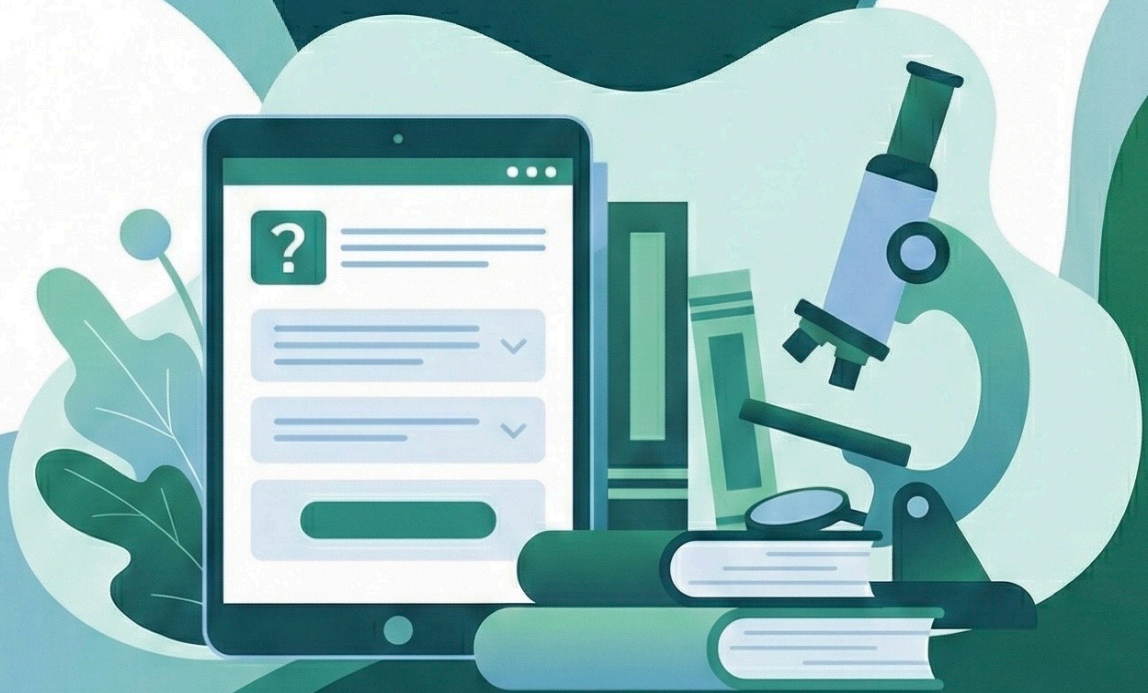




# Santa Casa de Assis

GABARITO | 2026 | SP | 80 Questões



## Gabarito: Santa Casa de Assis

2026 | SP

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

O quadro clínico descreve um paciente idoso, hipertenso, com dor torácica típica há 2 horas e eletrocardiograma evidenciando supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF. Esses achados confirmam o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) de parede inferior. No IAMCSST, o tempo é um fator determinante para a sobrevida do miocárdio, e a prioridade absoluta é a terapia de reperfusão imediata para desobstruir a artéria coronária.

Alternativa a: Correta. A angioplastia primária (intervenção coronária percutânea) é o tratamento padrão-ouro para o IAM com supra de ST. Ela deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 2 horas do início dos sintomas para garantir a maior taxa de sucesso na abertura do vaso e redução da mortalidade. Caso o serviço disponha de hemodinâmica, esta é sempre a conduta de escolha.

Alternativa b: Incorreta. Os betabloqueadores fazem parte da terapia medicamentosa do infarto, pois reduzem o consumo de oxigênio pelo miocárdio. No entanto, não são a conduta de emergência prioritária. Além disso, em infartos de parede inferior, existe um risco aumentado de bradicardias e bloqueios atrioventriculares, o que exige cautela extrema e estabilização antes do uso dessa classe de drogas.

Alternativa c: Incorreta. A heparina é uma terapia adjuvante essencial para evitar a propagação do trombo, mas não é capaz de promover a reperfusão mecânica ou química necessária para abrir uma artéria totalmente ocluída no IAM com supra. Ela deve ser usada em conjunto com a angioplastia ou após a fibrinólise, e nunca como conduta isolada.

Alternativa d: Incorreta. A nitroglicerina é um nitrato utilizado para controle da dor anginosa por meio da vasodilatação, mas não trata a causa da obstrução. No contexto específico de infarto de parede inferior, o uso de nitratos deve ser feito com muito cuidado, pois há grande chance de acometimento do ventrículo direito (VD). Nesses casos, a administração de nitratos pode causar queda súbita e grave da pressão arterial por redução da pré-carga.

Em resumo, diante de um IAM com supra de ST, a conduta imediata é abrir a artéria, sendo a angioplastia primária a opção preferencial.

---

## Questão 2

O cenário clínico descrito é clássico do hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica (DRC). No estágio 5 da IRC, os rins perdem a capacidade de filtrar adequadamente o fosfato e de produzir a forma ativa da vitamina D (calcitriol).

A hiperfosfatemia ocorre porque o rim não consegue mais excretar o excesso de fósforo. Esse fósforo elevado, por sua vez, "sequestra" o cálcio livre no sangue e inibe a enzima renal responsável por ativar a vitamina D. Com menos vitamina D ativa, a absorção intestinal de cálcio diminui drasticamente, levando à hipocalcemia.

Tanto a queda do cálcio quanto o aumento do fósforo são estímulos potentes para as glândulas paratireoides. Elas respondem aumentando a síntese e a secreção do paratormônio (PTH) na tentativa de normalizar esses níveis, retirando cálcio dos ossos e tentando aumentar a excreção renal de fósforo (o que se torna ineficaz no estágio 5).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. Como explicado, o aumento do PTH (hiperparatireoidismo secundário) é a resposta hormonal compensatória típica e esperada diante da hipocalcemia e hiperfosfatemia na insuficiência renal avançada.

Alternativa b) Incorreta. A redução do PTH ocorreria em casos de hipoparatiroidismo primário ou em condições raras de doença óssea adinâmica no renal crônico (geralmente por excesso de tratamento), mas não é a alteração fisiopatológica típica da progressão da IRC sem intervenção.

Alternativa c) Incorreta. A calcitonina é um hormônio produzido pelas células C da tireoide que atua reduzindo os níveis de cálcio. No paciente com DRC, o organismo luta contra a hipocalcemia, logo, um aumento de calcitonina seria contraproducente e não faz parte da fisiopatologia principal desse distúrbio mineral e ósseo.

Alternativa d) Incorreta. O aumento do cortisol está relacionado ao eixo estresse/adrenal ou à Síndrome de Cushing. Embora pacientes graves possam ter níveis elevados de cortisol por estresse sistêmico, essa não é a alteração hormonal específica que define ou explica o distúrbio do metabolismo de cálcio e fósforo na insuficiência renal.

### Questão 3

O caso clínico apresenta um paciente com HIV em estágio avançado de imunossupressão (CD4 igual a 120 células/mm<sup>3</sup>) e síndrome meníngea clássica, caracterizada por cefaleia intensa e rigidez de nuca. O ponto determinante para o diagnóstico é o exame do líquido com a técnica da Tinta da China (também conhecida como Nanquim ou \*India Ink\*).

Análise das alternativas:

a) Meningite tuberculosa: Embora seja um diagnóstico diferencial importante em pacientes HIV-positivos com meningismo, a meningite por \*Mycobacterium tuberculosis\* costuma apresentar um quadro mais subagudo e o diagnóstico laboratorial é feito pela pesquisa de BAAR (Bacilos Álcool-Ácido-Resistentes) através da coloração de Ziehl-Neelsen, cultura ou teste rápido molecular (PCR). A Tinta da China não identifica micobactérias.

b) Neurotoxoplasmose: É a causa mais comum de lesão expansiva cerebral no paciente com AIDS. Clinicamente, manifesta-se com sinais focais (hemiparesia, alteração de fala) e crises convulsivas, e não tipicamente como uma meningite isolada. O diagnóstico é sugerido por exames de imagem (tomografia ou ressonância) que mostram lesões com realce anelar e edema perilesional. A Tinta da China não tem aplicação nesse diagnóstico.

c) Meningite criptocócica: Esta é a alternativa correta. O \*Cryptococcus neoformans\* é um fungo encapsulado que causa infecções oportunistas graves no sistema nervoso central de pacientes imunocomprometidos. A Tinta da China é um método de coloração negativa: o corante não penetra na espessa cápsula polissacarídica do fungo, permitindo a visualização de estruturas arredondadas e brilhantes (halos) contra um fundo escuro sob o microscópio. Esse achado é patognomônico para a criptococose no contexto clínico apresentado.

d) Listeriose: A meningite causada pela \*Listeria monocytogenes\* é uma infecção bacteriana que pode ocorrer em extremos de idade e em imunossuprimidos. O diagnóstico é realizado por bacterioscopia (Gram), que revelaria bacilos Gram-positivos, ou cultura. A Tinta da China não é utilizada para identificar bactérias.

Resumo do diagnóstico: Paciente HIV com CD4 baixo + sinais meníngeos + Tinta da China positiva no líquido = Meningite Criptocócica.

#### Questão 4

O quadro clínico descrito é clássico para Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE). O paciente apresenta os três pilares diagnósticos: base clínica (cirrose com ascite), sintomas sugestivos (febre e dor abdominal) e o critério laboratorial de padrão-ouro, que é a contagem de polimorfonucleares (PMN) no líquido ascítico superior a 250 células/mm<sup>3</sup>.

Alternativa a: Correta. A PBE é a infecção do líquido ascítico que ocorre na ausência de um foco infeccioso intra-abdominal passível de tratamento cirúrgico. O diagnóstico é essencialmente laboratorial, definido pela presença de mais de 250 PMN/mm<sup>3</sup> na citometria do líquido ascítico. A febre e a dor abdominal são as manifestações mais comuns, embora o quadro possa ser mais sutil em alguns pacientes cirróticos.

Alternativa b: Incorreta. A peritonite secundária ocorre quando há uma fonte de infecção intra-abdominal evidente, como a perfuração de uma víscera oca ou um abscesso. No líquido ascítico, além do aumento de PMN, costumamos encontrar pelo menos dois dos critérios de Runyon: glicose menor que 50 mg/dL, proteínas totais maiores que 1 g/dL e LDH maior que o limite superior da normalidade no soro. Além disso, a cultura na peritonite secundária costuma ser polimicrobiana, enquanto na PBE é geralmente monomicrobiana.

Alternativa c: Incorreta. A carcinomatose peritoneal é uma infiltração neoplásica do peritônio. O líquido ascítico nesses casos geralmente apresenta proteínas elevadas (exsudato), mas o predomínio celular é de células mononucleares (linfócitos) e não de polimorfonucleares. O diagnóstico definitivo é feito pela citologia oncótica do líquido ou biópsia peritoneal.

Alternativa d: Incorreta. A tuberculose peritoneal apresenta-se habitualmente com um quadro mais arrastado (crônico). O perfil do líquido ascítico na tuberculose é caracterizado por um predomínio de linfócitos, proteínas elevadas e frequentemente níveis elevados de adenosina deaminase (ADA), diferindo do padrão de neutrofilia (PMN > 250) encontrado no caso.

---

#### Questão 5

##### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de tireotoxicose, caracterizado por emagrecimento e taquicardia. O perfil laboratorial (TSH suprimido e T4 livre elevado) confirma o diagnóstico de hipertireoidismo primário. O achado clínico de exoftalmia (orbitopatia de Graves) é o dado patognomônico que direciona o diagnóstico

especificamente para a Doença de Graves, pois essa manifestação ocular decorre da ação de anticorpos contra receptores de TSH nos tecidos retro-orbitários, algo que não ocorre em outras causas de hipertireoidismo.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A Tireoidite de Hashimoto é a principal causa de hipotireoidismo. Embora possa cursar com uma fase inicial transitória de tireotoxicose (chamada Hashitoxicose) devido à destruição folicular e liberação de hormônios pré-formados, ela não cursa com exoftalmia.

Alternativa b) Correta. A Doença de Graves é uma patologia autoimune onde anticorpos estimuladores do receptor de TSH (TRAb) causam a hiperfunção da glândula. É a causa mais comum de hipertireoidismo e a única que apresenta manifestações extratireoidianas específicas, como a exoftalmia e o mixedema pré-tibial. Os achados laboratoriais de TSH baixo e T4 livre alto são típicos do hipertireoidismo primário.

Alternativa c) Incorreta. O hipotireoidismo subclínico é um diagnóstico laboratorial definido por TSH elevado com níveis de T4 livre dentro da normalidade. Clinicamente, o paciente é assintomático ou apresenta sintomas leves de baixa função tireoidiana, o oposto do quadro descrito.

Alternativa d) Incorreta. O adenoma hipofisário secretor de TSH é uma causa rara de hipertireoidismo secundário (ou central). Nesse caso, o TSH estaria elevado ou inapropriadamente normal diante de um T4 livre alto, e não baixo como mostrado na questão. Além disso, tumores hipofisários não causam exoftalmia.

---

#### Questão 6

A alternativa correta é a (a) Artrite Reumatoide.

A questão descreve um quadro clínico clássico de Artrite Reumatoide (AR), uma doença inflamatória crônica autoimune. Os principais pontos que sustentam esse diagnóstico são: o perfil epidemiológico (mulher jovem), a natureza da artrite (simétrica e em pequenas articulações como as mãos), a rigidez matinal prolongada (superior a 1 hora, o que caracteriza o padrão inflamatório) e a presença do Fator Reumatoide (FR) positivo.

Análise das alternativas:

a) Correta. A Artrite Reumatoide tem como marco a poliartrite simétrica de pequenas

e grandes articulações. A rigidez matinal persistente por mais de uma hora é um dos critérios clínicos mais importantes para diferenciar doenças inflamatórias de doenças degenerativas. Além disso, o Fator Reumatoide está presente em cerca de 70 a 80% dos pacientes com a doença.

b) Incorreta. A Osteoartrite é uma doença degenerativa, mais comum em idosos. Nela, a rigidez matinal costuma ser fugaz (dura menos de 30 minutos), e a dor piora com o esforço físico. Além disso, o Fator Reumatoide costuma ser negativo, e o acometimento das mãos frequentemente envolve as articulações interfalângicas distais, o que é raro na AR.

c) Incorreta. A Espondilite Anquilosante faz parte do grupo das espondiloartrites. Seu acometimento principal é axial (coluna vertebral e articulações sacroilíacas). Quando há acometimento periférico, ele costuma ser assimétrico e preferencialmente em grandes articulações de membros inferiores. Uma característica fundamental desse grupo é serem 'soronegativas', ou seja, apresentarem Fator Reumatoide negativo.

d) Incorreta. O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) pode, sim, apresentar artrite simétrica de mãos muito semelhante à da AR. No entanto, a artrite do lúpus é tipicamente não erosiva, e a questão não menciona outros critérios sistêmicos da doença (como fotossensibilidade, rash malar ou alterações renais). Embora o Fator Reumatoide possa estar presente no LES, a descrição de rigidez matinal prolongada e artrite simétrica em uma questão direta de prova aponta preferencialmente para Artrite Reumatoide.

---

## Questão 7

A fibrilação atrial (FA) aumenta significativamente o risco de fenômenos tromboembólicos, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) a complicação mais temida. A decisão de iniciar a anticoagulação oral não se baseia na intensidade dos sintomas, mas sim na estratificação do risco de o paciente apresentar um evento embólico em comparação ao risco de sangramento.

Alternativa a) Incorreta. A presença de palpitações é um sintoma clínico decorrente da irregularidade do ritmo cardíaco ou da alta resposta ventricular. Embora as palpitações guiem a estratégia de controle de sintomas (decidir entre controle de ritmo ou de frequência), elas não possuem correlação direta com o risco de formação de trombos no átrio esquerdo. Portanto, não são critérios para indicar a anticoagulação.

Alternativa b) Incorreta. A síncope em um paciente com FA pode ocorrer por diversas causas, como resposta ventricular excessivamente alta, pausas após a reversão

espontânea da arritmia ou doenças estruturais associadas. Apesar de ser um sinal de gravidade clínica que exige investigação, a síncope não é um preditor de risco tromboembólico e não consta nos critérios de indicação de terapia anticoagulante.

Alternativa c) Correta. O escore CHA2DS2-VASc é a ferramenta recomendada pelas principais diretrizes (SBC, ESC, AHA) para determinar o risco de AVC em pacientes com FA não valvar. Ele pontua fatores como Insuficiência Cardíaca (C), Hipertensão (H), Idade igual ou superior a 75 anos (A2), Diabetes (D), AVC ou Ataque Isquêmico Transitório prévio (S2), Doença Vascular (V), Idade entre 65-74 anos (A) e Sexo feminino (Sc). No caso deste paciente de 72 anos, ele já possui pontuação pelo critério de idade. Um escore elevado (geralmente maior ou igual a 2 em homens e maior ou igual a 3 em mulheres) indica que o benefício da anticoagulação supera os riscos de sangramento.

Alternativa d) Incorreta. O tabagismo é um fator de risco cardiovascular clássico para aterosclerose e infarto agudo do miocárdio. No entanto, ele não faz parte dos componentes do escore CHA2DS2-VASc e não é considerado, isoladamente, como um critério para o início da anticoagulação oral na fibrilação atrial.

---

## Questão 8

A questão aborda um efeito adverso clássico dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) relacionado à hemodinâmica renal.

