



# HECI-HIFA

GABARITO | 2026 | ES | 50 Questões



## Gabarito: HECI-HIFA

2026 | ES

---

- |        |        |
|--------|--------|
| 1 - B  | 40 - B |
| 2 - C  | 41 - A |
| 3 - B  | 42 - B |
| 4 - A  | 43 - D |
| 5 - D  | 44 - A |
| 6 - B  | 45 - B |
| 7 - D  | 46 - C |
| 8 - D  | 47 - C |
| 9 - A  | 48 - B |
| 10 - B | 49 - D |
| 11 - B | 50 - B |
| 12 - C |        |
| 13 - A |        |
| 14 - C |        |
| 15 - A |        |
| 16 - B |        |
| 17 - C |        |
| 18 - B |        |
| 19 - A |        |
| 20 - B |        |
| 21 - D |        |
| 22 - A |        |
| 23 - C |        |
| 24 - B |        |
| 25 - B |        |
| 26 - D |        |
| 27 - A |        |
| 28 - A |        |
| 29 - C |        |
| 30 - B |        |
| 31 - C |        |
| 32 - B |        |
| 33 - C |        |
| 34 - D |        |
| 35 - C |        |
| 36 - D |        |
| 37 - C |        |
| 38 - C |        |
| 39 - C |        |

## Comentários e Explicações

### Questão 1

O caso descreve um paciente em pós-operatório de cirurgia abdominal (fator de risco para infecção) com sinais claros de resposta inflamatória e disfunção orgânica. Para chegar ao diagnóstico correto, devemos analisar a evolução clínica e a resposta terapêutica.

1. Contexto Clínico: O paciente está no 7º dia de pós-operatório de ressecção intestinal, apresentando febre (38,6 °C), taquicardia (110 bpm), taquipneia (26 ipm) e leucocitose (12.600/mm<sup>3</sup>). Esses sinais sugerem um foco infeccioso abdominal.

2. Identificação de Sepse: O paciente apresenta disfunções orgânicas graves: alteração do nível de consciência (confusão e torpor), hipotensão (90/45 mmHg) e disfunção respiratória (SpO<sub>2</sub> 89%). Pela definição atual (Sepsis-3), a sepse é uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção.

3. Resposta à Volemia (Ponto-Chave): O paciente recebeu 2.000 mL de soro fisiológico em bolus. Após essa expansão volêmica significativa, a pressão arterial não apenas deixou de normalizar, como caiu para 80/45 mmHg. A definição clínica de choque séptico é a presença de sepse com hipotensão persistente que requer vasopressores para manter a PAM  $\geq$  65 mmHg e lactato  $>$  2 mmol/L, após a ressuscitação volêmica adequada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) é definida por critérios de sinais vitais e exames laboratoriais (temperatura, FC, FR e leucócitos). Embora o paciente preencha os critérios de SIRS, esse diagnóstico é inespecífico e incompleto para um quadro que já apresenta falência hemodinâmica e disfunção de órgãos.

b) Correta. O paciente apresenta evidência de infecção e disfunção orgânica (sepse), e a hipotensão persistiu (e até piorou) mesmo após a infusão de 2 litros de cristaloides. Essa refratariedade à reposição volêmica caracteriza o choque séptico.

c) Incorreta. Nas definições atuais, o termo "sepse" já substituiu a antiga nomenclatura de "sepse grave" (que era usada para sepse com disfunção orgânica). Além disso, o quadro evoluiu para choque devido à persistência da hipotensão pós-volume.

d) Incorreta. O diagnóstico de sepse está contido no quadro, mas é uma resposta incompleta. Quando a hipotensão não é revertida com a reposição de fluidos, o diagnóstico obrigatório e mais preciso é o de choque séptico.

## Questão 2

Análise do caso:

O paciente encontra-se no 7º dia de pós-operatório (PO) de uma cirurgia abdominal (ressecção intestinal) e apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão persistente mesmo após reposição volêmica de 2.000 ml), taquicardia, taquipneia, febre e alteração do nível de consciência (confusão e torpor). Este quadro é diagnóstico de choque séptico. Em pacientes cirúrgicos, a principal hipótese diagnóstica deve ser uma complicação infecciosa relacionada ao procedimento, como infecção do sítio cirúrgico (ISC) ou deiscência de anastomose com peritonite.

Exame das alternativas:

a) Incorreta. A vancomicina é um antibiótico direcionado principalmente para bactérias Gram-positivas, como o *Staphylococcus aureus*\* resistente à meticilina (MRSA). Em uma infecção decorrente de cirurgia intestinal, os germes mais prováveis pertencem à flora entérica (Gram-negativos e anaeróbios). Portanto, a vancomicina isolada não é a cobertura empírica inicial mais adequada para o foco provável.

b) Incorreta. O quadro clínico é de extrema gravidade. A presença de hipotensão refratária a volume, febre alta e disfunção neurológica no 7º dia de PO não pode ser confundida com a resposta metabólica normal ao trauma cirúrgico, que costuma ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas e de forma muito mais branda. Negar o quadro infeccioso neste cenário coloca a vida do paciente em risco.

c) Correta. Diante da suspeita de sepse e choque séptico em um paciente cirúrgico, a conduta prioritária é o suporte hemodinâmico e o início imediato de antibioticoterapia empírica. A alternativa C aponta corretamente a necessidade de iniciar o tratamento devido à suspeita de infecção de sítio cirúrgico. Embora em casos de cirurgia colorretal a escolha teórica de antibióticos geralmente envolva um espectro maior para Gram-negativos e anaeróbios, entre as opções apresentadas, esta é a única que estabelece a conduta ativa de tratar a infecção suspeita sem atrasos.

d) Incorreta. Em protocolos de tratamento de sepse e choque séptico, as culturas (sangue, urina ou secreções) devem ser coletadas preferencialmente antes do antibiótico, mas o início da medicação deve ocorrer na primeira hora. Jamais se deve aguardar o resultado das culturas (que pode levar dias) para iniciar o tratamento empírico, pois o atraso na antibioticoterapia está diretamente ligado ao aumento da

mortalidade.

### Questão 3

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um paciente idoso no terceiro dia de pós-operatório de uma cirurgia de grande porte (gastrectomia) devido a uma neoplasia maligna (adenocarcinoma). Este cenário compõe a clássica Tríade de Virchow: estase venosa (imobilidade pós-operatória), lesão endotelial (cirurgia) e hipercoagulabilidade (câncer), o que eleva drasticamente o risco de fenômenos tromboembólicos. A instalação súbita de dispneia, dor pleurítica, taquicardia e hipoxemia, associada ao edema unilateral de membro inferior (sinal de trombose venosa profunda), aponta fortemente para o Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Embora a pneumonia nosocomial seja uma complicação comum em cirurgias abdominais altas, ela geralmente se manifesta com febre, tosse produtiva e leucocitose, tendo um início mais gradual. O quadro de dispneia súbita e o edema de membro inferior sugerem uma etiologia vascular, e não infecciosa.

Alternativa b) Correta. O paciente apresenta alta probabilidade clínica para TEP (escore de Wells elevado devido a cirurgia recente, malignidade, taquicardia e sinais clínicos de TVP). Em pacientes hemodinamicamente estáveis, a Angiotomografia de Tórax é o exame de escolha para confirmação diagnóstica. Uma vez confirmado o diagnóstico, a anticoagulação deve ser iniciada para prevenir novos eventos embólicos e progressão do trombo.

Alternativa c) Incorreta. A atelectasia é a complicação respiratória mais frequente no pós-operatório imediato, causada pela redução da expansibilidade pulmonar. No entanto, ela raramente provoca dor pleurítica súbita ou edema unilateral de membros inferiores. O tratamento baseia-se em fisioterapia respiratória e mobilização precoce, e não apenas em hidratação e ventilação não invasiva.

Alternativa d) Incorreta. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) deve sempre ser considerado no pós-operatório de idosos, mas a dor do IAM costuma ser opressiva e retroesternal, não pleurítica. Além disso, o IAM não explica o edema em membro inferior direito. Embora o ECG seja útil no diagnóstico diferencial do TEP (mostrando taquicardia sinusal ou sinais de sobrecarga de VD), a suspeita principal neste cenário é embólica.

## CONCLUSÃO

Diante de um pós-operatório de cirurgia oncológica com dispneia súbita e sinais de TVP, o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar é a prioridade absoluta. A conduta correta envolve a confirmação por imagem (Angio-TC) e a instituição de terapia anticoagulante. Portanto, a alternativa (b) é a correta.

### Questão 4

Esta questão aborda dois pilares fundamentais do estudo do câncer gástrico: a Classificação de Lauren e a conduta cirúrgica baseada na localização do tumor.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) - Correta: A classificação de Lauren divide o adenocarcinoma gástrico em dois tipos principais: intestinal e difuso. O tipo intestinal é mais comum em homens idosos, está fortemente associado a fatores ambientais (dieta, tabagismo) e à gastrite atrófica crônica (frequentemente por \*H. pylori\*). Ele apresenta melhor prognóstico que o tipo difuso. Para tumores localizados no antro (terço distal), a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 é o tratamento padrão, desde que se consiga uma margem de segurança microscópica livre (geralmente 5 cm).

Alternativa (b) - Incorreta: O tipo difuso de Lauren é mais comum em pacientes jovens, possui igual distribuição entre os sexos e tem forte componente genético (como mutações na E-caderina), não estando tão relacionado a fatores ambientais ou ao \*H. pylori\* como o tipo intestinal. Além disso, embora o tipo difuso exija margens maiores devido ao seu crescimento infiltrativo, a gastrectomia total é obrigatória apenas se o tumor for proximal ou se não houver margem de segurança na subtotal.

Alternativa (c) - Incorreta: A classificação de Borrmann é macroscópica. O tipo I é a lesão polipoide. O tipo IV, mencionado na alternativa, refere-se à "linite plástica" (lesão infiltrativa difusa), que é a de pior prognóstico e não a mais comum. A conduta cirúrgica depende da localização e do estadiamento, não sendo a gastrectomia total uma regra para todas as classificações de Borrmann.

Alternativa (d) - Incorreta: O tipo intestinal de Lauren é, na verdade, menos agressivo que o tipo difuso. O tipo difuso é o que tende a ser mais indiferenciado, infiltrativo e com maior propensão a metástases precoces. Sobre a quimioterapia neoadjuvante, embora seja amplamente utilizada em tumores a partir do estágio T2 ou com linfonodos positivos (câncer gástrico localmente avançado), não se pode dizer que ela é "sempre" indicada apenas com base no tipo histológico, e a afirmação sobre a agressividade está invertida.

## Questão 5

Para a resolução desta questão, é fundamental identificar os sinais clínicos e laboratoriais que apontam para uma síndrome de predisposição hereditária ao câncer. O paciente tem 42 anos (idade jovem), histórico familiar positivo para câncer colorretal e um tumor no cólon ascendente. O dado decisivo é a imuno-histoquímica, que mostra a ausência de expressão das proteínas MLH1 e PMS2. Esse achado indica uma deficiência no sistema de reparo de incompatibilidade do DNA (Mismatch Repair ou MMR), o que define a Síndrome de Lynch, anteriormente chamada de câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Está incorreta. A Síndrome de Peutz-Jeghers é caracterizada por pólipos do tipo hamartomatosos, e não adenomatosos. Além disso, manifesta-se tipicamente com manchas melanóticas em mucosas e pele. Ela não está associada a mutações nos genes de reparo do DNA mencionados (MLH1/PMS2), mas sim ao gene STK11.

Alternativa b: Está incorreta. A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é causada por mutações no gene APC. Embora se associe a tumores extracolônicos, a colectomia segmentar é insuficiente para o tratamento, uma vez que o risco de câncer no restante do cólon é de quase 100 por cento devido aos centenas ou milhares de pólipos presentes.

Alternativa c: Está incorreta. A Síndrome de Lynch está associada a pólipos adenomatosos (que progridem rapidamente para malignidade), e não a pólipos hamartomatosos. Quando um câncer já foi diagnosticado, como no caso deste paciente, a cirurgia é mandatária, e a vigilância isolada não é uma opção de tratamento para o tumor já existente.

Alternativa d: Está correta. A Síndrome de Lynch é de fato causada por mutações germinativas nos genes de reparo do DNA (MMR), como MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2. A perda de MLH1 e PMS2 na imuno-histoquímica confirma a instabilidade de microsatélites. Pelo fato de o paciente ser jovem e a síndrome conferir um alto risco de tumores metacrônicos (novos tumores no cólon que permanece após a cirurgia), a colectomia total com anastomose ileorretal é uma conduta indicada para reduzir esse risco futuro, em vez de uma ressecção segmentar simples.

## Questão 6

Esta questão aborda a Resposta Endócrina, Metabólica e Imunológica ao Trauma (REMIT), um tema fundamental na cirurgia e terapia intensiva.

