina não está formalmente indicada em reações exclusivamente cutâneas, a menos que haja progressão dos sintomas.

Alternativa (c) Correta: O tratamento de primeira linha para urticária e angioedema isolados são os anti-histamínicos H1. Eles bloqueiam a ação da histamina nos receptores periféricos, reduzindo o prurido e a formação das urticas. A manutenção em observação é fundamental, pois as reações alérgicas são dinâmicas e o paciente pode evoluir para um quadro de anafilaxia sistêmica nas horas seguintes à ingestão do alérgeno.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa propõe o tratamento de uma anafilaxia grave ou choque anafilático. O uso de adrenalina e cateter de oxigênio é excessivo para um paciente que mantém estabilidade respiratória e hemodinâmica, apresentando apenas sinais dermatológicos. O corticoide, isoladamente, também não trataria o prurido e as lesões de forma aguda.

Questão 103

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A questão descreve uma criança de 8 anos com um quadro clássico de hepatite aguda: febre, diarreia, hepatomegalia e icterícia acompanhada de colúria (urina escura) e hipocolia fecal (fezes claras), o que caracteriza um padrão colestático. O ponto-chave para a resolução da questão é a evolução temporal: após um mês, a paciente ainda apresenta icterícia, prurido (coceira) e elevação de transaminases.

Em pediatria, diante de uma hepatite viral aguda que se prolonga com sinais de colestase (icterícia e prurido persistentes), a principal suspeita clínica é a variante colestática de uma infecção viral comum.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA D (CORRETA): A hepatite A é a causa mais frequente de hepatite viral aguda na infância. Embora a maioria dos casos seja autolimitada e de resolução rápida, cerca de 5% a 15% dos pacientes podem apresentar a chamada forma colestática. Nessa variante, a icterícia é prolongada e o prurido é intenso, podendo durar de várias semanas a meses. Apesar da persistência dos sintomas, o prognóstico é excelente e não há evolução para a cronicidade. O quadro clínico e a faixa etária da paciente são típicos desta patologia.

ALTERNATIVA A (INCORRETA): A infecção pelo citomegalovírus (CMV) em crianças imunocompetentes costuma ser assintomática ou manifestar-se como uma síndrome de mononucleose-like (febre, mal-estar e linfadenopatia). Embora o CMV possa causar hepatite com aumento de transaminases, a apresentação com icterícia colestática acentuada e prolongada em uma criança de 8 anos é muito menos comum do que a hepatite A.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A mononucleose infecciosa, causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), apresenta-se tipicamente com a tríade de febre, faringite exsudativa e linfadenopatia generalizada, muitas vezes acompanhada de esplenomegalia. O envolvimento hepático com aumento de transaminases ocorre em até 90% dos casos, mas a icterícia clínica é rara (menos de 5% a 10%) e raramente assume um caráter colestático tão persistente quanto o descrito.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda. Na sua forma grave (Síndrome de Weil), ocorre a tríade de icterícia (caracteristicamente alaranjada ou rubínica), insuficiência renal aguda e hemorragias. O quadro costuma ser muito mais grave, com febre alta e mialgia intensa, especialmente nas panturrilhas. A descrição de uma evolução de um mês

mantendo apenas icterícia, prurido e hepatomegalia não é o padrão típico de recuperação ou evolução da leptospirose.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de hepatite A na sua forma colestática é o que melhor explica a persistência da icterícia e do prurido após a fase aguda inicial em uma criança, sendo este um tema recorrente em provas de residência médica ao abordar hepatites virais na infância.

Questão 104

A questão descreve um quadro clássico de pneumonia atípica em um adolescente. A análise dos pontos-chave do enunciado permite chegar ao diagnóstico e tratamento corretos:

1. Perfil do paciente e evolução: O paciente é um adolescente (faixa etária em que patógenos atípicos são muito comuns) com quadro arrastado (7 dias) de tosse seca e febre.
2. Falha terapêutica: O uso de amoxicilina por 96 horas sem melhora sugere que o agente etiológico não possui parede celular (alvo dos beta-lactâmicos) ou é um patógeno intracelular. Isso aponta fortemente para *Mycoplasma pneumoniae*.
3. Manifestações extrapulmonares: O aparecimento de exantema maculopapular, anemia (que pode sugerir hemólise por crioglobulinas, comum no *Mycoplasma*) e a leve elevação de aminotransferases são achados sistêmicos típicos de infecções por *Mycoplasma pneumoniae*.
4. Radiografia: O infiltrado intersticial reticular é o padrão radiológico esperado nas pneumonias atípicas, contrastando com a consolidação lobar típica das pneumonias bacterianas clássicas (como pelo pneumococo).

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. O molnupiravir é um antiviral indicado para o tratamento de COVID-19 em pacientes adultos com risco de progressão para doença grave. Não é o tratamento para pneumonia atípica bacteriana.
- b) Incorreta. A cefuroxima é uma cefalosporina de segunda geração (beta-lactâmico). Como o paciente já apresentou falha ao uso de amoxicilina, insistir em outro beta-lactâmico não é adequado, pois esses antibióticos não têm ação contra agentes

atípicos como o Mycoplasma, que não possui parede celular.

c) Correta. A azitromicina é um macrolídeo, que é a classe de escolha para o tratamento de pneumonias atípicas. Ela age inibindo a síntese proteica bacteriana (subunidade 50S do ribossomo), sendo eficaz contra o Mycoplasma pneumoniae.

d) Incorreta. O oseltamivir é indicado para o tratamento de gripe (influenza). Embora o vírus influenza possa causar pneumonia intersticial, o quadro de 7 dias de evolução, a falha prévia de antibiótico e as alterações laboratoriais e cutâneas direcionam o diagnóstico para etiologia bacteriana atípica. Além disso, o benefício do oseltamivir é maior quando iniciado nas primeiras 48 horas de sintomas.

Questão 105

ANÁLISE DO ENUNCIADO:

O caso clínico apresenta os elementos clássicos para o diagnóstico de osteossarcoma. Esta é a neoplasia maligna primária do osso mais frequente em crianças e adolescentes. As pistas fundamentais fornecidas são a localização na metáfise distal do fêmur (região do joelho), a faixa etária (primeiro pico de incidência em adolescentes durante o estirão de crescimento) e a reação periosteal em raios de sol, que reflete o crescimento tumoral agressivo que rompe a cortical e eleva o perióstio.

ALTERNATIVAS:

a) LINFOMA: Incorreta. O linfoma ósseo primário é extremamente raro na infância, sendo mais diagnosticado em adultos acima dos 40 anos. Radiograficamente, ele costuma apresentar um padrão de destruição óssea permeativa, muitas vezes descrito como roído de traça, e não apresenta a reação periosteal em raios de sol característica da formação de matriz osteoide.

b) SARCOMA DE EWING: Incorreta. Embora seja o segundo tumor ósseo maligno mais comum em jovens, o Sarcoma de Ewing acomete preferencialmente a diáfise (corpo) dos ossos longos, e não a metáfise. Além disso, sua reação periosteal clássica é descrita como em casca de cebola (lamelar), resultante de camadas sucessivas de osso novo subperiosteal, o que difere do padrão radiado (raios de sol) descrito.

c) OSTEOSSARCOMA: Correta. Esta alternativa preenche todos os critérios da questão. É a neoplasia maligna monostótica mais comum em pacientes abaixo de 20 anos, localiza-se preferencialmente nas metáfises próximas ao joelho (fêmur distal e tíbia proximal) e apresenta achados radiológicos de agressividade, como o Triângulo de Codman e a reação periosteal em raios de sol (espiculada).

d) **CONDROSSARCOMA:** Incorreta. O condrossarcoma é um tumor de linhagem cartilaginosa que ocorre predominantemente em adultos entre a quarta e sexta décadas de vida, sendo raríssimo em crianças de 14 anos. Seus achados radiológicos típicos envolvem calcificações intralesionais em formato de pipoca ou anéis e arcos, sem a característica de reação em raios de sol mencionada.

Questão 106

Análise do quadro clínico:

Trata-se de um lactente de 8 meses com quadro sugestivo de Bronquiolite Viral Aguda (BVA), apresentando pródromos virais (congestão, tosse e febre) que evoluíram para desconforto respiratório baixo. O exame físico revela sinais de gravidade extrema: hipoxemia (SpO₂ 90%), esforço respiratório acentuado (tiragem, batimento de aletas nasais) e sinais claros de choque/má perfusão tecidual (tempo de enchimento capilar de 4 segundos, taquicardia importante e rebaixamento do nível de consciência).

Alternativa (a) Correta:

A conduta prioritária em qualquer paciente pediátrico com sinais de insuficiência respiratória e choque, conforme os protocolos de suporte avançado de vida (PALS), é a garantia da oxigenação. A oferta de oxigênio em alto fluxo através de máscara não reinalante com reservatório é a medida imediata que visa reverter a hipoxemia e melhorar a oferta de oxigênio aos tecidos (DO₂), estabilizando o paciente e prevenindo a parada cardiorrespiratória. É a intervenção inicial que mais impacta o prognóstico imediato.

Alternativa (b) Incorreta:

A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento de via aérea definitiva que pode ser necessário caso o paciente não responda às medidas de suporte de oxigênio ou apresente apneia/exaustão respiratória. No entanto, ela não é o primeiro passo. Antes de qualquer tentativa de IOT, deve-se realizar a pré-oxigenação com oxigênio a 100% para aumentar a reserva funcional de oxigênio e garantir a segurança do procedimento. Portanto, a máscara de O₂ precede a intubação.

Alternativa (c) Incorreta:

A solução salina hipertônica a 3% é uma medida terapêutica utilizada em alguns protocolos de bronquiolite para facilitar o clearance mucociliar e reduzir o tempo de internação em enfermarias. Ela não possui efeito imediato na estabilização hemodinâmica ou na correção de hipoxemia grave, sendo contraindicada como medida de emergência em pacientes instáveis.

Alternativa (d) Incorreta:

O uso de broncodilatadores como o salbutamol não é recomendado rotineiramente para o tratamento da bronquiolite viral aguda, pois a obstrução das vias aéreas decorre de edema, necrose celular e excesso de muco, e não de broncoespasmo muscular. Mesmo que houvesse dúvida diagnóstica com asma, a prioridade absoluta diante de um paciente com má perfusão e saturação de 90% continua sendo a oxigenação de alto fluxo antes de qualquer medicação inalatória.

Questão 107

A questão apresenta uma paciente jovem com febre e dor de garganta (odinofagia) que está em tratamento para hipertireoidismo há dois meses. O ponto central para a resolução desta questão é o conhecimento sobre os efeitos colaterais das drogas antitireoidianas de síntese (tionamidas), como o metimazol e o propiltiouracil.

O efeito colateral mais grave e temido dessas medicações é a agranulocitose, que é a redução severa na contagem de granulócitos (especialmente neutrófilos). Essa condição ocorre tipicamente nos primeiros meses de tratamento. Clinicamente, a agranulocitose se manifesta de forma súbita por meio de febre e dor de garganta. Diante de qualquer paciente em uso de tionamidas que apresente esses sintomas, a conduta imediata e obrigatória é a realização de um hemograma para avaliar a contagem de leucócitos.

Alternativa a: Correta. É a conduta prioritária e essencial. O hemograma permite confirmar ou excluir a agranulocitose. Caso a contagem de neutrófilos seja inferior a $500/\text{mm}^3$, a medicação para o hipertireoidismo deve ser suspensa imediatamente, e a paciente pode necessitar de cuidados hospitalares para evitar infecções generalizadas graves.

Alternativa b: Incorreta. Limitar-se ao tratamento sintomático é um erro grave neste contexto, pois ignora a possibilidade de uma complicação hematológica potencialmente fatal induzida pelo medicamento que a paciente já utiliza.

Alternativa c: Incorreta. Embora o teste para estreptococos seja uma conduta comum em faringites, o histórico de uso de tionamidas torna a pesquisa de agranulocitose muito mais urgente. Além disso, o exame físico não descreve exsudato purulento ou adenomegalia, o que diminui a probabilidade de uma faringite bacteriana clássica em comparação ao risco da reação medicamentosa.