ALTERNATIVA A (CORRETA): Esta é a hipótese principal. Em pacientes com estenose bilateral de artérias renais (ou estenose em rim único), a pressão de perfusão renal está reduzida devido à obstrução mecânica. Para manter a taxa de filtração glomerular adequada, o organismo depende da Angiotensina II para promover a vasoconstrição da arteríola eferente, o que aumenta a pressão intraglomerular. Ao administrar um IECA, bloqueia-se a síntese de Angiotensina II, resultando em vasodilatação da arteríola eferente e queda abrupta da filtração glomerular. Na prática clínica, um aumento da creatinina superior a 30% após o início de IECA ou Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA) é um sinal patognomônico de estenose de artéria renal bilateral.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): A litíase renal é a presença de cálculos nas vias urinárias. Embora uma obstrução ureteral bilateral pudesse causar insuficiência renal pós-renal, o quadro clínico típico seria de cólica nefrética e hematúria. Não existe relação fisiopatológica direta entre o uso de IECA e o desencadeamento de lesão renal por cálculos.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): A síndrome nefrótica é um distúrbio glomerular

caracterizado por proteinúria maciça (acima de 3,5 g/24h), edema, hipoalbuminemia e dislipidemia. Embora o IECA seja frequentemente usado para reduzir a proteinúria nesses pacientes, ele não é a causa da síndrome. O aumento agudo da creatinina logo após o início da droga aponta para uma falha hemodinâmica, não para uma doença glomerular inflamatória ou estrutural.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma reação de hipersensibilidade alérgica a medicamentos (como antibióticos e anti-inflamatórios). Embora os IECAs possam raramente causar NIA, esse diagnóstico costuma vir acompanhado de febre, rash cutâneo e eosinofilia. O cenário de piora da função renal sem outros sintomas sistêmicos imediatamente após o uso de IECA é muito mais característico da alteração hemodinâmica vista na estenose de artéria renal.

## Questão 9

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente de 30 anos apresenta um quadro clássico de hipotireoidismo primário manifesto. Os achados clínicos incluem fadiga e ganho de peso, mesmo com a adoção de dieta hipocalórica e atividade física. Do ponto de vista laboratorial, o diagnóstico é confirmado pelo TSH elevado (22 mUI/L, sendo o valor de corte para tratamento imediato geralmente acima de 10 mUI/L) e pelo T4 livre baixo (0,6 ng/dL).

Outro ponto crucial é a presença de dislipidemia (colesterol total, LDL e triglicérides aumentados). No hipotireoidismo, ocorre uma diminuição da atividade dos receptores de LDL e do catabolismo do colesterol, tornando a dislipidemia uma consequência secundária da deficiência hormonal.

### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

A conduta mais apropriada é iniciar a levotiroxina. O tratamento do hipotireoidismo primário visa restaurar o estado de eutireoidismo. Ao normalizar os níveis de hormônios tireoidianos, o metabolismo basal aumenta, facilitando a perda de peso e combatendo a fadiga. Além disso, a correção do hipotireoidismo é o primeiro passo no manejo da dislipidemia secundária; na maioria das vezes, os níveis lipídicos normalizam ou melhoram drasticamente apenas com a levotiroxina, sem necessidade de estatinas em um primeiro momento.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): Embora o suporte nutricional seja importante, a paciente já relatou

estar seguindo uma dieta adequada e praticando exercícios. O insucesso na perda de peso deve-se à questão hormonal (baixa taxa metabólica), que não será resolvida apenas com ajuste dietético.

Alternativa (b): A fluoxetina é um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina. Não há indicação para o seu uso neste caso, pois a fadiga e o ganho de peso são sintomas de uma doença endócrina confirmada, e não de um transtorno depressivo ou alimentar primário.

Alternativa (c): Iniciar sinvastatina agora seria prematuro. As diretrizes recomendam tratar o hipotireoidismo primeiro e reavaliar o perfil lipídico após a normalização do TSH. Iniciar uma estatina antes de corrigir a tireoide pode, inclusive, aumentar o risco de miopatia (efeito colateral das estatinas), que já é maior em pacientes com hipotireoidismo não tratado.

---

## Questão 10

**ANÁLISE DO CASO:** O quadro clínico descrito é clássico de uma pneumonia adquirida na comunidade (PAC) de padrão típico. Os sinais cardinais são o início agudo de febre alta, tosse produtiva (expectoração purulenta) e dor torácica pleurítica. No exame de imagem (Rx), a presença de consolidação lobar é o achado característico que direciona o diagnóstico para bactérias piogênicas.

**ALTERNATIVA B (CORRETA):** O *Streptococcus pneumoniae*\*, ou pneumococo, é o agente etiológico mais comum da pneumonia bacteriana em todas as faixas etárias adultas, sendo responsável pela maioria dos casos de PAC típica. Ele é o patógeno que mais frequentemente causa o padrão de consolidação lobar e a apresentação clínica aguda com calafrios e febre alta, preenchendo perfeitamente os critérios da questão.

**ALTERNATIVA A:** O *Mycoplasma pneumoniae*\* é um agente de pneumonia atípica. O quadro clínico costuma ser mais arrastado (subagudo), com tosse seca predominante, febre baixa e sintomas extrapulmonares (como mialgia e cefaleia). No raio X, o padrão mais comum é o infiltrado intersticial difuso, e não a consolidação lobar.

**ALTERNATIVA C:** A *Chlamydia pneumoniae*\* também é classificada como um patógeno atípico. Assim como o *Mycoplasma*\*, causa quadros clínicos menos graves e de evolução mais lenta, frequentemente chamados de pneumonia ambulante, com achados radiológicos que não costumam apresentar consolidação lobar franca.

**ALTERNATIVA D:** O *Pneumocystis jirovecii*\* é um fungo oportunista que causa

pneumonia quase exclusivamente em pacientes imunocomprometidos (especialmente naqueles com HIV e contagem de CD4 baixa). O quadro é marcado por dispneia progressiva, tosse seca e hipoxemia severa. Radiologicamente, manifesta-se com infiltrado intersticial bilateral e difuso, poupando as periferias, o que é muito diferente da consolidação localizada descrita.

---

### Questão 11

A questão aborda o manejo agudo da hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes esofágicas em um paciente cirrótico. Diante de uma hematêmese volumosa nesse perfil de paciente, a prioridade, após a estabilização hemodinâmica inicial (ABC), é o controle do sangramento portal por meio de medidas farmacológicas e endoscópicas.

Alternativa (a) Incorreta: O inibidor de bomba de prótons (IBP) endovenoso é a terapia de escolha para HDA não varicosa, como a úlcera péptica. Embora seja frequentemente iniciado na suspeita inicial de HDA até que se confirme a causa pela endoscopia, em um paciente com diagnóstico conhecido de cirrose e varizes, a prioridade absoluta são as drogas que agem na pressão portal.

Alternativa (b) Incorreta: Os betabloqueadores (como o propranolol) são indicados na profilaxia primária e secundária para evitar que as varizes sangrem ou ressangrem. No entanto, eles são terminantemente proibidos na fase aguda do sangramento, pois impedem a resposta taquicárdica compensatória à hipovolemia e podem agravar o choque.

Alternativa (c) Correta: O octreotídeo (ou a terlipressina e a somatostatina) é um análogo da somatostatina que promove vasoconstrição esplâncnica, reduzindo o fluxo sanguíneo para o sistema porta e, conseqüentemente, diminuindo a pressão nas varizes esofágicas. As diretrizes internacionais (Consenso de Baveno) recomendam que as drogas vasoativas sejam iniciadas o mais precocemente possível, preferencialmente ainda na fase pré-hospitalar ou assim que o paciente chega à emergência, antes mesmo da realização da endoscopia.

Alternativa (d) Incorreta: A hematêmese é o vômito com sangue, o que indica obrigatoriamente um sangramento acima do ângulo de Treitz (HDA). O exame de escolha para diagnóstico e tratamento é a endoscopia digestiva alta (EDA). A colonoscopia é utilizada para investigação de hemorragia digestiva baixa e não tem papel no manejo inicial desse paciente.

---

## Questão 12

O quadro clínico apresentado é clássico para pneumocistose (causada pelo fungo \*Pneumocystis jirovecii\*), que permanece como uma das infecções oportunistas definidoras de AIDS mais comuns em pacientes com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A pneumonia bacteriana típica (causada por patógenos como \*Streptococcus pneumoniae\*) geralmente apresenta um início agudo, com febre alta, calafrios e tosse produtiva. No raio X, o padrão esperado é de consolidação lobar ou segmentar única, e não um infiltrado intersticial difuso e bilateral.

b) Correta. A tríade de dispneia progressiva (instalação subaguda), tosse seca e febre baixa em um paciente HIV-positivo é fortemente sugestiva de pneumocistose. O achado radiológico de infiltrado intersticial bilateral simétrico, partindo da região hilar (aspecto em asa de borboleta ou vidro fosco), corrobora o diagnóstico. Frequentemente, esses pacientes apresentam uma dissociação clínico-radiológica, com ausculta pulmonar limpa apesar da imagem e da hipoxemia acentuadas.

c) Incorreta. A tuberculose miliar é uma forma de disseminação hematogênica da doença que também ocorre em imunossuprimidos. No entanto, o padrão radiológico característico é o "miliar", composto por múltiplos micronódulos de 1 a 3 mm distribuídos uniformemente por ambos os campos pulmonares (aspecto de sementes de milho), o que difere do infiltrado intersticial difuso inespecífico descrito.

d) Incorreta. Embora a histoplasmose possa causar pneumonia em pacientes com HIV, ela é menos frequente que a pneumocistose na epidemiologia das provas de residência para este quadro respiratório. A histoplasmose disseminada costuma cursar com outros achados sistêmicos, como hepatosplenomegalia, linfonodopatia e lesões cutâneas, e o padrão radiológico tende a ser micronodular ou reticulonodular.

---

## Questão 13

O caso descreve um paciente hipertenso em uso de diurético de alça (como a furosemida), apresentando fraqueza muscular e alcalose metabólica. Os diuréticos de alça inibem o transportador Na-K-2Cl na alça de Henle, o que aumenta a oferta de sódio ao néfron distal. Nos ductos coletores, a reabsorção desse sódio, mediada pela aldosterona, ocorre em troca da secreção de íons potássio (K+) e hidrogênio (H+).

Alternativa (a) Incorreta: Os diuréticos de alça promovem a perda urinária de magnésio, podendo causar hipomagnesemia, e não hipermagnesemia. A

hipermagnesemia é mais comum em casos de insuficiência renal grave ou ingestão excessiva de magnésio.

Alternativa (b) Correta: A hipocalemia (redução dos níveis de potássio) é um efeito colateral clássico dos diuréticos de alça. A perda de potássio ocorre devido ao aumento de sua secreção nos túbulos distais e coletores. A hipocalemia causa fraqueza muscular e está intimamente ligada à alcalose metabólica, pois a redução do potássio extracelular induz a saída de H<sup>+</sup> das células para o plasma (em troca da entrada de K<sup>+</sup>) e aumenta a síntese de amônia e a reabsorção de bicarbonato nos rins, mantendo o pH elevado.

Alternativa (c) Incorreta: O uso de diuréticos geralmente leva à perda de sódio e água. Embora a perda excessiva de água livre possa, teoricamente, causar hipernatremia, este não é o distúrbio metabólico que caracteriza o quadro de fraqueza muscular associado à alcalose metabólica induzida por diuréticos.

Alternativa (d) Incorreta: Os diuréticos de alça aumentam a excreção renal de cálcio, podendo levar à hipocalcemia (ao contrário dos diuréticos tiazídicos, que reduzem a excreção e podem causar hipercalcemia). Portanto, a hipercalcemia não é esperada neste cenário.

---

### Questão 14

A doença de Chagas, causada pelo protozoário \*Trypanosoma cruzi\*, possui um tropismo especial pelo sistema de condução cardíaco. Na fase crônica, a fibrose progressiva do miocárdio e do tecido de condução gera padrões eletrocardiográficos muito característicos que são frequentemente cobrados em provas de residência.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O achado eletrocardiográfico mais comum e característico da cardiopatia chagásica crônica é o Bloqueio de Ramo Direito (BRD), que pode aparecer isoladamente ou, muito frequentemente, associado ao Bloqueio Divisional Anterossuperior Esquerdo (BDAS). Essa combinação ocorre devido à vulnerabilidade anatômica do ramo direito (que é uma estrutura longa e fina) e do fascículo anterior do ramo esquerdo diante do processo inflamatório e fibrótico da doença.

Alternativa b) Incorreta. O bloqueio de ramo esquerdo (BRE) é significativamente menos comum que o bloqueio de ramo direito na doença de Chagas. Além disso, a associação descrita é tecnicamente imprecisa, pois o bloqueio completo do ramo esquerdo já pressupõe o bloqueio de seus fascículos (anterior e posterior).

Alternativa c) Incorreta. O Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) é um achado raro na doença de Chagas, sendo muito mais prevalente em outras etiologias de insuficiência cardíaca, como a cardiopatia isquêmica ou a cardiopatia hipertensiva. No contexto chagásico, o comprometimento do ramo direito é a marca registrada.

Alternativa d) Incorreta. Embora a doença de Chagas possa evoluir para uma forma dilatada com disfunção ventricular, a sobrecarga ventricular esquerda (SVE) não é o achado mais frequente nem o mais sugestivo da doença. As alterações de condução (bloqueios) precedem habitualmente as alterações de cavidade e são muito mais prevalentes na população de pacientes soropositivos.

Resumo: Diante de um paciente com sorologia positiva para Chagas e alteração no ECG, a primeira hipótese diagnóstica deve ser sempre o Bloqueio de Ramo Direito (BRD), especialmente se associado ao Bloqueio Divisional Anterossuperior (BDAS).

---

## Questão 15

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A insuficiência cardíaca (IC) no estágio D é definida como a fase refratária da doença, na qual o paciente apresenta sintomas graves mesmo em repouso e apesar de todo o tratamento medicamentoso otimizado. Para esses pacientes, as diretrizes preconizam a manutenção dos fármacos que modificam o desfecho da doença (reduzem mortalidade e internação), desde que haja estabilidade hemodinâmica.

Alternativa a) Clonidina: Está incorreta. A clonidina é um anti-hipertensivo de ação central (agonista alfa-2 adrenérgico). Não existe indicação para o uso dessa droga no manejo da insuficiência cardíaca, pois ela não demonstrou benefícios em reduzir o remodelamento cardíaco ou a mortalidade desses pacientes.

Alternativa b) Nitrato: Está incorreta. O nitrato é um potente vasodilatador venoso, sendo muito útil no manejo de sintomas de congestão pulmonar e na angina. Embora possa ser usado em combinação com a hidralazina em casos selecionados (como em pacientes negros que permanecem sintomáticos ou pacientes com contraindicação aos inibidores da ECA/BRA), ele não é considerado uma droga essencial ou de primeira linha que "não pode faltar" de forma isolada no estágio D.

Alternativa c) Hidralazina: Está incorreta. A hidralazina é um vasodilatador arterial. Assim como o nitrato, sua indicação principal na IC é em terapia combinada (Hidralazina + Nitrato) para perfis específicos de pacientes. Sozinha, ela não possui o impacto na sobrevida que os pilares terapêuticos principais possuem.

Alternativa d) Betabloqueador: Está correta. Os betabloqueadores (como carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol) são um dos pilares fundamentais do tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Eles bloqueiam os efeitos tóxicos das catecolaminas no miocárdio, reduzem a frequência cardíaca, melhoram a função sistólica a longo prazo e reduzem drasticamente a mortalidade. Mesmo em pacientes no estágio D, a diretriz recomenda manter o betabloqueador sempre que possível, realizando ajustes de dose apenas em momentos de descompensação aguda grave ou choque, sendo indispensável na prescrição para o controle da progressão da doença.

GABARITO: Letra (d).

## Questão 16

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de síndrome nefrótica, caracterizada por edema de membros inferiores, proteinúria em faixa nefrótica (5 g/dia, sendo o ponto de corte > 3,5 g/dia) e hipoalbuminemia acentuada (2 g/dL). A ausência de hematúria e leucocitúria no exame de urina reforça o diagnóstico de uma glomerulopatia puramente nefrótica.

O ponto-chave para a resolução da questão reside nos dados epidemiológicos e nos achados do exame físico:

1. Idade avançada (70 anos).
2. Tabagismo pesado (80 maços-ano).
3. Baqueteamento digital (sinal de hipóxia crônica ou, muito frequentemente, marcador de neoplasia pulmonar).

Em idosos com síndrome nefrótica, devemos sempre investigar causas secundárias, sendo as neoplasias uma das principais suspeitas.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): A doença por lesões mínimas é a principal causa de síndrome nefrótica em crianças. Quando ocorre em adultos de forma secundária, está classicamente associada a neoplasias hematológicas, como o linfoma de Hodgkin, e não a tumores de órgãos sólidos.

Alternativa B (Correta): A glomerulopatia membranosa é a causa mais comum de síndrome nefrótica em idosos. Aproximadamente 10% a 25% dos casos de glomerulopatia membranosa em pacientes acima de 60 anos são secundários a uma

neoplasia oculta. Os tumores de órgãos sólidos (pulmão, trato gastrointestinal, próstata e mama) são os mais associados. No caso clínico, o tabagismo pesado e o baqueteamento digital direcionam fortemente a investigação para uma neoplasia de pulmão.

Alternativa C (Incorreta): A amiloidose pode causar síndrome nefrótica em idosos, mas a forma primária (AL) está ligada a discrasias de plasmócitos (como o mieloma múltiplo) e a forma secundária (AA), a doenças inflamatórias crônicas. O quadro de baqueteamento digital e tabagismo aponta para tumor sólido, não para linfoma ou amiloidose.

Alternativa D (Incorreta): Embora a glomerulopatia membranosa seja o diagnóstico correto, a associação está invertida nesta alternativa. Como mencionado, a membranosa associa-se preferencialmente a neoplasias de órgãos sólidos, enquanto as neoplasias hematológicas (especialmente o linfoma de Hodgkin) associam-se à doença por lesões mínimas.

---

### **Questão 17**

Para compreender a resposta correta, é fundamental analisar a epidemiologia do trauma abdominal, que é dividido em dois grandes grupos: o trauma penetrante (por arma branca ou de fogo) e o trauma contuso ou fechado (geralmente resultante de acidentes automobilísticos, quedas ou agressões diretas).

No trauma abdominal fechado, os órgãos sólidos são os mais vulneráveis devido à sua consistência friável e fixação anatômica, que os tornam suscetíveis a lesões por desaceleração e compressão direta contra a coluna vertebral ou gradil costal.

Alternativa a) Baço. Esta é a alternativa correta. De acordo com os principais manuais de trauma, como o ATLS (Advanced Trauma Life Support), o baço é o órgão mais frequentemente lesionado no trauma abdominal fechado, ocorrendo em cerca de 40 a 55 por cento dos casos. Sua localização no hipocôndrio esquerdo e sua cápsula relativamente fina o tornam muito exposto a impactos.