Alternativa (a) Incorreta. A resposta inflamatória não é mediada exclusivamente por citocinas pró-inflamatórias (como TNF-alfa, IL-1, IL-6); ela envolve também uma contrarresposta anti-inflamatória (mediada por IL-10, por exemplo). Além disso, embora o cortisol realmente aumente, ocorre uma resistência periférica à ação da insulina. Isso significa que, apesar de poder haver níveis elevados de insulina, sua eficácia está diminuída, resultando em hiperglicemia de estresse.

Alternativa (b) Correta. O trauma desencadeia a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e, simultaneamente ou logo em seguida, a Síndrome da Resposta Anti-inflamatória Compensatória (CARS). O equilíbrio entre essas duas forças é crucial. Se a resposta pró-inflamatória for excessiva, ocorre dano tecidual e falência orgânica; se a resposta anti-inflamatória for predominante, o paciente entra em um estado de imunoparalisia, aumentando significativamente o risco de infecções secundárias e sepse.

Alternativa (c) Incorreta. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal é um dos principais componentes da resposta neuroendócrina ao trauma. Ele não é irrelevante, mas sim essencial. A liberação de ACTH pela hipófise estimula as adrenais a produzirem cortisol. As catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) atuam em sinergia com esse eixo, e não o suprimem.

Alternativa (d) Incorreta. A resposta inflamatória ao trauma tem um objetivo adaptativo e de sobrevivência inicial, mas não é "sempre benéfica". Quando exacerbada, ela se torna a causa de lesões em órgãos distantes do trauma original (como pulmões e rins). O monitoramento laboratorial e clínico contínuo é obrigatório para guiar o suporte ventilatório, hemodinâmico e nutricional desses pacientes.

---

## Questão 7

O caso clínico descreve um paciente com cirrose hepática e hipertensão portal que apresenta sangramento por varizes esofágicas recorrente, mesmo em vigência de tratamento clínico otimizado (profilaxia secundária com betabloqueador e ligadura elástica). Quando a terapia combinada padrão falha, estamos diante de um quadro de sangramento varicoso refratário ou de alto risco de nova recidiva, o que exige a indicação de métodos de descompressão portal.

Alternativa (a) Incorreta: A manutenção da ligadura elástica associada ao betabloqueador é a conduta padrão para a profilaxia secundária inicial. No entanto, o

paciente já apresentou dois episódios de sangramento em apenas seis meses sob esse tratamento. Insistir exclusivamente nessa estratégia em um paciente que já demonstrou falha terapêutica aumenta significativamente o risco de um desfecho fatal.

Alternativa (b) Incorreta: A derivação tipo Warren (esplenorrenal distal) é uma cirurgia de derivação portossistêmica seletiva. Embora seja eficaz na redução do sangramento, trata-se de um procedimento cirúrgico de grande porte, associado a alta morbimortalidade em pacientes cirróticos. Atualmente, as cirurgias derivativas não são mais consideradas primeira linha para casos refratários, tendo sido amplamente substituídas pelo TIPS, que é menos invasivo.

Alternativa (c) Incorreta: A desconexão azigoportal associada à esplenectomia é uma técnica cirúrgica não derivativa. Sua principal indicação ocorre em pacientes com hipertensão portal de causa pré-hepática ou em casos de esquistossomose, onde a função hepática está preservada. Em um paciente cirrótico por hepatite C, o risco cirúrgico é proibitivo e a eficácia em longo prazo é inferior aos métodos que reduzem a pressão portal.

Alternativa (d) Correta: O TIPS (Derivação Portossistêmica Intra-hepática Transjugular) é um procedimento realizado pela radiologia intervencionista que cria um "shunt" entre a veia porta e a veia hepática, reduzindo de forma imediata e significativa a pressão portal. É a conduta de escolha para pacientes que falham na profilaxia secundária convencional (betabloqueador + endoscopia) e também pode ser utilizado como "TIPS precoce" em pacientes de alto risco, conforme preconizado pelo Consenso de Baveno.

Resumo: Diante da falha do tratamento clínico e endoscópico na prevenção de novos episódios de sangramento varicoso em um paciente cirrótico, a indicação de TIPS é a conduta mais adequada para o controle da hipertensão portal.

---

## Questão 8

A hérnia femoral é uma patologia que requer conhecimento anatômico preciso e compreensão da classificação de Nyhus para a correta conduta cirúrgica. Abaixo, analisamos cada alternativa:

a) Incorreta. A hérnia femoral é mais comum em mulheres (embora a hérnia inguinal continue sendo a mais comum no sexo feminino, a femoral ocorre preferencialmente em mulheres devido à anatomia da bacia). Na classificação de Nyhus, o tipo II refere-se à hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno dilatado e parede posterior preservada. Além disso, a laparoscopia não é contraindicada de forma

absoluta em casos encarcerados, embora exija maior experiência técnica.

b) Incorreta. A classificação de Nyhus IIIb refere-se a hérnias inguinais indiretas com fraqueza da parede posterior (hérnias por deslizamento ou inguinoescrotais). A técnica de Shouldice é um reparo anatômico por planos para hérnias inguinais, mas não aborda adequadamente o canal femoral.

c) Incorreta. O diagnóstico de hérnia femoral é uma indicação cirúrgica imediata (ou programada com brevidade se for redutível). Devido à rigidez dos limites do canal femoral (ligamento lacunar, ligamento inguinal e ligamento pectíneo), o risco de encarceramento e estrangulamento é altíssimo, chegando a 40% no primeiro ano de diagnóstico. A observação clínica é contraindicada.

d) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente as características da hérnia femoral. Ela é classificada como Nyhus IIIc (defeito na parede posterior, especificamente no canal femoral). Localiza-se abaixo do ligamento inguinal e é a que apresenta maior risco de complicações isquêmicas. A técnica de McVay é a abordagem clássica por via anterior que trata tanto o canal inguinal quanto o canal femoral, pois sutura o tendão conjunto (ou aponeurose do transversos) ao ligamento de Cooper (pectíneo), fechando o espaço por onde ocorre a protrusão femoral.

Resumo da Classificação de Nyhus:

Tipo I: Inguinal indireta (anel interno normal).

Tipo II: Inguinal indireta (anel interno dilatado, parede posterior normal).

Tipo III: Defeitos da parede posterior (a: direta; b: indireta gigante/deslizamento; c: femoral).

Tipo IV: Hérnias recidivantes.

---

## Questão 9

O choque é definido fisiopatologicamente como um estado de falência circulatória que resulta na oferta inadequada de oxigênio e nutrientes aos tecidos (hipóxia tecidual). O caso clínico descreve um paciente jovem com hemorragia digestiva alta volumosa e sinais evidentes de choque hipovolêmico/hemorragico.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) CORRETA: O choque não é definido pela pressão arterial, mas sim pela presença de hipoperfusão tecidual. O reconhecimento precoce desse estado, através da avaliação da perfusão cerebral (nível de consciência), renal (débito urinário) e cutânea (tempo de enchimento capilar e temperatura), é o fator determinante para o sucesso terapêutico. Intervir enquanto o paciente apresenta sinais de hipoperfusão,

mesmo antes de uma queda acentuada da pressão, evita a progressão para a falência de múltiplos órgãos e o óbito.

Alternativa (b) INCORRETA: A hipotensão é considerada um sinal tardio de choque. Pacientes jovens, como o do enunciado (34 anos), possuem uma reserva fisiológica robusta e mecanismos compensatórios eficazes (como a liberação de catecolaminas). Eles podem manter a pressão arterial dentro da normalidade mesmo após perderem uma quantidade significativa de volume sanguíneo (choque compensado). Quando a hipotensão surge, significa que os mecanismos de compensação falharam, o que caracteriza um estágio mais avançado e grave.

Alternativa (c) INCORRETA: A taquicardia é um dos primeiros sinais compensatórios no choque hipovolêmico, pois o organismo tenta manter o débito cardíaco aumentando a frequência cardíaca frente à queda do volume sistólico. No entanto, ela é um sinal inespecífico, podendo estar presente em quadros de dor, ansiedade, febre ou anemia, sem necessariamente indicar choque. O foco do examinador é o conceito fisiopatológico central, que é a perfusão.

Alternativa (d) INCORRETA: As extremidades frias são uma manifestação clínica decorrente da vasoconstrição periférica, que é um dos componentes da hipoperfusão tecidual. Embora seja um sinal clínico importante no exame físico, o termo "hipoperfusão tecidual" é mais abrangente e tecnicamente preciso para definir o estado de choque que deve ser reconhecido precocemente.

Em resumo, o diagnóstico de choque é clínico e deve ser feito pela identificação de sinais de má perfusão de órgãos, e não apenas pela aferição de sinais vitais isolados ou pela espera da queda da pressão arterial.

---

## Questão 10

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): Pacientes edêntulos (sem dentes) representam um desafio clássico para a ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM). A ausência dos dentes faz com que os tecidos moles da face e as bochechas colapsem para dentro da boca, impedindo uma vedação adequada da máscara contra o rosto. O uso de gazes para preencher o espaço entre a gengiva e a bochecha é uma técnica descrita para restaurar o contorno facial e melhorar a eficácia da vedação e, conseqüentemente, da ventilação.

Afirmativa II (Incorreta): No manejo da via aérea, a persistência em tentativas repetidas de intubação sem sucesso e sem ventilação de resgate entre elas é uma

das principais causas de hipóxia grave e parada cardíaca iatrogênica. As diretrizes recomendam limitar o número de tentativas e sempre priorizar a oxigenação do paciente (seja por máscara ou dispositivo supraglótico) entre os procedimentos.

Afirmativa III (Incorreta): A ventilação com pressão positiva não é isenta de riscos. No trauma, ela pode causar ou agravar um pneumotórax hipertensivo (barotrauma), além de promover distensão gástrica, o que aumenta consideravelmente o risco de regurgitação e aspiração de conteúdo gástrico para os pulmões. O caso clínico já aponta que o paciente apresenta sinais de barotrauma, reforçando o risco envolvido.

Afirmativa IV (Correta): A ventilação BVM realizada por duas pessoas é tecnicamente superior, pois permite que um profissional utilize ambas as mãos para garantir a vedação da máscara e a abertura da via aérea (manobra de mandíbula), enquanto o segundo profissional comprime a bolsa. O conceito de "sucesso na primeira tentativa" é um pilar da medicina de emergência moderna para minimizar complicações, sendo obrigatória a ventilação periódica para manter a saturação de oxigênio estável.

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I e IV. Portanto, a alternativa correta é a (b).

---

### Questão 11

O quadro clínico descrito apresenta uma paciente com sinais e sintomas clássicos de tireotoxicose: palpitações, intolerância ao calor, perda de peso com polifagia, taquicardia e tremores. O laboratório confirma o hipertireoidismo primário (TSH suprimido e T4 livre elevado). O ponto fundamental para a diferenciação diagnóstica nesta questão é a presença de bócio difuso e exoftalmia.

Alternativa a) Incorreta. A tireoidite de Hashimoto é uma doença autoimune que tipicamente evolui para o hipotireoidismo. Embora possa ocorrer uma fase transitória de tireotoxicose no início do quadro (chamada de hashitoxicose) devido à liberação de hormônios por destruição folicular, ela não se associa à exoftalmia. Além disso, o bócio no Hashimoto costuma ser nodular ou irregular, e não um bócio difuso com sinais de hiperfunção persistente.

Alternativa b) Correta. A Doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo. É uma patologia autoimune causada por anticorpos que estimulam o receptor do TSH (TRAb), resultando em hiperfunção glandular e bócio difuso. A exoftalmia (oftalmopatia de Graves) é uma manifestação extratireoidiana específica desta doença, causada pela inflamação dos tecidos retro-orbitários mediada por processos autoimunes. A combinação de tireotoxicose, bócio difuso e exoftalmia é patognomônica de Graves.

Alternativa c) Incorreta. O adenoma tóxico solitário, também conhecido como Doença de Plummer, caracteriza-se pela presença de um único nódulo autônomo (hiperfuncionante) que suprime o restante da glândula. No exame físico, seria palpado um nódulo isolado, e não um bócio difuso. Além disso, adenomas tóxicos não causam exoftalmia.

Alternativa d) Incorreta. O carcinoma papilífero é o tipo mais comum de câncer de tireoide. Ele geralmente se apresenta como um nódulo frio e indolor, e a maioria dos pacientes mantém a função tireoidiana normal (eutireoidismo). O câncer de tireoide raramente é causa de hipertireoidismo e não apresenta relação com exoftalmia.