Alternativa d: Incorreta. Iniciar antibióticos de forma empírica sem antes verificar o hemograma é inadequado. O tratamento da agranulocitose envolve primeiro a retirada da droga causadora. A antibioticoterapia será indicada se houver

confirmação de neutropenia febril, mas o passo inicial diagnóstico é o hemograma.

Questão 108

A questão apresenta um caso clínico típico de displasia do desenvolvimento do quadril (DDH) diagnosticada tardiamente em uma criança que já iniciou a marcha. A análise dos sinais físicos é fundamental para chegar ao diagnóstico de luxação do quadril.

O sinal de Galeazzi é observado ao deitar a criança em uma superfície firme com os joelhos fletidos e os pés apoiados; a diferença na altura dos joelhos indica um encurtamento aparente do fêmur, decorrente do deslocamento superior da cabeça femoral. A limitação da abdução do quadril fletido é o sinal clínico mais sensível e persistente na luxação do quadril após o período neonatal. O sinal de Trendelenburg ocorre durante a marcha ou apoio unipodal, em que a pelve "cai" para o lado oposto ao quadril afetado devido à insuficiência mecânica da musculatura abduzora (glúteo médio), que perde seu ponto de apoio adequado. A lordose lombar excessiva e a escoliose funcional são mecanismos compensatórios para o desequilíbrio pélvico e o encurtamento do membro.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Defeitos de fechamento do tubo neural, como a mielomeningocele, podem causar luxações parálíticas do quadril devido ao desequilíbrio muscular. No entanto, o quadro clínico seria acompanhado de déficits neurológicos evidentes (sensoriais e motores) e alterações na coluna vertebral visíveis ao nascimento, o que não é o foco principal dos sinais ortopédicos descritos.
- b) Incorreta. Miopatias imunomediadas manifestam-se primariamente com fraqueza muscular proximal e simétrica. Embora possam causar alterações na marcha, não justificam o sinal de Galeazzi (encurtamento do membro) ou a limitação mecânica específica da abdução do quadril.
- c) Incorreta. Doenças osteometabólicas, como o raquitismo, costumam apresentar deformidades ósseas generalizadas, como o arqueamento dos membros inferiores (genu varo ou valgo), rosário raquítico e alargamento metafisário, mas não se apresentam tipicamente com sinais de luxação articular isolada, como Galeazzi e Trendelenburg.
- d) Correta. A luxação do quadril (especialmente a displasia do desenvolvimento do quadril em fase de marcha) reúne todos os achados descritos: encurtamento do membro (Galeazzi), insuficiência dos abdutores (Trendelenburg), restrição mecânica

de movimento (abdução limitada) e compensações posturais (lordose e escoliose). É a hipótese principal e mais comum para este conjunto de sinais em uma criança desta faixa etária.

Questão 109

CONCEITO DE SINTOMAS B NO LINFOMA DE HODGKIN

O estadiamento do Linfoma de Hodgkin utiliza a classificação de Ann Arbor, que adiciona o sufixo A ou B ao estágio numérico (I a IV). A letra A indica a ausência de sintomas sistêmicos, enquanto a letra B indica a presença de sintomas específicos que possuem grande impacto prognóstico e podem influenciar a escolha do esquema terapêutico.

Os critérios clássicos e universalmente aceitos para definir os sintomas B são:

1. Febre persistente e inexplicável com temperatura superior a 38 graus Celsius.
2. Sudorese noturna intensa (frequentemente descrita pelo paciente como a necessidade de trocar as roupas de cama ou o pijama).
3. Perda de peso inexplicável superior a 10 por cento do peso corporal total nos 6 meses que antecedem o diagnóstico.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) Incorreta. O prurido (coceira) é um sintoma clássico do Linfoma de Hodgkin, ocorrendo em cerca de 25 por cento dos casos, mas ele não é classificado como um sintoma B no sistema de estadiamento atual. A anorexia (perda de apetite) é um sintoma constitucional comum em neoplasias, mas também não faz parte dos critérios oficiais de estadiamento.

Alternativa (b) Incorreta. Embora apresente a perda de peso e a sudorese corretamente, a alternativa erra ao definir a temperatura de corte como 38,5 graus Celsius e restringi-la ao período noturno. O critério padrão é febre superior a 38 graus Celsius, de origem inexplicável.

Alternativa (c) Correta. Esta alternativa descreve exatamente a tríade oficial dos sintomas B definida pelos critérios de Cotswolds (que modificaram a classificação original de Ann Arbor). São os três achados clínicos que conferem a letra B ao estágio do paciente: febre acima de 38 graus Celsius, perda ponderal significativa (mais de 10 por cento) em um semestre e suores noturnos que molham a roupa.

Alternativa (d) Incorreta. Prurido, letargia, anorexia e dor (incluindo a dor em

linfonodos após a ingestão de álcool) são sinais e sintomas que podem estar presentes na doença de Hodgkin, mas nenhum deles é validado para a classificação de sintomas B.

CONCLUSÃO:

A alternativa (c) é a única que elenca corretamente os parâmetros técnicos necessários para o estadiamento sistêmico da patologia. A presença desses sintomas geralmente sinaliza uma maior carga tumoral e pior prognóstico, exigindo muitas vezes tratamentos mais intensivos.

Questão 110

O uso de esteroides androgênicos anabólicos (EAA) envolve uma série de efeitos adversos que afetam múltiplos sistemas orgânicos, especialmente quando utilizados de forma recreativa e em doses supra-fisiológicas por adolescentes.

Alternativa (a) está incorreta. Embora a ginecomastia (pela aromatização da testosterona em estradiol) e o aumento da pressão arterial sistêmica sejam efeitos reais, os esteroides anabolizantes causam o aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL), o chamado colesterol ruim, e não a sua diminuição.

Alternativa (b) está incorreta. A diminuição do volume testicular ocorre devido ao feedback negativo no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, e a icterícia pode ocorrer por colestase intra-hepática (especialmente com esteroides orais 17-alfa-alquilados). No entanto, o uso de esteroides não está classicamente associado à hipoglicemia; pelo contrário, pode haver redução da tolerância à glicose e resistência insulínica.

Alternativa (c) está correta. Esta alternativa reúne três complicações bem documentadas. O carcinoma hepatocelular e outros tumores hepáticos (como adenomas e peliose hepática) são riscos graves associados ao uso prolongado, especialmente de compostos orais. A diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) é uma das alterações metabólicas mais comuns e precoces, aumentando o risco cardiovascular a longo prazo. As estrias cutâneas surgem devido ao crescimento muscular excessivamente rápido, que ultrapassa a capacidade de elasticidade da derme, sendo um sinal físico frequente em usuários de academia que fazem uso dessas substâncias.

Alternativa (d) está incorreta. A diminuição da contagem de espermatozoides (oligospermia ou azoospermia) e sintomas psiquiátricos como paranoia e agressividade são efeitos conhecidos. Contudo, o efeito lipídico marcante e sistematicamente cobrado em provas é a queda do HDL e aumento do LDL, e não o aumento isolado de triglicerídeos como achado principal.

Portanto, a alternativa (c) é a que descreve corretamente um conjunto de complicações clínicas, metabólicas e dermatológicas decorrentes do abuso de esteroides.

Questão 111

O caso apresenta um recém-nascido a termo, com 18 dias de vida, com icterícia persistente. Em pediatria, define-se como icterícia prolongada aquela que persiste por mais de 14 dias no recém-nascido a termo (ou mais de 21 dias no pré-termo). Diante desse quadro, a conduta clínica mandatária é a dosagem de bilirrubinas totais e frações.

Alternativa a) Incorreta. Embora a colestase (aumento da bilirrubina direta) possa evoluir para lesão hepática, cirrose e necessidade de transplante, a justificativa médica para a conduta é a triagem diagnóstica obrigatória para diferenciar causas benignas de causas graves que exigem intervenção precoce.

Alternativa b) Incorreta. A icterícia fisiológica do recém-nascido a termo surge após as primeiras 24 horas de vida, atinge o pico entre o 3º e o 5º dia e desaparece, no máximo, até o 10º ou o 12º dia. Aos 18 dias de vida, a icterícia nunca deve ser considerada fisiológica sem investigação prévia; ela é classificada como icterícia prolongada ou tardia.

Alternativa c) Correta. A conduta é adequada e segue rigorosamente os protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria e de hepatologia pediátrica. Todo bebê que permanece icterício após 2 semanas de vida deve ter suas bilirrubinas dosadas para descartar colestase neonatal. O objetivo principal é o diagnóstico precoce da atresia de vias biliares, uma urgência cirúrgica cujo sucesso do tratamento (cirurgia de Kasai) é significativamente maior quando realizado antes dos 60 dias de vida.

Alternativa d) Incorreta. A afirmação está duplamente errada. Primeiro, a conduta de solicitar o exame é correta. Segundo, embora o risco de kernicterus (encefalopatia pela bilirrubina indireta) seja muito mais crítico na primeira semana de vida devido à permeabilidade da barreira hematoencefálica e aos níveis mais altos de bilirrubina, o foco da investigação aos 18 dias é a identificação de hiperbilirrubinemia direta (colestase), que possui riscos e complicações diferentes do kernicterus.

Questão 112

COMENTÁRIO TÉCNICO

A questão descreve o nascimento de um recém-nascido (RN) a termo (39 semanas) que não apresenta boa vitalidade (apneia e hipotonia). De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de 2022, a conduta é determinada pela avaliação de três perguntas ao nascer: O bebê é a termo? Está respirando ou chorando? Tem bom tônus muscular? Caso qualquer uma dessas respostas seja NÃO, o bebê deve ser levado à mesa de reanimação para os passos iniciais.

Alternativa A: CORRETA. Como o RN não é vigoroso (apneia e hipotonia), ele deve ser levado imediatamente à mesa de reanimação sob calor radiante. Os passos iniciais incluem: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão (para alinhar as vias aéreas), aspirar boca e narinas apenas se houver obstrução por secreções ou mecônio que impeçam a ventilação, e secar o paciente. Após esses passos, que devem durar no máximo 30 segundos, se o RN persistir em apneia ou com frequência cardíaca (FC) inferior a 100 bpm, deve-se iniciar a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com bolsa-válvula-máscara no primeiro minuto de vida (Minuto de Ouro).

Alternativa B: INCORRETA. Atualmente, a presença de líquido meconial não justifica mais a intubação traqueal de rotina para aspiração em bebês não vigorosos. Desde as atualizações de 2016, mantidas em 2022, recomenda-se que o RN com mecônio e sem vitalidade receba os mesmos cuidados iniciais de um RN com líquido claro. A prioridade é a ventilação efetiva, e não a aspiração traqueal sistemática, que pode atrasar o início da VPP e causar lesões das vias aéreas.

Alternativa C: INCORRETA. O contato pele a pele com a mãe e o estímulo à amamentação imediata são recomendados apenas para recém-nascidos vigorosos (aqueles que respondem SIM às três perguntas iniciais). Um bebê em apneia e hipotônico é uma emergência médica e requer estabilização imediata na mesa de reanimação.

Alternativa D: INCORRETA. A falha desta alternativa está na indicação da intubação orotraqueal como primeiro passo após a falha dos cuidados iniciais. O protocolo da SBP estabelece que a ventilação deve começar obrigatoriamente pela VPP com máscara facial e balão (bolsa-válvula-máscara). A intubação orotraqueal é um procedimento de resgate, indicado caso a ventilação com máscara não seja eficaz, se houver necessidade de massagem cardíaca ou em casos muito específicos.

Questão 113

O ponto fundamental para resolver esta questão é o entendimento de que a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde para o início da alimentação complementar é universal: deve ocorrer aos 6 meses de vida, independentemente de a criança estar em aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmula infantil.

Alternativa (a): Correta. De acordo com o Guia Prático de Alimentação da SBP, a introdução de alimentos diferentes do leite (seja materno ou fórmula) deve ser feita apenas quando a criança completar 6 meses. Nessa idade, o lactente já apresenta maturidade fisiológica (enzimática e renal) e desenvolvimento motor (sustentação do tronco e pescoço, redução do reflexo de extrusão da língua) para receber alimentos semissólidos e sólidos.