Alternativa b) Fígado. Esta alternativa está incorreta como resposta principal, embora o fígado seja o segundo órgão mais comumente afetado no trauma contuso. Vale ressaltar que, se a questão tratasse de trauma penetrante (especialmente por arma branca), o fígado passaria a ser o órgão mais frequentemente atingido. Em algumas estatísticas recentes, fígado e baço aparecem com incidências próximas, mas o baço ainda prevalece como o número um nas questões de prova para trauma fechado.

Alternativa c) Intestino delgado. Esta alternativa está incorreta. As vísceras ocas,

como o intestino delgado, são menos frequentemente lesionadas no trauma fechado em comparação aos órgãos sólidos. O intestino delgado é, contudo, o órgão mais comumente lesado em traumas penetrantes por arma de fogo.

Alternativa d) Estômago. Esta alternativa está incorreta. O estômago é raramente lesado em traumas abdominais fechados devido à sua mobilidade e localização relativamente protegida na parte superior do abdome, abaixo do gradil costal.

Em resumo, para fins de provas de residência e concursos, memorize a seguinte regra para trauma abdominal:

- Trauma Fechado: 1. Baço, 2. Fígado.
- Trauma Penetrante (Arma Branca): 1. Fígado, 2. Intestino delgado.
- Trauma Penetrante (Arma de Fogo): 1. Intestino delgado, 2. Cólon, 3. Fígado.

---

### Questão 18

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A hérnia inguinal indireta se caracteriza por passar lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Ela utiliza o anel inguinal interno como porta de entrada. A hérnia que se localiza medialmente aos vasos epigástricos inferiores, dentro do chamado triângulo de Hesselbach, é a hérnia inguinal direta.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. Embora a hérnia indireta seja estatisticamente a mais comum em todas as faixas etárias (incluindo idosos), as provas de residência frequentemente associam o envelhecimento ao surgimento das hérnias diretas, que ocorrem por fraqueza adquirida da parede posterior. A hérnia indireta é o tipo predominante em crianças e adultos jovens devido à sua etiologia congênita.

ALTERNATIVA C: CORRETA. O risco de encarceramento e estrangulamento é significativamente maior na hérnia inguinal indireta. Isso ocorre porque o orifício de saída (anel inguinal interno) é mais estreito e rígido. Nas hérnias diretas, o defeito é um abaulamento de base larga na fáscia transversalis, o que torna o aprisionamento do conteúdo herniário muito menos frequente.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A hérnia inguinal indireta tem origem congênita. Sua causa é a falha no fechamento do conduto peritônio-vaginal durante a formação fetal, permitindo a comunicação entre a cavidade abdominal e o canal inguinal. A hérnia que é sempre adquirida é a hérnia inguinal direta, resultante de esforço crônico e degeneração dos tecidos da parede abdominal.

---

## Questão 19

A alternativa correta é a letra (c).

Para responder a essa questão de forma adequada, é preciso distinguir entre a complicação mais frequente e a complicação precoce mais grave e relevante no pós-operatório imediato.

Alternativa (a) Incorreta: A hipocalcemia, causada pelo hipoparatiroidismo (lesão ou desvascularização das paratireoides), é a complicação mais comum no geral após uma tireoidectomia total. Contudo, seus sintomas costumam aparecer entre 24 e 72 horas após a cirurgia. No contexto de provas de residência, quando se fala em principal complicação precoce, o foco recai sobre aquela que exige vigilância imediata devido ao risco de vida.

Alternativa (b) Incorreta: O hipotireoidismo é uma consequência esperada e obrigatória da tireoidectomia total, uma vez que toda a glândula produtora de hormônios foi removida. Não é classificado como uma complicação cirúrgica propriamente dita, mas sim como um resultado do procedimento que será manejado com reposição hormonal crônica.

Alternativa (c) Correta: O hematoma cervical é considerado a principal complicação precoce devido ao seu potencial de gravidade imediata. Ele ocorre geralmente nas primeiras horas após o procedimento (pós-operatório imediato). Devido ao espaço cervical ser limitado e pouco complacente, o acúmulo de sangue pode causar compressão da traqueia e edema de glote, levando à obstrução aguda das vias aéreas e asfixia. É uma emergência cirúrgica que requer descompressão imediata.

Alternativa (d) Incorreta: A lesão de traqueia é uma intercorrência intraoperatória rara. Quando acontece, é percebida pelo cirurgião durante a dissecação da glândula e deve ser reparada no mesmo momento. Não é a complicação precoce típica observada no acompanhamento pós-operatório.

Em resumo, embora a hipocalcemia ocorra em maior número de pacientes, o hematoma cervical é a complicação precoce mais crítica e classicamente cobrada em provas como a principal preocupação no pós-operatório imediato de tireoidectomia.

## Questão 20

A indicação de laparotomia no trauma abdominal penetrante baseia-se na identificação de sinais que apontem para lesões graves com risco imediato de morte ou necessidade de reparo cirúrgico urgente.

Alternativa a: Está correta. A hipotensão persistente é o sinal clínico de maior importância e gravidade no trauma abdominal. Ela indica que o paciente está em choque hipovolêmico, provavelmente devido a uma hemorragia interna maciça decorrente de lesão de grandes vasos ou órgãos sólidos. De acordo com as diretrizes do ATLS (Advanced Trauma Life Support), a instabilidade hemodinâmica em pacientes com ferimento penetrante é uma indicação absoluta de laparotomia imediata para controle do sangramento, sobrepondo-se a qualquer outro achado clínico ou exame de imagem.

Alternativa b: Está incorreta. Embora a presença de dor abdominal difusa e sinais de irritação peritoneal (peritonite) sejam indicações clássicas para laparotomia exploradora, a hipotensão persistente é considerada um critério mais crítico e prioritário. Um paciente pode ter dor sem risco iminente de morte, mas a hipotensão indica falência circulatória que exige intervenção imediata.

Alternativa c: Está incorreta. O hematoma retroperitoneal é geralmente um achado identificado durante a realização de uma tomografia computadorizada ou durante a própria cirurgia. Portanto, ele não é o critério clínico inicial utilizado para indicar a laparotomia na sala de emergência. Além disso, nem todo hematoma retroperitoneal requer exploração cirúrgica, dependendo de sua localização e do mecanismo do trauma.

Alternativa d: Está incorreta. A hematúria macroscópica sugere lesão do sistema urinário (rins, ureteres ou bexiga). Embora seja um sinal importante que requer investigação, isoladamente ela não é o critério mais importante para laparotomia. Muitas lesões de trato urinário em pacientes hemodinamicamente estáveis podem ser manejadas de forma conservadora ou por via endovascular/minimamente invasiva.

---

## Questão 21

A epidemiologia do câncer de esôfago apresenta variações significativas de acordo com a região geográfica e os fatores de risco da população. No Brasil, os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) confirmam que o carcinoma espinocelular continua sendo a neoplasia maligna mais prevalente deste órgão.

Analise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O adenocarcinoma está relacionado à doença do refluxo gastroesofágico crônica, à obesidade e ao desenvolvimento do esôfago de Barrett. Embora sua incidência esteja crescendo rapidamente em países desenvolvidos e em centros urbanos brasileiros devido a mudanças no estilo de vida, ele ainda não superou o carcinoma espinocelular em números absolutos no território nacional.

Alternativa b) Correta. O carcinoma espinocelular (CEC), também chamado de carcinoma epidermoide, é o tipo histológico mais comum no Brasil. Seus principais fatores de risco são o tabagismo e o etilismo, que possuem efeito sinérgico. Outros fatores, como o consumo de bebidas em temperaturas muito elevadas (como o chimarrão) e a ingestão de alimentos defumados ou pobres em vitaminas, também contribuem para a alta prevalência deste tumor em determinadas regiões brasileiras.

Alternativa c) Incorreta. O leiomiossarcoma é um tumor maligno originado de células musculares lisas. É uma neoplasia mesenquimal extremamente rara no esôfago, representando menos de 1% dos tumores malignos desse órgão. O tumor mesenquimal mais comum do esôfago é o leiomioma, que é benigno.

Alternativa d) Incorreta. O linfoma esofágico primário é uma condição raríssima. O acometimento do esôfago por linfomas costuma ser secundário a doenças sistêmicas (como o Linfoma de Hodgkin ou não-Hodgkin) ou ocorre em pacientes com grave comprometimento do sistema imunológico, não figurando entre os tumores mais comuns.

---

## Questão 22

### DEFINIÇÃO E CONTEXTO CLÍNICO

A úlcera de Marjolin é o termo utilizado para descrever a transformação maligna que ocorre em feridas crônicas, cicatrizes de longa data ou processos inflamatórios persistentes na pele. O tipo histológico mais comum encontrado é o carcinoma espinocelular (CEC), embora outros tumores como o carcinoma basocelular também possam ocorrer. O cenário mais clássico para o surgimento dessa condição, e o mais frequentemente cobrado em provas de residência, é a degeneração neoplásica em cicatrizes de queimaduras antigas, geralmente ocorrendo décadas após a lesão inicial.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A úlcera gástrica perfurada é uma complicação aguda da doença ulcerosa péptica, caracterizada pelo rompimento da parede do estômago,

levando a um quadro de abdome agudo perfurativo. Não apresenta relação com a transformação maligna de cicatrizes cutâneas.

Alternativa b) Correta. A úlcera de Marjolin refere-se especificamente à degeneração maligna que se desenvolve sobre tecidos previamente lesionados de forma crônica. A cicatriz de queimadura é o principal fator predisponente. É fundamental destacar que o tumor que surge nessas condições tende a ser muito mais agressivo e com maior taxa de metástases do que os carcinomas espinocelulares induzidos apenas pela exposição solar.

Alternativa c) Incorreta. Uma úlcera duodenal refratária é aquela que não apresenta cicatrização adequada após o tratamento clínico otimizado (como o uso de inibidores de bomba de prótons e erradicação de *H. pylori*). É uma patologia gastroduodenal e não tem relação com o conceito de úlcera de Marjolin.

Alternativa d) Incorreta. A síndrome de Mallory-Weiss consiste em lacerações longitudinais na mucosa da junção esofagogástrica, tipicamente após episódios de vômitos vigorosos ou esforço intenso, resultando em hemorragia digestiva alta. Não há qualquer ligação fisiopatológica entre essa síndrome e a úlcera de Marjolin.

---

### Questão 23

A pancreatite aguda é dividida em duas fases clínicas: a fase precoce (que compreende a primeira semana) e a fase tardia (após a primeira semana). Na fase precoce, a gravidade é determinada pela presença de falência orgânica, que é desencadeada pela Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). O principal mecanismo fisiopatológico nesse período é o aumento da permeabilidade capilar e a liberação de mediadores inflamatórios, o que promove um intenso sequestro de líquidos para o terceiro espaço.

Alternativa (a) Incorreta: A infecção pancreática, como a necrose infectada, é uma complicação que tipicamente ocorre na fase tardia da doença, geralmente após a segunda semana (entre o 10º e o 14º dia). Embora seja uma causa importante de mortalidade, não é a principal complicação da primeira semana.

Alternativa (b) Incorreta: O pseudoaneurisma é uma complicação vascular rara que resulta da erosão de vasos sanguíneos (como a artéria esplênica) pelas enzimas pancreáticas. Trata-se de uma condição tardia, muitas vezes relacionada à pancreatite crônica ou à evolução prolongada de uma pancreatite aguda grave.

Alternativa (c) Correta: O choque hipovolêmico é a principal complicação e a maior preocupação clínica nos primeiros sete dias de uma pancreatite aguda grave. A

inflamação sistêmica causa um grande deslocamento de fluidos do compartimento intravascular para o interstício (terceiro espaço). Se não houver uma ressuscitação volêmica adequada, o paciente evolui com choque, instabilidade hemodinâmica e subsequente falência de múltiplos órgãos.

Alternativa (d) Incorreta: O pseudocisto pancreático é uma coleção líquida peripancreática envolvida por uma parede de tecido fibroso ou de granulação. Por definição (Classificação de Atlanta), sua formação leva pelo menos 4 semanas a partir do início da pancreatite, o que o torna uma complicação tardia e não da fase inicial.

---

### Questão 24

A abordagem diagnóstica da Trombose Venosa Profunda (TVP) baseia-se na avaliação da probabilidade clínica, frequentemente utilizando o Escore de Wells, seguida pela realização de exames de imagem. O objetivo é confirmar a presença do trombo de forma rápida, segura e eficaz.

Alternativa (a) Incorreta. A flebografia já foi considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de TVP no passado. No entanto, por ser um método invasivo, que exige a punção de uma veia periférica, o uso de contraste iodado e a exposição à radiação, ela deixou de ser utilizada na rotina inicial. Atualmente, é reservada para situações excepcionais ou quando intervenções endovasculares estão programadas.

Alternativa (b) Incorreta. A Angiotomografia (Angio-TC) é o exame padrão para o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e possui utilidade na avaliação de tromboes em veias centrais, como a veia cava ou veias ilíacas, onde a visualização pelo ultrassom pode ser dificultada por gases intestinais. Contudo, devido ao custo, à necessidade de contraste e à radiação, não é a primeira escolha para TVP de membros inferiores.

Alternativa (c) Correta. A Ultrassonografia com Doppler Venoso é o exame inicial de escolha. Trata-se de um método não invasivo, de baixo custo, amplamente disponível e que pode ser realizado à beira do leito. Apresenta alta sensibilidade e especificidade, especialmente para tromboes proximais (acima do joelho). O principal sinal ultrassonográfico de TVP é a não-compressibilidade da veia ao ser pressionada pelo transdutor, além da visualização direta do trombo e da ausência de fluxo ao mapeamento Doppler.

Alternativa (d) Incorreta. A Ressonância Magnética (RNM) venosa é um exame com excelente acurácia, especialmente útil em gestantes (por não usar radiação) ou para avaliar trombose de veias pélvicas. No entanto, sua baixa disponibilidade na maioria

dos centros, o tempo prolongado para execução do exame e o alto valor financeiro inviabilizam seu uso como ferramenta diagnóstica inicial na suspeita de TVP.

### Questão 25

A tríade de Virchow é um conceito clássico da patologia que descreve os três fatores primordiais que contribuem para a formação de trombos no sistema vascular, especificamente no sistema venoso. Os componentes da tríade são: 1. Estase venosa (redução da velocidade do fluxo sanguíneo), 2. Lesão endotelial (dano à parede interna do vaso) e 3. Hipercoagulabilidade (tendência aumentada do sangue de formar coágulos). A interação desses três elementos é o mecanismo fisiopatológico básico para o desenvolvimento da trombose venosa profunda.

Análise das alternativas:

a) Correta. A trombose venosa profunda (TVP) é a condição clínica diretamente originada pelos mecanismos descritos na tríade de Virchow. Quando um paciente apresenta imobilidade (estase), passa por uma cirurgia (lesão endotelial) ou possui uma condição genética/neoplásica (hipercoagulabilidade), o risco de desenvolver TVP aumenta significativamente conforme a descrição do modelo de Virchow.

b) Incorreta. O choque séptico é uma condição de falência circulatória aguda decorrente de uma resposta inflamatória sistêmica grave a uma infecção. Sua fisiopatologia envolve vasodilatação generalizada, disfunção miocárdica e alteração da permeabilidade capilar, não sendo definida pela tríade de Virchow.

c) Incorreta. A síndrome compartimental é uma emergência médica caracterizada pelo aumento da pressão dentro de um compartimento muscular fechado, o que leva à isquemia de nervos e músculos. É comumente causada por traumas, fraturas ou queimaduras, e não pelos mecanismos trombogênicos da tríade de Virchow.

d) Incorreta. Embora a embolia pulmonar (EP) seja a complicação mais grave e frequente da trombose venosa profunda, ela não é a definição da tríade. A tríade de Virchow explica como o trombo se forma (trombogênese), enquanto a embolia pulmonar é o evento mecânico no qual esse trombo se desprende e obstrui a vasculatura pulmonar. Portanto, a associação primária da tríade é com a formação do trombo (TVP).

## Questão 26

O diagnóstico de abdome agudo perfurativo baseia-se na identificação de ar livre na cavidade peritoneal, sinal radiológico conhecido como pneumoperitônio. Para a detecção desse achado, a estratégia inicial e mais eficaz na rotina de urgência é a realização da chamada rotina de abdome agudo.

Alternativa (a) Incorreta: A tomografia computadorizada (TC) é, de fato, o exame mais sensível para detectar quantidades mínimas de ar e para localizar o sítio exato da perfuração. No entanto, por questões de disponibilidade, custo e rapidez, a radiografia continua sendo o exame inicial mais útil e prático para o rastreamento. Além disso, o uso de contraste (especialmente o baritado) é contraindicado na suspeita de perfuração.

Alternativa (b) Incorreta: A radiografia em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais (incidência de Hicken) é útil apenas quando o paciente está impossibilitado de assumir a posição de ortostase (em pé). Ela permite ver o ar entre o fígado e a parede abdominal, mas não é a primeira escolha para pacientes que podem deambular.

Alternativa (c) Correta: A radiografia de tórax em ortostase é considerada o exame mais útil e sensível entre as radiografias simples para o diagnóstico de pneumoperitônio. Isso ocorre porque o ar, sendo menos denso, migra para a região mais alta da cavidade abdominal, acumulando-se logo abaixo das cúpulas diafragmáticas. A nitidez da transição entre o pulmão (ar), o diafragma e o fígado/estômago facilita a visualização de lâminas de ar muito pequenas, sendo superior à radiografia de abdome para este fim.

Alternativa (d) Incorreta: A ultrassonografia apresenta baixa sensibilidade para detectar ar livre na cavidade, pois o gás atua como uma barreira física para as ondas de ultrassom, gerando artefatos que dificultam a visualização de estruturas profundas. Sua utilidade é maior no abdome agudo inflamatório (como colecistite) ou hemorrágico.

---

## Questão 27

A drenagem torácica (toracostomia com selo d'água) é um procedimento fundamental no manejo do trauma torácico, indicado para esvaziar a cavidade pleural de ar, sangue ou outros fluidos, permitindo a reexpansão pulmonar.

Alternativa (a): Correta. O hemotórax, que é o acúmulo de sangue no espaço pleural, é uma das indicações mais clássicas para a drenagem. O dreno permite não apenas a retirada do sangue para que o pulmão volte a expandir, mas também a

monitorização quantitativa da perda sanguínea. Hemotórax volumosos (acima de 1.500 mL na drenagem inicial) ou em expansão (débito contínuo de sangue) são critérios decisivos para indicar uma toracotomia de urgência.