---

## Questão 12

O quadro clínico descreve um paciente de 67 anos com pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), visto que os sintomas surgiram após 12 dias de internação e em vigência de suporte ventilatório. O diagnóstico é sustentado pela presença de novos infiltrados na radiografia de tórax associados a sinais clínicos de infecção (febre, secreção purulenta e leucocitose). Por se tratar de uma infecção hospitalar de início tardio (mais de 5 dias de internação) em paciente grave e com colonização prévia por germes Gram-negativos multirresistentes (*Klebsiella* e *Pseudomonas*), a terapia deve ser de amplo espectro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A amoxicilina com clavulanato em esquema oral é indicada para pneumonias adquiridas na comunidade de gravidade leve a moderada. No contexto de PAV e instabilidade clínica em UTI, a via oral é contraindicada e o espectro do antibiótico é insuficiente para cobrir germes hospitalares como *Pseudomonas aeruginosa*.

b) Incorreta. O esquema de ceftriaxona associada à azitromicina é o tratamento padrão para pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave com necessidade de internação. A ceftriaxona não possui atividade contra *Pseudomonas aeruginosa*, que é um dos principais agentes a serem cobertos no caso descrito, especialmente considerando a colonização prévia do paciente.

c) Correta. Diante de uma pneumonia hospitalar tardia ou PAV, as diretrizes recomendam o uso de antibióticos com cobertura para Gram-negativos multirresistentes, incluindo *Pseudomonas aeruginosa*. A piperacilina-tazobactam (um betalactâmico com inibidor de betalactamase) ou o meropenem (um carbapenêmico) são opções adequadas. Além disso, a cobertura para *Staphylococcus aureus*

resistente à metilina (MRSA) deve ser adicionada se o paciente apresentar fatores de risco ou se a prevalência local for alta, o que justifica a recomendação desta alternativa.

d) Incorreta. A penicilina cristalina é utilizada para patógenos específicos, como *Streptococcus pyogenes* ou *Neisseria meningitidis*, não tendo ação contra germes hospitalares Gram-negativos. A gentamicina, embora tenha ação contra Gram-negativos, não deve ser utilizada como monoterapia ou em esquemas frágeis para pneumonia grave devido à sua baixa penetração pulmonar e potencial nefrotoxicidade em pacientes críticos.

### Questão 13

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

##### Análise Clínica e Laboratorial:

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de anemia, manifestado por fadiga, palpitações e palidez. A queixa de queda de cabelo e o histórico de menstruações abundantes (menorragia) reforçam a hipótese de deficiência de ferro. Laboratorialmente, observamos uma anemia (Hb 11,2 g/dL) do tipo microcítica (VCM 76 fL). O perfil de ferro confirma a etiologia ferropriva: ferritina baixa (o parâmetro mais sensível e específico para depleção de estoques), ferro sérico baixo e capacidade total de ligação do ferro (TIBC) aumentada, indicando que o organismo está com "vagas" sobrando nos transportadores para captar ferro.

##### Alternativa A (Correta):

O tratamento de escolha para a anemia ferropriva em pacientes estáveis e sem problemas de absorção é a reposição de ferro por via oral (como o sulfato ferroso). Além de tratar a anemia, é fundamental identificar e abordar a causa da perda de ferro. No caso desta paciente, a causa provável é a perda menstrual excessiva, mas a investigação deve sempre confirmar se não há outras fontes de perda, especialmente gastrointestinais, se clinicamente indicada.

##### Alternativa B (Incorreta):

A suplementação de ácido fólico e vitamina B12 é indicada para o tratamento de anemias megaloblásticas, que se caracterizam por serem macrocíticas (VCM elevado, geralmente acima de 100-110 fL). O laboratório da paciente mostra microcitose (VCM baixo), o que torna essa opção inadequada.

##### Alternativa C (Incorreta):

O ferro endovenoso é uma opção terapêutica, mas não é a conduta inicial padrão para todos os casos. Ele é reservado para situações específicas, como intolerância

grave ao ferro oral, síndromes de má absorção (ex.: doença celíaca, cirurgia bariátrica), perdas sanguíneas maiores do que a capacidade de absorção oral ou necessidade de correção muito rápida. A paciente está clinicamente estável, permitindo o início por via oral.

Alternativa D (Incorreta):

Diante de uma anemia sintomática com diagnóstico laboratorial definido (deficiência de ferro), a conduta expectante (apenas observar) é incorreta. A falta de tratamento levará à progressão da fadiga e ao agravamento dos sintomas e da queda dos níveis de hemoglobina, além de manter a paciente em um estado de deficiência nutricional.

---

## Questão 14

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Correta. A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) detectada pelo eletrocardiograma é um dos principais critérios para definir a presença de lesão em órgão-alvo (LOA) no paciente hipertenso. Ela reflete a adaptação patológica do miocárdio à sobrecarga pressórica crônica e aumenta significativamente o risco de eventos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e arritmias.

Afirmativa II: Correta. O valor de creatinina de 1,6 mg/dL está acima do limite de referência, indicando uma redução na taxa de filtração glomerular, o que é compatível com nefropatia hipertensiva ou outra forma de doença renal crônica (DRC). O potássio em 5,2 mEq/L (hipercalemia leve) corrobora a disfunção renal, pois a excreção de potássio fica prejudicada. Além disso, a combinação de insuficiência renal e hipertensão grave pode sugerir estenose de artéria renal, especialmente se houver piora aguda com o uso de bloqueadores do sistema renina-angiotensina.

Afirmativa III: Incorreta. O paciente apresenta hipertensão estágio 2 (pelas diretrizes brasileiras, PA sistólica entre 160-179 mmHg e/ou diastólica entre 100-109 mmHg) e é classificado como de alto risco cardiovascular devido ao tabagismo, histórico familiar e presença de lesão em órgão-alvo (HVE e alteração renal). Para esses pacientes, a monoterapia com dose baixa de losartana (50 mg) é insuficiente. As diretrizes recomendam o uso de combinações de fármacos para atingir as metas terapêuticas.

Afirmativa IV: Correta. Diante de um paciente de alto risco e com níveis pressóricos elevados, a conduta padrão é a otimização da terapia farmacológica, preferencialmente com a combinação de duas ou mais classes de anti-hipertensivos (como um BRA associado a um bloqueador de canal de cálcio ou diurético tiazídico). Além disso, intervenções não farmacológicas, como a cessação do tabagismo e

controle dietético, são fundamentais para reduzir o risco global do paciente.

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I, II e IV, o que torna a alternativa (c) a resposta correta.

---

### Questão 15

A alternativa (a) está correta porque o termo reumatismo de partes moles engloba uma série de condições que afetam as estruturas situadas ao redor das articulações, conhecidas como estruturas periarticulares. Isso inclui os tendões (tendinites), as bursas (bursites), as fâscias (fasciítes), os músculos e os ligamentos. O diagnóstico dessas afecções é essencialmente clínico, dependendo de uma anamnese que identifique o tipo de dor e o mecanismo de trauma ou sobrecarga, além de um exame físico que utilize manobras específicas para isolar a estrutura acometida.

A alternativa (b) está incorreta pois o tratamento moderno do reumatismo de partes moles evita o repouso absoluto e prolongado, que pode resultar em atrofia muscular e rigidez articular (como a capsulite adesiva). O repouso deve ser relativo e limitado à fase aguda. O uso de antibióticos não é uma conduta de rotina, sendo indicado exclusivamente nos casos de bursites ou tenossinovites infecciosas (sépticas).

A alternativa (c) está incorreta porque exames de imagem avançados, como a ressonância magnética ou a ultrassonografia, são considerados exames complementares. Eles são úteis em casos de dúvida diagnóstica, suspeita de ruptura completa ou quando o paciente não responde ao tratamento inicial, mas não são obrigatórios para o diagnóstico na maioria das situações. Da mesma forma, exames laboratoriais costumam ser normais nessas patologias e servem mais para excluir doenças reumáticas sistêmicas.

A alternativa (d) está incorreta porque a cirurgia é reservada apenas como último recurso para casos crônicos, graves ou que não apresentaram melhora após meses de tratamento conservador adequado. Medidas como fisioterapia, correções ergonômicas, uso de anti-inflamatórios e aplicação de calor ou gelo são altamente eficazes e constituem a base do tratamento para a grande maioria dos pacientes.

---

### Questão 16

Análise do caso clínico: O paciente apresenta Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) de longa data, com fatores de risco importantes (obesidade e tabagismo) e sinais de complicação. A presença de disfagia progressiva para sólidos e o achado endoscópico de estenose esofágica curta, associada a esofagite grave (classificação de Los Angeles grau C), confirmam o diagnóstico de estenose péptica do esôfago.

Alternativa a) Incorreta. O uso isolado de IBP em dose padrão não é suficiente para tratar uma estenose já estabelecida. A estenose é uma cicatriz fibrosa que reduz o diâmetro da luz do esôfago, exigindo intervenção mecânica para o alívio imediato da disfagia. Além disso, casos de esofagite grave (graus C e D) frequentemente necessitam de doses otimizadas (dobradas) de IBP para alcançar a cicatrização.

Alternativa b) Correta. Esta é a conduta padrão-ouro para estenoses pépticas. A dilatação endoscópica (realizada com balões ou velas) é necessária para restaurar o calibre do esôfago e resolver a disfagia. O tratamento medicamentoso com IBP em dose alta é indispensável para tratar a esofagite de base e, crucialmente, para reduzir a taxa de recorrência da estenose após a dilatação. A cirurgia antirrefluxo deve ser considerada e discutida com o paciente, pois ele é jovem e já apresenta uma complicação estrutural da DRGE, o que indica uma doença de difícil controle apenas com medidas clínicas.

Alternativa c) Incorreta. A ressecção esofágica (esofagectomia) é um procedimento cirúrgico de alta complexidade e elevada morbimortalidade. Sua indicação é reservada para casos de câncer de esôfago ou doenças benignas em estágio terminal e intratáveis por métodos menos invasivos. Não existe indicação de ressecção "de rotina" para estenoses pépticas curtas que podem ser resolvidas com dilatação.

Alternativa d) Incorreta. Diante de uma complicação estrutural (estenose) e uma esofagite erosiva grave (grau C), as medidas dietéticas e a observação são absolutamente insuficientes. Essa conduta permitiria a progressão da obstrução esofágica, risco de impactação alimentar e agravamento da lesão mucosa, podendo levar a quadros mais graves como o esôfago de Barrett.

---

## Questão 17

Para classificar o distúrbio ácido-básico, devemos analisar os parâmetros da gasometria arterial e o histórico clínico do paciente.

Análise dos dados:

1. pH = 7,22: Indica acidemia (valor normal entre 7,35 e 7,45).
2. PaCO<sub>2</sub> = 72 mmHg: Indica hipercapnia acentuada (valor normal entre 35 e 45 mmHg). Como o aumento de CO<sub>2</sub> (um ácido volátil) acompanha a queda do pH, o distúrbio primário é uma acidose respiratória.
3. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 30 mEq/L: Indica elevação do bicarbonato (valor normal entre 22 e 26 mEq/L). Esse aumento representa a tentativa de compensação renal para neutralizar a acidez.
4. Histórico: O paciente tem DPOC grave, uma doença crônica que cursa com

retenção crônica de CO<sub>2</sub>.

**Classificação e Compensação:**

Na acidose respiratória crônica, o rim retém bicarbonato para tentar normalizar o pH. O aumento esperado do bicarbonato é de aproximadamente 3,5 a 4 mEq/L para cada 10 mmHg de aumento na PaCO<sub>2</sub>. Com uma PaCO<sub>2</sub> de 72 mmHg (32 mmHg acima do normal de 40), o HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> esperado seria de cerca de 35-36 mEq/L para uma compensação plena. Como o bicarbonato está em 30 mEq/L e o pH ainda está significativamente baixo (7,22), concluímos que a compensação renal está ocorrendo, mas ainda não é suficiente para normalizar o pH, caracterizando uma compensação parcial.

**Análise das alternativas:**

a) Incorreta. O pH de 7,22 indica acidose, e não alcalose. A alcalose metabólica apresentaria pH elevado e bicarbonato primariamente aumentado.

b) Incorreta. O distúrbio metabólico (aumento do bicarbonato) é a resposta compensatória, não o distúrbio primário. Além disso, o quadro respiratório é a causa da descompensação atual.

c) Correta. O paciente possui uma doença de base crônica (DPOC) que justifica a cronicidade da acidose respiratória. A elevação do bicarbonato para 30 mEq/L confirma que os rins estão atuando na tentativa de compensar o pH, porém o pH de 7,22 mostra que essa compensação é apenas parcial.

d) Incorreta. O distúrbio não é uma acidose metabólica (onde o bicarbonato estaria baixo), mas sim respiratória. A hipercalemia (K<sup>+</sup> = 5,8 mEq/L) é uma consequência comum da acidemia, pois o íon H<sup>+</sup> entra nas células em troca da saída de K<sup>+</sup> para o meio extracelular, mas isso não altera a classificação primária do distúrbio.

---

### **Questão 18**

O quadro clínico descreve a tríade clássica da intoxicação por opioides: depressão do nível de consciência (sonolência), miose (pupilas puntiformes) e depressão respiratória importante (frequência respiratória de 6 incursões por minuto e saturação de 82%). O relato do uso recreativo de codeína, um opioide, confirma a suspeita diagnóstica.