Alternativa (b): Incorreta. Introduzir a alimentação aos 5 meses é considerado precoce. A introdução antecipada não traz benefícios nutricionais para uma criança saudável e com crescimento adequado, além de aumentar o risco de infecções, alergias alimentares e sobrecarga do sistema renal ainda imaturo.

Alternativa (c): Incorreta. As fórmulas infantis são divididas por faixa etária. A fórmula de partida (1º semestre) é adequada do nascimento até os 6 meses incompletos. A fórmula de seguimento (2º semestre) só deve ser introduzida a partir dos 6 meses de idade, pois possui uma concentração de proteínas e minerais maior, adequada para a fase posterior do desenvolvimento.

Alternativa (d): Incorreta. O método *Baby-Led Weaning* (BLW), que consiste em oferecer alimentos em pedaços para que a própria criança explore e se alimente, é uma opção de técnica de introdução alimentar, mas deve ser iniciado aos 6 meses, e não aos 9 meses. Retardar a alimentação complementar até os 9 meses privaria a criança de nutrientes essenciais (como o ferro) e prejudicaria o desenvolvimento de suas habilidades orofaciais e a aceitação de novas texturas.

Questão 114

A questão aborda o protocolo de manejo do recém-nascido exposto a um caso de tuberculose bacilífera (caso-fonte com baciloscopia positiva ou cultura positiva). De acordo com as normas do Ministério da Saúde, quando um bebê nasce em contato com um adulto infectado, a vacinação com BCG deve ser adiada e a quimioprofilaxia primária (Tratamento Preventivo da Tuberculose - TPT) deve ser iniciada imediatamente.

Após três meses de quimioprofilaxia, é obrigatória a realização da Prova

Tuberculínica (PT/PPD) para decidir o próximo passo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O ponto de corte para a Prova Tuberculínica em crianças que realizaram a quimioprofilaxia primária é de 5 mm. Como a paciente apresentou um resultado de 2 mm (não reagente), considera-se que não houve infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* durante o período de exposição. Assim, a conduta correta é interromper o medicamento (isoniazida ou rifampicina) e aplicar a vacina BCG, que havia sido postergada.

Alternativa b) Incorreta. A radiografia de tórax é indicada se a criança apresentar sintomas (o que não é o caso, pois ela está assintomática) ou se a Prova Tuberculínica for reagente (maior ou igual a 5 mm), para descartar tuberculose-doença antes de prosseguir com o tratamento da infecção latente. Com PT de 2 mm e ausência de sintomas, o exame de imagem não é necessário.

Alternativa c) Incorreta. A manutenção da quimioprofilaxia por mais três meses (totalizando seis meses de isoniazida) seria a conduta indicada caso a Prova Tuberculínica fosse reagente (maior ou igual a 5 mm). Nesse cenário, consideraríamos que a criança desenvolveu Infecção Latente por Tuberculose (ILTb).

Alternativa d) Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a extensão do tratamento só seria aplicada se houvesse evidência de infecção (PT maior ou igual a 5 mm). Se a PT for negativa, não há justificativa para manter o uso de rifampicina ou qualquer outro esquema profilático.

Resumo do protocolo para recém-nascidos expostos:

1. Ao nascer: Não vacinar com BCG. Iniciar quimioprofilaxia (isoniazida por 3 meses ou rifampicina por 2 meses).
 2. Após o tempo inicial: Realizar Prova Tuberculínica (PT).
 3. PT menor que 5 mm: Interromper medicação e vacinar com BCG.
 4. PT maior ou igual a 5 mm: Continuar o tratamento preventivo da infecção latente (se isoniazida, por mais 3 meses; se rifampicina, completar o esquema conforme protocolo) e não vacinar com BCG.
-

Questão 115

O caso clínico apresenta uma menina de 3 anos com artrite em duas articulações (joelho e tornozelo) há 3 meses, o que caracteriza uma oligoartrite crônica. Com exames de atividade inflamatória normais e Fator Antinuclear (FAN) reagente em títulos significativos (1:320), o diagnóstico principal é Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) do subtipo oligoarticular.

Nesse perfil de paciente (sexo feminino, início precoce da doença e FAN positivo), existe um risco muito elevado para o desenvolvimento de uveíte anterior crônica (iridociclite). Esta condição é perigosa por ser frequentemente assintomática, não apresentando sinais como olho vermelho ou dor, mas podendo levar à cegueira se não detectada precocemente. Por isso, o rastreio oftalmológico periódico é obrigatório e imediato.

Análise das alternativas:

A) anticorpo anti-DNA nativo: Incorreto. Este marcador é específico para o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Embora o FAN esteja positivo, o quadro de artrite isolada em uma criança de 3 anos é o quadro clássico de AIJ, e não de LES, que costuma apresentar outros critérios clínicos e sintomas sistêmicos.

B) lâmpada de fenda: Correto. A biomicroscopia em lâmpada de fenda permite ao oftalmologista visualizar sinais de inflamação na câmara anterior do olho. É o exame imprescindível para o rastreio de uveíte assintomática em pacientes com AIJ oligoarticular, devendo ser realizado no momento do diagnóstico e repetido periodicamente.

C) tomografia de coerência óptica: Incorreto. A OCT é um exame detalhado utilizado para avaliar doenças da retina e do nervo óptico. Não é o método de escolha nem o exame inicial para o rastreio de uveíte anterior em crianças com AIJ.

D) elementos anormais e sedimento urinário: Incorreto. O exame de urina avalia funções renais, presença de proteínas ou infecções. Seria útil na suspeita de nefrite lúpica, mas não tem indicação como exame imprescindível no acompanhamento inicial da AIJ oligoarticular.

O gabarito correto é a alternativa B.

Questão 116

O quadro clínico descrito é clássico para invaginação intestinal (ou intussuscepção), sendo a causa mais comum de obstrução intestinal em lactentes entre 3 meses e 2 anos de idade. A tríade clássica consiste em dor abdominal paroxística (choro intenso que alterna com períodos de letargia ou acalmia), vômitos e fezes em "geleia de morango" (sangue misturado com muco).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As doenças inflamatórias intestinais (como doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) são extremamente raras em lactentes de 7 meses. Além disso, costumam apresentar um quadro mais crônico, com diarreia persistente, perda de peso e atraso no desenvolvimento, o que difere do início agudo e paroxístico apresentado pela paciente.

b) Incorreta. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode causar proctocolite alérgica com presença de sangue nas fezes. No entanto, o sangramento costuma ser em menor quantidade (estrias de sangue) e não costuma vir acompanhado de dor abdominal aguda tão intensa e intermitente quanto a descrita. O teste de sensibilidade cutânea não é o exame indicado para o diagnóstico inicial de proctocolite alérgica.

c) Incorreta. Embora o abuso sexual deva ser sempre uma preocupação diagnóstica em pediatria diante de lesões genitais ou sangramentos inexplicados, o padrão da dor (episódios de choro intenso com acalmia) é muito sugestivo de cólica intestinal por obstrução. Na invaginação, o sangramento ocorre por isquemia da mucosa intestinal e eliminação de muco sanguinolento, e não por trauma perineal.

d) Correta. A hipótese de invaginação intestinal é reforçada pela idade da paciente (7 meses) e pela descrição da dor em crises. O "sangue na fralda" em grande quantidade sugere o aspecto de "geleia de morango", sinal de sofrimento de alça. O ultrassom (US) abdominal total é o padrão-ouro para o diagnóstico inicial, apresentando sinais patognomônicos como o "sinal do alvo" ou "sinal do pseudorrim", com sensibilidade e especificidade próximas a 100% em mãos experientes. Além de diagnóstico, em alguns casos, o procedimento de enema (opaco ou aéreo) pode ser também terapêutico.

Questão 117

O quadro clínico apresentado é característico de tinea capitis (tinha do couro cabeludo), uma infecção fúngica comum na infância. A imagem e a descrição evidenciam uma placa de alopecia (queda de cabelo) bem delimitada, com presença de fios curtos quebradiços (tonsurados) e descamação fina e esbranquiçada sobre o couro cabeludo.

O ponto fundamental para resolver esta questão é o agente etiológico identificado no exame micológico: *Microsporum* sp. Na tinea capitis, os dois principais gêneros de fungos envolvidos são o *Trichophyton* e o *Microsporum*.

A terbinafina oral, embora seja uma excelente opção terapêutica, possui alta eficácia especificamente contra o gênero *Trichophyton*. No entanto, quando o agente causador é o *Microsporum* (como o *Microsporum canis*, frequentemente transmitido por cães e gatos), a terbinafina apresenta taxas significativas de falha terapêutica, o que explica por que o paciente não apresentou melhora após 30 dias de uso.

A griseofulvina é historicamente o tratamento de escolha e permanece como padrão-ouro para infecções por *Microsporum* sp., exigindo um tempo de tratamento prolongado para garantir que o novo cabelo cresça livre da infecção.

Análise das alternativas:

a) Correta. A substituição pela griseofulvina é a conduta indicada pela literatura médica diante do isolamento de *Microsporum* sp. ou quando há falha terapêutica com terbinafina em casos de tinea capitis. O tempo de 8 semanas é adequado para o tratamento sistêmico dessa condição.

b) Incorreta. Manter a terbinafina por mais 4 semanas não é adequado, pois o fungo em questão é intrinsecamente menos sensível a essa medicação. A ausência de resposta após o primeiro mês já sinaliza a necessidade de troca da droga.

c) Incorreta. O tratamento da tinea capitis deve ser obrigatoriamente sistêmico (oral). O fungo invade a haste do pelo e penetra profundamente no folículo piloso, locais onde antifúngicos tópicos não conseguem atingir concentrações terapêuticas suficientes para a cura. O uso isolado de cremes ou loções resultará em falha do tratamento.

d) Incorreta. O uso de xampus antifúngicos (como piritionato de zinco, cetoconazol ou sulfeto de selênio) é apenas uma medida adjuvante. Eles auxiliam na redução da descamação e na diminuição da viabilidade dos esporos (reduzindo o contágio), mas não são capazes de tratar a infecção de forma isolada. O tratamento principal deve

ser o antifúngico oral adequado para o agente.

Questão 118

O caso clínico descreve um lactente de 2 meses com insuficiência respiratória grave decorrente de pneumonia, evoluindo com bradicardia significativa e sinais de má perfusão. A resolução desta questão baseia-se nos protocolos de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS).

O traçado da cardioscopia mostra uma bradicardia sinusal. Nota-se a presença de ondas P que precedem cada complexo QRS (que é estreito), porém com um intervalo longo entre os batimentos, condizente com a frequência cardíaca (FC) de 55 bpm informada no enunciado. Para um lactente de 2 meses, essa frequência é considerada criticamente baixa.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a intubação orotraqueal seja um procedimento importante para garantir a via aérea definitiva em um quadro de pneumonia grave e gasping, ela não é a conduta prioritária neste momento exato. O médico já iniciou a ventilação com bolsa-válvula-máscara de forma correta, mas o paciente mantém bradicardia extrema e sinais de choque (palidez). O foco imediato deve ser a manutenção do débito cardíaco.

b) Correta. De acordo com as diretrizes internacionais de reanimação pediátrica, se um lactente ou criança apresenta frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto com sinais de má perfusão (como a palidez cutânea citada), mesmo após o início de ventilação e oxigenação adequadas, deve-se iniciar imediatamente a massagem cardíaca externa. Como o débito cardíaco na criança pequena é muito dependente da frequência cardíaca, 55 bpm não é suficiente para garantir a perfusão dos órgãos vitais.

c) Incorreta. A atropina não é a medicação de primeira escolha para bradicardia na parada cardiorrespiratória ou pré-parada pediátrica. Ela é reservada para casos de bradicardia causada por aumento do tônus vagal (como durante a própria intubação), bloqueio atrioventricular total ou intoxicações específicas. A droga de escolha para suporte farmacológico, se a massagem não for suficiente, seria a adrenalina. Contudo, a massagem cardíaca deve preceder ou acompanhar o uso de drogas neste cenário.

d) Incorreta. A amiodarona é um antiarrítmico utilizado no manejo de ritmos chocáveis (Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso) que não

respondem aos choques iniciais. Ela não tem papel no tratamento da bradicardia sinusal ou assistolia.