Alternativa (b): Incorreta. O pneumotórax hipertensivo é uma emergência médica de diagnóstico clínico e exige tratamento imediato. No entanto, a conduta prioritária e inicial não é a drenagem torácica em selo d'água, mas sim a descompressão imediata (toracostomia digital ou descompressão por agulha no quinto espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média). A drenagem torácica é realizada apenas após a manobra de alívio ter estabilizado o paciente.

Alternativa (c): Incorreta. A contusão pulmonar é uma lesão direta do parênquima (tecido) pulmonar, causando edema e hemorragia alveolar. O tratamento é essencialmente de suporte, focado em boa oxigenação, fisioterapia respiratória, analgesia e controle cauteloso de fluidos. A drenagem só seria necessária se houvesse um pneumotórax ou hemotórax associado à contusão.

Alternativa (d): Incorreta. A fratura de costela isolada, por si só, não é indicação de drenagem. O manejo principal é a analgesia potente para evitar que o paciente faça hipoventilação por dor, o que poderia levar a atelectasias e pneumonias. O dreno de tórax só entra em cena se a ponta da costela fraturada perfurar a pleura ou o pulmão, gerando um pneumotórax ou hemotórax secundário.

---

## Questão 28

O sinal de Courvoisier-Terrier é um achado clássico do exame físico que consiste na palpação de uma vesícula biliar distendida e indolor em um paciente que apresenta icterícia obstrutiva progressiva. A lógica por trás desse sinal é que, se a obstrução do ducto biliar for causada por cálculos (litíase), a vesícula biliar geralmente está inflamada ou sofreu fibrose por episódios prévios de colecistite, o que a impede de se dilatar significativamente. Já em obstruções neoplásicas distais, a vesícula é saudável e consegue se expandir conforme a pressão da bile aumenta, sem causar dor inflamatória.

Alternativa (a) Incorreta. Na colecistite aguda litiásica, o paciente apresenta o sinal de Murphy (interrupção da inspiração profunda à palpação do ponto cóstico devido à dor). A vesícula está inflamada e dolorosa, o que é o oposto do sinal de Courvoisier-Terrier, no qual a vesícula é indolor. Além disso, em pacientes com histórico de cálculos na vesícula, o órgão costuma ser cronicamente doente e pouco complacente.

Alternativa (b) Incorreta. A pancreatite crônica alcoólica manifesta-se principalmente

por dor abdominal crônica, má absorção (esteatorreia) e diabetes. Embora a fibrose na cabeça do pâncreas possa raramente causar estenose do colédoco, não é a associação típica descrita para este epônimo, que foca na etiologia maligna.

Alternativa (c) Correta. A neoplasia de cabeça do pâncreas é a principal causa do sinal de Courvoisier-Terrier. O tumor promove uma obstrução extrínseca, lenta, contínua e progressiva do ducto colédoco distal. Como a vesícula biliar desse paciente costuma ser previamente hígida, ela se dilata de forma passiva para acomodar o fluxo biliar interrompido, tornando-se uma massa palpável no hipocôndrio direito, mas sem os sinais de irritação peritoneal ou inflamação aguda que causariam dor.

Alternativa (d) Incorreta. A colangite esclerosante é uma doença inflamatória e fibrótica que atinge os ductos biliares de forma multifocal (intra e extra-hepáticos). Ela causa estenoses segmentares e não costuma levar a uma dilatação isolada e massiva da vesícula biliar da forma descrita na questão.

Em resumo, a tríade "icterícia obstrutiva + vesícula palpável + ausência de dor" deve sempre levantar a suspeita imediata de tumores periampulares, sendo o câncer de cabeça do pâncreas o mais frequente.

---

### Questão 29

Alternativa a) Incorreta. Diversos pontos desta alternativa estão equivocados. A idade avançada (e não a baixa idade) e a desnutrição são fatores de risco importantes. Além disso, as evidências atuais, fundamentadas em protocolos como o ACERTO e ERAS, demonstram que a alimentação precoce no pós-operatório é benéfica e não predispõe à formação de fístulas, pois auxilia na cicatrização e na redução da resposta metabólica ao trauma. O uso de fios inabsorvíveis ou a ausência de antibióticos podem estar relacionados a infecções, mas não são, isoladamente, os principais fatores predisponentes diretos para a fístula em comparação com a técnica cirúrgica e a perfusão tecidual.

Alternativa b) Incorreta. A febre nos dois primeiros dias de pós-operatório é, na grande maioria das vezes, decorrente da resposta inflamatória sistêmica ao trauma cirúrgico ou de causas pulmonares, como a atelectasia. As fístulas digestivas costumam manifestar-se clinicamente de forma mais tardia, geralmente entre o 5º e o 10º dia de pós-operatório, quando ocorre a falha da anastomose ou da sutura.

Alternativa c) Incorreta. Esta alternativa cita justamente os principais fatores que impedem o fechamento espontâneo de uma fístula. Existe um mnemônico clássico na cirurgia para lembrar desses fatores (FRIEND): Corps étrangers (Foreign body),

Radiação, Infecção/Inflamação/Abscesso, Epitelização do trajeto, Neoplasia e Obstrução distal. A desnutrição também é um fator sistêmico crítico que prejudica a cicatrização e o fechamento.

Alternativa d) Correta. A classificação das fístulas digestivas quanto ao débito é fundamental para o manejo clínico e prognóstico. De acordo com o volume drenado em 24 horas, as fístulas são classificadas como: baixo débito (menor que 200 mL/dia), débito moderado (entre 200 e 500 mL/dia) e alto débito (maior que 500 mL/dia). Fístulas de alto débito impõem maior dificuldade no manejo hidroeletrólítico e nutricional, além de apresentarem menores taxas de fechamento espontâneo.

### Questão 30

#### ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro de epistaxe (sangramento nasal) volumosa e recorrente, associado à hipertensão arterial mal controlada. O relato de vômitos com sangue escuro (pseudo-hematêmese) é típico de pacientes que deglutem o sangue proveniente do sangramento nasal, especialmente em casos de sangramentos posteriores ou de grande monta. Em quadros de sangramento ativo volumoso, o foco inicial deve ser sempre a segurança do paciente e a manutenção da vida.

#### ALTERNATIVA A (CORRETA):

Em qualquer situação de sangramento agudo e volumoso na emergência, a prioridade absoluta é a avaliação do ABC (Vias aéreas, Respiração e Circulação). Deve-se avaliar imediatamente o estado hemodinâmico (frequência cardíaca, pressão arterial, tempo de enchimento capilar e nível de consciência) para identificar precocemente sinais de choque hipovolêmico. A estabilização clínica e a ressuscitação volêmica, se necessárias, devem preceder as medidas específicas de controle local do sangramento.

#### ALTERNATIVA B (INCORRETA):

Embora o paciente tenha vomitado sangue, o contexto de epistaxe volumosa indica que houve deglutição de sangue nasal, o que irrita a mucosa gástrica e provoca o vômito. Não há indícios iniciais de hemorragia digestiva primária que justifiquem endoscopia digestiva alta e, muito menos, colonoscopia (endoscopia baixa) no atendimento inicial de urgência.

#### ALTERNATIVA C (INCORRETA):

O quadro é perfeitamente compatível com hipertensão arterial mal controlada. A hipertensão é um fator de risco clássico e frequente para epistaxe em adultos e idosos, pois a fragilidade vascular e os picos pressóricos dificultam a hemostasia

espontânea do corpo.

ALTERNATIVA D (INCORRETA):

O tamponamento nasal posterior é um procedimento invasivo, desconfortável e que pode gerar complicações (como hipóxia e reflexos vagais), sendo reservado para casos em que o sangramento é sabidamente posterior ou quando o tamponamento anterior falhou. Nenhuma manobra mecânica de controle de sangramento deve ser realizada antes da avaliação da estabilidade hemodinâmica do paciente. Além disso, o tamponamento deve ser feito de forma escalonada, iniciando-se pelas medidas mais simples (compressão direta e tamponamento anterior).

### Questão 31

Para compreender as causas do abdome agudo obstrutivo no adulto, é fundamental diferenciar a obstrução do intestino delgado da obstrução do intestino grosso, embora, de forma generalizada, exista uma tríade clássica que domina as estatísticas.

A ordem de frequência das principais causas é:

1. Bridas ou aderências: São a causa número um de obstrução intestinal em adultos, sendo responsáveis por cerca de 60% a 75% dos casos de obstrução do intestino delgado. Elas geralmente decorrem de processos cicatriciais de cirurgias abdominais prévias.
2. Hérnias: Historicamente a segunda causa mais comum. Embora as hérnias externas (inguinais, femorais, incisionais) sejam muito mais frequentes que as internas, o grupo das hérnias como um todo ocupa o segundo lugar no ranking.
3. Neoplasias (tumores): São a terceira causa geral, mas assumem o primeiro lugar quando analisamos especificamente a obstrução do intestino grosso (cólon), principalmente devido ao câncer colorretal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Esta alternativa coloca as hérnias externas em primeiro lugar e as bridas em terceiro. Na população adulta moderna, com o aumento do número de procedimentos cirúrgicos, as bridas e aderências superaram as hérnias como principal etiologia.

Alternativa b) Correta. É a única alternativa que inicia com "Bridas e aderências", que é consensualmente a causa mais frequente no adulto. Segue-se a menção a hérnias (neste caso, especificando internas, o que pode ser uma particularidade da banca, mas mantém a categoria correta no ranking) e tumores em terceiro lugar. Esta

sequência respeita a ordem decrescente de prevalência epidemiológica.

Alternativa c) Incorreta. O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal (menos de 1% a 4% dos casos), ocorrendo devido à passagem de um cálculo da vesícula para o lúmen intestinal através de uma fístula colecistoentérica. Não figura entre as causas principais.

Alternativa d) Incorreta. Embora as neoplasias sejam causas importantes, elas não são a causa mais frequente no cômputo geral de obstruções em adultos. Além disso, o volvo de sigmoide, apesar de relevante em certas populações, é menos comum que as aderências e as hérnias.

---

### Questão 32

O escore MELD (Model for End-Stage Liver Disease) é um sistema de pontuação numérica utilizado para avaliar a gravidade da doença hepática crônica e determinar a prioridade de pacientes na lista de espera para transplante de fígado. Ele foi desenvolvido originalmente para prever a mortalidade em três meses de pacientes submetidos ao procedimento de TIPS, mas sua aplicação foi expandida devido à sua capacidade de prever o risco de óbito em pacientes cirróticos.

Os três componentes laboratoriais que compõem o cálculo do MELD original são:

1. Bilirrubina total: reflete a capacidade de conjugação e excreção biliar do fígado.
2. INR (International Normalized Ratio): reflete a função de síntese hepática, avaliando a produção de fatores de coagulação dependentes de vitamina K.
3. Creatinina: avalia a função renal, que é um dos principais determinantes de prognóstico na cirrose avançada (como na síndrome hepatorenal).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A fosfatase alcalina é um marcador de colestase e as plaquetas são marcadores importantes na cirrose (sugerindo hipertensão portal e hiperesplenismo), mas nenhum dos dois faz parte da fórmula do MELD.

b) Incorreta. A PaO<sub>2</sub> (pressão parcial de oxigênio) é usada na avaliação da síndrome hepatopulmonar e a TGO (AST) é um marcador de lesão celular, mas não integram este escore específico.

c) Correta. A alternativa apresenta exatamente os três critérios laboratoriais utilizados na fórmula original do MELD. Atualmente, muitos serviços utilizam o MELD-Na, que inclui também o sódio, mas a base do escore permanece sendo INR,

creatinina e bilirrubina.

d) Incorreta. O lactato é um marcador de hipoperfusão tecidual e a gama-GT é um marcador de colestase e consumo crônico de álcool. Nenhum dos dois compõe o escore MELD.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 33

A mortalidade neonatal, que compreende os óbitos ocorridos do nascimento até o 27º dia de vida, representa atualmente cerca de 70% da mortalidade infantil total no Brasil. A compreensão das principais causas é fundamental para a prova de residência e para a prática clínica.

Alternativa a) Incorreta. As malformações congênitas são a segunda principal causa de mortalidade neonatal no Brasil. Elas têm ganhado maior relevância proporcional nas últimas décadas, uma vez que as mortes por causas evitáveis (como infecções) diminuíram, mas ainda não superam os óbitos relacionados à idade gestacional.

Alternativa b) Correta. A prematuridade e suas complicações associadas (como a síndrome do desconforto respiratório, a hemorragia intracraniana e a enterocolite necrotizante) constituem a principal causa de morte neonatal no país. O nascimento pré-termo é o fator que, isoladamente, mais contribui para o óbito nos primeiros 28 dias de vida, estando frequentemente associado ao baixo peso ao nascer.

Alternativa c) Incorreta. A sepse neonatal e outras infecções perinatais são causas relevantes, especialmente no componente neonatal tardio (do 7º ao 27º dia). No entanto, estatisticamente, elas aparecem abaixo da prematuridade e das malformações congênitas nas listagens do Ministério da Saúde.

Alternativa d) Incorreta. A asfixia perinatal (ou hipóxia intraparto) é uma causa importante de mortalidade e de morbidade (sequelas neurológicas). Embora seja uma causa evitável em muitos casos por meio de uma boa assistência obstétrica e de reanimação neonatal adequada, ela ocupa o quarto lugar entre as causas principais, ficando atrás da prematuridade, das malformações e das infecções.

---

### Questão 34

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança segue uma sequência lógica e cronológica, embora existam variações individuais. Para fins de avaliação clínica e diagnóstica, utilizamos os chamados marcos do desenvolvimento. É crucial diferenciar a idade média de aquisição do limite superior de normalidade, que é o ponto onde a ausência da habilidade se torna um sinal de alerta.

Alternativa a) 12 meses.

Incorreta. Embora muitas crianças comecem a dar os primeiros passos por volta de um ano de vida, essa é a idade média de aquisição para cerca de 50% das crianças, e não o limite. Muitas crianças saudáveis ainda estão na fase de andar com apoio ou apenas de ficar de pé sem suporte aos 12 meses.

Alternativa b) 15 meses.

Incorreta. Aos 15 meses, espera-se que a maioria das crianças já tenha adquirido a marcha, mas esse ainda não é o ponto de corte definitivo para definir um atraso motor patológico isolado, desde que a criança apresente evolução constante em outros domínios.

Alternativa c) 18 meses.

Correta. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e referências mundiais, como o Tratado de Pediatria de Nelson, a idade de 18 meses é o limite superior para a aquisição da marcha independente. A ausência dessa habilidade nessa idade é considerada um sinal de alerta (red flag), exigindo investigação clínica imediata para afastar doenças neuromusculares, atrasos globais de desenvolvimento ou deficiências sensoriais.

Alternativa d) 24 meses.

Incorreta. Aguardar até os dois anos de idade para que a criança comece a andar de forma independente representaria um atraso motor grave. Diagnósticos importantes e intervenções precoces seriam perdidos se esse fosse o limite tolerado na prática clínica.

---

### Questão 35

A questão aborda o Calendário Nacional de Vacinação da Criança, definido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Para respondê-la, é fundamental conhecer as idades recomendadas para cada imunizante no primeiro ano de vida.

Alternativa A: Pentavalente.

Incorreta. A vacina pentavalente, que garante proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b, faz parte do esquema básico

do primeiro ano de vida. Ela é administrada em três doses: aos 2, 4 e 6 meses de idade.

Alternativa B: Pneumocócica 10V.

Incorreta. A vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) é indicada para prevenir doenças invasivas e otite média aguda causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*. No calendário do PNI, o esquema consiste em duas doses no primeiro ano de vida (aos 2 e 4 meses), com uma dose de reforço aos 12 meses.

Alternativa C: Rotavírus.

Incorreta. A vacina contra o rotavírus humano (G1P[8]) é administrada por via oral em duas doses no primeiro ano de vida. A primeira dose é aplicada aos 2 meses e a segunda dose aos 4 meses. Vale lembrar que esta vacina possui limites de idade rigorosos para aplicação (primeira dose até 3 meses e 15 dias; segunda dose até 7 meses e 29 dias).

Alternativa D: Varicela.

Correta. No calendário básico do PNI, a vacina contra a varicela não é administrada em crianças menores de 1 ano. A imunização contra a varicela ocorre em dois momentos: a primeira dose aos 15 meses de idade (quando a criança recebe a vacina tetraviral, que combina sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e a segunda dose aos 4 anos de idade (vacina varicela isolada). Portanto, ela está fora do cronograma voltado para menores de 12 meses.

---

### Questão 36

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A bronquiolite viral aguda é a infecção das vias aéreas inferiores mais comum em lactentes (crianças menores de 2 anos). Clinicamente, caracteriza-se pelo primeiro episódio de sibilância (chiado no peito) precedido por sintomas de infecção de vias aéreas superiores, como coriza e congestão nasal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O vírus Influenza A é um patógeno respiratório relevante em todas as faixas etárias, sendo o principal causador da gripe. Embora possa causar desconforto respiratório e pneumonia viral, não é o agente mais frequente da bronquiolite.

b) Correta. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da bronquiolite viral aguda no mundo todo. Ele é responsável por cerca de 60% a 80% das internações por essa patologia, apresentando picos de incidência em períodos de

sazonalidade (geralmente outono e inverno).

c) Incorreta. O Adenovírus é uma causa menos comum de bronquiolite. No entanto, é clinicamente importante por estar associado a quadros respiratórios mais graves e pela maior propensão a deixar sequelas crônicas, como a bronquiolite obliterante.

d) Incorreta. O vírus Parainfluenza é o principal agente causador da laringotraqueobronquite aguda (crupe viral), caracterizada por tosse metálica e estridor. Apesar de poder causar infecção em vias aéreas inferiores, sua prevalência na bronquiolite é muito inferior à do VSR.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 37

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida como a morte repentina de um bebê com menos de um ano de idade que permanece sem explicação após uma investigação completa, incluindo necropsia, exame da cena do óbito e revisão da história clínica.

Alternativa a) Incorreta. Dormir em posição supina (de barriga para cima) é o principal fator de proteção contra a SMSL. Campanhas mundiais de saúde pública conseguiram reduzir drasticamente a incidência da síndrome ao recomendar que os bebês não durmam mais em posição prona (de bruços) ou de lado, posições estas que são grandes fatores de risco.