Alternativa a: Incorreta. Embora o paciente apresente insuficiência respiratória, a intubação orotraqueal não deve ser a conduta inicial imediata sem antes tentar a reversão farmacológica. Na intoxicação por opioides, a naloxona frequentemente

restaura o drive respiratório de forma rápida, evitando procedimentos invasivos e suas possíveis complicações.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão. O manejo inicial deve focar na manutenção da oxigenação e ventilação, utilizando bolsa-válvula-máscara, se necessário, enquanto se administra a naloxona. A naloxona é um antagonista competitivo dos receptores opioides, e o seu principal objetivo terapêutico é restabelecer a ventilação espontânea adequada.

Alternativa c: Incorreta. O flumazenil é um antagonista específico dos receptores de benzodiazepínicos. Ele não possui efeito sobre os receptores opioides e, portanto, não tem indicação neste caso. Além disso, o uso de flumazenil pode ser perigoso se houver coingestão de substâncias que reduzem o limiar convulsivo.

Alternativa d: Incorreta. A lavagem gástrica e o carvão ativado têm indicações restritas ao tempo de ingestão (geralmente dentro da primeira hora) e são contraindicados em pacientes com nível de consciência rebaixado sem proteção de via aérea, devido ao alto risco de broncoaspiração. Estabilizar a respiração e administrar o antídoto são prioridades absolutas antes de considerar qualquer descontaminação gástrica.

---

### Questão 19

O quadro clínico e radiológico apresentado é clássico de neurocisticercose (NCC) na forma parenquimatosa ativa. O paciente apresenta crises epiléticas (manifestação mais comum), reside em área rural (fator epidemiológico) e a tomografia revela lesões com realce anelar e edema, o que indica a fase coloidal do parasita (quando o cisticercos está morrendo e gerando reação inflamatória do hospedeiro).

Análise das alternativas:

Alternativa A (Correta): O tratamento da neurocisticercose parenquimatosa ativa baseia-se em um tripé terapêutico:

1. Corticosteroides (ex.: dexametasona ou prednisolona): Devem ser iniciados antes do antiparasitário para reduzir o edema perilesional e prevenir a piora dos sintomas neurológicos decorrente da resposta inflamatória à morte dos parasitas.
2. Anticonvulsivantes: Essenciais para o controle das crises epiléticas, que são o sintoma inicial.
3. Antiparasitários: O albendazol é a droga de escolha pela melhor penetração no sistema nervoso central e eficácia superior ao praziquantel em lesões múltiplas. O tratamento prolongado (geralmente 10 a 14 dias) é indicado conforme a carga parasitária.

Alternativa B (Incorreta): A ivermectina não é o tratamento de escolha para a neurocisticercose. Embora tenha alguma atividade contra larvas de \*Taenia solium\*, o albendazol e o praziquantel são os fármacos padrão-ouro validados por consensos internacionais.

Alternativa C (Incorreta): A neurocirurgia não é a conduta inicial para lesões parenquimatosas múltiplas. A abordagem cirúrgica é reservada para complicações específicas, como hidrocefalia obstrutiva (geralmente por cistos intraventriculares), cistos gigantes com efeito de massa importante ou para derivação ventrículo-peritoneal.

Alternativa D (Incorreta): O uso isolado de anticonvulsivantes é indicado apenas quando as lesões estão totalmente calcificadas (fase inativa), o que não é o caso deste paciente. O realce em anel e o edema perilesional provam que a infecção está em fase ativa/transicional (coloidal), necessitando de tratamento anti-inflamatório e, frequentemente, antiparasitário.

---

## Questão 20

Esta questão aborda o manejo endoscópico da Hemorragia Digestiva Alta (HDA) não varicosa, especificamente originada por uma úlcera duodenal. Para resolvê-la, é fundamental conhecer a Classificação de Forrest, que estratifica o risco de ressangramento e orienta a conduta terapêutica.

O achado endoscópico descrito como vaso visível não sangrante classifica a lesão como Forrest IIa. As lesões de alto risco para ressangramento são:

- Forrest Ia: Sangramento arterial em jato.
- Forrest Ib: Sangramento venoso/arterial difuso (em porejamento).
- Forrest IIa: Vaso visível não sangrante.
- Forrest IIb: Coágulo aderido à base da úlcera.

Para as lesões Forrest Ia, Ib e IIa, o tratamento endoscópico é obrigatório, pois o risco de ressangramento sem intervenção chega a 40-50% nos casos de vaso visível.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A injeção isolada de adrenalina diluída (monoterapia) promove vasoconstrição e efeito mecânico de tamponamento, o que ajuda a limpar o campo e a diminuir o sangramento ativo momentaneamente. No entanto, estudos demonstram que a adrenalina isolada é inferior à terapia combinada, apresentando maiores taxas de recidiva hemorrágica. Ela não deve ser usada como tratamento

único quando outros métodos estão disponíveis.

Alternativa b) Correta. A terapia combinada é o padrão-ouro para o tratamento de úlceras com estigmas de alto risco (Forrest Ia, Ib e IIa). O uso da adrenalina facilita a visualização e o controle inicial, enquanto o segundo método (térmico, como a eletrocoagulação, ou mecânico, como o clipe) garante a obliteração definitiva do vaso. Essa associação reduz significativamente as taxas de ressangramento, a necessidade de cirurgia de urgência e a mortalidade.

Alternativa c) Incorreta. Embora métodos térmicos ou mecânicos isolados sejam superiores à adrenalina isolada, a diretriz atual recomenda a associação de dois métodos para maximizar a eficácia do procedimento em lesões de alto risco. A injeção prévia de adrenalina frequentemente facilita a aplicação do clipe ou da termocoagulação por reduzir o sangramento ou o edema local.

Alternativa d) Incorreta. O fato de não haver sangramento ativo no momento do exame (vaso visível não sangrante) não exclui a necessidade de intervenção. Pelo contrário, o Forrest IIa indica que o vaso está exposto e, a qualquer momento, o tampão plaquetário pode se desprender, causando uma nova hemorragia volumosa. Não intervir nesta lesão seria negligenciar um risco de 50% de ressangramento em poucas horas.

Em resumo, diante de uma úlcera Forrest IIa em um paciente que apresentou instabilidade hemodinâmica, a conduta mais segura e recomendada é a terapia endoscópica combinada.

---

## Questão 21

Alternativa a) Esta afirmação está correta. A mastite não é uma contraindicação para a amamentação. O esvaziamento da mama, seja pela sucção do bebê ou por ordenha, é um dos pilares do tratamento, pois ajuda a reduzir a estase láctea, alivia a inflamação e previne a evolução para um abscesso mamário. O leite de uma mama com mastite não causa danos ao lactente.

Alternativa b) Esta afirmação está correta. As diretrizes nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e OMS) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. O leite materno contém toda a água e os nutrientes necessários, tornando dispensável a oferta de quaisquer outros líquidos ou alimentos nesse período.

Alternativa c) Esta afirmação está correta. No contexto brasileiro, a infecção pelo vírus HIV é uma contraindicação absoluta e definitiva para o aleitamento materno. O

risco de transmissão do vírus pelo leite é significativo; portanto, a mãe deve ser orientada a utilizar fórmulas infantis e a realizar a inibição da lactação (mecânica ou farmacológica).

Alternativa d) Esta afirmação está incorreta, sendo o gabarito da questão. O metronidazol é considerado um medicamento compatível com a amamentação. Embora seja excretado no leite materno, as doses absorvidas pelo bebê são baixas e geralmente não causam efeitos adversos. A suspensão do aleitamento não é recomendada para tratamentos convencionais com essa droga. Em casos específicos de doses únicas muito altas (como 2 g), pode-se considerar uma interrupção temporária de apenas 12 a 24 horas, mas nunca a suspensão total, por esta ser prejudicial.

---

## Questão 22

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descreve um recém-nascido (RN) de 5 dias, saudável e em aleitamento materno, com lesões cutâneas típicas: pápulas eritematosas com centro amarelado (frequentemente descritas como "picada de pulga") distribuídas em tronco e face, poupando as regiões palmoplantares. Este é o cenário clássico do Eritema Tóxico Neonatal (ETN), a erupção cutânea benigna mais comum no período neonatal.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) CORRETA: O eritema tóxico neonatal é uma condição idiopática, benigna e autolimitada que atinge cerca de 50% dos recém-nascidos a termo. Surge geralmente entre as primeiras 24 e 72 horas de vida, podendo aparecer até a segunda semana. Sua principal característica histológica (ou obtida por meio do citodiagnóstico de Tzanck da lesão) é a presença de um infiltrado rico em eosinófilos. O fato de poupar palmas e plantas é um dado clínico crucial para o diagnóstico diferencial.

Alternativa (b) INCORRETA: A melanose pustulosa transitória neonatal manifesta-se tipicamente já ao nascimento com pequenas pústulas que se rompem facilmente, deixando um colarete de descamação e máculas hipercrômicas (manchas escuras) residuais. Diferentemente do eritema tóxico, a melanose frequentemente acomete palmas e plantas, e seu conteúdo citológico é predominantemente composto por neutrófilos, não eosinófilos. Por ser benigna, não exige investigação rotineira com culturas bacterianas em pacientes saudáveis.

Alternativa (c) INCORRETA: A miliária rubra (brotoeja) ocorre pela obstrução dos

ductos das glândulas sudoríparas écrinas em um nível mais profundo da epiderme. Ela está associada ao excesso de calor e abafamento do RN, localizando-se preferencialmente em áreas de dobras e regiões cobertas por roupas. Não apresenta o aspecto de pápula com centro amarelado sobre base eritematosa larga característico do ETN.

Alternativa (d) INCORRETA: O impetigo bolhoso é uma infecção bacteriana (geralmente pelo \*Staphylococcus aureus\*) que se manifesta por vesículas e bolhas que se tornam purulentas e rompem, formando crostas melicéricas. O RN do caso está sistemicamente bem, sem febre e com exames normais, o que torna o diagnóstico de infecção estafilocócica improvável. O ETN não requer antibioticoterapia, apenas conduta expectante.

---

### Questão 23

#### ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS:

O primeiro caso descreve uma criança com febre, dor oral intensa, vesículas e úlceras que atingem não só a mucosa, mas também a gengiva (gengivoestomatite), acompanhadas de halitose e linfonodomegalia cervical. Este quadro é clássico da Gengivoestomatite Herpética Primária, causada pelo vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1). Diferencia-se de outras faringites pelo acometimento da gengiva e da região anterior da boca.

O segundo caso apresenta febre baixa com lesões em mucosa oral posterior, mãos e pés. Esta é a apresentação típica da Doença Mão-Pé-Boca, causada por enterovírus, sendo o Coxsackie A16 o agente mais comum.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): O primeiro caso não é herpangina. A herpangina, também causada pelo vírus Coxsackie, caracteriza-se por lesões vesiculares localizadas especificamente na região posterior da faringe (pilares amigdalíneos, palato mole e úvula), sem o acometimento gengival ou a halitose intensa da estomatite herpética. Além disso, o aciclovir não tem ação contra o vírus Coxsackie.

Alternativa B (Incorreta): Embora o diagnóstico clínico de doença mão-pé-boca esteja correto para o segundo paciente, o agente etiológico está errado. O vírus Epstein-Barr é o causador da mononucleose infecciosa, enquanto a doença mão-pé-boca é causada por enterovírus (principalmente Coxsackie A16 e Enterovirus 71).

Alternativa C (Correta): O primeiro quadro é típico de estomatite herpética primária (ou gengivoestomatite herpética). O tratamento é majoritariamente de suporte (analgesia e hidratação), mas o uso de aciclovir por via oral é indicado em casos graves, pacientes imunocomprometidos ou quando iniciado precocemente (nas primeiras 72 horas de sintomas), visando reduzir o tempo de febre, a dor e a disseminação viral.

Alternativa D (Incorreta): A doença mão-pé-boca é uma patologia viral autolimitada. Não existe indicação de uso de antibiótico profilático, pois não previne complicações. As complicações graves, embora raras, costumam ser neurológicas (encefalite) ou cardíacas (miocardite), especialmente relacionadas ao Enterovirus 71, e não renais.

---

## Questão 24

Texto Original:

O caso descreve um recém-nascido com icterícia precoce (identificada com apenas 12 horas de vida) e evidência laboratorial de hemólise imune (Coombs direto positivo por incompatibilidade ABO, já que a mãe é O e o bebê é A). De acordo com o Tratado de Pediatria de Nelson e as diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP), o manejo deve ser agressivo em situações de alto risco.

Alternativa (a) Incorreta: O valor de 15 mg/dL é um limiar muito alto para um recém-nascido de apenas 12 horas de vida. As curvas de risco indicam que, em pacientes com hemólise e menos de 24 horas de vida, o início da fototerapia ocorre com níveis de bilirrubina total consideravelmente mais baixos (frequentemente entre 4 e 7 mg/dL, dependendo da hora exata e dos fatores de risco). Aguardar chegar a 15 mg/dL colocaria o neonato em risco desnecessário.