Questão 119

Análise do quadro clínico e da imagem:

O caso clínico descreve um recém-nascido a termo com vômitos biliosos e distensão abdominal. A presença de vômitos biliosos em um neonato é sempre um sinal de alerta para obstrução intestinal distal à ampola de Vater (segunda porção do duodeno). O fato de o abdome estar distendido corrobora a hipótese de uma obstrução mais baixa (no jejuno ou íleo), pois obstruções muito altas, como a duodenal, costumam apresentar abdome escavado ou apenas distensão epigástrica. A icterícia observada pode ser explicada pelo aumento da circulação entero-hepática de bilirrubina devido à estase intestinal.

Análise da radiografia:

A imagem radiográfica mostra múltiplas alças intestinais dilatadas e a presença de vários níveis hidroaéreos distribuídos pelo abdome. Este padrão é característico de obstrução intestinal mecânica distal. Diferente de uma obstrução alta, onde veríamos apenas uma ou duas bolhas de gás, aqui vemos diversas áreas de distensão, o que aponta para o intestino delgado (jejuno ou íleo).

Alternativa A - Atresia duodenal: Incorreta. Na atresia duodenal, o sinal radiológico clássico é o da dupla bolha (estômago e duodeno dilatados), com ausência de gás no restante do trato digestivo. Como a obstrução é muito proximal, o recém-nascido não costuma apresentar distensão abdominal generalizada.

Alternativa B - Atresia jejunoileal: Correta. Esta é a principal causa de obstrução intestinal em recém-nascidos. Diferente da atresia duodenal, que é uma falha de recanalização, a atresia jejunoileal é geralmente causada por um acidente vascular isquêmico intrauterino. O quadro clínico de vômitos biliosos associado a uma distensão abdominal importante e o achado radiológico de múltiplas alças dilatadas com níveis hidroaéreos são típicos desta patologia.

Alternativa C - Má rotação intestinal: Incorreta. A má rotação intestinal por si só pode ser assintomática. Ela se torna uma emergência quando evolui para volvo de intestino médio. Embora possa causar vômitos biliosos, o padrão radiológico de múltiplas alças dilatadas com níveis hidroaéreos bem definidos é mais sugestivo de uma obstrução fixa e completa como a atresia.

Alternativa D - Volvo intestinal: Incorreta. O volvo é uma complicação da má rotação que leva à isquemia intestinal. Clinicamente, o recém-nascido apresenta uma rápida deterioração do estado geral, sinais de toxemia, dor abdominal intensa e instabilidade hemodinâmica. A questão descreve que o paciente está em bom estado geral, o que torna o volvo uma hipótese menos provável em comparação à atresia. Além disso, o raio X do volvo muitas vezes mostra um abdome com pouco gás (presença de ar apenas no estômago e pouco no duodeno).

Questão 120

Para resolver essa questão, devemos analisar o calendário de vacinação da adolescente de 14 anos e compará-lo com as recomendações atuais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para a sua faixa etária.

Análise da Caderneta de Vacinação:

A paciente possui o esquema básico da infância completo para a maioria das vacinas (BCG, Hepatite B, Penta, VIP/VOP, Rotavírus, Pneumo 10, Meningo C, Tríplice e Tetra Viral, Hepatite A e Varicela). No entanto, há lacunas importantes para a idade de 14 anos.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. A vacina pneumocócica 23-valente (Pneumo 23) não faz parte do calendário de rotina para adolescentes saudáveis, sendo indicada apenas para grupos com condições clínicas específicas (imunossuprimidos, asplênicos, etc.). A vacina DTP (tríplice bacteriana infantil) é aplicada apenas até os 6 anos, 11 meses e 29 dias; a partir dos 7 anos, utiliza-se a dT (dupla tipo adulto). Além disso, a Hepatite A já foi realizada aos 15 meses.

b) Incorreta. A vacinação contra Hepatite B está completa (dose ao nascer mais três doses da Penta). A Tríplice Viral também está em dia, pois ela recebeu uma dose aos 12 meses e a Tetra Viral aos 15 meses (que contempla a segunda dose da Tríplice). Novamente, a Pneumo 23 não é de rotina.

c) Incorreta. Como mencionado, a Tríplice Viral e a Hepatite B já foram devidamente administradas e registradas na caderneta apresentada na imagem.

d) Correta. Esta alternativa contempla as vacinas necessárias para a atualização do esquema vacinal desta adolescente:

- dT (Dupla Adulto): O último reforço contra difteria e tétano (DTP) foi aos 4 anos. O PNI recomenda um reforço com dT a cada 10 anos. Aos 14 anos, ela completou exatamente o intervalo para o reforço.

- Febre Amarela: De acordo com a atualização do PNI, quem recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade deve receber uma dose de reforço. Como ela tomou a dose única aos 9 meses, ela precisa do reforço.
- HPV4: A vacina contra o Papilomavírus Humano é indicada para meninas e meninos de 9 a 14 anos. Não há registro de nenhuma dose na caderneta.
- Meningocócica ACWY: O PNI recomenda uma dose (reforço ou dose única) para adolescentes de 11 a 14 anos de idade.

Portanto, a alternativa (d) é a que reflete corretamente as orientações adicionais baseadas no PNI.

Questão 121

Para avaliar a eficiência e a qualidade de um sistema de vigilância epidemiológica, são utilizados atributos técnicos específicos que medem o desempenho da coleta, análise e processamento de dados.

Alternativa A - Flexibilidade: CORRETA. A flexibilidade é um dos atributos clássicos de avaliação de sistemas de vigilância. Ela se refere à capacidade do sistema de se adaptar a novas necessidades de informação ou a mudanças nas condições operacionais (como o surgimento de uma nova variante de vírus ou alteração na definição de caso) sem exigir grandes investimentos de tempo, pessoal ou recursos financeiros extras. Outros atributos similares incluem simplicidade, aceitabilidade, sensibilidade e oportunidade.

Alternativa B - Mobilidade: INCORRETA. Este termo não faz parte dos indicadores técnicos ou atributos qualitativos utilizados para avaliar o desempenho ou a eficiência de sistemas de vigilância epidemiológica nos manuais de saúde pública.

Alternativa C - Vulnerabilidade: INCORRETA. A vulnerabilidade não é um indicador de eficiência do sistema de vigilância, mas sim um critério utilizado para a seleção de doenças e agravos que devem ser priorizados para notificação compulsória. Ela avalia se existem instrumentos de prevenção e controle disponíveis e eficazes para interromper a cadeia epidemiológica ou reduzir a morbimortalidade de um agravo.

Alternativa D - Transcendência: INCORRETA. Assim como a vulnerabilidade, a transcendência é um critério de priorização de agravos para a lista de notificação. Ela mede a relevância de um problema de saúde com base em sua gravidade (taxas de letalidade, hospitalização e sequelas) e em seu impacto social e econômico na sociedade. Portanto, define o que deve ser vigiado, mas não mede a eficiência operacional do sistema em si.

Questão 122

Alternativa (a): CORRETA. O modelo de Vigilância da Saúde é compreendido como uma forma de organizar as práticas de saúde que integra as ações de promoção, prevenção e assistência. Sua lógica baseia-se na intervenção sobre três níveis: as causas (determinantes sociais da saúde), os riscos (fatores que precedem o agravo) e os danos (a doença ou o óbito propriamente ditos). Ele busca transcender o atendimento clínico individual ao focar no território e na análise da situação de saúde da população.

Alternativa (b): INCORRETA. O modelo sanitarista, também conhecido como campanhista, caracteriza-se pela organização de ações verticais e programas especiais focados em doenças específicas (como tuberculose ou hanseníase) e campanhas de vacinação. A descrição feita na alternativa — atendimento à demanda espontânea baseado em serviços especializados e procedimentos — refere-se, na verdade, ao Modelo Médico-Assistencial Privatista ou Biomédico, que é hospitalocêntrico e focado na doença individual.

Alternativa (c): INCORRETA. A Promoção da Saúde é justamente o movimento que enfatiza os determinantes gerais da situação de saúde (educação, saneamento, renda, lazer, trabalho). Ela busca agir sobre as causas das causas. A descrição da alternativa, que menciona o foco em programas especiais para riscos específicos em detrimento dos determinantes gerais, define a Prevenção de Doenças ou o próprio Modelo Sanitarista, mas nunca a Promoção da Saúde.

Alternativa (d): INCORRETA. O modelo médico privatista é centrado na assistência individual, no uso intensivo de tecnologia médica, na medicalização e na demanda espontânea (o paciente busca o médico quando já está doente). Ele não utiliza critérios epidemiológicos para planejar ações de saúde coletiva; o planejamento baseado em epidemiologia e prioridades populacionais é uma característica dos modelos de Vigilância da Saúde e de Programação em Saúde Pública.

Questão 123

Para resolver esta questão de epidemiologia, é necessário aplicar as fórmulas de medidas de associação e de impacto em saúde pública a partir dos dados fornecidos pelo estudo de coorte.

Dados iniciais:

Incidência entre fumantes (Expostos - I_e): 5 por 1.000 pessoas-ano.

Incidência entre não fumantes (Não Expostos - I_o): 1 por 1.000 pessoas-ano.

Prevalência do tabagismo na população (P): 50% ou 0,5.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa refere-se à Fração Atribuível Populacional (FAP), que calcula a proporção de casos na população total que são devidos ao fator de risco. Primeiro, calculamos a Incidência na População total (I_p): $I_p = (I_e * P) + (I_o * (1 - P))$. $I_p = (5 * 0,5) + (1 * 0,5) = 2,5 + 0,5 = 3$ por 1.000 pessoas-ano. Agora, aplicamos a fórmula da FAP = $(I_p - I_o) / I_p$. FAP = $(3 - 1) / 3 = 2 / 3$, o que resulta em aproximadamente 66,7%. Portanto, não é 50%.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa pede a Fração Atribuível no Exposto (FAe), também conhecida como Risco Atribuível Percentual. Ela mede a proporção da doença entre os expostos que é especificamente causada pelo fator de risco (tabagismo). A fórmula é: FAe = $(I_e - I_o) / I_e$. Substituindo os valores: FAe = $(5 - 1) / 5 = 4 / 5 = 0,8$. Transformando em porcentagem, temos 80%. Isso significa que 80% dos casos de doença coronariana entre fumantes são atribuíveis ao cigarro.

Alternativa c) Incorreta. A incidência de doença coronariana entre os fumantes atribuível ao tabagismo é o Risco Atribuível (RA) ou Diferença de Riscos. O cálculo é: RA = $I_e - I_o$. RA = $5 - 1 = 4$ por 1.000 pessoas-ano. O valor de 2,5 mencionado na alternativa está incorreto.

Alternativa d) Incorreta. A incidência na população total atribuível ao tabagismo é o Risco Atribuível Populacional (RAP). O RAP indica quantos casos na população geral podem ser creditados ao fator de risco. A fórmula é: RAP = $I_p - I_o$. Como calculado anteriormente, a I_p é 3 por 1.000 e a I_o é 1 por 1.000. Logo, RAP = $3 - 1 = 2$ por 1.000 pessoas-ano. O valor de 0,5 por 1 apresentado na alternativa é matematicamente muito superior ao resultado real.

Questão 124

O sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) é a ferramenta mais utilizada mundialmente para avaliar a qualidade da evidência e a força das recomendações em saúde. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa a: Incorreta. No sistema GRADE, os ensaios clínicos aleatorizados iniciam com um nível de evidência alto e os estudos observacionais, com nível baixo. No entanto, essa classificação não é imutável. Um ensaio clínico pode ter sua qualidade rebaixada (por risco de viés, imprecisão, etc.), e um estudo observacional pode ter sua qualidade elevada (por exemplo, quando apresenta uma magnitude de efeito muito grande ou um gradiente dose-resposta). Portanto, a aleatorização não assegura superioridade independentemente desses fatores.