Alternativa b) Incorreta. O uso da chupeta durante o sono é considerado um fator protetor. Embora o mecanismo exato não seja totalmente compreendido, acredita-se que a chupeta possa ajudar a manter a patência das vias aéreas ou diminuir o limiar de despertar do lactente.

Alternativa c) Correta. O tabagismo materno é um dos principais e mais bem documentados fatores de risco para a SMSL. A exposição à nicotina durante a gestação interfere no desenvolvimento do tronco encefálico fetal, prejudicando os mecanismos de despertar e a resposta ventilatória à hipóxia. Além disso, a exposição ao fumo passivo após o nascimento continua a elevar o risco de forma significativa.

Alternativa d) Incorreta. O aleitamento materno (especialmente o exclusivo) é um fator de proteção contra a SMSL. Embora o uso de fórmulas exclusivas signifique a ausência desse fator protetor, ele não é classificado como o principal fator de risco quando comparado ao tabagismo ou às posições inadequadas de sono.

---

### Questão 38

A anemia ferropriva é a carência nutricional de maior prevalência no mundo, atingindo especialmente crianças e gestantes. No cenário brasileiro, a compreensão da sua etiologia é fundamental para a prática pediátrica e para provas de residência. Abaixo, analisamos detalhadamente cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A principal causa de anemia ferropriva em crianças no Brasil é a ingestão insuficiente de ferro na dieta. Isso ocorre principalmente devido ao desmame precoce, à introdução tardia ou inadequada de alimentos ricos em ferro (como carnes e leguminosas) e ao consumo excessivo de leite de vaca in natura antes do primeiro ano de vida. O leite de vaca possui baixa biodisponibilidade de ferro e pode causar micro-hemorragias intestinais, agravando o quadro. Como a criança está em fase de crescimento acelerado, a demanda por ferro é alta, e uma dieta pobre no mineral não consegue suprir as necessidades fisiológicas.

Alternativa B (Incorreta): A doença celíaca é uma causa de má absorção intestinal que pode levar à anemia ferropriva refratária ao tratamento oral. No entanto, embora seja um diagnóstico diferencial importante em casos específicos, ela é uma patologia muito menos frequente na população pediátrica brasileira do que a deficiência dietética primária.

Alternativa C (Incorreta): Historicamente, as parasitoses intestinais (especialmente os helmintos ancilostomídeos, como *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*) foram causas marcantes de anemia por perda sanguínea crônica no Brasil. Contudo, com a melhoria das condições de saneamento básico e o tratamento em massa, as infecções parasitárias deixaram de ser a causa principal, embora ainda devam ser investigadas em áreas endêmicas ou em crianças com sintomas gastrointestinais.

Alternativa D (Incorreta): As síndromes hemolíticas, como a anemia falciforme ou as talassemias, são anemias de causa genética decorrentes da destruição precoce das hemácias ou defeitos na síntese da hemoglobina. Elas não são causadas pela deficiência de ferro. Na verdade, pacientes com síndromes hemolíticas crônicas podem apresentar acúmulo de ferro (hemocromatose secundária) devido às múltiplas transfusões ou ao aumento da absorção intestinal compensatória.

---

### Questão 39

O reflexo de Moro, também conhecido como reflexo do sobressalto, é um dos reflexos primitivos mais importantes avaliados no exame neurológico do recém-nascido e do lactente. Ele é desencadeado por uma sensação de queda súbita ou um estímulo sonoro/visual brusco, resultando em uma resposta simétrica de abdução e extensão dos membros superiores, seguida por adução e flexão (o movimento de "abraço"),

frequentemente acompanhada de choro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Aos 2 meses de idade, o reflexo de Moro ainda está presente de forma vigorosa e é um achado normal e esperado durante a consulta de puericultura.

b) Correta. O reflexo de Moro é fisiológico ao nascimento e sua integração (desaparecimento) ocorre gradualmente à medida que o sistema nervoso central amadurece, devendo desaparecer completamente entre o 3º e o 4º mês de vida. Este é o marco temporal clássico cobrado em provas de residência e utilizado na prática clínica para avaliar a integridade do desenvolvimento neuropsicomotor.

c) Incorreta. Embora alguns lactentes possam apresentar resquícios do reflexo até o 5º mês, a permanência do reflexo de Moro aos 6 meses de idade é considerada um sinal de alerta importante. Sua persistência após o segundo trimestre de vida pode sugerir lesões neurológicas, como a paralisia cerebral.

d) Incorreta. Aos 9 meses, a criança já possui marcos motores avançados, como sentar sem apoio e iniciar o engatinhar. A presença de um reflexo primitivo como o de Moro nesta fase é francamente patológica e indica um atraso grave na maturação neurológica.

---

### Questão 40

A alternativa correta é a letra (d).

O teste do pezinho, tecnicamente conhecido como Triagem Neonatal Biológica, é o exame laboratorial realizado a partir da coleta de gotas de sangue do calcanhar do recém-nascido, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida. A detecção da fibrose cística no teste do pezinho é feita por meio da dosagem do tripsinogênio imunorreativo (IRT). Caso o resultado seja elevado, uma segunda amostra deve ser coletada em até 30 dias de vida. Se ambos os resultados forem positivos, o diagnóstico deve ser confirmado obrigatoriamente pelo teste do suor (padrão-ouro) ou por testes genéticos.

Alternativa (a) Incorreta: O teste da orelhinha, ou Triagem Auditiva Neonatal, utiliza as emissões otoacústicas evocadas para avaliar a integridade funcional da cóclea. Seu objetivo exclusivo é a detecção precoce de deficiências auditivas.

Alternativa (b) Incorreta: O teste do olhinho, ou Teste do Reflexo Vermelho, é um exame clínico realizado com um oftalmoscópio para identificar obstruções no eixo

visual. Ele rastreia patologias oculares graves, como catarata congênita, glaucoma congênito e retinoblastoma.

Alternativa (c) Incorreta: O teste do coraçõzinho é realizado por meio da oximetria de pulso entre 24 e 48 horas de vida. Ele visa ao rastreamento de cardiopatias congênitas críticas que dependem do canal arterial (como a transposição das grandes artérias e a síndrome da hipoplasia do coração esquerdo) antes que o recém-nascido apresente sinais clínicos evidentes ou receba alta.

Alternativa (d) Correta: Conforme detalhado, o teste do pezinho é o pilar da triagem neonatal biológica no Brasil, sendo responsável por rastrear não apenas a fibrose cística, mas também o hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria, as hemoglobinopatias, a hiperplasia adrenal congênita e a deficiência de biotinidase. Além disso, a Lei nº 14.154 prevê a ampliação escalonada deste teste para detectar até 53 doenças.

---

### Questão 41

A questão aborda os fatores que levam à exacerbação ou persistência dos sintomas de sibilância (asma) em crianças menores de 2 anos, conhecidas tecnicamente como "lactentes chiadores".

Alternativa a) Incorreta. As infecções bacterianas não são gatilhos clássicos para crises de asma. O papel das bactérias na asma costuma estar relacionado a complicações secundárias, como pneumonias, e não ao desencadeamento do broncoespasmo primário.

Alternativa b) Incorreta. A poeira doméstica (que contém ácaros) é o principal gatilho da asma atópica (alérgica). No entanto, o componente alérgico geralmente se manifesta em crianças maiores, escolares e adolescentes. No lactente, os gatilhos não atópicos são proporcionalmente mais relevantes.

Alternativa c) Incorreta. É importante notar que, na prática clínica e na maioria das diretrizes internacionais (como o GINA), as infecções virais (VSR, rinovírus, parainfluenza) são consideradas os gatilhos mais frequentes de sibilância em lactentes. Contudo, para esta questão específica e seguindo o gabarito oficial, a banca optou por destacar um fator anatômico/funcional recorrente nesta faixa etária.

Alternativa d) Correta. O refluxo gastroesofágico (RGE) é extremamente prevalente em lactentes devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior e à dieta predominantemente líquida. Ele atua como um potente desencadeante de asma e sibilância persistente através de dois mecanismos:

1. Microaspiração: O conteúdo gástrico ácido atinge a árvore brônquica, causando irritação direta da mucosa e inflamação.

2. Reflexo vagal: A presença de ácido no esôfago distal estimula receptores que, por via reflexa (nervo vago), provocam broncoconstrição.

Pela frequência com que o RGE acompanha o quadro respiratório do lactente, ele é frequentemente cobrado em provas como um dos principais fatores a serem investigados e tratados em casos de difícil controle.

---

## Questão 42

O caso clínico apresenta um menino de 4 anos com um quadro infeccioso (provável amigdalite) associado a sinais claros de instabilidade hemodinâmica. A frequência cardíaca elevada (140 bpm), o tempo de perfusão periférica prolongado (4 segundos) e, principalmente, a pressão arterial sistólica de 65 mmHg (abaixo do limite inferior para a idade, que seria cerca de 78 mmHg pela fórmula  $70 + [2 \times \text{idade}]$ ) configuram um quadro de choque séptico.

Alternativa a: Incorreta. Embora a cultura de orofaringe e o uso de amoxicilina sejam condutas adequadas para uma amigdalite estreptocócica comum, o paciente em questão apresenta sinais de choque. Priorizar exames diagnósticos locais e antibioticoterapia oral em um paciente instável retarda o tratamento de suporte vital necessário.

Alternativa b: Correta. O paciente apresenta choque séptico e deve ser manejado imediatamente na sala de emergência. A conduta prioritária envolve a estabilização hemodinâmica com expansão volêmica imediata (soro fisiológico a 20 mL/kg) para restaurar a perfusão tecidual e a administração precoce de antibiótico intravenoso (na primeira hora), visando ao controle do foco infeccioso que desencadeou o choque.

Alternativa c: Incorreta. O uso de antitérmicos e penicilina benzatina (administração intramuscular) é indicado para faringoamigdalites em pacientes estáveis. Em um quadro de choque, a absorção de medicamentos por via intramuscular é errática devido à má perfusão, e essa conduta ignora a necessidade crítica de reposição volêmica.

Alternativa d: Incorreta. No choque séptico, o tratamento deve ser instituído com base no reconhecimento clínico (a "hora de ouro"). Aguardar resultados de exames laboratoriais (hemograma e PCR) para iniciar a conduta aumenta significativamente a mortalidade. A coleta de culturas é importante, mas deve ser feita rapidamente, sem atrasar a expansão volêmica e a primeira dose do antibiótico.

---

### Questão 43

#### ANÁLISE DO CASO:

O enunciado descreve um recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional (AIG), nascido de parto vaginal, com excelente vitalidade (Apgar 8/9) e que já iniciou a amamentação com boa sucção. Estas características definem um neonato saudável e de baixo risco para complicações metabólicas ou hidroeletrolíticas imediatas.

#### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) Hipoglicemia: O risco de hipoglicemia neonatal é maior em RNs que possuem reservas escassas de glicogênio (como os prematuros e os pequenos para a idade gestacional - PIG), em RNs com hiperinsulinismo (como os filhos de mães diabéticas ou grandes para a idade gestacional - GIG) ou em casos de alto consumo metabólico (como na asfixia e na hipotermia). O RN em questão é AIG, nasceu com boa vitalidade e já está sugando bem o seio materno, o que garante o aporte de glicose necessário.

Alternativa b) Hipocalcemia: A hipocalcemia precoce (que ocorre nas primeiras 48-72 horas de vida) é típica de RNs prematuros, filhos de mães diabéticas ou daqueles que sofreram asfixia perinatal. Com um escore de Apgar de 8/9 e sendo um bebê a termo, a probabilidade desse distúrbio é mínima.

Alternativa c) Hiponatremia: Alterações nos níveis de sódio nas primeiras horas de vida não são esperadas em bebês saudáveis. Geralmente, a hiponatremia nesta fase está ligada a fatores maternos, como a administração excessiva de fluidos hipotônicos ou ocitocina durante o trabalho de parto, ou a patologias neonatais que causem perda de líquidos e eletrólitos, o que não se aplica a um RN com boa adaptação extrauterina.

#### POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

Alternativa d) Nenhum distúrbio hidroeletrolítico e metabólico: O RN descrito apresenta todos os critérios de normalidade fisiológica. Quando um bebê nasce no tempo certo, com peso adequado, não sofre estresse no parto (Apgar alto) e estabelece a amamentação precocemente, o seu metabolismo consegue manter a homeostase sem dificuldade. Portanto, a evolução clínica esperada é a ausência de distúrbios.

## Questão 44

Análise do caso clínico:

A paciente de 6 anos apresenta uma crise de asma aguda grave. Os sinais que sustentam essa classificação são: taquipneia (FR = 40 ipm), uso de musculatura acessória (tiragens de fúrcula e intercostal), dificuldade para completar frases (fala entrecortada) e hipoxemia (saturação de 89% em ar ambiente).

Explicação da alternativa correta (c):

A base do tratamento inicial da crise asmática moderada a grave, conforme as diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA), consiste na oferta de oxigênio para manter a saturação entre 93-95%, na administração de beta-2-agonista de curta duração (SABA) via inalatória (padrão-ouro para broncodilatação rápida) e no uso precoce de corticosteroide sistêmico (oral ou intravenoso). O corticoide é fundamental para reduzir a inflamação das vias aéreas e diminuir o risco de internação e recidiva. Em casos graves, também é recomendada a associação do brometo de ipratrópio ao beta-2-agonista nas primeiras horas.

Explicação das alternativas incorretas:

a) Terbutalina subcutânea: Embora seja um broncodilatador, a via subcutânea não é a primeira escolha. A via inalatória é preferida por apresentar início de ação rápido e menos efeitos colaterais sistêmicos (como taquicardia extrema e tremores). O uso parenteral de beta-2-agonistas é reservado para casos de quase exaustão ou quando a ventilação é tão pobre que a medicação inalada não atinge as vias aéreas.

b) Sulfato de magnésio intravenoso lento: O sulfato de magnésio é uma medicação adjuvante. Ele deve ser considerado para pacientes com crises graves que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento inicial com beta-2-agonista, ipratrópio e corticoide após a primeira hora. Portanto, não é a conduta inicial isolada.

d) Aminofilina intravenosa contínua: O uso de aminofilina foi praticamente abandonado no manejo inicial da asma na emergência. Além de possuir uma janela terapêutica estreita (alto risco de toxicidade), sua eficácia é inferior à dos beta-2-agonistas modernos e não traz benefícios adicionais significativos quando comparada às terapias padrão atuais.

## Questão 45

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa A: INCORRETA. Embora a doença diarreica aguda seja frequentemente autolimitada em crianças híginas, ela não pode ser considerada invariavelmente benigna, especialmente em crianças desnutridas. Nesses casos, a desnutrição compromete a imunidade e a capacidade de regeneração do epitélio intestinal, aumentando significativamente o risco de complicações, persistência do quadro e mortalidade.

Alternativa B: CORRETA. Esta alternativa resume os pilares fundamentais do manejo da diarreia recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. O tratamento foca na prevenção e correção da desidratação (com Soro de Reidratação Oral ou fluidos intravenosos em casos graves), correção de distúrbios de sódio e potássio, manutenção da dieta habitual para evitar a desnutrição secundária e o uso cauteloso de fármacos, evitando-se antidiarreicos e utilizando zinco conforme o protocolo.

Alternativa C: INCORRETA. O Rotavírus é de fato uma causa importante de diarreia grave e frequentemente está associado a vômitos. No entanto, a afirmação de que ele representa a principal causa de morte está desatualizada. Após a introdução da vacina contra o rotavírus no Calendário Nacional de Vacinação em diversos países, inclusive no Brasil, houve uma redução drástica nas internações e óbitos por esse agente específico. Atualmente, a principal causa de morte por diarreia está mais relacionada a complicações da desidratação e manejo inadequado, independentemente do agente.

Alternativa D: INCORRETA. A intoxicação alimentar por *Staphylococcus aureus* ocorre devido à ingestão de enterotoxinas pré-formadas no alimento contaminado, e não pela infecção direta da bactéria no hospedeiro. Por se tratar de uma ação toxigênica de curto período de incubação e rápida resolução, o uso de antibióticos é ineficaz e contraindicado. O tratamento é estritamente de suporte e reidratação.

---

## Questão 46

A puberdade é o processo de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado pelo amadurecimento biológico e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. O marco inicial da puberdade decorre da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

Alternativa A (Correta): Esta é a resposta correta de acordo com os estágios de Tanner. No sexo feminino, o primeiro sinal clínico da puberdade é a telarca, que

corresponde ao aparecimento do broto mamário (Estágio M2 de Tanner), ocorrendo geralmente entre os 8 e 13 anos. No sexo masculino, o marco inicial é o aumento do volume testicular, definido por um volume igual ou superior a 4 ml ou um diâmetro maior que 2,5 cm (Estágio G2 de Tanner), ocorrendo habitualmente entre os 9 e 14 anos.

Alternativa B (Incorreta): O aparecimento de pelos pubianos (pubarca) decorre principalmente da adrenarca (produção de andrógenos pela glândula adrenal). Embora a pubarca e a gonadarca (início da função das gônadas) ocorram em períodos próximos, a pubarca geralmente sucede à telarca nas meninas e ao aumento testicular nos meninos, não sendo o marcador cronológico inicial da puberdade central na maioria da população.

Alternativa C (Incorreta): A menarca (primeira menstruação) e a espermarca (primeira ejaculação) são eventos tardios no desenvolvimento puberal. A menarca ocorre, em média, dois anos após a telarca, situando-se geralmente no estágio M4 de Tanner. A espermarca também ocorre após o desenvolvimento inicial dos testículos e pênis.

Alternativa D (Incorreta): O aparecimento de pelos axilares é um evento secundário, associado à maturação da glândula adrenal (adrenarca), e costuma surgir após o início da pilosidade pubiana e dos marcos iniciais citados na alternativa A.

Em resumo, para provas de residência, deve-se memorizar que a puberdade feminina começa com a telarca (M2) e a puberdade masculina começa com o aumento testicular  $\geq 4$  ml (G2).

---

### Questão 47

Alternativa A: Incorreta. A icterícia fisiológica do recém-nascido ocorre quase exclusivamente devido ao acúmulo de bilirrubina indireta (não conjugada). Esse fenômeno deve-se à maior produção de bilirrubina (pela menor vida média das hemácias) e à imaturidade hepática para captação e conjugação. O aumento da bilirrubina direta (conjugada) é sempre considerado patológico e sugere colestase.