Alternativa (b) Correta: O surgimento de icterícia nas primeiras 24 horas de vida é sempre considerado um sinal de alerta (icterícia patológica). Quando associada a um teste de Coombs positivo, confirma-se uma doença hemolítica, que possui alto potencial de progressão rápida dos níveis de bilirrubina. A fototerapia intensiva é a conduta de escolha para reduzir rapidamente a bilirrubina indireta e prevenir a neurotoxicidade (kernicterus), pois o paciente já se encontra acima do limiar de tratamento para a sua idade cronológica e condição clínica.

Alternativa (c) Incorreta: A exsanguineotransfusão é um procedimento invasivo reservado para casos de falha na fototerapia intensiva ou quando os níveis de bilirrubina atingem patamares críticos com risco iminente de encefalopatia. Embora a incompatibilidade ABO seja frequente, ela costuma ser clinicamente menos grave que a incompatibilidade Rh, e o nível de 10 mg/dL às 12 horas, apesar de alto, ainda deve ser manejado inicialmente com fototerapia intensiva antes de se considerar a

troca sanguínea.

Alternativa (d) Incorreta: Não se deve suspender o aleitamento materno. A icterícia relacionada ao leite materno é um fenômeno que ocorre mais tardiamente (geralmente após a primeira semana de vida). No caso de icterícia por baixa ingestão de leite (icterícia da amamentação), a recomendação é aumentar a frequência das mamadas e não substituir por fórmula. No cenário descrito, a causa é patológica (hemolítica) e não funcional do aleitamento.

---

## Questão 25

A questão aborda o manejo de uma crise de asma moderada em uma criança. Os sinais que classificam a crise como moderada neste caso são o uso de musculatura acessória e a saturação de oxigênio de 90%, evidenciando a necessidade de intervenção imediata para a melhora da troca gasosa e da mecânica respiratória.

Alternativa (a) Incorreta: O corticoide inalatório é utilizado prioritariamente no tratamento de manutenção (crônico) da asma. Em uma crise aguda moderada, a redução da inflamação das vias aéreas é feita com corticoide sistêmico (via oral ou intravenosa). Além disso, o corticoide não promove broncodilatação imediata, sendo necessário o uso concomitante de um agente de ação rápida.

Alternativa (b) Correta: Esta conduta segue os protocolos nacionais e internacionais (como o GINA). Pacientes com saturação de oxigênio abaixo de 92-94% devem receber oxigênio suplementar para corrigir a hipoxemia. Simultaneamente, deve-se iniciar o uso de beta-2 agonista de curta duração (SABA), como o salbutamol, que é o medicamento de escolha para reverter a broncoconstrição de forma rápida e eficaz.

Alternativa (c) Incorreta: O sulfato de magnésio é uma terapia de segunda linha. Ele é indicado apenas em crises graves ou em crises moderadas que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento inicial (SABA, brometo de ipratrópio e corticoide sistêmico). Não deve ser utilizado como conduta inicial isolada.

Alternativa (d) Incorreta: O uso de antibióticos não é indicado de forma rotineira nas crises de asma. A imensa maioria das exacerbações asmáticas é desencadeada por infecções virais ou exposição a alérgenos. A antibioticoterapia só deve ser considerada se houver evidência clínica e radiológica de infecção bacteriana secundária, como uma pneumonia.

---

## Questão 26

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O peso ao nascer é o resultado de uma interação complexa entre o potencial genético da criança e o ambiente intrauterino. Fatores como a saúde da placenta, a nutrição materna, a presença de doenças gestacionais (como diabetes ou hipertensão) e hábitos de vida (como o tabagismo) influenciam diretamente este parâmetro.

Alternativa b) Correta. O perímetro cefálico reflete o crescimento do encéfalo, que é extremamente acelerado nos primeiros meses e anos de vida. A recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria é que a mensuração e o registro em gráfico sejam feitos rotineiramente em todas as consultas até os 2 anos de idade, período em que as fontanelas geralmente já estão fechadas e o crescimento cerebral desacelera.

Alternativa c) Correta. A estatura é um indicador de crescimento linear influenciado por múltiplos fatores. A genética define o potencial (alvo genético), os hormônios (como o hormônio do crescimento, hormônios tireoidianos e, posteriormente, os hormônios sexuais) regulam o processo, e a nutrição fornece o substrato necessário para que o desenvolvimento ocorra conforme o esperado.

Alternativa d) Incorreta. Esta é a alternativa que deve ser assinalada. Ao contrário do que afirma a questão, a velocidade de crescimento é considerada o parâmetro mais sensível para avaliar a saúde de uma criança. Ela permite identificar precocemente desvios no crescimento, muitas vezes antes que a criança saia de sua faixa de normalidade nos gráficos de estatura por idade. Uma desaceleração na velocidade de crescimento é, frequentemente, o primeiro sinal de doenças crônicas ou distúrbios endócrinos.

Gabarito: Letra (d).

---

## Questão 27

Texto Original:

O tema central desta questão é a recomendação sobre os intervalos de administração de vacinas de vírus vivos atenuados, um tópico frequente em provas de pediatria e saúde pública. A imunologia vacinal estabelece regras específicas para garantir que uma vacina não interfira na eficácia da outra.

Alternativa A (Correta): Esta é a regra clássica da vacinação. Quando duas vacinas de vírus vivos atenuados (especialmente as injetáveis) não são administradas

simultaneamente (no mesmo dia), deve-se aguardar um intervalo mínimo de 4 semanas (28 dias). Esse prazo é necessário porque a replicação do vírus da primeira vacina induz a produção de interferon, uma substância que pode impedir a replicação do vírus da segunda vacina se aplicada precocemente, reduzindo ou anulando a resposta imunológica.

Alternativa B (Incorreta): A vacina Tríplice Viral e a vacina contra a Varicela podem, sim, ser administradas no mesmo dia. Inclusive, existe a vacina Tetraviral, que combina os quatro componentes em uma única aplicação. Caso não sejam aplicadas no mesmo dia, aí sim deve-se respeitar o intervalo de 28 dias.

Alternativa C (Incorreta): O intervalo de 30 dias (ou 4 semanas) é fundamental justamente para as vacinas injetáveis de vírus vivos. As vacinas orais de vírus vivos, como a Rotavírus humano (VRH) e a Pólio oral (VOP), costumam ser exceções a essa regra de intervalo rígido em relação a outras vacinas de vírus vivos, podendo ser administradas com qualquer intervalo entre si ou entre outras vacinas de vírus vivos, conforme a maioria das diretrizes nacionais.

Alternativa D (Incorreta): O uso de imunoglobulinas, sangue ou derivados exige, de fato, o ajuste de intervalos para a aplicação de vacinas de vírus vivos (pois os anticorpos prontos podem neutralizar o vírus vacinal). No entanto, a regra das 4 semanas entre duas vacinas de vírus vivos mencionada na questão é um princípio de interferência viral direta e independe do uso prévio de imunoglobulinas. São situações clínicas e critérios de precaução diferentes.

---

## Questão 28

O quadro clínico descreve um pré-escolar com surgimento súbito de sangramento cutâneo (petéquias e equimoses) após um episódio infeccioso viral, apresentando plaquetopenia isolada e ausência de sinais sistêmicos (como febre, perda de peso ou hepatosplenomegalia). Esta é a apresentação clássica da Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) na infância.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. A PTI é a causa mais comum de plaquetopenia isolada na infância. Geralmente ocorre entre 2 e 5 anos de idade, muitas vezes de 1 a 4 semanas após uma infecção viral. O diagnóstico é essencialmente clínico e por exclusão, exigindo um hemograma que mostre apenas a queda das plaquetas, com as séries vermelha e branca normais. Em crianças, cerca de 80% dos casos são autolimitados e resolvem-se espontaneamente em meses. A conduta inicial para pacientes com manifestações apenas cutâneas e contagens de plaquetas não

criticamente baixas (geralmente acima de  $10.000-20.000/mm^3$ ) é a observação e orientações de segurança, como evitar esportes de contato e medicamentos antiagregantes.

Alternativa b: Incorreta. A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) ou a Leucemia Linfoblástica Aguda (mais comum nesta faixa etária) manifestam-se tipicamente com sintomas sistêmicos, dor óssea e alterações em outras linhagens celulares no hemograma (anemia e leucocitose/leucopenia com presença de blastos). O paciente em questão está hígido e tem apenas plaquetopenia.

Alternativa c: Incorreta. A Anemia Aplásica é uma falência da medula óssea que resulta em pancitopenia, ou seja, redução de hemácias, leucócitos e plaquetas. O enunciado especifica que as demais séries estão normais e que a plaquetopenia é isolada, o que afasta este diagnóstico. Além disso, a transfusão de plaquetas na PTI é evitada, pois as plaquetas transfundidas seriam rapidamente destruídas pelos autoanticorpos do paciente.

Alternativa d: Incorreta. A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite por deposição de IgA. Embora também ocorra após infecções, sua marca registrada é a púrpura palpável (principalmente em membros inferiores) com contagem de plaquetas NORMAL. Além disso, a PHS frequentemente envolve artralgia, dor abdominal e hematúria, sintomas ausentes no caso clínico. O uso de corticoide na PTI é uma opção terapêutica, mas não é indicado para PHS de forma rotineira em casos cutâneos simples.

---

## Questão 29

A questão aborda o diagnóstico da anemia ferropriva, a carência nutricional mais comum na infância. Para compreender a resposta, é fundamental conhecer a evolução cronológica da deficiência de ferro, que ocorre em três estágios sucessivos:

1. Depleção dos estoques de ferro: Ocorre a diminuição das reservas corporais (medula óssea, fígado e baço).
2. Eritropoiese deficiente em ferro: O estoque acabou e começa a faltar ferro para a produção de hemoglobina, mas a anemia ainda não é evidente.
3. Anemia ferropriva: Há queda nos níveis de hemoglobina, acompanhada de alterações nos índices hematimétricos (microcitose e hipocromia).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os reticulócitos representam a produção de novas hemácias pela medula óssea. Na anemia ferropriva, por ser uma anemia hipoproliferativa (falta

"matéria-prima"), os reticulócitos estão baixos ou normais. Eles só aumentam após o início da reposição de ferro (crise reticulocitária), o que confirma o diagnóstico.

b) Incorreta. O VCM (Volume Corpuscular Médio) avalia o tamanho das hemácias. Na deficiência de ferro, o VCM diminui (microcitose), pois a célula tenta manter a concentração de hemoglobina reduzindo seu tamanho. No entanto, essa alteração é tardia, ocorrendo apenas no terceiro estágio da deficiência.

c) Correta. A ferritina sérica é a proteína responsável pelo armazenamento do ferro. Ela reflete diretamente o tamanho das reservas corporais. Como a depleção dos estoques é o primeiro evento na carência de ferro (estágio 1), a queda da ferritina é o achado laboratorial mais precoce e sensível, ocorrendo muito antes de a hemoglobina cair ou de o tamanho das hemácias diminuir.

d) Incorreta. Esferócitos são hemácias pequenas e arredondadas, sem a palidez central característica, comuns na esferocitose hereditária ou em anemias hemolíticas autoimunes. No esfregaço periférico da anemia ferropriva, o que se observa são micrócitos (células pequenas), hipocromia (aumento do halo claro central) e, eventualmente, células em alvo ou pecilócitos (hemácias em formato de charuto).

Resumo didático:

Se o objetivo é detectar a deficiência de ferro antes mesmo de a anemia surgir (fase pré-clínica), o melhor exame é a ferritina sérica. Quando a anemia já está instalada (como no caso do lactente com Hb 8,5 g/dL), a ferritina também estará baixa, confirmando a etiologia ferropriva. No hemograma apresentado, o RDW alto (anisocitose) reforça o diagnóstico, pois indica variação no tamanho das células, um achado que geralmente precede a queda do VCM.

---

### Questão 30

A Febre Reumática (FR) é uma sequela inflamatória não supurativa que surge após uma infecção de orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. O diagnóstico é essencialmente clínico, fundamentado nos Critérios de Jones, que foram atualizados pela última vez em 2015 pela American Heart Association. Esses critérios são divididos em Maiores (mais específicos) e Menores (mais sensíveis).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A anemia não faz parte dos Critérios de Jones. Embora o paciente com Febre Reumática possa apresentar anemia de doença crônica devido ao processo inflamatório sistêmico, esse achado não é utilizado para fins de diagnóstico nos critérios da doença.

Alternativa b) Correta. A artrite migratória é um dos cinco Critérios Maiores de Jones. Ela é a manifestação inicial mais comum da doença, ocorrendo em cerca de 75% dos casos. Caracteriza-se pelo acometimento de grandes articulações (como joelhos, tornozelos, cotovelos e punhos) de forma assimétrica e migratória, ou seja, a inflamação desaparece em uma articulação enquanto surge em outra, apresentando uma resposta dramática ao uso de salicilatos ou outros anti-inflamatórios não esteroidais.

Alternativa c) Incorreta. A febre é um dos achados clínicos da Febre Reumática, porém ela é classificada como um Critério Menor. Nos Critérios de Jones revisados, a febre considerada significativa para o diagnóstico deve ser igual ou superior a 38,5 graus Celsius em populações de baixo risco.