Alternativa b: Correta. A evidência indireta (indirectness) é um dos cinco domínios utilizados para rebaixar a qualidade da evidência. Isso acontece quando não existem comparações diretas entre as intervenções de interesse (exemplo: existem os estudos do remédio A vs. placebo e do remédio B vs. placebo, mas quer-se saber A vs. B). Comparações indiretas aumentam a incerteza sobre o efeito real da intervenção, justificando a redução da confiança na evidência.

Alternativa c: Incorreta. O GRADE não avalia apenas estudos individualmente, mas sim o conjunto da evidência para cada desfecho clínico específico. A avaliação do risco de viés em uma revisão sistemática é parte integrante desse processo e interfere diretamente na qualidade global da evidência. A transição da análise de estudos individuais para o conjunto dos estudos é o que define a confiança final no resultado.

Alternativa d: Incorreta. O teste de inconsistência (I-quadrado) é um parâmetro importante para avaliar a heterogeneidade entre os estudos em uma metanálise. No entanto, um valor elevado não é um critério automático ou suficiente para reduzir o nível de evidência. O pesquisador deve avaliar se a variabilidade dos resultados pode ser explicada por subgrupos ou diferenças clínicas. Se a direção do efeito for a mesma e a magnitude for clinicamente similar, o rebaixamento pode não ser obrigatório.

Questão 125

Para identificar a causa básica do óbito, tanto materno quanto fetal, é necessário aplicar os conceitos de preenchimento da Declaração de Óbito estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde. A causa básica é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente à morte.

No caso clínico apresentado, a paciente sofreu um Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Este evento foi o ponto de partida que desencadeou todas as complicações subsequentes: a hemorragia genital e o choque hipovolêmico na mãe, bem como a interrupção do aporte de oxigênio (anóxia) para o feto.

Alternativa a: Incorreta. A hemorragia genital materna e a anóxia intrauterina são consideradas causas terminais ou imediatas, ou seja, são os mecanismos fisiopatológicos pelos quais a morte ocorreu. Elas são consequências do evento primário, que foi o descolamento da placenta.

Alternativa b: Incorreta. Assim como na alternativa anterior, a hemorragia é uma manifestação decorrente da patologia principal. Além disso, embora a hemorragia

materna impacte o feto, o termo técnico para o evento iniciador no feto, neste contexto, também remete ao problema placentário.

Alternativa c: Correta. O Descolamento Prematuro de Placenta é a patologia inicial que desencadeou o sangramento materno progressivo, o choque e a morte da gestante. Simultaneamente, esse mesmo descolamento impediu a troca gasosa adequada para o feto, levando ao seu óbito. Portanto, o DPP é a causa básica para ambos os óbitos.

Alternativa d: Incorreta. Esta alternativa mistura a causa básica (DPP) para o óbito materno com a causa imediata/mecanismo (anóxia) para o óbito fetal. Para fins de estatística epidemiológica e preenchimento correto de documentos médicos, deve-se priorizar a causa básica em ambos os casos, que é o descolamento prematuro de placenta.

Questão 126

CONCEITOS INICIAIS

A expectativa de vida ao nascer (ou esperança de vida) é um indicador demográfico que estima a média de anos que um indivíduo viveria caso as taxas de mortalidade daquele período específico se mantivessem constantes ao longo de sua existência. Trata-se de uma medida-síntese que reflete as condições de saúde e de vida de uma população, sendo inversamente proporcional às taxas de mortalidade: quanto maiores as taxas de mortalidade em uma população, menor será a sua expectativa de vida.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA A - CORRETA

O cálculo da expectativa de vida é baseado diretamente nas tábuas de mortalidade (tábuas de vida). Durante os anos de 2020 e 2021, o Brasil e o mundo enfrentaram um fenômeno de excesso de mortalidade devido à pandemia de Covid-19. Esse aumento súbito e expressivo de óbitos em diversas faixas etárias — não apenas em idosos, mas também em adultos jovens — elevou a probabilidade de morte em todas as idades, resultando matematicamente na redução do indicador de expectativa de vida.

ALTERNATIVA B - INCORRETA

A fecundidade diz respeito ao número médio de filhos por mulher e influencia o crescimento vegetativo e a estrutura etária da população (base da pirâmide). Embora mudanças na fecundidade alterem a dinâmica demográfica a longo prazo, elas não

são responsáveis pela redução da expectativa de vida, que foca na sobrevivência e no risco de morte dos indivíduos já nascidos.

ALTERNATIVA C - INCORRETA

A razão de dependência é um indicador que relaciona o segmento da população teoricamente inativo (menores de 15 anos e maiores de 65 anos) com a população em idade ativa (15 a 64 anos). Trata-se de um indicador de estrutura econômica e social. A pandemia pode até alterar essa razão (por exemplo, com o excesso de mortes de idosos, a razão de dependência senil poderia diminuir), mas ela é uma consequência da demografia e não a causa da queda na expectativa de vida.

ALTERNATIVA D - INCORRETA

O índice de envelhecimento representa a relação entre a população idosa e a população jovem. Embora a Covid-19 tenha afetado severamente a população idosa, o que poderia desacelerar o índice de envelhecimento momentaneamente, esse indicador descreve a composição da pirâmide etária. A queda na expectativa de vida é explicada pelo aumento do risco de morrer (mortalidade) e não pela proporção de idosos na população.

Questão 127

O caso descreve um acidente biológico de alto risco: profissional de saúde não vacinado exposto a um paciente-fonte sabidamente positivo para o vírus da hepatite B (HBV). Nessas situações, a conduta imediata envolve a profilaxia pós-exposição (PPE), que consiste na aplicação da vacina contra hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

A imunoglobulina fornece imunidade passiva imediata, neutralizando o vírus antes que ele infecte os hepatócitos. Para que essa proteção seja eficaz, o tempo é um fator crítico. De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e as diretrizes internacionais, a imunoglobulina deve ser administrada o mais precocemente possível.

O período ideal para a administração da IGHAHB é nas primeiras 24 horas após a exposição. Embora sua eficácia diminua com o passar do tempo, ela ainda pode ser administrada em um prazo de até 7 dias após o acidente percutâneo. Após esse período de uma semana, não há evidência de benefício clínico na sua aplicação para esse tipo de exposição.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O prazo de preferência é de 24 horas, não 48 horas. Além

disso, o limite máximo de 10 dias excede o recomendado pelos protocolos vigentes para acidentes percutâneos (que é de 7 dias).

Alternativa B: Incorreta. Embora o limite máximo de 7 dias esteja correto, a recomendação de preferência é realizar a aplicação nas primeiras 24 horas, e não 48 horas, para garantir a maior taxa de proteção possível.

Alternativa C: Incorreta. A primeira parte da alternativa está correta ao citar as 24 horas, mas o limite máximo de 10 dias é inadequado para acidentes com material biológico, sendo reservado para outros tipos de situações específicas ou erro de protocolo.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa reflete exatamente o preconizado pelos protocolos de biossegurança: a aplicação deve ocorrer preferencialmente nas primeiras 24 horas (momento de maior eficácia) e pode ser realizada no máximo até o sétimo dia após o acidente. Vale lembrar que, simultaneamente à imunoglobulina, deve-se iniciar ou completar o esquema vacinal de três doses do profissional.

Questão 128

Explicação:

O conceito central desta questão envolve as estratégias de interpretação de múltiplos testes diagnósticos: testes em série e testes em paralelo. No uso de testes em paralelo, o paciente é considerado positivo se apresentar um resultado positivo em qualquer um dos exames realizados simultaneamente.

Alternativa (a): Correta. Ao realizar testes em paralelo, o objetivo principal é ampliar a capacidade de detecção da doença, ou seja, não deixar passar nenhum caso. Como basta um dos testes ser positivo para o indivíduo ser classificado como doente, a sensibilidade global aumenta (menos doentes passam despercebidos). Consequentemente, se todos os resultados dos testes forem negativos, a segurança de que o paciente realmente não tem a doença é muito maior, o que eleva o Valor Preditivo Negativo (VPN).

Alternativa (b): Incorreta. A utilização de testes em paralelo promove o aumento da sensibilidade, e não a sua redução. A redução da sensibilidade é uma característica observada nos testes realizados em série, nos quais o critério de positividade é mais rigoroso (o paciente precisa ser positivo em todos os exames para ser considerado doente).

Alternativa (c): Incorreta. O aumento da especificidade e do Valor Preditivo Positivo

(VPP) ocorre quando utilizamos testes em série, pois essa estratégia visa confirmar o diagnóstico e reduzir os falsos-positivos. Nos testes em paralelo, a especificidade na verdade diminui, pois há uma chance maior de um indivíduo saudável apresentar pelo menos um resultado alterado em um dos vários exames.

Alternativa (d): Incorreta. Embora a especificidade realmente diminua em testes paralelos, o Valor Preditivo Positivo (VPP) também sofre redução. Isso acontece porque o aumento no número de resultados falsos-positivos (decorrente da queda da especificidade) diminui a probabilidade de que um teste positivo represente, de fato, a presença da doença.

Resumo para fixação:

Testes em Paralelo: Aumentam a Sensibilidade e o Valor Preditivo Negativo. Diminuem a Especificidade e o Valor Preditivo Positivo. São úteis quando o objetivo é a triagem (screening).

Testes em Série: Aumentam a Especificidade e o Valor Preditivo Positivo. Diminuem a Sensibilidade e o Valor Preditivo Negativo. São úteis quando o objetivo é a confirmação diagnóstica para evitar tratamentos desnecessários.

Questão 129

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) possui protocolos específicos para o acompanhamento e o encerramento de casos, dependendo da natureza do agravo. A questão exige o conhecimento sobre qual agravo relacionado ao trabalho possui um fluxo de investigação com prazo de encerramento definido pelo Ministério da Saúde.

Alternativa (a): CORRETA. O caso descrito (acidente com agulha) configura um "Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico". Para este agravo específico, o Sinan estabelece que a investigação deve ser encerrada em até 180 dias. Esse prazo existe porque é necessário realizar o acompanhamento sorológico do trabalhador (para HIV, hepatite B e hepatite C) para verificar se houve soroconversão após a exposição, permitindo o encerramento clínico e epidemiológico do caso de forma segura.

Alternativa (b): INCORRETA. A dermatite de contato é classificada como uma dermatose ocupacional. Embora seja um agravo de notificação compulsória em unidades-sentinela, trata-se de uma doença de caráter crônico ou subagudo que não possui um prazo rígido de 180 dias para o "encerramento da investigação" no sistema, como ocorre nos casos de exposição biológica.

Alternativa (c): INCORRETA. A fibrose pulmonar em marmorista sugere uma pneumoconiose (silicose). Por ser uma doença crônica, progressiva e irreversível, o foco da vigilância é o diagnóstico e a interrupção da exposição. Não há um prazo estipulado para o encerramento da investigação no Sinan da mesma maneira que nos acidentes agudos com risco infeccioso.

Alternativa (d): INCORRETA. A tendinite do manguito rotador em dentistas é classificada como LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Assim como as outras doenças ocupacionais crônicas citadas, o fluxo de notificação não exige o cumprimento de um prazo de encerramento de investigação específico nos moldes do protocolo de acidentes com material biológico.

Resumo: Entre os agravos listados, o acidente com material biológico (alternativa A) é o único que possui um protocolo de vigilância com seguimento laboratorial obrigatório e prazo definido (180 dias) para o encerramento do caso no sistema Sinan.

Questão 130

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O princípio da integralidade, definido na Lei 8.080/1990, pressupõe exatamente o contrário: 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 promoção e a prevenção não devem ser dissociadas da assistência hospitalar, mas sim integradas a ela para garantir o cuidado completo ao paciente.

Alternativa b) Incorreta. O SUS é regido pelo princípio da descentralização, com direção única em cada esfera de governo. A tendência é a municipalização da execução dos serviços. Hospitais podem ser geridos por Municípios, Estados ou pela União, dependendo da sua abrangência e organização regional, não sendo uma atribuição exclusiva ou obrigatória do governo federal devido à complexidade.