Alternativa B: Incorreta. A avaliação clínica da progressão da icterícia segue o sentido cefalocaudal, descrita pelas Zonas de Kramer. No entanto, a correlação indica que quanto mais caudal a icterícia se apresenta (atingindo mãos e pés, por exemplo), maiores são os níveis de bilirrubina sérica, e não menores.

Alternativa C: Correta. Esta é uma regra fundamental na neonatologia. A icterícia fisiológica costuma aparecer após as 24-48 horas de vida. Qualquer icterícia que se

manifeste nas primeiras 24 horas é considerada patológica até que se prove o contrário, representando um fator de risco para hiperbilirrubinemia grave e neurotoxicidade, exigindo investigação imediata de causas como as anemias hemolíticas.

Alternativa D: Incorreta. O teste de Coombs direto é utilizado para identificar a presença de anticorpos fixados às hemácias, sendo positivo em casos de isoimunização (hemólise imune por incompatibilidade Rh ou ABO). A icterícia fisiológica, por definição, não é um processo imunomediado, portanto, terá um teste de Coombs negativo. Um teste negativo não exclui o diagnóstico de icterícia fisiológica; na verdade, é o esperado nela.

---

### Questão 48

O quadro clínico descrito é clássico do exantema súbito, também conhecido como roséola infantum. A principal pista diagnóstica para esta patologia é a cronologia dos sintomas: uma febre alta que desaparece subitamente (em crise), seguida imediatamente pelo surgimento de um exantema maculopapular que se inicia preferencialmente no tronco.

Alternativa a: Incorreta. O sarampo apresenta um quadro clínico muito mais grave, com prostração importante e sintomas catarrais intensos, como tosse, coriza e conjuntivite com fotofobia. No sarampo, a febre não desaparece para o surgimento do exantema; pelo contrário, ela atinge seu pico quando as manchas aparecem. O exantema do sarampo tem progressão craniocaudal lenta e dura cerca de 5 a 7 dias.

Alternativa b: Correta. O exantema súbito, causado pelos herpes-vírus humanos tipos 6 e 7, acomete principalmente lactentes na faixa etária do paciente (7 meses). A característica patognomônica é a febre alta que cessa bruscamente, dando lugar a um exantema maculopapular rosado, não pruriginoso, que começa no tronco e pode se espalhar para pescoço e membros. A criança mantém bom estado geral apesar da febre alta e o exantema desaparece rapidamente, geralmente em 24 a 48 horas.

Alternativa c: Incorreta. A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica que exige, por critério diagnóstico, a presença de febre alta por pelo menos 5 dias. Além disso, manifesta-se com outros sinais ausentes no caso, como conjuntivite bilateral não purulenta, alterações na cavidade oral (língua em framboesa, fissuras labiais), alterações em extremidades e linfonodopatia cervical geralmente unilateral e volumosa (maior que 1,5 cm).

Alternativa d: Incorreta. Na rubéola, a febre costuma ser baixa ou até ausente, e o exantema surge simultaneamente aos sintomas sistêmicos, não após o

desaparecimento da febre. Embora a presença de linfonodos occipitais e retroauriculares seja uma marca da rubéola, essa característica também pode ser encontrada em outros exantemas virais, incluindo o exantema súbito. O padrão de febre que desaparece para o exantema aparecer é o que define a questão a favor da alternativa B.

---

### Questão 49

A hiperplasia endometrial com atipia, atualmente também classificada como Neoplasia Intraepitelial Endometrial (NIE), é considerada uma lesão precursora direta do adenocarcinoma de endométrio. O grande desafio dessa patologia é que cerca de 30% a 40% das pacientes submetidas à histerectomia por esse diagnóstico apresentam, na verdade, um carcinoma invasor coexistente que não foi detectado na biópsia inicial. Por esse motivo, a conduta em pacientes que não desejam preservar a fertilidade é cirúrgica.

Alternativa (a) Incorreta: O acompanhamento clínico é contraindicado em casos de atipia citológica. Devido ao alto risco de progressão para câncer e à possibilidade de neoplasia oculta, a conduta deve ser ativa e definitiva. O acompanhamento só é aceitável em hiperplasias sem atipia que apresentaram regressão após tratamento hormonal.

Alternativa (b) Incorreta: O uso de progestogênios, incluindo o DIU de levonorgestrel, é o tratamento de escolha para a hiperplasia endometrial SEM atipia. Na presença de atipias, o tratamento hormonal é considerado uma exceção, reservado exclusivamente para pacientes que desejam muito preservar a fertilidade (geralmente mais jovens) ou para aquelas com risco cirúrgico proibitivo, o que não é indicado no enunciado para esta paciente de 46 anos.

Alternativa (c) Correta: A histerectomia total é a conduta de escolha e o tratamento definitivo. Aos 46 anos, a paciente está próxima ao período de transição menopausal e, diante de uma lesão com alto potencial de malignidade e alto índice de câncer concomitante, a retirada do útero é a medida de segurança preconizada pelos protocolos nacionais e internacionais (como os da FEBRASGO e do ACOG).

Alternativa (d) Incorreta: A biópsia de endométrio já estabeleceu o diagnóstico de hiperplasia com atipia. Repetir procedimentos diagnósticos como a curetagem ou a biópsia apenas retarda o tratamento definitivo, sem alterar a necessidade de conduta cirúrgica já estabelecida pelo resultado histopatológico atual.

---

## Questão 50

Para compreender esta questão, é fundamental revisar a nomenclatura colposcópica atualizada (IFCPC), que divide os achados em menores (sugestivos de baixo grau) e maiores (sugestivos de alto grau).

Alternativa (a) Incorreta. O epitélio acetobranco fino, com bordas irregulares e de aparecimento lento, é considerado um achado colposcópico menor. Ele é típico de lesões de baixo grau (NIC I) ou de alterações benignas, como a metaplasia escamosa imatura. Nas lesões de alto grau (NIC II/III), o epitélio acetobranco costuma ser denso, opaco (cor de gesso ou casca de ostra) e de aparecimento rápido após a aplicação do ácido acético.

Alternativa (b) Correta. O pontilhado grosseiro e o mosaico irregular (ou grosseiro) são classificados como achados colposcópicos maiores. Essas alterações refletem uma angiogênese anormal e um aumento na distância intercapilar causado pela proliferação celular desordenada. Quando o colposcopista visualiza vasos mais calibrosos, espaçados e com distribuição irregular formando desenhos de mosaico ou pontos, a suspeita clínica é de lesão intraepitelial de alto grau (NIC II ou III).

Alternativa (c) Incorreta. O epitélio iodo-positivo é aquele que retém o iodo após a aplicação do Lugol (Teste de Schiller negativo), ficando com uma coloração castanho-escura. Isso ocorre porque as células escamosas normais são ricas em glicogênio. As lesões de alto grau são iodo-negativas (iodo-claras ou Teste de Schiller positivo), pois as células neoplásicas perdem a capacidade de produzir e armazenar glicogênio.

Alternativa (d) Incorreta. O epitélio atrófico é um achado fisiológico comum em mulheres na pós-menopausa ou em estado de hipostrogenismo. Embora a atrofia possa gerar um aspecto acetobranco tênue e ser iodo-negativa devido à escassez de glicogênio, ela não representa uma lesão pré-neoplásica por si só, sendo apenas uma condição decorrente da carência hormonal.

---

## Questão 51

A dor pélvica crônica é definida como uma dor não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, localizada na região pélvica e que interfere nas atividades habituais da paciente.

Alternativa (a) CORRETA: A endometriose é amplamente descrita na literatura médica e em diretrizes de ginecologia como a principal causa de dor pélvica crônica em mulheres em idade reprodutiva. Estima-se que a patologia esteja presente em até 70% a 80% das mulheres submetidas à laparoscopia para investigação de dor

pélvica persistente. A dor é gerada por um processo inflamatório crônico, formação de aderências e possível infiltração de tecidos nervosos pelo endométrio ectópico.

Alternativa (b) INCORRETA: A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é tipicamente uma causa de dor pélvica aguda. Embora suas sequelas, como a doença inflamatória pélvica crônica ou a formação de aderências pélvicas graves (como na Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis), possam resultar em dor crônica, ela não é a causa mais prevalente quando comparada à endometriose.

Alternativa (c) INCORRETA: Os miomas uterinos são as neoplasias benignas mais comuns do trato genital feminino, porém a maioria das mulheres é assintomática. Quando causam dor, esta geralmente se manifesta como dismenorreia (dor menstrual) ou dor aguda devido à degeneração do nódulo. Eles raramente são a causa primária de um quadro de dor pélvica crônica não cíclica.

Alternativa (d) INCORRETA: Cistos ovarianos funcionais, como o cisto folicular ou o cisto de corpo lúteo, são estruturas fisiológicas e transitórias que regredem espontaneamente na maioria dos casos. Podem causar dor aguda se houver ruptura ou torção anexial, mas não são responsáveis por quadros de dor crônica superior a seis meses.

---

## Questão 52

Análise do caso:

A questão descreve uma paciente de 60 anos (pós-menopausa) com uma massa anexial de características altamente suspeitas. De acordo com as regras de predição de malignidade (como os critérios de IOTA), a presença de componentes sólidos, projeções papilares e ascite são sinais de alerta que elevam consideravelmente a probabilidade de neoplasia maligna.

Alternativa a) Incorreta. Cistos simples são lesões benignas caracterizadas por serem uniloculares, com paredes finas, lisas e conteúdo anecoico (preenchidos apenas por líquido). Eles não apresentam componentes sólidos, papilas e não estão associados a ascite.

Alternativa b) Incorreta. O cistoadenoma é um tumor epitelial benigno. Embora possa ser volumoso, a presença de áreas sólidas e, principalmente, de ascite em uma paciente idosa sugere um comportamento invasivo e disseminação peritoneal, o que direciona o diagnóstico para uma neoplasia maligna.

Alternativa c) Correta. O câncer de ovário é o diagnóstico mais provável neste cenário. O pico de incidência ocorre justamente na pós-menopausa. A ascite, neste

contexto, é um marcador de disseminação peritoneal (carcinomatose), sendo um achado frequente no momento do diagnóstico, já que o câncer de ovário costuma ser silencioso e detectado em estágios avançados.

Alternativa d) Incorreta. O endometrioma é uma manifestação da endometriose, doença dependente de estrogênio que regride após a menopausa. Além disso, a imagem ultrassonográfica clássica do endometrioma é de um cisto com ecos internos finos e baixos (aspecto de vidro fosco), sem as características de agressividade descritas no enunciado.

---

### Questão 53

O carcinoma de endométrio, especificamente o Tipo I (endometriode), tem como base fisiopatológica a exposição prolongada ao estrogênio sem a contraposição adequada da progesterona.

Alternativa a) Incorreta. Curiosamente, o tabagismo é considerado um fator de proteção para o desenvolvimento do câncer de endométrio. Isso ocorre porque o cigarro reduz os níveis séricos de estrogênio e pode antecipar a idade da menopausa, diminuindo o tempo de exposição endometrial ao hormônio. Obviamente, o tabagismo não é recomendado devido aos seus inúmeros riscos para outras neoplasias e doenças cardiovasculares.

Alternativa b) Incorreta. O uso de anticoncepcionais orais combinados é um fator de proteção bem estabelecido. Como essas pílulas contêm progestagênios, eles mimetizam a fase lútea do ciclo menstrual, promovendo a atrofia ou a estabilização do endométrio e impedindo a proliferação desordenada causada pelo estrogênio isolado.

Alternativa c) Incorreta. A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) é o principal fator de risco para o câncer de colo do útero (câncer cervical). Não existe associação causal entre a infecção pelo HPV e o desenvolvimento do carcinoma de endométrio.

Alternativa d) Correta. A obesidade é o principal fator de risco para o câncer de endométrio. O mecanismo ocorre através da conversão periférica de androstenediona em estrona (um tipo de estrogênio) pelo tecido adiposo, via enzima aromatase. Em mulheres obesas, especialmente nas pós-menopausadas que não ovulam (e, portanto, não produzem progesterona pelo corpo lúteo), o endométrio fica exposto a níveis elevados e constantes de estrogênio. Esse estímulo mitogênico contínuo leva à hiperplasia endometrial e, eventualmente, à transformação maligna. Além disso, a obesidade está associada à resistência insulínica, que também contribui para o crescimento celular endometrial.

---

## Questão 54

### DIAGNÓSTICO E QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de candidíase vulvovaginal. Os sinais patognomônicos descritos são o prurido (coceira) vulvar intenso e o aspecto do corrimento: branco, espesso, em placas aderidas à mucosa vaginal, frequentemente comparado a leite coalhado. Diferente da vaginose bacteriana, que apresenta odor fétido, a candidíase cursa com inflamação local acentuada e pH vaginal geralmente abaixo de 4,5.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Para confirmar o diagnóstico de candidíase, o exame mais simples e rápido é o exame a fresco do conteúdo vaginal (coletado com swab e diluído em soro fisiológico ou hidróxido de potássio a 10 por cento), que permite a visualização de hifas ou pseudo-hifas do fungo ao microscópio. O tratamento deve ser feito com agentes antifúngicos. A nistatina de uso local (creme vaginal) é uma opção terapêutica clássica, eficaz e amplamente disponível.

Alternativa B (Incorreta): A colpocitologia oncótica, conhecida como exame de Papanicolaou, é um método de rastreamento para o câncer de colo do útero e lesões precursoras, não sendo o exame de escolha para o diagnóstico de infecções vaginais agudas. Além disso, o metronidazol é um antibiótico indicado para vaginose bacteriana e tricomoníase, não possuindo ação contra fungos como a Candida.

Alternativa C (Incorreta): Embora o exame a fresco seja o método diagnóstico correto, o tratamento proposto está equivocado para o caso. A azitromicina é um antibiótico utilizado principalmente para tratar infecções por *Chlamydia trachomatis*, e o tinidazol é um medicamento da classe dos nitroimidazóis, indicado para tricomoníase, sem eficácia contra a candidíase.

Alternativa D (Incorreta): A bacterioscopia corada pelo método de Gram pode até identificar leveduras e pseudo-hifas, mas o tratamento sugerido com metronidazol (oral e local) é específico para o tratamento de outros tipos de vulvovaginites (vaginose bacteriana ou tricomoníase), sendo totalmente ineficaz no tratamento da candidíase.

## Questão 55

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é uma ferramenta fundamental no manejo da menopausa, mas exige uma avaliação criteriosa das indicações e contraindicações para garantir a segurança da paciente.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Sintomas vasomotores intensos: Incorreta. Os sintomas vasomotores, conhecidos popularmente como fogachos ou ondas de calor, constituem a principal indicação para o início da TRH. A reposição estrogênica é o tratamento padrão-ouro para o alívio desses sintomas, melhorando significativamente a qualidade de vida da paciente.

Alternativa (b) Osteoporose: Incorreta. A osteoporose é uma indicação clássica para a TRH. O estrogênio exerce um efeito protetor sobre a massa óssea ao inibir a atividade dos osteoclastos. A TRH é eficaz na prevenção da perda óssea e na redução do risco de fraturas em mulheres na pós-menopausa, especialmente naquelas que também apresentam sintomas climatéricos.

Alternativa (c) História de tromboembolismo venoso: Correta. A história pessoal de tromboembolismo venoso (TEV), que inclui trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), é uma contraindicação absoluta ao uso da TRH sistêmica. O estrogênio, particularmente por via oral, aumenta a síntese hepática de fatores de coagulação e reduz os anticoagulantes naturais, elevando o risco de novos eventos trombóticos.

Alternativa (d) Menopausa precoce: Incorreta. Também chamada de Insuficiência Ovariana Prematura (IOP), ocorre quando a falência ovariana acontece antes dos 40 anos. Nestes casos, a TRH é fortemente indicada (salvo contraindicações específicas) para mitigar os riscos aumentados de doenças cardiovasculares, osteoporose e declínio cognitivo, devendo ser mantida, em regra, até a idade média da menopausa natural (cerca de 50-51 anos).

Resumo das principais contraindicações absolutas da TRH:

1. Câncer de mama (atual ou prévio).
2. Lesões precursoras de câncer de mama.
3. Câncer de endométrio.
4. Sangramento vaginal de causa desconhecida.
5. Doença tromboembólica venosa atual ou prévia.
6. Doença coronariana ou cerebrovascular ativa ou pregressa.
7. Doença hepática aguda ou grave.
8. Porfiria.

## Questão 56

Texto Original:

O diagnóstico de abscesso tubo-ovariano (ATO) é uma complicação grave da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). O manejo clínico depende fundamentalmente da integridade desse abscesso. Quando o abscesso está íntegro, o tratamento inicial costuma ser a internação para antibioticoterapia endovenosa. No entanto, a rotura do abscesso tubo-ovariano é uma emergência médica e cirúrgica absoluta. A liberação de conteúdo purulento e bactérias na cavidade peritoneal causa peritonite química e bacteriana, evoluindo rapidamente para sepse grave e choque séptico, com altas taxas de mortalidade se não houver intervenção imediata.

Alternativa (a) Incorreta: O tratamento clínico com antibióticos e observação é reservado para casos de DIP sem abscesso ou para pacientes com abscesso tubo-ovariano íntegro e hemodinamicamente estáveis. No caso de rotura, a antibioticoterapia é um tratamento complementar indispensável, mas jamais deve ser a conduta isolada, pois não resolve o foco da infecção disseminada na cavidade abdominal.

Alternativa (b) Correta: Diante de um abscesso tubo-ovariano roto, a cirurgia de emergência é mandatória. O objetivo do procedimento, que pode ser realizado por laparotomia ou laparoscopia (dependendo da estabilidade da paciente e da experiência da equipe), é realizar a lavagem exaustiva da cavidade peritoneal, a drenagem do pus e a remoção dos tecidos infectados (frequentemente anexectomia unilateral ou bilateral). Essa é a única medida capaz de interromper a progressão da sepse.

Alternativa (c) Incorreta: A drenagem percutânea ou por punção guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) pode ser considerada uma alternativa para abscessos íntegros que não respondem ao tratamento clínico ou que são de fácil acesso. Contudo, na rotura, o material infectado não está mais localizado em uma loja passível de punção simples, mas espalhado por todo o peritônio, exigindo abordagem cirúrgica ampla.