Alternativa d) Incorreta. A proteinúria não consta nos Critérios de Jones. A presença de proteína na urina pode ser um sinal de acometimento renal, o que é típico de outra complicação pós-estreptocócica: a Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNPE). Diferente da GNPE, a Febre Reumática não costuma cursar com lesão renal.

Resumo dos Critérios Maiores para populações de baixo risco:

1. Cardite (clínica ou ecocardiográfica).
2. Artrite (poliartrite).
3. Coreia de Sydenham.
4. Eritema Marginado.
5. Nódulos Subcutâneos.

---

## Questão 31

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O casal apresenta um quadro de infertilidade conjugal primária, definida pela ausência de gestação após 12 meses de relações sexuais frequentes sem uso de métodos contraceptivos (neste caso, tentam há 15 meses). A paciente tem 32 anos e apresenta ciclos regulares, porém com queixa de dismenorreia intensa (cólica menstrual), um dado fundamental para o raciocínio clínico.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: Incorreta. Embora o ultrassom transvaginal faça parte da propedêutica básica para avaliar o útero e os anexos (como a presença de miomas ou endometriomas), ele não é o exame padrão para confirmar se a paciente ovula mensalmente. Clinicamente, ciclos regulares são um forte indício de ciclos

ovulatórios. Se houver dúvida, a confirmação da ovulação costuma ser feita pela dosagem de progesterona na fase lútea média ou por testes de LH na urina.

Alternativa B: Incorreta. A investigação da infertilidade deve ser sempre do casal, de forma simultânea. O fato de o marido ter um filho de um relacionamento anterior não garante sua fertilidade atual. A fertilidade masculina pode ser alterada ao longo do tempo por diversos fatores, como o surgimento de varicocele, infecções, uso de medicações ou declínio natural relacionado à idade (ele tem 45 anos). O espermograma é obrigatório na avaliação inicial.

Alternativa C: Correta. A associação entre dismenorreia intensa e infertilidade é um sinal clássico de alerta para endometriose. A doença está presente em até 30% a 50% das mulheres com dificuldade para engravidar. A dor menstrual severa sugere que focos de endométrio fora do útero podem estar gerando processos inflamatórios, aderências pélvicas ou alterações tubárias que dificultam a concepção.

Alternativa D: Incorreta. O tempo de espera de dois anos é excessivo. Para mulheres com menos de 35 anos, o prazo para iniciar a investigação é de um ano de tentativas sem sucesso. Como a paciente tem 32 anos e já tenta há 15 meses, ela já preenche o critério diagnóstico de infertilidade. Além disso, a presença de sintomas como a dismenorreia intensa autoriza o médico a iniciar a investigação até antes dos 12 meses.

GABARITO: Alternativa C.

---

### Questão 32

Para analisar o laudo do espermograma apresentado, devemos confrontar os valores do paciente com os critérios de normalidade da Organização Mundial da Saúde (OMS 2021), conforme fornecidos na própria questão.

Análise dos parâmetros do paciente:

1. Volume (3 mL): Está dentro da normalidade (valor de referência OMS  $\geq 1,4$  mL).
2. Concentração (12 M/mL): Está abaixo do valor de referência ( $\geq 16$  M/mL). A redução na concentração de espermatozoides é denominada OLIGOZOOSPERMIA.
3. Motilidade Progressiva A+B (40%): Está acima do valor de referência ( $\geq 30\%$ ). Portanto, a motilidade está NORMAL.
4. Morfologia Estrita de Kruger (1%): Está abaixo do valor de referência ( $\geq 4\%$ ). A presença de formas normais abaixo do limite é denominada TERATOZOOSPERMIA.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O termo "asteno" refere-se à diminuição da motilidade. Como o paciente apresenta 40% de motilidade (acima dos 30% de referência), ele não possui astenozoospermia.

b) Correta. O paciente apresenta simultaneamente uma baixa concentração de espermatozoides (oligozoospermia) e uma baixa porcentagem de formas morfológicamente normais (teratozoospermia), definindo o quadro de oligoteratozoospermia.

c) Incorreta. A alternativa indica alteração na motilidade (asteno), que está normal no paciente, e falha ao não mencionar a alteração morfológica (terato), que é o achado mais grave do exame (1%).

d) Incorreta. Astenospermia refere-se apenas à motilidade alterada. Além de a motilidade estar normal, o termo isolado ignora as alterações de concentração e morfologia identificadas no exame.

Conclusão: O diagnóstico baseia-se na presença de oligozoospermia (concentração de 12 M/mL) e teratozoospermia (morfologia de 1%), com preservação da motilidade, resultando em Oligoteratozoospermia.

---

### Questão 33

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tratamento do hiperandrogenismo clínico (hirsutismo e acne) na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) inicia-se preferencialmente com anticoncepcionais orais combinados. Eles agem aumentando a SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais) e suprimindo o LH, o que reduz a testosterona livre circulante. No entanto, o ciclo de crescimento do pelo terminal é lento, exigindo pelo menos 6 meses para a avaliação da resposta terapêutica inicial. Quando o resultado é insuficiente após esse período, as diretrizes da Sociedade de Endocrinologia e do consenso internacional recomendam a adição de um agente antiandrogênico ao esquema terapêutico.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O Letrozol é um inibidor da aromatase indicado como primeira linha para a indução da ovulação em pacientes com SOP que desejam engravidar. Ele não tem papel no tratamento do hirsutismo ou da acne; pelo contrário, ao inibir a conversão de androgênios em estrogênios, ele não auxiliaria na redução dos sinais de hiperandrogenismo cutâneo.

Alternativa b) Incorreta. O Inositol é um sensibilizador de insulina que pode auxiliar na regularidade menstrual e em parâmetros metabólicos de algumas pacientes. Contudo, não há evidência robusta que sustente seu uso como terapia adjuvante eficaz para o tratamento do hirsutismo moderado ou persistente em comparação aos antiandrogênios.

Alternativa c) Correta. A Espironolactona é um diurético poupador de potássio que possui ação antiandrogênica potente por dois mecanismos: bloqueio competitivo do receptor de androgênio no folículo piloso e inibição da enzima 5-alfa-redutase. É a medicação adjuvante mais apropriada e utilizada quando os contraceptivos orais não atingem o controle estético desejado após 6 meses de uso. Vale ressaltar que ela deve ser sempre associada a um método contraceptivo eficaz devido ao risco de feminilização de feto masculino em caso de gestação.

Alternativa d) Incorreta. A Metformina é um agente sensibilizador de insulina. Embora seja útil para tratar a resistência insulínica e possa auxiliar na restauração da ovulação, sua eficácia no tratamento do hirsutismo é comprovadamente inferior aos antiandrogênios e aos próprios contraceptivos, não sendo a escolha adequada para sintomas dermatológicos persistentes.

#### ESTRATÉGIA PARA A PROVA

Ao enfrentar questões sobre hirsutismo na SOP, memorize o fluxograma:

1. Primeira linha: Contraceptivo Oral Combinado (COC).
2. Tempo de espera: 6 meses (devido ao ciclo do pelo).
3. Se persistência dos sintomas: Adicionar Antiandrogênio (sendo a Espironolactona o principal representante em provas).

---

### Questão 34

#### CONCEITOS-CHAVE

A puberdade precoce é classificada em dois grandes grupos: Central (dependente de GnRH) e Periférica (independente de GnRH). Na Puberdade Precoce Central (PPC), ocorre a ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, mimetizando o que ocorre em uma puberdade fisiológica, porém em idade cronológica inadequada (antes dos 8 anos em meninas e 9 anos em meninos).

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: O sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA) é um

marcador da zona reticular da glândula adrenal. Níveis elevados de SDHEA estão associados à adrenarca (maturação da adrenal), que pode ocorrer de forma isolada ou em casos de puberdade precoce periférica (como tumores adrenais ou hiperplasia adrenal congênita). Na puberdade precoce central, o foco está na ativação das gonadotrofinas (LH e FSH) e não primariamente nos andrógenos adrenais.

Alternativa (b) INCORRETA: Níveis suprimidos de LH e FSH após o teste de estímulo com GnRH (ou análogo de GnRH) são característicos da Puberdade Precoce Periférica. Nesse caso, a fonte de esteroides sexuais (estrogênio ou testosterona) é externa ao eixo central, exercendo um feedback negativo que mantém a hipófise "bloqueada".

Alternativa (c) INCORRETA: Este padrão (estradiol elevado com gonadotrofinas suprimidas) também é clássico da Puberdade Precoce Periférica. Pode ser encontrado em situações como cistos foliculares autônomos, tumores ovarianos produtores de estrogênio ou síndrome de McCune-Albright. Na forma central, esperamos que as gonadotrofinas estejam elevadas ou ao menos responsivas, pois são elas que estimulam a produção de estradiol.

Alternativa (d) CORRETA: Por definição, a Puberdade Precoce Central decorre da ativação precoce do gerador de pulsos de GnRH no hipotálamo. Isso resulta no aumento dos níveis basais de LH (que é o parâmetro laboratorial mais sensível) e FSH. Ao realizarmos o teste de estímulo com GnRH, a hipófise, que já está "sensibilizada", apresenta uma resposta exacerbada, com liberação acentuada de LH (geralmente acima de 5 UI/L, dependendo do ensaio utilizado), confirmando que o eixo central está ativo.

#### RESUMO DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA PPC

1. LH basal elevado (valor de corte varia conforme o método, geralmente  $> 0,1 - 0,3$  UI/L).
2. Resposta puberal ao teste de estímulo com GnRH ou análogo (pico de LH elevado).
3. Avanço da idade óssea (comum a ambas as formas de puberdade precoce).
4. Elevação de esteroides sexuais (estradiol na menina) secundária ao estímulo das gonadotrofinas.

---

### Questão 35

A alternativa correta é a letra (c).

Explicação das alternativas:

- a) Incorreta. O fogacho não resulta do excesso de estrogênio, mas sim da sua

deficiência (hipoestrogenismo). O estrogênio baixo desregula o centro termorregulador. Além disso, embora a venlafaxina seja uma opção terapêutica não hormonal eficaz, a primeira linha de tratamento para sintomas moderados a graves em pacientes sem contraindicações é a terapia hormonal, e não os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina.

b) Incorreta. A fisiopatologia dos sintomas vasomotores está primariamente ligada à redução dos níveis de estrogênio, e não da progesterona isoladamente. Quanto à conduta, a fitoterapia com isoflavonas de soja apresenta evidências de eficácia limitadas e inconsistentes quando comparadas à terapia hormonal, não sendo classificada como o tratamento de primeira linha para sintomas significativos.

c) Correta. Esta alternativa descreve precisamente o conhecimento atual sobre os sintomas vasomotores. A queda do estrogênio interfere nos neurotransmissores hipotalâmicos, especialmente na noradrenalina e serotonina, o que leva a um estreitamento da zona termoneutra (o corpo tolera variações menores de temperatura antes de iniciar mecanismos de resfriamento, como a sudorese e vasodilatação). A terapia hormonal (TH) com estrogênio é o tratamento padrão-ouro (primeira linha) para o alívio desses sintomas, respeitando-se sempre as contraindicações individuais da paciente.

d) Incorreta. O aumento do hormônio folículo-estimulante (FSH) é um marcador da falência ovariana e da perda do \*feedback\* negativo, mas não é a causa direta que age nos vasos para produzir o fogacho; a origem do sintoma é central (hipotálamo). Além disso, a conduta de reposição hormonal não deve ser feita "sempre", pois existem contraindicações absolutas (como histórico de câncer de mama ou eventos tromboembólicos atuais) que devem ser respeitadas.

---

### Questão 36

A cardiotocografia (CTG) anteparto é um método biofísico de avaliação da vitalidade fetal, sendo amplamente utilizada no terceiro trimestre para identificar fetos em risco de hipóxia ou acidemia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A maturidade pulmonar fetal não é avaliada pela frequência cardíaca. Historicamente, essa avaliação era feita por testes bioquímicos no líquido amniótico (como a relação lecitina/esfingomielina). Atualmente, a maturidade é inferida pela idade gestacional ou prevenida com o uso de corticoides em ameaças de parto prematuro.

b) Incorreta. A medição do volume de líquido amniótico é realizada exclusivamente por ultrassonografia, utilizando-se o Índice de Líquido Amniótico (ILA) ou a medida do Maior Bolsão Vertical (MBV). Embora o volume de líquido faça parte do Perfil Biofísico Fetal (PBF), a cardiotocografia isolada não consegue medi-lo.

c) Incorreta. O diagnóstico de anomalias congênitas estruturais é o objetivo da ultrassonografia morfológica, realizada idealmente no segundo trimestre de gestação. A cardiotocografia é um exame funcional, não anatômico.

d) Correta. O objetivo principal da CTG é avaliar o estado da oxigenação fetal no momento do exame. Ela monitora a frequência cardíaca fetal (FCF) e suas mudanças (acelerações ou desacelerações) em resposta aos movimentos fetais ou às contrações uterinas espontâneas. Uma CTG dita reativa indica que o sistema nervoso central do feto está íntegro e bem oxigenado.