Alternativa c) Correta. A Constituição Federal e a Lei 8.080/1990 estabelecem que a iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar, quando as disponibilidades do setor público forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população. Essa participação ocorre mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, sendo o pagamento realizado com recursos do orçamento da seguridade

social (tributos).

Alternativa d) Incorreta. Embora o Município seja o principal executor das ações de saúde no território (devido à descentralização), as atividades de promoção da saúde e da vigilância não são atributos exclusivos deste ente. A responsabilidade é compartilhada de forma tripartite entre União, Estados e Municípios, cada um com suas competências específicas de coordenação, apoio técnico e execução. Além disso, ações coletivas de promoção da saúde perpassam todos os níveis de atenção do sistema.

Questão 131

A questão aborda as Políticas Públicas de Saúde voltadas aos Povos Indígenas, com foco no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Vamos analisar cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), os polos-base e as equipes multidisciplinares não são estruturas fora do SUS. Pelo contrário, o SasiSUS foi criado pela Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca) justamente como uma parte integrante do Sistema Único de Saúde. Como tal, ele é obrigatoriamente regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, além dos princípios organizativos, como a descentralização, a hierarquização e o controle social (que é muito forte na saúde indígena por meio dos conselhos locais e distritais).

Alternativa (b) Correta: Atualmente, os povos indígenas passam por uma transição epidemiológica. Embora as doenças infectocontagiosas ainda sejam prevalentes, observa-se um aumento expressivo das causas externas (como acidentes e violência) e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Mudanças no estilo de vida, o sedentarismo e a introdução de alimentos ultraprocessados nas aldeias levaram ao surgimento de obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), exigindo que as políticas públicas se adaptem a essa nova realidade.

Alternativa (c) Incorreta: Historicamente, a saúde indígena já esteve sob responsabilidade da Funai, mas isso mudou com a criação do SasiSUS. Atualmente, a gestão da saúde indígena é de responsabilidade do Ministério da Saúde, especificamente por meio da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai). A Funai permanece com atribuições relacionadas à demarcação de terras e à proteção de direitos civis, mas não é o órgão gestor da saúde. Além disso, o modelo prioritário é o de equipes multidisciplinares fixas nos DSEIs, e não apenas equipes volantes.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa apresenta uma visão que não condiz com a

realidade prática da saúde indígena no Brasil. Infelizmente, um dos maiores desafios do SasiSUS é a alta rotatividade dos profissionais de saúde, motivada por condições geográficas de difícil acesso, isolamento e questões contratuais. Além disso, os índices nutricionais ainda são motivo de preocupação, com a prevalência de desnutrição infantil em diversas etnias e o crescimento da obesidade em adultos, longe de serem considerados "bons índices" generalizados.

Questão 132

As pneumoconioses são classificadas em dois grandes grupos baseados na reação tecidual pulmonar à poeira inalada: fibrogênicas e não fibrogênicas. As pneumoconioses fibrogênicas, como a silicose e a asbestose, causam cicatrização permanente e alteração da arquitetura pulmonar. Já as não fibrogênicas são causadas por poeiras consideradas inertes, que se acumulam no parênquima sem provocar fibrose significativa ou perda funcional importante.

Alternativa (a) Incorreta: A indústria aeroespacial utiliza ligas metálicas de alta resistência que frequentemente contêm berílio. A inalação de partículas de berílio causa a beriliose, uma doença granulomatosa crônica que evolui com fibrose pulmonar, sendo, portanto, uma pneumoconiose fibrogênica.

Alternativa (b) Correta: A siderurgia envolve a manipulação de ferro e seus óxidos. A inalação crônica de poeira de ferro leva à siderose. O ferro é considerado uma poeira inerte; ele se deposita nos macrófagos alveolares e no interstício, gerando imagens radiológicas opacas (devido à densidade do metal), mas sem desencadear uma reação fibrótica proliferativa. Por isso, a siderose é o exemplo clássico de pneumoconiose não fibrogênica.

Alternativa (c) Incorreta: A indústria de fibrocimento utilizou amplamente o amianto (asbesto) em sua composição. A exposição ao asbesto causa a asbestose, uma doença caracterizada por fibrose intersticial difusa e progressiva, além de estar associada a neoplasias como o mesotelioma. É uma doença marcadamente fibrogênica.

Alternativa (d) Incorreta: A atividade de ceramista envolve o manuseio de argila e minerais ricos em sílica livre cristalina. A inalação de sílica causa a silicose, que é a pneumoconiose fibrogênica mais comum no Brasil, caracterizada pela formação de nódulos de colágeno densos e fibrose maciça progressiva.

Questão 133

Análise da questão sobre Razão de Mortalidade Materna (RMM) e indicadores de saúde:

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade de vida e o nível de desenvolvimento de uma população, além de refletir diretamente a eficiência e a organização do sistema de saúde de um país ou região.

Alternativa A (Correta): As discrepâncias nos valores da RMM entre as regiões Nordeste (66,9) e Sudeste (40,7) expõem as iniquidades sociais e de saúde no Brasil. Iniquidade refere-se a desigualdades que são injustas e evitáveis. Regiões com menores investimentos em infraestrutura, barreiras no acesso ao pré-natal de qualidade e assistência hospitalar inadequada no parto e puerpério tendem a apresentar indicadores de mortalidade muito mais elevados. Portanto, o planejamento de políticas de saúde deve focar na redução dessas desigualdades regionais.

Alternativa B (Incorreta): O indicador tem altíssima importância política e sanitária, sendo, inclusive, um dos indicadores monitorados por organismos internacionais (como a ONU). Ao contrário do que afirma a alternativa, a grande maioria das mortes maternas no Brasil (cerca de 90% ou mais) é considerada evitável por meio de intervenções oportunas e qualificadas do sistema de saúde.

Alternativa C (Incorreta): Embora a ilegalidade do aborto realmente leve a práticas inseguras com risco de hemorragia e infecção, a afirmação está errada ao dizer que esses óbitos não são computados no indicador. A RMM contabiliza todas as mortes de mulheres durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. O aborto é classificado como uma causa obstétrica direta e entra obrigatoriamente no cálculo da RMM.

Alternativa D (Incorreta): Existem diferenças marcantes e documentadas na RMM quando analisadas variáveis sociodemográficas. No Brasil, a mortalidade materna é significativamente maior em mulheres negras e indígenas, naquelas com menor escolaridade e nos extremos de idade (adolescentes e mulheres acima de 35-40 anos). Essas variáveis são determinantes sociais da saúde que influenciam diretamente o desfecho da gestação.

Questão 134

Esta questão aborda os princípios da Política Nacional de Saúde Mental e as diretrizes do cuidado na Atenção Básica (AB). A Atenção Básica desempenha um papel fundamental como porta de entrada e coordenadora do cuidado, utilizando ferramentas como o vínculo, a escuta qualificada e o matriciamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Sofrimento psíquico e doença mental não são sinônimos. O sofrimento psíquico pode ser uma resposta a crises existenciais, lutos ou problemas sociais, sem necessariamente configurar um transtorno mental diagnosticável. Além disso, a Atenção Básica deve manejar a maioria dos casos, reservando o encaminhamento para serviços especializados (como CAPS ou ambulatórios) apenas para casos de maior complexidade ou gravidade, não sendo a conduta padrão para todos os diagnósticos.

Alternativa b) Correta. O manejo em saúde mental na Atenção Básica baseia-se na tecnologia leve, que envolve o acolhimento, a criação de vínculo e a escuta qualificada. Estar disponível como ouvinte e cuidador permite compreender a subjetividade do paciente e as determinações sociais de seu sofrimento, sendo este o primeiro e principal passo para qualquer intervenção terapêutica eficaz nesse nível de atenção.

Alternativa c) Incorreta. O cuidado em saúde mental é transversal e deve ser compartilhado por toda a equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, entre outros). Cada profissional possui um papel estratégico na identificação de demandas, no acompanhamento longitudinal e no apoio psicossocial, não sendo uma atribuição exclusiva do médico.

Alternativa d) Incorreta. O foco do cuidado em saúde mental, especialmente em casos crônicos ou graves, muitas vezes não é a "cura definitiva" (conceito muitas vezes inexistente em psiquiatria), mas sim a reabilitação psicossocial, a redução de danos, a autonomia do sujeito e a melhoria da qualidade de vida. O plano de cuidados deve ser centrado na pessoa e em suas necessidades, e não apenas na remissão de sintomas.

Questão 135

Alternativa a: Incorreta. O grupo populacional com 80 anos ou mais, frequentemente chamado de "muito idosos" ou "quarta idade", é o segmento que apresenta o crescimento proporcional mais rápido dentro da população idosa. Esse fenômeno é conhecido como o envelhecimento do envelhecimento, refletindo um aumento expressivo na longevidade extrema.

Alternativa b: Incorreta. As projeções demográficas indicam um aumento progressivo na demanda por serviços de saúde. Com o envelhecimento da população, há uma transição epidemiológica caracterizada pelo aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, o que exige maior assistência médica e maior utilização de recursos do sistema de saúde.

Alternativa c: Correta. A feminização da velhice é um fenômeno demográfico consolidado. Em média, as mulheres vivem mais que os homens devido a uma combinação de fatores biológicos, menor exposição a riscos ocupacionais e comportamentais (como violência e acidentes) e uma maior tendência a buscar cuidados preventivos e assistência médica ao longo da vida.

Alternativa d: Incorreta. A multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas simultâneas, apresenta uma correlação direta com o avanço da idade. Portanto, sua prevalência é significativamente maior entre os idosos mais longevos (80 anos ou mais) do que entre os idosos mais jovens, devido ao acúmulo de danos fisiológicos e patológicos ao longo do tempo.

Questão 136

A Vigilância em Saúde no Brasil é composta por diferentes frentes de atuação, sendo as principais a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. Para responder corretamente a esta questão, é necessário diferenciar as atribuições de cada uma e compreender os níveis de prevenção de doenças.

Alternativa (a) Incorreta. O monitoramento de agravos, a definição de casos suspeitos e o manejo da lista de notificação compulsória são atribuições da Vigilância Epidemiológica. A Vigilância Sanitária (VISA) foca sua atuação no controle de riscos relacionados a produtos (medicamentos, alimentos, cosméticos), serviços de saúde e meio ambiente, visando eliminar ou prevenir riscos à saúde decorrentes da produção e circulação de bens.

Alternativa (b) Incorreta. Medidas que buscam evitar que o problema de saúde ocorra, agindo sobre os fatores de risco ou condicionantes antes que a doença se instale, são classificadas como Medidas de Prevenção Primária. A prevenção

secundária, por outro lado, foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de uma doença já existente para evitar sua progressão ou sequelas.

Alternativa (c) Incorreta. A detecção oportuna de casos de dengue para oferecer tratamento adequado e reduzir a mortalidade e a letalidade é uma ação de Prevenção Secundária (diagnóstico e tratamento precoce). Prevenção primária no contexto da dengue seria o controle do vetor (*Aedes aegypti*) ou a vacinação, ações que evitam que o indivíduo adoça.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve com precisão a missão da Vigilância Sanitária conforme estabelecido na Lei 8.080/1990. A VISA tem o poder de polícia administrativa para intervir em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Isso inclui a avaliação rigorosa de produtos (como fármacos e equipamentos médicos) e procedimentos (como métodos de esterilização ou protocolos clínicos) que possam gerar danos à coletividade.

Gabarito: Alternativa (d).

Questão 137

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é estruturada em dois eixos complementares: a vigilância sobre os ambientes e processos de trabalho (foco sanitário) e a vigilância sobre os agravos à saúde (foco epidemiológico). A questão foca especificamente na Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (Vesat).

Alternativa a) Incorreta. Identificar e analisar o perfil produtivo e as atividades de maior risco de um território é uma etapa preparatória e de planejamento que engloba a VISAT como um todo. É o mapeamento que permite direcionar onde todas as vigilâncias devem atuar, não sendo um objetivo exclusivo ou definitivo da vigilância epidemiológica.