Alternativa (d) Incorreta: Os corticoides não desempenham papel no tratamento da DIP ou do abscesso tubo-ovariano. O uso de corticoterapia em um quadro de infecção aguda grave é contraindicado, a menos que existam indicações muito específicas (como insuficiência adrenal na sepse refratária), e nunca substituiria a necessidade de controle cirúrgico do foco infeccioso.

### Questão 57

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Os miomas uterinos são neoplasias benignas dependentes de hormônios esteroides, principalmente o estrogênio. Com a chegada da menopausa, os níveis de estrogênio caem significativamente, o que costuma resultar na atrofia natural dos miomas e na cessação do sangramento uterino anormal. Por isso, para pacientes que estão próximas ao período da menopausa e apresentam sintomas leves ou pouco frequentes, a observação clínica (conduta expectante) é uma estratégia terapêutica segura e amplamente recomendada.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Embora os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) possam ser utilizados para reduzir as cólicas (dismenorreia) e promover uma redução modesta no fluxo menstrual (cerca de 20% a 30%), eles não são considerados um tratamento de alta eficácia ou de escolha principal para miomas volumosos ou sangramentos persistentes. O controle adequado nesses casos geralmente exige intervenções hormonais ou cirúrgicas.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Os agonistas do Gn-RH induzem um estado de hipoestrogenismo profundo, simulando uma menopausa medicamentosa. Devido aos graves efeitos colaterais a longo prazo, especialmente a perda significativa de densidade mineral óssea e sintomas vasomotores intensos, seu uso é limitado a períodos curtos, geralmente entre 3 a 6 meses. Eles são comumente empregados no preparo pré-operatório para reduzir o volume dos miomas e tratar a anemia.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. A perda de massa óssea decorrente do uso de agonistas do Gn-RH por um período de seis meses é, na maioria dos casos, reversível após a suspensão da medicação e a retomada da produção estrogênica ovariana. Além disso, a terapia de "add-back" (reposição de baixas doses hormonais durante o tratamento) pode ser utilizada para proteger o osso e minimizar sintomas, mas a afirmação de que a perda é irreversível após seis meses é clinicamente falsa.

---

### Questão 58

O conceito descrito no enunciado — a relação entre o eixo longitudinal do feto e o eixo longitudinal da mãe — define a situação fetal. As situações possíveis são a longitudinal (eixos paralelos), a transversa (eixos perpendiculares) e a oblíqua (eixos que se cruzam em ângulo).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Posição fetal é a relação do dorso (costas) do feto com o lado

direito ou esquerdo da pelve materna. É fundamental para a localização da ausculta dos batimentos cardíofetais.

Alternativa b: Incorreta. Apresentação fetal é a parte do feto que se localiza no estreito superior da bacia materna e nela irá se deter ou penetrar. As apresentações mais comuns são a cefálica e a pélvica.

Alternativa c: Incorreta. Atitude fetal refere-se à relação das diversas partes do corpo fetal entre si (como a cabeça e os membros em relação ao tronco). A atitude fisiológica é a de flexão generalizada.

Alternativa d: Incorreta. A insinuação fetal, também chamada de encaixe, é o fenômeno mecânico em que o maior diâmetro da apresentação (como o diâmetro biparietal na apresentação cefálica) atravessa o plano do estreito superior da bacia.

Nota sobre o gabarito: É importante destacar que existe um erro técnico na formulação desta questão. A definição de relação entre os eixos longitudinais materno e fetal refere-se exclusivamente à situação fetal. Como esse termo não está presente nas alternativas, a questão não possui resposta correta do ponto de vista da semiologia obstétrica clássica. O gabarito que aponta a letra d (insinuação) está incorreto, pois a insinuação trata de um processo de descida, e não de uma relação de eixos. Em concursos médicos, esta questão seria passível de anulação.

---

## Questão 59

### ANÁLISE DO CASO

A paciente apresenta um quadro clínico clássico que associa um evento tromboembólico venoso prévio (flebotrombose de membro inferior sem causa aparente) a complicações obstétricas recorrentes (dois abortamentos precoces, antes de 12 semanas). Essa combinação de trombose vascular e perdas gestacionais é o pilar diagnóstico das trombofilias, com destaque para a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAF), que é uma trombofilia adquirida.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incompetência istmocervical: Incorreta. Esta condição caracteriza-se pela incapacidade do colo do útero em manter a gestação até o termo, resultando em perdas gestacionais tipicamente tardias (segundo trimestre, geralmente após a 16ª semana) ou partos prematuros extremos, ocorrendo de forma indolor e com dilatação cervical rápida. Não apresenta qualquer relação com o histórico de trombose venosa da paciente.

Alternativa b) Síndrome do colo curto (na gravidez): Incorreta. Trata-se de um achado ultrassonográfico (colo uterino com medida reduzida) que identifica gestantes com alto risco de parto prematuro. Assim como a incompetência istmocervical, manifesta-se mais tardiamente na gestação e não explica a ocorrência de fenômenos trombóticos em membros inferiores.

Alternativa c) Trombofilia: Correta. As trombofilias, sejam elas hereditárias (como a mutação do Fator V de Leiden ou a deficiência de Proteína S) ou adquiridas (como a SAF), geram um estado de hipercoagulabilidade. Na prática clínica, manifestam-se por trombozes venosas ou arteriais, muitas vezes sem fatores desencadeantes claros, e por complicações placentárias que levam ao abortamento recorrente, morte fetal, restrição de crescimento e pré-eclâmpsia. O histórico da paciente preenche critérios clínicos clássicos para essa suspeita diagnóstica.

Alternativa d) Malformação uterina (útero didelfo ou bicorno): Incorreta. Embora anomalias müllerianas possam estar associadas a dificuldades reprodutivas, abortamentos e partos prematuros, elas são causas anatômicas locais. Defeitos uterinos não possuem relação sistêmica com a formação de trombos em membros inferiores. Portanto, essa alternativa não integra os dois principais dados clínicos fornecidos pelo enunciado.

---

### Questão 60

A monitorização da toxicidade pelo sulfato de magnésio é um ponto fundamental no tratamento da pré-eclâmpsia grave e da eclâmpsia. Os níveis terapêuticos de magnesemia para a prevenção de crises convulsivas devem ser mantidos entre 4 e 7 mEq/L (o que equivale a aproximadamente 4,8 a 8,4 mg/dL).

Quando os níveis de magnésio ultrapassam a faixa terapêutica, os efeitos adversos surgem de forma previsível e progressiva conforme a concentração plasmática aumenta:

1. Abolição do reflexo patelar: ocorre geralmente com níveis entre 7 e 10 mEq/L (8 a 12 mg/dL). É o primeiro sinal clínico de intoxicação.
2. Depressão respiratória: ocorre quando os níveis atingem 10 a 12 mEq/L (12 a 15 mg/dL).
3. Alterações de condução cardíaca e parada cardiorrespiratória: ocorrem em níveis superiores a 15-25 mEq/L (acima de 30 mg/dL).

No caso apresentado, a paciente possui uma magnesemia de 14 mg/dL. Este valor ultrapassa o limite da perda de reflexos e situa a paciente na zona de risco iminente

para depressão respiratória. O antídoto específico para reverter os efeitos do magnésio é o gluconato de cálcio (1 grama por via intravenosa).

Quanto à conduta obstétrica, a eclâmpsia é uma indicação absoluta de interrupção da gravidez. Após a estabilização hemodinâmica e ventilatória da mãe e o controle das convulsões, o parto deve ser providenciado. Com 36 semanas de gestação, o feto já possui maturidade suficiente e não há justificativa para o adiamento do parto.

Análise das alternativas:

a) Correta. O valor de 14 mg/dL é compatível com o risco de depressão respiratória. O uso do gluconato de cálcio é o tratamento padrão para a intoxicação e a interrupção da gestação é a conduta definitiva para a eclâmpsia.

b) Incorreta. O cloreto de sódio não possui propriedades de reversão da toxicidade pelo magnésio. Além disso, aguardar o início espontâneo do parto em uma paciente que apresentou eclâmpsia é uma conduta contraindicada pelo alto risco de recorrência de crises e complicações materno-fetais.

c) Incorreta. Embora a abolição do reflexo patelar seja um sinal de toxicidade por magnésio, ela costuma aparecer com níveis um pouco mais baixos. Com 14 mg/dL, a depressão respiratória torna-se a preocupação clínica predominante. Além disso, a via de parto (cesárea ou parto vaginal) depende das condições obstétricas e do colo uterino, sendo o termo "interrupção da gravidez" mais abrangente e adequado.

d) Incorreta. A magnesemia de 14 mg/dL é tóxica (o dobro do limite superior terapêutico). A corticoterapia para maturidade pulmonar não é rotineiramente indicada acima de 34 semanas e 6 dias, e jamais deve retardar o tratamento definitivo de uma eclâmpsia.

---

### Questão 61

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de vaginose bacteriana. Os principais pontos que levam a esse diagnóstico são o corrimento de aspecto leitoso (homogêneo), a ausência de sinais inflamatórios, como o prurido, e o odor desagradável que se intensifica após a relação sexual. Esse fenômeno ocorre porque o sêmen, que tem pH alcalino, volatiliza as aminas produzidas pelas bactérias anaeróbias presentes na vaginose, liberando o odor característico (conhecido como teste das aminas positivo ou "whiff test").

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O *Actinomyces* sp. é um microrganismo que pode colonizar o trato genital de usuárias de DIU, podendo ser um achado incidental em exames de citologia oncológica (Papanicolaou). No entanto, em pacientes assintomáticas, não requer tratamento. Ele não é o agente causador da vaginose bacteriana e sua presença clínica costuma estar associada a quadros de doença inflamatória pélvica (DIP) ou abscessos, e não a esse tipo de corrimento leitoso e fétido.

b) Correta. O quadro clínico e o exame físico descritos são altamente sugestivos de vaginose bacteriana, que é a causa mais comum de corrimento vaginal com odor. O diagnóstico é baseado nos Critérios de Amsel, nos quais a paciente apresenta ao menos três dos seguintes: 1. Conteúdo vaginal homogêneo e branco-acinzentado; 2. pH vaginal maior que 4,5; 3. Teste das aminas positivo (odor fétido ao adicionar KOH 10% ou após o coito); 4. Presença de "clue cells" (células-alvo) na microscopia a fresco.

c) Incorreta. O diagnóstico de vaginose bacteriana é clínico ou por bacterioscopia com coloração de Gram (Escore de Nugent). A cultura de conteúdo vaginal não é indicada nem recomendada, pois a *Gardnerella vaginalis* (principal marcador da vaginose) pode estar presente na flora vaginal normal de até 50% das mulheres assintomáticas. A coleta de material do fio do DIU também não possui indicação técnica para essa queixa.

d) Incorreta. Não há elementos na descrição que sugiram vaginite mista, especificamente a candidíase. A candidíase se manifesta tipicamente com prurido intenso (que a paciente nega) e corrimento esbranquiçado aderido em grumos, com aspecto de leite coalhado, geralmente sem odor fétido. A presença de poucas bolhas e odor pós-coito reforça apenas o diagnóstico de vaginose.

---

## Questão 62

Para responder a essa questão, é necessário o conhecimento das taxas de falha dos métodos contraceptivos sob uso perfeito (eficácia teórica), geralmente medidas pelo Índice de Pearl. A questão solicita a ordem decrescente de eficácia, o que significa listar os métodos do mais eficaz (menor taxa de falha) para o menos eficaz (maior taxa de falha).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ordem está prejudicada porque o anel vaginal possui uma eficácia teórica muito alta, com taxa de falha de aproximadamente 0,3%, equivalente à dos contraceptivos hormonais orais. Na alternativa, ele aparece após o capuz cervical (taxa de falha de 9% a 26%) e o coito interrompido (taxa de falha de 4%), o

que invalida a sequência decrescente.

Alternativa b) Incorreta. Esta opção começa pelo espermicida, que é um dos métodos menos eficazes quando usado isoladamente, apresentando uma taxa de falha teórica de cerca de 18%. Como a questão pede a ordem decrescente de eficácia, o espermicida deveria estar ao final da lista, e não no início.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa segue precisamente a ordem decrescente de eficácia teórica (uso perfeito) baseada nos dados da literatura médica (como os critérios de elegibilidade da OMS e a tabela de Hatcher):

1. Vasectomia: É um método cirúrgico de altíssima eficácia, com taxa de falha teórica de aproximadamente 0,1%.
2. Minipílula: Como método hormonal oral, apresenta taxa de falha teórica de cerca de 0,3%.
3. Preservativo: Método de barreira com taxa de falha teórica em torno de 2% a 3%.
4. Coito interrompido: Método comportamental com taxa de falha teórica de aproximadamente 4%.

Alternativa d) Incorreta. Embora comece com métodos de alta eficácia (laqueadura com 0,5% e hormonal oral com 0,3% de falha), a sequência é quebrada ao colocar o capuz cervical (9% a 26% de falha) antes da minipílula (0,3% de falha). A minipílula é muito mais eficaz que o capuz cervical e deveria estar posicionada à frente dele em uma ordem decrescente.

---

### Questão 63

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica causada pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior (vagina e colo do útero) para o trato genital superior, podendo comprometer o endométrio, as tubas uterinas, os ovários e as estruturas adjacentes. A etiologia é predominantemente polimicrobiana, mas o início do processo infeccioso está classicamente ligado a patógenos sexualmente transmissíveis.

Alternativa a) Incorreta. Embora a clamídia (grafada incorretamente como Clamydea) seja um dos principais agentes, o *Staphylococcus aureus* não é considerado um patógeno frequente ou típico da DIP. O *S. aureus* está mais relacionado a infecções cutâneas, abscessos mamários ou à síndrome do choque tóxico.

Alternativa b) Correta. A *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram-negativo) e a *Chlamydia trachomatis* (bactéria intracelular obrigatória) são os agentes etiológicos mais frequentes e importantes da DIP. Eles são os responsáveis por desencadear o processo inflamatório inicial e o dano aos cílios das tubas uterinas, o que facilita a

ascensão posterior de outros microrganismos da flora vaginal.

Alternativa c) Incorreta. O *Mycoplasma hominis* pode estar presente em casos de DIP, geralmente associado a infecções polimicrobianas e à vaginose bacteriana, mas não é o agente mais frequente. Como já mencionado, o *Staphylococcus aureus* não faz parte do perfil etiológico padrão da doença.

Alternativa d) Incorreta. O *Ureaplasma urealyticum*, assim como os micoplasmas, pode ser isolado em culturas de pacientes com DIP, mas sua prevalência é significativamente menor do que a da *Chlamydia trachomatis*. Portanto, a dupla apresentada na alternativa (b) permanece como a resposta correta por representar os patógenos primários na epidemiologia da doença.

---

## Questão 64

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: CORRETA. No primeiro e segundo trimestres da gestação, ocorre uma queda fisiológica da resistência vascular sistêmica devido à ação da progesterona e à formação do leito placentário de baixa resistência. Isso faz com que os níveis tensionais da hipertensa crônica diminuam no início da gravidez (o chamado "nadir" da pressão arterial). No terceiro trimestre, a pressão arterial tende a retornar aos níveis pré-gravídicos ou até superá-los levemente devido ao aumento do débito cardíaco e volume plasmático.

Assertiva II: CORRETA. A hipertensão arterial crônica está diretamente associada a danos na vasculatura uteroplacentária. Isso aumenta significativamente o risco de descolamento prematuro de placenta (DPP), restrição de crescimento intrauterino (CIUR) por insuficiência placentária e, conseqüentemente, necessidade de interrupção da gestação antes do termo (parto prematuro), seja por indicação materna ou fetal.

Assertiva III: CORRETA. De acordo com as principais diretrizes brasileiras (como as da Sociedade Brasileira de Cardiologia e FEBRASGO), em gestantes hipertensas crônicas sem lesão em órgãos-alvo (baixo risco), o início ou manutenção da terapia medicamentosa é indicado quando a pressão arterial atinge níveis de 150/100 mmHg. Portanto, o valor de 100 mmHg para a pressão diastólica é o ponto de corte clássico para intervenção farmacológica nesse grupo para evitar a progressão para hipertensão grave, enquanto níveis abaixo disso (entre 90-100 mmHg) podem ser apenas observados se não houver complicações.

Assertiva IV: CORRETA. Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA),

como o captopril e enalapril, e os Antagonistas dos Receptores de Angiotensina II (BRA), como a losartana, são terminantemente contraindicados na gestação. O uso dessas drogas, especialmente no segundo e terceiro trimestres, está associado a toxicidade fetal grave, incluindo disgenesia renal, oligodrômnia, hipoplasia pulmonar, defeitos de ossificação do crânio e morte fetal.

#### JUSTIFICATIVA DO GABARITO:

Como todas as quatro assertivas analisadas (I, II, III e IV) apresentam conceitos corretos e alinhados com a prática obstétrica e cardiológica atual, a alternativa correta é a letra (d).

Observação: Nota-se uma inconsistência na alternativa (a), que menciona uma assertiva "V", a qual não existe no enunciado. No entanto, isso não invalida a questão, uma vez que a alternativa (d) contempla integralmente a veracidade de todos os itens apresentados.

---

### Questão 65

O conceito central desta questão é a diferença entre os indicadores de frequência de doenças: prevalência e incidência.

Alternativa a: Incorreta. A prevalência mede a quantidade total de casos existentes (casos novos somados aos casos antigos) em um determinado ponto ou período no tempo. Ela funciona como um retrato momentâneo da situação de saúde de uma população e não permite avaliar a velocidade de surgimento de novos eventos, pois é influenciada pela duração da doença.

Alternativa b: Correta. A incidência é a medida epidemiológica que contabiliza apenas os casos novos que surgem em uma população sob risco durante um intervalo de tempo definido. Por acompanhar a transição do estado de saúde para o estado de doença, a incidência é o indicador que expressa a velocidade de ocorrência de novos casos e o risco de adoecimento. A taxa de mortalidade é, tecnicamente, uma medida de incidência de óbitos, também refletindo a velocidade com que esse evento ocorre.

Alternativa c: Incorreta. O risco atribuível não é uma medida de frequência primária, mas sim uma medida de impacto. Ele representa a diferença entre a incidência observada nos expostos a um fator e a incidência nos não expostos, quantificando o excesso de casos que pode ser atribuído exclusivamente àquele fator de risco.