Gabarito: Alternativa (d).

---

### Questão 37

O sulfato de magnésio é a droga de escolha para a prevenção e o tratamento das crises convulsivas na eclâmpsia. Por ser uma substância com estreita margem terapêutica e excreção exclusivamente renal, o monitoramento clínico rigoroso é obrigatório para evitar a intoxicação.

A sequência clínica da intoxicação pelo magnésio segue uma ordem previsível conforme o aumento dos níveis séricos:

1. Perda do reflexo patelar: Ocorre quando os níveis séricos atingem entre 7 e 10 mEq/L. É o sinal clínico mais precoce e sensível.
2. Depressão respiratória: Ocorre em níveis superiores a 10-12 mEq/L, devido ao bloqueio neuromuscular.
3. Parada cardiorrespiratória: Ocorre em níveis acima de 25-30 mEq/L.

O antídoto imediato para reverter a toxicidade neuromuscular e cardíaca do magnésio é o gluconato de cálcio a 10% (1 grama por via intravenosa).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a diminuição da frequência respiratória seja um sinal grave de intoxicação, ela não é o primeiro achado. O reflexo patelar desaparece antes do comprometimento respiratório. O antídoto está correto.

b) Incorreta. A hipotensão arterial não é o marcador clínico clássico de monitorização da intoxicação por magnésio. Além disso, o antídoto não é o gluconato de sódio, mas sim o de cálcio.

c) Correta. A perda do reflexo patelar (abolição dos reflexos osteotendinosos) é o primeiro sinal de toxicidade, servindo como um alerta precoce para interromper a infusão antes que ocorra a depressão respiratória. O gluconato de cálcio é o antídoto correto, agindo por antagonismo direto nos canais de cálcio.

d) Incorreta. A oligúria não é um sinal de intoxicação, mas sim um fator de risco para que ela ocorra. Como o magnésio é excretado pelos rins, se a paciente urina pouco (menos de 25-30 mL/h), o magnésio se acumula no sangue, levando à intoxicação. O antídoto citado também está incorreto.

---

### Questão 38

O mecanismo do parto humano envolve a transição de um estado de quiescência uterina para um estado de atividade contrátil coordenada. Essa mudança é mediada por complexas interações hormonais e bioquímicas.

Alternativa A: Incorreta. A progesterona é o principal hormônio responsável pela manutenção da gestação e pelo relaxamento do miométrio (quiescência). Para que o trabalho de parto ocorra, deve haver uma diminuição da ação da progesterona no útero (o que chamamos de "privação funcional de progesterona"), e não o seu aumento.

Alternativa B: Incorreta. Durante o trabalho de parto, ocorre um aumento expressivo (\*up-regulation\*) na densidade de receptores de ocitocina no miométrio, chegando a ser 100 a 200 vezes maior do que no estado não gravídico. Isso torna o útero extremamente sensível à ocitocina, facilitando as contrações. Uma diminuição desses receptores impediria o início eficaz do parto.

Alternativa C: Correta. Este é o evento central para o início do parto a termo. Ocorre uma mudança na relação estrogênio/progesterona em favor do estrogênio. Esse aumento relativo do estrogênio estimula a síntese de proteínas associadas à contração (CAPs), como os receptores de ocitocina e as junções comunicantes (\*gap junctions\*). Além disso, o estrogênio ativa enzimas como a ciclo-oxigenase (COX-2), que aumenta a produção de prostaglandinas (PGE2 e PGF2-alfa), fundamentais para o amolecimento cervical e para o estímulo das contrações miométrais.

Alternativa D: Incorreta. Na verdade, ocorre um aumento dos níveis de cortisol fetal no final da gestação. O cortisol fetal atua na placenta, estimulando a transição

enzimática que favorece a produção de estrogênios em detrimento da progesterona, funcionando como um sinalizador biológico de que o feto está maduro e pronto para o nascimento. Além disso, o cortisol está associado ao aumento da cascata inflamatória necessária para o parto, e não à sua inibição.

### Questão 39

A conduta diante de um resultado de ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, possivelmente não neoplásicas) no rastreamento do câncer de colo do útero é determinada primordialmente pela idade da paciente, segundo as Diretrizes Brasileiras do Ministério da Saúde (INCA).

A paciente em questão tem 29 anos. De acordo com o protocolo brasileiro:

- Pacientes menores de 25 anos com ASC-US: repetir o exame em 3 anos.
- Pacientes entre 25 e 29 anos com ASC-US: repetir o exame em 12 meses.
- Pacientes com 30 anos ou mais com ASC-US: repetir o exame em 6 meses.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A colposcopia imediata não é indicada para ASC-US em uma primeira ocorrência, independentemente da idade. Ela seria indicada de imediato para resultados de maior gravidade, como ASC-H (atipias em que não se pode excluir lesão de alto grau), HSIL (lesão intraepitelial de alto grau) ou após dois resultados consecutivos de ASC-US.

b) Incorreta. A repetição em 6 meses é a conduta preconizada para mulheres com 30 anos ou mais. Além disso, o co-testing (citologia + pesquisa de HPV) não faz parte da rotina oficial de rastreamento do SUS no Brasil, que se baseia primordialmente na citologia.

c) Correta. Como a paciente tem 29 anos, ela se enquadra na faixa etária que exige a repetição do exame citopatológico em 12 meses. A alternativa menciona o tratamento medicamentoso prévio (antibióticos e antifúngicos), uma conduta comum na prática clínica para tratar possíveis processos inflamatórios ou infecciosos que podem estar mimetizando as atipias indeterminadas, garantindo que o próximo exame seja mais fidedigno.

d) Incorreta. A repetição em 3 anos é reservada exclusivamente para pacientes menores de 25 anos com resultado de ASC-US. Para uma paciente de 29 anos, esse intervalo seria longo demais e estaria em desacordo com as diretrizes nacionais.

## Questão 40

Para o diagnóstico de gravidez, os achados clínicos são divididos em três grupos principais: Presunção, Probabilidade e Certeza.

Os sinais de Presunção são aqueles relacionados a queixas subjetivas da paciente ou a alterações sistêmicas (fora do aparelho reprodutor). Exemplos: atraso menstrual, náuseas, vômitos, polaciúria (aumento da frequência urinária), mastalgia (dor nas mamas) e fadiga.

Os sinais de Probabilidade referem-se a modificações anatômicas e fisiológicas do útero, da vagina e da vulva, que são observadas pelo examinador durante o exame físico. Exemplos: Sinal de Hegar (amolecimento do istmo uterino), Sinal de Chadwick (coloração arroxeadada da vulva e vagina), Sinal de Goodell (amolecimento do colo uterino) e Sinal de Piskacek (assimetria uterina).

Os sinais de Certeza são aqueles que provam a existência do feto. Exemplos: visualização do feto no ultrassom, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (pelo sonar ou Pinard) e percepção de movimentos fetais pelo examinador.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Náuseas e vômitos matinais são sintomas sistêmicos relatados pela paciente; portanto, são classificados como sinais de presunção.

Alternativa b: Correta. O Sinal de Hegar é um achado objetivo do exame físico pélvico (amolecimento do istmo uterino), sendo um dos clássicos sinais de probabilidade descritos na obstetrícia.

Alternativa c: Incorreta. A percepção dos movimentos fetais pela gestante é um relato subjetivo e, por isso, é classificada como sinal de presunção. Se os movimentos fossem percebidos ou palpados pelo médico, seriam classificados como sinal de certeza.

Alternativa d: Incorreta. A visualização do feto (ou do saco gestacional com embrião) no ultrassom é um sinal de certeza, pois fornece a prova direta da presença da gestação.

---

### Questão 41

Essa questão aborda a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme o Decreto Número 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Número 8.080/1990. O foco aqui é entender como as Redes de Atenção à Saúde são estruturadas por meio do planejamento regional e dos instrumentos jurídicos de pactuação.

Alternativa (a) - Correta: O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) é justamente o instrumento jurídico utilizado para formalizar o acordo entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) dentro de uma Região de Saúde. O COAP define as responsabilidades individuais, os indicadores de saúde, as metas a serem alcançadas e os recursos financeiros envolvidos. Todo esse planejamento deve ser orientado pelo Mapa da Saúde, que é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde.

Alternativa (b) - Incorreta: A carteira de serviços, ou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), não substitui o Mapa da Saúde. O Mapa da Saúde é a ferramenta de diagnóstico e planejamento que identifica as lacunas e capacidades de cada região, enquanto a RENASES lista quais ações e serviços o SUS oferece. A regionalização depende obrigatoriamente do Mapa da Saúde para existir.

Alternativa (c) - Incorreta: O COAP não é dispensável. Ele é o mecanismo essencial para a integração das ações e serviços de saúde entre os diferentes entes federativos. A existência de regulação estadual ou de teto financeiro municipal não supre a necessidade de um pacto formal que organize a rede de atenção de forma regionalizada e hierarquizada.

Alternativa (d) - Incorreta: O Mapa da Saúde não é exclusivo da União. Pelo contrário, ele deve ser construído de forma ascendente, partindo das realidades locais e regionais para compor o panorama estadual e nacional. Sua principal função é justamente orientar as decisões no âmbito das Regiões de Saúde, servindo como base para o planejamento das ações dos municípios e estados.

---

### Questão 42

Essa questão aborda os passos fundamentais de uma investigação de surto epidemiológico, um tema recorrente em provas de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Vamos analisar cada afirmativa para compreender a lógica da investigação.

A primeira afirmativa é VERDADEIRA. Definir o que é um caso (usando critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos) é essencial para que a contagem de doentes seja precisa. A construção da curva epidêmica (um gráfico que mostra o número de

casos ao longo do tempo) permite ao investigador identificar o padrão de transmissão. Por exemplo, uma curva com subida e descida rápidas sugere uma fonte comum pontual, enquanto uma curva com vários picos sugere transmissão interpessoal ou fonte intermitente.

A segunda afirmativa é FALSA. Em vigilância epidemiológica, o princípio da precaução e a agilidade são prioridades. As medidas de controle (como suspender o consumo de determinado alimento ou interditar um local) devem ser implementadas assim que as evidências epidemiológicas iniciais apontarem um risco, mesmo antes da confirmação laboratorial. Esperar pelos resultados de culturas ou exames moleculares pode levar dias, permitindo que o surto se estenda e mais pessoas sejam afetadas.

A terceira afirmativa é VERDADEIRA. Para identificar o veículo de transmissão (neste caso, qual alimento causou a gastroenterite), é necessário utilizar entrevistas padronizadas que permitam comparar o que os doentes comeram com o que os não doentes comeram. A linha do tempo de exposição ajuda a calcular o período de incubação, o que é fundamental para descartar ou suspeitar de determinados agentes biológicos (bactérias, vírus ou toxinas).

A quarta afirmativa é VERDADEIRA. O encerramento de uma investigação de surto não se resume a encontrar o culpado. O relatório final é um documento técnico-científico que deve consolidar os achados, descrever as falhas encontradas e, principalmente, oferecer recomendações operacionais e lições aprendidas para prevenir que eventos semelhantes ocorram novamente naquela comunidade ou instituição.

Portanto, a sequência correta é V - F - V - V, o que corresponde à alternativa (b).

---

### Questão 43

Alternativa (d) - Incorreta e Gabarito da questão: Esta afirmação está errada porque a notificação compulsória deve ser realizada diante da simples suspeita clínica da doença, agravo ou evento de saúde pública. Não se deve aguardar a confirmação laboratorial ou a conclusão do diagnóstico para registrar a notificação. O objetivo fundamental da vigilância epidemiológica é o desencadeamento rápido de medidas de controle; esperar por exames laboratoriais atrasaria a intervenção oportuna e o bloqueio de possíveis surtos.

Alternativa (a) - Correta: A afirmação descreve corretamente a periodicidade de notificação para certas doenças. O sarampo e a rubéola são doenças de notificação imediata (em até 24 horas) para as três esferas de gestão (municipal, estadual e

federal). Quanto à varicela, embora casos leves e isolados não sejam sempre de notificação compulsória nacional, casos graves que necessitem de internação ou que evoluam para óbito exigem notificação imediata.

Alternativa (b) - Correta: A oportunidade é um dos atributos de qualidade do sistema de vigilância e refere-se à rapidez com que a informação flui. Os prazos são definidos na Lista Nacional de Notificação Compulsória (revisada periodicamente por portarias do Ministério da Saúde), estabelecendo se a comunicação deve ser imediata ou semanal. Cada serviço de saúde deve conhecer e seguir o fluxo estabelecido localmente para que os dados cheguem à autoridade sanitária no tempo previsto.

Alternativa (c) - Correta: O objetivo central da notificação é fornecer dados para que as autoridades de saúde possam monitorar o perfil epidemiológico, identificar precocemente ameaças à saúde pública e adotar medidas preventivas e de controle, como vacinação de bloqueio, isolamento de pacientes, investigação de contatos e manejo ambiental. Sem a notificação, a vigilância se torna cega e incapaz de intervir na cadeia de transmissão das doenças.