Alternativa b) Correta. Por definição, a vigilância epidemiológica consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde. No caso da Vesat, o objetivo é utilizar as informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho para desencadear medidas de intervenção que visem ao controle dos riscos e, conseqüentemente, impeçam que novos trabalhadores fiquem doentes ou sofram acidentes.

Alternativa c) Incorreta. A articulação entre as diferentes vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental) é uma diretriz e uma estratégia operacional do SUS para

garantir a integralidade das ações. Embora seja fundamental para a eficiência do sistema, trata-se de um método de trabalho, e não do objetivo final da Vesat.

Alternativa d) Incorreta. A inspeção sanitária e o mapeamento de riscos nos postos de trabalho são atividades típicas da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador. Enquanto a Vesat atua a partir do "efeito" (o trabalhador doente ou acidentado), a vigilância sanitária atua na "causa" (os perigos presentes no ambiente de trabalho).

Questão 138

ANÁLISE DA QUESTÃO

Afirmativa I: Esta afirmativa está correta. De acordo com os manuais de preenchimento da Declaração de Óbito e as normas da CID-10 para o período perinatal, a causa básica deve ser a doença ou a condição que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte. No caso do óbito perinatal, deve-se sempre priorizar a identificação de um fator materno (como pré-eclâmpsia ou descolamento de placenta) ou fetal (como malformações ou infecções congênitas) em vez de registrar apenas as manifestações finais, como a asfixia.

Afirmativa II: Esta afirmativa está incorreta. Embora os óbitos por Morte Materna Tardia (até 1 ano após o parto) e por Sequela de Causa Obstétrica Direta não sejam incluídos no cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) internacional — que contabiliza mortes apenas até 42 dias após o parto —, eles são de notificação compulsória e de investigação obrigatória no Brasil. A vigilância desses eventos é essencial para identificar falhas assistenciais crônicas e melhorar o acompanhamento puerperal.

Afirmativa III: Esta afirmativa está correta. O sistema de vigilância utiliza critérios de priorização para as investigações. Óbitos de conceptos com peso adequado ao nascer (igual ou superior a 2.500 gramas) ou com peso que indica alta probabilidade de sobrevivida com assistência adequada (igual ou superior a 1.500 gramas) são considerados eventos sentinela. Isso significa que esses óbitos são indicadores de que a assistência pré-natal, ao parto ou ao recém-nascido pode ter sido deficiente, sendo mortes teoricamente evitáveis.

Conclusão: Como as afirmativas I e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 139

Análise dos itens:

Item I: Incorreto. Na farmacovigilância, todos os eventos adversos suspeitos devem ser notificados, independentemente de o uso do fármaco ter seguido as recomendações da bula ou ter sido feito de forma não aprovada (off-label). A notificação de eventos decorrentes do uso off-label é fundamental para que as autoridades sanitárias monitorem a segurança do medicamento em condições de uso real que não foram testadas nos ensaios clínicos originais.

Item II: Correto. Esta é a definição técnica precisa de Evento Adverso (EA). Trata-se de qualquer ocorrência médica desfavorável que surge durante o tratamento com um produto farmacêutico, apresentando uma associação temporal com o uso, mas sem exigir obrigatoriamente a comprovação de umnexo causal (relação direta de causa e efeito). É importante distinguir do conceito de Reação Adversa a Medicamento (RAM), no qual existe a suspeita ou confirmação de que o dano foi causado pelo próprio fármaco.

Item III: Correto. A finalidade última da farmacovigilância é a gestão de risco. Quando o monitoramento e a análise de dados (sinais) confirmam um perfil de risco inaceitável ou um problema de qualidade, a ANVISA e outros órgãos reguladores devem intervir. As medidas variam conforme a gravidade, incluindo a emissão de "Dear Doctor Letters" (cartas aos profissionais), a alteração de bulas para incluir novos efeitos colaterais, a suspensão da comercialização ou o recolhimento (interdição) de lotes específicos.

Conclusão: Como os itens II e III estão corretos e o item I está incorreto, a resposta correta é a alternativa (a).

Questão 140

Análise das Afirmativas:

Afirmativa I (Correta): O conceito de acesso está relacionado à acessibilidade e representa a dimensão da oferta. Refere-se à capacidade que o sistema de saúde tem de absorver o paciente, superando barreiras que podem ser geográficas (distância), financeiras (custo), organizacionais (horários e burocracia) ou socioculturais. Portanto, é exatamente o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados.

Afirmativa II (Incorreta): A utilização de serviços de saúde é a expressão do consumo real (demanda atendida) de serviços. A definição da alternativa está incorreta por ser

excessivamente restritiva ao citar apenas contatos com médicos ou enfermeiros. O conceito de utilização abrange o contato com qualquer profissional de saúde (como dentistas, psicólogos, fisioterapeutas) e qualquer recurso do sistema. Além disso, o foco da utilização é o uso efetivo e não apenas a realização de procedimentos.

Afirmativa III (Correta): A cobertura de serviços expressa a extensão em que a população que necessita de um serviço realmente o recebe. Ela pode ser analisada de duas formas: a cobertura formal ou nominal, que é a proporção da população que tem o direito garantido de utilizar o serviço (por exemplo, pessoas cadastradas em uma UBS), e a cobertura efetiva, que é a proporção que realmente recebeu a intervenção (por exemplo, a cobertura vacinal de uma cidade).

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A afirmativa I está correta, mas a alternativa é insuficiente, pois a afirmativa III também é verdadeira.

Alternativa b: Incorreta. A afirmativa II possui erros conceituais ao limitar os profissionais envolvidos e a natureza do uso dos serviços de saúde.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa engloba as duas definições tecnicamente precisas de acordo com a literatura de saúde coletiva e planejamento em saúde.

Alternativa d: Incorreta. A afirmativa III está correta, porém a afirmativa II está incorreta, o que invalida esta opção.

Gabarito: Alternativa (c).

Questão 141

Texto Original:

A descentralização é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada na diretriz constitucional de descentralização com comando único em cada esfera de governo. O objetivo central é aproximar a gestão da saúde da realidade local da população.

Alternativa a: Incorreta. A descentralização não se limita à simples transferência da execução de serviços. Para que ela ocorra, o gestor municipal deve obrigatoriamente assumir a responsabilidade sobre o planejamento, a fiscalização dos prestadores privados contratados e a gestão direta dos recursos financeiros que são depositados no Fundo Municipal de Saúde. Não existe gestão de serviços sem a correspondente responsabilidade financeira e administrativa.

Alternativa b: Incorreta. Embora o federalismo brasileiro apresente desafios reais de cooperação, competição e conflitos de interesses entre os entes federados (União, Estados e Municípios), a descentralização é uma diretriz constitucional obrigatória e um pilar da democratização da saúde. Na literatura de saúde coletiva, ela é vista como uma estratégia para aumentar a resolutividade e o controle social, e não como um equívoco ou medida prejudicial.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve com precisão o processo de descentralização do SUS, muitas vezes chamado de municipalização. Para que o sistema funcione de forma descentralizada, o município deve ter autonomia. Isso envolve três pilares fundamentais: o poder de decisão política sobre as prioridades locais, a gestão administrativa sobre a rede de prestadores (próprios e contratados) e a gestão financeira direta dos recursos necessários para o custeio e investimento em saúde.

Alternativa d: Incorreta. A diretriz de descentralização do SUS prioriza a municipalização, e não a estadualização. Além disso, a responsabilidade financeira é parte integrante da gestão pública em qualquer esfera. Por fim, a sociedade civil atua no SUS por meio do controle social (Conselhos e Conferências de Saúde), mas a coordenação, condução e execução técnica do sistema são atribuições legais dos gestores do Poder Executivo (Secretarias de Saúde).

Gabarito: Letra (c).

Questão 142

Alternativa A: Incorreta. O modelo de proteção social adotado por um país determina diretamente a cobertura de serviços. Existem três modelos principais: o Universalista (como o SUS), em que o acesso é um direito de cidadania; o de Seguro Social (Meritocrático), em que o acesso depende da inserção no mercado de trabalho; e o Assistencialista (Liberal), voltado apenas para quem não pode pagar. Portanto, a cobertura é totalmente dependente do modelo escolhido.

Alternativa B: Incorreta. Embora a força de trabalho, a rede de serviços e os insumos sejam elementos fundamentais, eles são classificados tecnicamente como "recursos" ou "meios" dentro de um sistema de saúde. Uma visão completa de um sistema de saúde, conforme a literatura de Milton Roemer ou da OMS, exige outros componentes vitais, como o financiamento, a gestão e a organização.

Alternativa C: Incorreta. O financiamento é, reconhecidamente, um dos pilares fundamentais de qualquer sistema de saúde. Ele é responsável pela arrecadação de

recursos, pela alocação de verbas e pelo pagamento de prestadores, sendo impossível dissociá-lo da estrutura do sistema.

Alternativa D: Correta. Sob a ótica da Saúde Coletiva e das diretrizes internacionais de Cobertura Universal de Saúde, a cobertura é considerada o componente de maior relevância. Isso ocorre porque ela reflete o objetivo final do sistema: garantir que todos os indivíduos e comunidades recebam os serviços de saúde de que necessitam. Em provas de concurso, a cobertura (que envolve quem é coberto, quais serviços são oferecidos e qual a proteção financeira) é tratada como a medida de sucesso e o componente central da equidade em saúde.

Questão 143

Alternativa a) Incorreta. A implantação do SUS não foi um processo pacífico. Pelo contrário, enfrentou e ainda enfrenta forte resistência de diversos setores, incluindo parte do segmento médico vinculado ao setor privado, empresas de planos de saúde e grupos políticos que defendiam a manutenção do modelo anterior, que era excludente e centralizado na Previdência Social.

Alternativa b) Incorreta. Dizer que o SUS está plenamente implantado e consolidado é um equívoco. Embora a legislação (Constituição de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde) seja muito avançada, a prática ainda lida com desafios imensos. O sistema sofre com subfinanciamento crônico, problemas de gestão, falta de infraestrutura em diversas regiões e dificuldades na articulação da rede de atenção, sendo considerado um projeto em construção permanente.

Alternativa c) Incorreta. O SUS é exatamente o oposto de um modelo tecnocrático e centralizado. Ele nasceu do Movimento da Reforma Sanitária, um movimento de base social, acadêmica e popular que lutou contra a ditadura militar e pela redemocratização do país. Além disso, o SUS tem como diretrizes a descentralização (municipalização) e a participação da comunidade por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Alternativa d) Correta. Esta é a base doutrinária do SUS. O sistema foi o principal responsável por mudar o paradigma de saúde no Brasil. Antes, a saúde era vista apenas como ausência de doença. Com o SUS, passou-se a adotar o conceito ampliado de saúde, que entende que o bem-estar de um indivíduo depende de determinantes sociais, como moradia, saneamento, trabalho, renda, educação e lazer. Além disso, reafirmou a saúde como um direito fundamental de todo cidadão e um dever do Estado.

Questão 144

Alternativa (a) Incorreta: O Índice de Apgar avalia a vitalidade do recém-nascido. Um valor entre 0 e 3 no quinto minuto de vida é considerado muito baixo e indica asfixia grave, possuindo uma correlação significativa (e não leve) com o risco de mortalidade neonatal e o desenvolvimento de paralisia cerebral. Valores entre 4 e 6 indicam asfixia moderada. Portanto, o termo "correlação leve" torna a alternativa incorreta.

Alternativa (b) Incorreta: O teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) deve ser realizado, idealmente, ainda na maternidade, antes da alta do recém-nascido. Na Atenção Básica, ele deve ser conferido ou realizado na primeira consulta e repetido periodicamente em todas as consultas de rotina (puericultura), pelo menos até os três anos de idade, e não apenas uma única vez ao final dos 12 meses.

Alternativa (c) Correta: Esta alternativa descreve com precisão o cronograma de consultas de rotina da criança recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria. O calendário estabelece sete consultas no primeiro ano de vida: na 1ª semana (7º dia) e nos meses 1, 2, 4, 6, 9 e 12. No segundo ano, as consultas ocorrem nos 18º e 24º meses. A partir dos dois anos de idade, as consultas passam a ser anuais, preferencialmente próximas ao mês de aniversário.

Alternativa (d) Incorreta: De acordo com o Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde, o período ideal para a coleta do teste do pezinho é entre o 3º e o 5º dia de vida. Embora a ingestão de proteínas seja necessária para a detecção da fenilcetonúria, 48 horas de alimentação láctea já são suficientes. Coletar o exame entre o 10º e o 15º dia é considerado tardio, o que compromete a eficácia do programa, pois o objetivo é detectar e tratar precocemente doenças que podem causar sequelas irreversíveis se o tratamento não for iniciado nos primeiros dias de vida.

Questão 145

Para compreender esta questão, é fundamental recordar o modelo de História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark em 1976, que divide as ações de saúde em três grandes níveis: primário, secundário e terciário.

Alternativa (a): CORRETA. A prevenção primária ocorre no período de pré-patogênese, ou seja, antes de a doença se instalar no organismo. Ela se subdivide em Promoção da Saúde (medidas gerais como higiene corporal, educação sanitária e campanhas contra o uso de drogas) e Proteção Específica (medidas direcionadas a riscos específicos, como a fluoretação da água para prevenir a cárie dentária e o uso de preservativos).

Alternativa (b): INCORRETA. A imunização (vacinação) é um exemplo clássico de Prevenção Primária, especificamente dentro do grupo de Proteção Específica. Ela visa evitar que a doença ocorra. A prevenção secundária foca em diagnóstico precoce e tratamento imediato de uma doença já existente, mas ainda em estágio inicial ou assintomático (como o rastreamento por exames).

Alternativa (c): INCORRETA. O diagnóstico e o tratamento (seja em nível ambulatorial ou hospitalar) são componentes da Prevenção Secundária. O objetivo dessas ações é interromper o processo mórbido e evitar complicações ou sequelas. A prevenção terciária, por outro lado, foca na reabilitação do paciente.

Alternativa (d): INCORRETA. A descrição apresentada (reabilitação e reinserção social e profissional) corresponde à Prevenção Terciária, que atua quando a doença já deixou sequelas ou incapacidades. Além disso, o conceito de Prevenção Quaternária não faz parte do modelo original de Leavell e Clark de 1976; ele foi introduzido posteriormente por Marc Jamouille e refere-se à detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias (iatrogenia).

Questão 146

Alternativa a: Incorreta. O termo "necessariamente" invalida a alternativa. Na prática da saúde pública, muitos sistemas enfrentam fragmentação, falta de coordenação entre os níveis de atenção e objetivos conflitantes entre os setores público e privado. O funcionamento ideal e ordenado é uma meta de gestão, não uma característica inerente a todos os sistemas.

Alternativa b: Correta. Os sistemas de saúde são considerados sistemas adaptativos complexos. Eles envolvem uma rede de interações entre diversos atores, como gestores, profissionais de saúde, pacientes, indústria e governo. São dinâmicos porque precisam se transformar continuamente para responder a novos desafios, como o envelhecimento populacional, mudanças no perfil de doenças (transição epidemiológica) e avanços tecnológicos.

Alternativa c: Incorreta. O funcionamento e a organização dos sistemas de saúde variam drasticamente entre os países. Existem diferentes modelos de proteção social, como o Modelo Bismarckiano (baseado em seguros sociais vinculados ao trabalho) e o Modelo Beveridgiano (sistemas nacionais de saúde universais financiados por impostos, como o SUS no Brasil e o NHS no Reino Unido).

Alternativa d: Incorreta. Os sistemas de saúde não são estruturas isoladas; eles são parte integrante da sociedade e refletem seus valores, cultura e contexto

socioeconômico. Embora reformas estruturais possam enfrentar resistências políticas ou burocráticas, os sistemas são passíveis de transformação e evoluem conforme as demandas sociais e as decisões políticas mudam ao longo do tempo.

Questão 147

A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é uma patologia crônica e irreversível que atinge as células ciliadas da cóclea devido à exposição prolongada a níveis elevados de pressão sonora. Abaixo, analisamos cada alternativa para compreender as características dessa condição:

Alternativa a) Incorreta. A PAIR caracteriza-se por ser uma perda auditiva do tipo sensorineural (ou neurossensorial), pois o dano ocorre diretamente nas estruturas da orelha interna (cóclea). O padrão misto envolveria também uma alteração na condução do som (orelha externa ou média), o que não é o caso da PAIR.

Alternativa b) Correta. A PAIR pode ocorrer isoladamente devido ao ruído, mas é amplamente reconhecido na medicina do trabalho que a exposição concomitante a determinadas substâncias químicas ototóxicas (como solventes orgânicos, metais pesados e gases asfixiantes) pode potencializar o dano auditivo. Portanto, a perda pode estar associada ou não a esses agentes químicos.

Alternativa c) Incorreta. Uma das características fundamentais da PAIR é a bilateralidade. Por ser uma exposição ambiental/ocupacional geralmente difusa, ela costuma afetar ambos os ouvidos de forma simétrica. Perdas puramente unilaterais devem levantar a suspeita de outras etiologias, como traumas acústicos agudos, tumores ou infecções.

Alternativa d) Incorreta. Embora a PAIR progrida enquanto houver exposição ao ruído, a literatura clássica e as diretrizes de saúde ocupacional indicam que o ritmo de progressão da perda é maior nos primeiros 10 a 15 anos de exposição, e não especificamente nos primeiros cinco anos. Após esse período inicial de maior perda, o aumento dos limiares auditivos tende a ser mais lento.

Em resumo, a PAIR é uma perda auditiva sensorineural, tipicamente bilateral, irreversível, que apresenta um entalhe audiométrico característico (geralmente em 3, 4 ou 6 kHz) e que pode sofrer influência sinérgica de substâncias químicas presentes no ambiente de trabalho.

Questão 148

Para resolver esta questão, é fundamental compreender o conceito de Razão de Verossimilhança (RV), também chamada de *Likelihood Ratio*, e como ela se relaciona com os parâmetros de sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico.

1. Razão de Verossimilhança para o teste negativo (RV-): Reflete a probabilidade de um indivíduo doente ter um teste negativo dividida pela probabilidade de um indivíduo saudável ter um teste negativo. Matematicamente, é $(1 - \text{Sensibilidade}) / \text{Especificidade}$. Para a prática clínica, o que você deve memorizar é: quanto menor for a RV- (mais próxima de zero), maior é a sensibilidade do teste. Um teste com RV- muito baixa é excelente para excluir um diagnóstico.

2. Razão de Verossimilhança para o teste positivo (RV+): Reflete a probabilidade de um indivíduo doente ter um teste positivo dividida pela probabilidade de um indivíduo saudável ter um teste positivo. Matematicamente, é $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$. Na prática: quanto maior for a RV+, maior é a especificidade do teste. Um teste com RV+ muito alta é excelente para confirmar um diagnóstico.

Análise dos dados da tabela fornecida na imagem:

- Mioglobina (MgB): RV- = 0,29; RV+ = 26,84
- CK: RV- = 0,77; RV+ = 2,79
- CK-MB: RV- = 0,84; RV+ = 6,86

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A especificidade está ligada à RV+. A CK-MB possui RV+ de 6,86, que é maior que a da CK (2,79), mas é muito menor que a da Mioglobina (26,84). Portanto, a Mioglobina é o marcador mais específico nesta tabela.

Alternativa b) Incorreta. A CK possui a menor RV+ entre os três exames (2,79), o que indica que ela tem a menor especificidade do grupo, e não a maior.

Alternativa c) Incorreta. A sensibilidade é inversamente proporcional à RV-. A CK-MB possui a maior RV- (0,84), o que a torna o teste menos sensível entre os três apresentados para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM) nesse contexto.

Alternativa d) Correta. Ao compararmos os valores de RV-, observamos que a Mioglobina (MgB) possui o menor valor (0,29). Como, quanto menor a RV-, maior a sensibilidade, conclui-se que a Mioglobina é o teste mais sensível para o diagnóstico de IAM nas primeiras seis horas de dor torácica em comparação à CK e à CK-MB.

Dica para a prova: Em marcadores de necrose miocárdica, a mioglobina é classicamente conhecida por subir mais rápido (precoce), o que lhe confere uma alta sensibilidade inicial, corroborando os achados estatísticos da questão. No entanto, lembre-se de que a interpretação aqui deve ser estritamente baseada nos dados da tabela de razões de verossimilhança fornecida.

Questão 149

Para resolver esta questão de epidemiologia clínica, devemos extrair os dados da tabela e calcular os indicadores de risco e benefício.

Passo 1: Cálculo da taxa de letalidade (incidência de óbitos) em cada grupo.

Grupo Tratado: 105 óbitos em um total de 525 pacientes. Taxa = $105 / 525 = 0,20$ (ou 20 por cento).

Grupo Controle: 156 óbitos em um total de 520 pacientes. Taxa = $156 / 520 = 0,30$ (ou 30 por cento).

Análise da afirmativa I: Incorreta.

A diferença na letalidade entre os grupos é a Redução Absoluta do Risco (RAR). O cálculo é: Taxa do Controle menos Taxa do Tratado. Portanto: 30 por cento - 20 por cento = 10 por cento. A afirmativa afirma erroneamente que a diferença foi de 66,7 por cento.

Análise da afirmativa II: Correta.

A redução da letalidade em relação ao grupo controle é a Redução do Risco Relativo (RRR). Ela indica quanto o tratamento reduziu o risco que já existia no grupo padrão. O cálculo é: $(\text{Taxa do Controle} - \text{Taxa do Tratado}) / \text{Taxa do Controle}$. Aplicando os valores: $(0,30 - 0,20) / 0,30 = 0,10 / 0,30 = 0,333$, o que equivale a 33,3 por cento.

Análise da afirmativa III: Correta.

Esta afirmativa refere-se ao Número Necessário para Tratar (NNT), que define quantos pacientes precisam receber a intervenção para que um desfecho negativo seja evitado. O NNT é o inverso da Redução Absoluta do Risco (RAR). O cálculo é: $\text{NNT} = 1 / \text{RAR}$. Como a RAR encontrada foi de 10 por cento (ou 0,10 em números decimais), temos: $\text{NNT} = 1 / 0,10 = 10$. Isso confirma que é necessário tratar 10 pacientes para evitar um óbito.

Conclusão: Como as afirmativas II e III estão tecnicamente corretas de acordo com os cálculos epidemiológicos, a alternativa correta é a letra (d).

Questão 150

Para compreender a questão, devemos analisar os elementos fundamentais de um gráfico de floresta (*forest plot*) em metanálises: a linha vertical de nulidade (que, no caso da Razão de Risco - RR, é 1,0), as linhas horizontais que representam os intervalos de confiança (IC) de cada estudo e o diamante, que representa o resultado combinado (medida-sumário).

Análise das alternativas:

a) Correta. No Estudo A, observa-se que a linha horizontal (intervalo de confiança) cruza a linha vertical de nulidade (1,0). Quando o intervalo de confiança toca ou cruza o valor 1,0 em uma razão de risco, o resultado não possui significância estatística. Portanto, o estudo isoladamente não permite concluir se há diferença real de efetividade entre o fármaco e o placebo.

b) Incorreta. O diamante (resultado da metanálise) está posicionado inteiramente à esquerda da linha 1,0 e suas extremidades não a tocam. Isso indica que o resultado é estatisticamente significativo e favorece a intervenção. Como o objetivo do fármaco é a profilaxia de náusea (redução de risco), estar à esquerda do 1,0 permite concluir que o fármaco é efetivo, e não o contrário.

c) Incorreta. Ao observar o Estudo D no gráfico, nota-se que sua linha horizontal também cruza a linha vertical de nulidade (1,0). Assim como o Estudo A, o Estudo D não apresentou resultado estatisticamente significativo, sendo, portanto, inconclusivo sobre a maior efetividade do fármaco.

d) Incorreta. A medida-sumário (diamante) é o resultado do agrupamento de todos os estudos, o que aumenta o poder estatístico da análise. Visualmente, o diamante é horizontalmente mais estreito que a maioria das linhas dos estudos individuais, indicando um intervalo de confiança mais preciso (menos amplo), e não mais amplo.