---

#### **Questão 44**

Para resolver essa questão, devemos analisar três pontos cruciais destacados no enunciado: a raridade da doença (neuropatia periférica rara), a limitação orçamentária e o interesse em uma estimativa inicial de associação.

Alternativa (a) Correta: O estudo de caso-controle é o desenho epidemiológico de escolha para investigar doenças raras. Nesse modelo, o pesquisador parte do desfecho (pessoas que já têm a neuropatia) e olha para trás no tempo para verificar a exposição ao solvente, comparando-as com um grupo de pessoas saudáveis (controles). É um estudo significativamente mais barato e rápido que um estudo de coorte, atendendo à restrição orçamentária. Utilizar controles do mesmo ambiente laboral ajuda a garantir que os grupos sejam comparáveis em outras variáveis ambientais, diminuindo vieses.

Alternativa (b) Incorreta: Ensaios clínicos são estudos experimentais nos quais o pesquisador intervém. Seria antiético expor deliberadamente trabalhadores a uma substância suspeita de causar danos à saúde apenas para observar o surgimento de uma doença. Além disso, são estudos extremamente caros e complexos, o que contradiz o orçamento limitado.

Alternativa (c) Incorreta: A coorte prospectiva acompanha grupos de pessoas expostas e não expostas ao longo do tempo para ver quem desenvolve a doença. Embora seja um excelente desenho para estabelecer causalidade, é um estudo muito

caro, demorado e ineficiente para doenças raras. Para observar casos suficientes de uma neuropatia rara, o pesquisador precisaria acompanhar um número gigantesco de trabalhadores por muitos anos.

Alternativa (d) Incorreta: O estudo transversal avalia a exposição e o desfecho em um único momento no tempo (uma fotografia). Ele é útil para determinar a prevalência de doenças comuns, mas é pouco eficaz para doenças raras, pois o pesquisador pode não encontrar casos suficientes no momento da coleta. Além disso, o foco em satisfação com o trabalho foge totalmente do objetivo clínico de investigar a neuropatia.

---

### Questão 45

A questão aborda o preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO), um documento de extrema importância epidemiológica e jurídica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a estrutura da DO é dividida para permitir o registro da sequência lógica de eventos que levaram à morte.

Para responder corretamente, é fundamental compreender o conceito de Causa Básica de morte. A Causa Básica é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O último evento terminal é a Causa Imediata ou Direta (registrada na linha A da Parte I). No caso clínico citado, o choque cardiogênico ou a falência de múltiplos órgãos seriam causas terminais, mas não a causa básica. Vale lembrar que sintomas vagos, como parada cardiorrespiratória, não devem ser colocados como causa básica, pois são apenas o mecanismo do óbito.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa traz a definição exata de Causa Básica. No exemplo dado, o Infarto Agudo do Miocárdio é a condição que desencadeou o choque cardiogênico e a parada, sendo, portanto, a causa básica a ser registrada na última linha preenchida da Parte I da DO. O diabetes e a hipertensão, por serem doenças preexistentes que contribuíram para o desfecho, mas não entraram na cadeia causal direta, seriam registrados na Parte II.

Alternativa c) Incorreta. A prevalência populacional de uma doença é um dado estatístico de saúde pública e não determina a causa da morte de um indivíduo específico. A DO deve refletir a realidade clínica do paciente em questão.

Alternativa d) Incorreta. O preenchimento da DO exige rigorosa relação causal. Não se registra a condição mais comum na internação, mas sim aquela que iniciou o processo que levou o paciente a óbito. Registrar condições sem relação causal tornaria o dado epidemiológico inválido.

Em resumo, na Parte I da Declaração de Óbito, partimos da causa imediata na linha A e descemos retrogradamente até chegar à causa básica na última linha preenchida (seja B, C ou D), que é justamente a condição que iniciou todo o processo mórbido.

---

### Questão 46

Esta questão aborda as competências e normas da Vigilância Sanitária (VISA), especificamente no campo da farmacovigilância e regulação de medicamentos. O objetivo é identificar a conduta que fere as normas sanitárias vigentes.

Alternativa A: Está correta quanto às atribuições da VISA. A farmacovigilância envolve o monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas. O sistema VigiMed é a ferramenta oficial adotada pela ANVISA para receber essas notificações. A análise de causalidade é o processo técnico que busca estabelecer a relação entre o uso do medicamento e o evento relatado, sendo fundamental para a segurança do paciente.

Alternativa B: Está correta. A inspeção de Boas Práticas de Fabricação (BPF) garante que o medicamento foi produzido sob rigorosos padrões de qualidade. O controle pós-mercado é a continuidade dessa vigilância, monitorando o produto durante todo o seu ciclo de vida comercial para identificar desvios de qualidade ou riscos imprevistos.

Alternativa C: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito da questão. A dispensação de antibióticos no Brasil é estritamente regulamentada, notadamente pela RDC 20/2011. É obrigatória a apresentação da receita em duas vias, com a retenção da segunda via pela farmácia ou unidade de saúde. Essa medida visa ao controle do uso de antimicrobianos para prevenir a resistência bacteriana, um grave problema de saúde pública. Não há exceção legal para zonas rurais que permita a não retenção da receita; a facilitação do acesso deve ocorrer por meio de políticas de assistência farmacêutica, mas nunca descumprindo as normas de segurança sanitária.

Alternativa D: Está correta. A emissão de alertas de segurança para profissionais de saúde e para a população, bem como a determinação de recolhimento de lotes (recall), são medidas administrativas e de proteção à saúde aplicadas sempre que evidências técnicas apontam riscos que superam os benefícios do produto ou quando há falhas graves de qualidade.

---

## Questão 47

Análise detalhada da questão sobre Sistemas de Informação em Saúde (SIS):

Afirmativa 1: O SIM registra óbitos e respectivas causas, permitindo análises de mortalidade.

Verdadeira. O SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) é um dos sistemas mais antigos do Brasil, criado na década de 1970. Seu documento-base é a Declaração de Óbito (DO). Ele é a ferramenta oficial para coletar dados sobre a causa básica e as causas contribuintes de morte, sendo essencial para o cálculo de indicadores como a taxa de mortalidade infantil e materna.

Afirmativa 2: O SIH/SUS contempla autorizações de internação hospitalar do SUS; não cobre integralmente atendimentos ambulatoriais/APS.

Verdadeira. O SIH (Sistema de Informações Hospitalares) é alimentado pela AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Ele foca no registro de internações para fins de faturamento e gestão clínica no ambiente hospitalar. Para os atendimentos que ocorrem fora da internação, utilizam-se outros sistemas: o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) para procedimentos especializados e o e-SUS APS para os atendimentos na Atenção Primária.

Afirmativa 3: O SINAN reúne agravos de notificação; não substitui o SIM para estatísticas de mortalidade.

Verdadeira. O SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é utilizado para o registro de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória (como dengue, tuberculose e hanseníase). Embora o SINAN registre o desfecho do caso (se o paciente se curou ou faleceu), ele não substitui o SIM como fonte oficial de estatísticas de mortalidade do país. O SIM é o sistema jurídico e epidemiológico definitivo para o registro de óbitos.

Afirmativa 4: O SIVEP-Gripe abrange SRAG por influenza/COVID-19, incluindo casos hospitalizados e óbitos.

Verdadeira. O SIVEP-Gripe (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe) é o braço do SINAN voltado especificamente para a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Ele registra todos os casos de SRAG que resultam em hospitalização ou óbito, independentemente do agente etiológico (influenza, COVID-19, vírus sincicial respiratório, entre outros).

Conclusão:

Todas as afirmativas apresentadas estão corretas. Portanto, a sequência correta é V - V - V - V.

Gabarito: Alternativa (c).

### Questão 48

Alternativa a (Incorreta): No estudo de caso-controle, o pesquisador parte de indivíduos que já apresentam o desfecho (casos) e os compara com indivíduos saudáveis (controles) para investigar exposições passadas. Como não há acompanhamento de um grupo ao longo do tempo para observar o surgimento de novos casos, não é possível calcular a incidência. Por essa razão, a medida de associação utilizada é a Odds Ratio (Razão de Chances), e não o Risco Relativo (RR).

Alternativa b (Correta): O estudo de coorte é um desenho longitudinal e prospectivo que permite o cálculo da incidência (casos novos) nos grupos expostos e não expostos, possibilitando a estimativa direta do Risco Relativo. Um conceito fundamental na epidemiologia é que, quando o desfecho estudado é raro (geralmente com frequência inferior a 10%), o valor da Odds Ratio (OR) se aproxima matematicamente do valor do Risco Relativo (RR).

Alternativa c (Incorreta): O estudo transversal realiza uma coleta de dados em um único ponto no tempo (instantâneo), analisando simultaneamente a exposição e o desfecho. Como não há seguimento temporal, esse estudo não mede incidência, mas sim prevalência. Portanto, a medida de associação de escolha é a Razão de Prevalência. Além disso, a ausência de temporalidade dificulta o estabelecimento de uma relação de causalidade direta.

Alternativa d (Incorreta): No ensaio clínico, o Risco Relativo é determinado pela comparação da incidência de eventos entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo controle durante o período do estudo. O valor do RR observado depende do efeito biológico ou terapêutico da intervenção testada, e não da prevalência prévia do desfecho na população. A prevalência prévia pode influenciar o poder estatístico do estudo, mas não define o valor do RR.

---

### Questão 49

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Em acidentes com material biológico, o tempo é um fator crítico para a eficácia das medidas preventivas. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 2 horas após o acidente, com um limite máximo de 72 horas. Aguardar o processamento e o resultado de sorologias para decidir a conduta pode fazer com que o paciente perca a janela de oportunidade para a profilaxia. Além disso, o registro apenas em prontuário é insuficiente, pois a notificação compulsória é obrigatória.

Alternativa (b) Incorreta. Embora a notificação no SINAN e a emissão da CAT

(Comunicação de Acidente de Trabalho) sejam procedimentos administrativos e epidemiológicos corretos, a alternativa erra ao afirmar que a profilaxia deve ser dispensada. O descarte inadequado de agulha implica que a fonte é desconhecida, o que geralmente eleva o risco e justifica a avaliação criteriosa para o início da PEP contra HIV e Hepatite B.

Alternativa (c) Incorreta. A Unidade Básica de Saúde, como porta de entrada e coordenadora do cuidado na APS, deve estar apta a realizar o acolhimento, a avaliação inicial de risco e a notificação de acidentes de trabalho. O manejo clínico inicial não deve ser transferido para o empregador, mas sim conduzido pela rede de saúde de forma articulada.

Alternativa (d) Correta. Esta alternativa descreve a conduta técnica e ética adequada. O acidente com material biológico é um evento de notificação compulsória. Diante de uma perfuração por agulha (objeto perfurocortante com potencial presença de sangue), o médico deve realizar a avaliação de risco imediata. Caso haja indicação, a PEP deve ser iniciada prontamente. A articulação com a vigilância epidemiológica e com o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) garante o acompanhamento longitudinal do trabalhador e a investigação das causas do acidente no ambiente laboral para prevenir novos casos.

Gabarito: Letra (d).

---

## Questão 50

Esta questão aborda os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com a Saúde Suplementar (planos de saúde), especificamente sobre o fluxo de atendimento e o mecanismo de ressarcimento.

Alternativa (a) Incorreta: O SUS é regido pelo princípio da universalidade, o que significa que o acesso às ações e serviços de saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de possuir ou não um plano de saúde privado. Exigir autorização prévia ou negar atendimento com base na posse de um seguro privado viola a Constituição Federal e a Lei 8.080/1990.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reflete perfeitamente a diretriz legal e administrativa vigente. Primeiro, respeita-se a universalidade, garantindo o atendimento ao paciente sem restrições. Segundo, cumpre-se a Lei 9.656/1998 (Artigo 32), que estabelece o Ressarcimento ao SUS. Quando um beneficiário de plano de saúde utiliza o sistema público, as operadoras devem reembolsar o Estado pelos serviços prestados. Para que isso ocorra, o hospital deve registrar corretamente os dados do paciente e do atendimento, permitindo que a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) processe a cobrança junto à operadora.

Alternativa (c) Incorreta: É absolutamente proibido cobrar diretamente do paciente qualquer valor por atendimentos realizados através do SUS. A prática de cobrança direta ao usuário em unidades públicas ou conveniadas ao SUS é ilegal e passível de sanções civis e administrativas. O ressarcimento deve ser feito pela operadora do plano ao fundo público de saúde, mediado pela ANS, e nunca pelo paciente ao hospital.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o paciente possa ser transferido para a rede credenciada do seu plano se assim desejar e se houver estabilidade clínica, o SUS não pode forçar esse redirecionamento nem encerrar o seguimento de forma compulsória. O cidadão tem o direito de escolher permanecer no sistema público para concluir seu tratamento, uma vez que o SUS é um sistema de acesso universal.

Gabarito: Letra (b).

---