Alternativa d: Incorreta. A razão de chances (Odds Ratio) é uma medida de

associação, e não de frequência. Ela é amplamente utilizada em estudos de caso-controle para comparar a chance de exposição entre o grupo de doentes e o grupo de não doentes. Ela não mede a velocidade de aparecimento de novos casos na população geral.

---

### **Questão 66**

Alternativa a: Incorreta. O ensaio clínico randomizado é um estudo experimental voltado para testar a eficácia de intervenções, como novos medicamentos ou procedimentos. Ele não é adequado para investigar fatores de risco porque, além de ter um custo muito elevado e longa duração, seria antiético expor indivíduos a fatores de risco conhecidos ou potenciais apenas para observar o surgimento de uma doença.

Alternativa b: Incorreta. O estudo de coorte prospectivo acompanha grupos de pessoas expostas e não expostas ao longo do tempo. Embora seja o desenho ideal para observar a incidência de doenças, ele é considerado ineficiente para investigar eventos raros. Para que um fator de risco raro produza resultados estatisticamente significativos em uma coorte, seria necessária uma amostra populacional gigantesca e muitos anos de seguimento, o que torna o estudo extremamente caro e difícil de executar.

Alternativa c: Correta. O estudo de caso-controle é o desenho de escolha para investigar doenças raras ou desfechos com longo período de latência. Ele funciona de forma retrospectiva: o pesquisador identifica os indivíduos que já apresentam a doença (casos) e os compara com indivíduos saudáveis (controles), buscando no passado a presença de fatores de risco. É um modelo rápido, de baixo custo e que exige um número reduzido de participantes, sendo a forma mais prática de associar fatores de risco a condições que não ocorrem com frequência na população.

Alternativa d: Incorreta. O estudo transversal, também chamado de seccional, é como uma fotografia instantânea de uma população em um determinado momento. Como ele analisa a exposição e a doença simultaneamente, ele é muito útil para medir a prevalência de doenças comuns, mas falha ao tentar investigar fatores de risco ou doenças raras, pois a chance de encontrar esses eventos em um único recorte temporal é mínima. Além disso, ele não consegue estabelecer com clareza a relação de causalidade entre o fator e a doença.

---

### Questão 67

A questão apresenta um cenário clássico de investigação de surto (gastroenterite após um evento). Para resolver esse tipo de problema, é fundamental identificar que os dados fornecidos (80% e 10%) representam a taxa de ataque, que é uma medida de incidência em uma população bem definida durante um curto período de tempo.

Alternativa a: Incorreta. A prevalência é uma medida de frequência que descreve a proporção de indivíduos doentes em uma população em um ponto específico do tempo. Ela não é utilizada para medir a força de associação entre uma exposição (consumo de maionese) e um desfecho (doença) em estudos de causalidade ou surtos.

Alternativa b: Correta. O Risco Relativo (RR) é a medida de associação de escolha quando trabalhamos com incidência, o que ocorre em estudos de coorte e em investigações de surtos nos quais se conhece o total de expostos e não expostos. O RR é calculado pela razão entre a incidência nos expostos (taxa de ataque de 80%) e a incidência nos não expostos (taxa de ataque de 10%). No exemplo, o RR seria 8 (80/10), indicando que quem consumiu maionese teve um risco 8 vezes maior de adoecer.

Alternativa c: Incorreta. O Odds Ratio (Razão de Chances) é a medida de associação padrão para estudos de caso-controle, nos quais não é possível calcular a incidência diretamente. Embora o Odds Ratio possa estimar o Risco Relativo em doenças raras, em um surto no qual as taxas de ataque são conhecidas, o Risco Relativo é a medida direta e preferencial.

Alternativa d: Incorreta. O Valor Preditivo Positivo (VPP) é uma medida de desempenho de testes diagnósticos. Ele indica a probabilidade de um paciente realmente ter a doença quando o resultado do teste é positivo. Não possui relação com a estimativa de risco ou força de associação em estudos epidemiológicos de exposição ambiental ou alimentar.

---

### Questão 68

O modelo de Leavell e Clark (1976) descreve a história natural da doença dividindo-a em dois grandes momentos: o período de pré-patogênese e o período de patogênese. A questão foca nas ações realizadas antes do início dos processos patogênicos, o que caracteriza o nível primário de prevenção.

Alternativa a) Correta. A prevenção primária é realizada exclusivamente no período de pré-patogênese. Ela engloba a promoção da saúde (ações gerais para melhorar o bem-estar, como saneamento e educação) e a proteção específica (medidas contra

agentes específicos, como a vacinação e o uso de preservativos). O objetivo central é diminuir a incidência da doença, impedindo que o processo patogênico se inicie.

Alternativa b) Incorreta. Esta alternativa mistura dois níveis com objetivos e cronologias diferentes. A prevenção secundária pressupõe que a doença já se instalou, agindo após o início do processo patogênico, ao contrário do que pede o enunciado.

Alternativa c) Incorreta. A prevenção secundária atua no período de patogênese. Suas estratégias fundamentais são o diagnóstico precoce (como o rastreamento de câncer) e o tratamento imediato, além da limitação da incapacidade. Ela busca evitar a progressão de uma doença já existente, e não impedir o seu início.

Alternativa d) Incorreta. A prevenção terciária foca na reabilitação e na redução de sequelas de doenças já estabelecidas e avançadas. O objetivo é reintegrar o indivíduo à sociedade e maximizar sua funcionalidade, atuando muito tempo após o início do processo patogênico.

Portanto, ações que buscam impedir os processos patogênicos antes que se iniciem definem estritamente a prevenção primária.

---

### Questão 69

Alternativa A: INCORRETA. A principal característica da sífilis latente é justamente a ausência de manifestações clínicas. Nessa fase, o diagnóstico é feito exclusivamente por meio de testes sorológicos. Quanto à classificação temporal, o Ministério da Saúde do Brasil define como sífilis latente recente aquela com até um ano de infecção, e latente tardia, quando o tempo de infecção é superior a um ano.

Alternativa B: INCORRETA. A sífilis secundária ocorre pela disseminação sistêmica da bactéria e é marcada por manifestações cutâneo-mucosas que costumam ser bastante exuberantes e variadas. Entre as lesões típicas estão a roséola sífilítica, pápulas eritematofoscas (com destaque para o acometimento palmoplantar), placas mucosas e o condiloma plano.

Alternativa C: CORRETA. A sífilis primária é a fase inicial da doença, surgindo após um período de incubação médio de 21 dias. Sua marca registrada é o cancro duro, uma úlcera única, indolor, com base endurecida e fundo limpo, localizada no sítio de entrada do *Treponema pallidum*. Essa lesão é frequentemente acompanhada de linfadenomegalia regional (geralmente bilateral e indolor), o que valida a alternativa.

Alternativa D: INCORRETA. Embora a sífilis terciária realmente apresente

acometimento de órgãos internos (como os sistemas cardiovascular e nervoso) e da pele (gomas sífilíticas), os títulos dos testes não treponêmicos, como o VDRL, tendem a ser baixos ou até mesmo negativos nessa fase. Títulos muito elevados são característicos da fase secundária, na qual há uma alta carga bacteriana e intensa resposta imunológica.

## Questão 70

### EXPLICAÇÃO DA QUESTÃO

A questão exige o conhecimento dos conceitos epidemiológicos que avaliam o impacto de intervenções em saúde: eficácia, efetividade e eficiência. Esses termos possuem significados distintos e específicos no contexto da medicina baseada em evidências.

#### ALTERNATIVA A - CORRETA

A Efetividade refere-se ao desempenho de um medicamento ou intervenção quando aplicados nas condições habituais do dia a dia, ou seja, no "mundo real". Diferentemente dos estudos controlados, na prática clínica real, os pacientes podem esquecer doses, possuir comorbidades, utilizar outras medicações simultâneas e ter acesso variado ao sistema de saúde. Se o fármaco produz o efeito desejado nessas condições não controladas da população, ele demonstra efetividade.

#### ALTERNATIVA B - INCORRETA

A Eficácia é o termo utilizado para descrever o benefício de uma intervenção em condições ideais, experimentais e estritamente controladas. É o que ocorre nos Ensaios Clínicos Randomizados (Fases II e III), nos quais os critérios de inclusão e exclusão são rígidos para garantir que o efeito observado seja causado apenas pela droga, sem variáveis de confusão. O enunciado menciona que o fármaco já passou por essa fase e pergunta sobre o efeito em "condições reais", o que invalida esta alternativa.

#### ALTERNATIVA C - INCORRETA

A Eficiência está relacionada à análise econômica da intervenção. Ela avalia a relação entre os resultados alcançados (eficácia ou efetividade) e os recursos utilizados para isso (custo, tempo, pessoal). Em suma, é a avaliação do custo-benefício ou custo-efetividade. Uma intervenção eficiente é aquela que atinge um bom resultado com o menor gasto de recursos possível.

#### ALTERNATIVA D - INCORRETA

A Eficácia Intrínseca é um conceito da farmacodinâmica, não da epidemiologia clínica. Ela descreve a capacidade relativa de um complexo fármaco-receptor de

produzir uma resposta biológica máxima. É uma característica molecular da interação entre o medicamento e seu alvo no organismo, não se referindo ao impacto do tratamento em populações.

RESUMO PARA FIXAÇÃO:

Eficácia: Condições ideais (Ensaio Clínico).

Efetividade: Condições reais (Prática médica rotineira).

Eficiência: Relação custo-benefício (Uso de recursos).

---

## Questão 71

O diagnóstico laboratorial da dengue é dividido em métodos diretos (detecção do vírus ou de suas partes) e métodos indiretos (detecção da resposta imunológica do hospedeiro). A escolha do exame depende do tempo de início dos sintomas.

Alternativa a) Incorreta. O hemograma é um exame de suporte e monitoramento. Ele sugere o diagnóstico por meio de achados como leucopenia, trombocitopenia e hemoconcentração, mas não possui especificidade para confirmar a presença do vírus ou de anticorpos contra a dengue.

Alternativa b) Incorreta. Tanto o PCR (que detecta o RNA viral) quanto a pesquisa do antígeno NS1 são exames confirmatórios de fase aguda (geralmente até o 5.º dia de sintomas). Embora ambos sejam confirmatórios, a literatura e as diretrizes de saúde pública frequentemente agrupam o NS1 e o ELISA (sorologia) como o par principal para cobrir tanto a fase inicial quanto a fase de convalescença.

Alternativa c) Incorreta. O PCR é um método de biologia molecular altamente específico para a fase de viremia, e o ELISA é o método de escolha para sorologia. No entanto, o par antígeno NS1 e ELISA é a combinação mais clássica solicitada em provas para representar a confirmação em diferentes janelas temporais da doença.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa apresenta os dois métodos mais utilizados na rotina clínica para a confirmação diagnóstica. O antígeno NS1 é uma proteína secretada pelo vírus durante a fase de replicação, sendo detectável precocemente (do 1.º ao 5.º dia). O ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) é a técnica padrão utilizada para a detecção de anticorpos IgM e IgG, sendo fundamental para a confirmação diagnóstica após o 6.º dia de evolução, quando a carga viral diminui e a resposta imune se torna detectável.

Em resumo, a confirmação laboratorial baseia-se na detecção de proteínas virais (NS1) na fase inicial ou na identificação da soroconversão ou da presença de anticorpos específicos (ELISA IgM) na fase posterior.

---

## Questão 72

O Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) é uma ferramenta fundamental para a gestão do SUS, pois registra toda a produção de serviços ambulatoriais (consultas, exames, procedimentos e tratamentos de pequena e média complexidade) realizados em unidades públicas ou privadas conveniadas.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): As informações do SIA-SUS são essenciais para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI é o processo onde se definem as ações de saúde de cada município e os recursos financeiros para o atendimento da população. Como o SIA-SUS registra o volume de atendimentos e procedimentos realizados, ele fornece a base de dados necessária para planejar a oferta e o teto financeiro de cada região.

Alternativa B (Incorreta): Esta descrição refere-se ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O SINAN é alimentado especificamente pela notificação e investigação de doenças e agravos que constam na lista nacional de notificação compulsória. O SIA-SUS, por outro lado, é alimentado pela produção de serviços (atendimentos e exames).

Alternativa C (Correta): Embora o SIA-SUS tenha uma finalidade primária de faturamento e controle administrativo, ele se torna uma importante fonte de dados epidemiológicos. Ao registrar o Código Internacional de Doenças (CID) nos atendimentos e a frequência de determinados procedimentos em cada localidade, o sistema permite que gestores e pesquisadores identifiquem o perfil de morbidade ambulatorial (quais doenças estão levando as pessoas aos postos e centros de especialidades) e o uso dos serviços de saúde em uma determinada região.

Alternativa D (Incorreta): Embora as equipes de saúde da família gerem dados ambulatoriais, a principal fonte de dados da Atenção Primária migrou para o sistema e-SUS AB (SISAB). O SIA-SUS é um sistema abrangente que recebe dados de toda a rede ambulatorial, incluindo centros de especialidades, clínicas de hemodiálise, serviços de fisioterapia e centros de diagnose (laboratórios e imagem), não se limitando apenas às equipes de saúde da família.

### Questão 73

Para responder a esta questão, é necessário dominar a classificação dos níveis de prevenção em saúde pública, proposta originalmente por Leavell e Clark.

A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato de uma doença que já está presente no organismo, mas que ainda se encontra em estágio inicial ou assintomático (fase subclínica). O objetivo principal é aumentar as chances de cura, evitar complicações e reduzir a prevalência da doença na população.

Alternativa a: Incorreta. A vacinação antitetânica é uma medida de prevenção primária. A prevenção primária atua antes de a doença ocorrer, visando diminuir a sua incidência por meio da proteção específica (como as vacinas) ou da promoção da saúde.

Alternativa b: Correta. O rastreamento de câncer de mama é um exemplo típico de prevenção secundária. Por meio de exames como a mamografia, busca-se identificar a neoplasia em fases muito iniciais em pessoas que não apresentam sintomas, permitindo uma intervenção rápida que melhora significativamente o prognóstico e a sobrevida da paciente.

Alternativa c: Incorreta. A imunização contra a gripe H1N1, assim como o exemplo da alternativa a, é uma ação de prevenção primária. Ela visa proteger o indivíduo contra a infecção antes que ela aconteça, reduzindo o número de novos casos.

Alternativa d: Incorreta. O tratamento de água e esgoto é uma ação de saneamento ambiental classificada como prevenção primária. Estas medidas visam ao controle de fatores determinantes e condicionantes de doenças no meio ambiente, impedindo que os agentes patogênicos entrem em contato com a população e causem enfermidades.

---

### Questão 74

Alternativa (a) - Correta: O direito à saúde é um valor fundamental estabelecido tanto na Declaração de Alma-Ata quanto na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O controle social, operacionalizado no SUS por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Lei 8.142/90), é um valor essencial que garante a participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas públicas, assegurando que o sistema atenda às necessidades reais da população.

Alternativa (b) - Incorreta: A coordenação do cuidado é considerada um atributo

essencial da Atenção Primária à Saúde, e não um princípio do sistema hierarquizado. Ela se refere à capacidade da APS de acompanhar o paciente e integrar as informações clínicas, independentemente do ponto da rede de atenção em que o indivíduo esteja (seja na atenção secundária ou terciária). A hierarquização é uma diretriz organizacional que organiza o sistema em níveis de complexidade crescente.

Alternativa (c) - Incorreta: A longitudinalidade pressupõe a existência de um vínculo duradouro e de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente ao longo do tempo. Formas de contrato temporário ou vínculos precários de trabalho tendem a gerar alta rotatividade de profissionais (turnover), o que rompe o vínculo com a comunidade e prejudica diretamente o acompanhamento longitudinal e a continuidade do cuidado.

Alternativa (d) - Incorreta: A definição apresentada na alternativa refere-se ao conceito de igualdade ou universalidade. A equidade, por outro lado, consiste em tratar desigualmente os desiguais para reduzir as desigualdades sociais e de saúde. Ou seja, a equidade foca em oferecer mais recursos e atenção para quem mais precisa, reconhecendo as diferentes vulnerabilidades e necessidades de cada grupo ou indivíduo, em vez de dar a todos exatamente o mesmo atendimento.

---

### Questão 75

Esta questão aborda as atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica, conforme a Portaria 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB vigente à época da questão). Vale lembrar que, embora essa portaria tenha sido substituída pela Portaria 2.436/2017, a essência das funções do Agente Comunitário de Saúde (ACS) permanece focada na territorialização e no elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Alternativa (a) Incorreta: A realização de qualquer procedimento cirúrgico, independentemente do porte, é uma atividade privativa de profissionais de saúde de nível superior, especificamente médicos e cirurgiões-dentistas (no caso da saúde bucal). O ACS possui um papel de educação e vigilância, não possuindo competência técnica ou legal para atos operatórios.

Alternativa (b) Incorreta: O planejamento e a avaliação das ações são atribuições comuns a todos os membros da equipe de Atenção Básica. No entanto, o gerenciamento e a coordenação das ações dos ACS costumam ser atribuições do enfermeiro da equipe. O ACS não tem a função de gerenciar ou avaliar o trabalho de seus pares.

Alternativa (c) Incorreta: Coordenar e participar de ações coletivas focadas

especificamente em doenças bucais são atribuições dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde Bucal (Cirurgião-Dentista, Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal). Embora o ACS possa apoiar ações educativas em saúde bucal, a coordenação técnica não lhe compete.

Alternativa (d) Correta: Esta alternativa descreve a atividade central do Agente Comunitário de Saúde. O ACS é o responsável por realizar o mapeamento geográfico (microárea) e o cadastramento domiciliar e individual de toda a população sob sua responsabilidade. Manter esses dados atualizados é essencial para que a equipe conheça o perfil epidemiológico e socioeconômico da comunidade, permitindo o planejamento adequado das intervenções de saúde. Essa atribuição é um pilar da estratégia de territorialização do SUS.

---

### Questão 76

Para compreender o eixo central de expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso identificar os marcos operacionais que permitiram que o atendimento chegasse às casas dos brasileiros e às regiões mais remotas.

Alternativa a) Incorreta. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão que regula os planos de saúde privados, não tendo relação direta com a expansão da cobertura universal pública. A Política de Medicamentos Genéricos (1999) foi fundamental para ampliar o acesso a tratamentos, mas é uma estratégia farmacêutica, e não o eixo organizador do sistema de saúde.

Alternativa b) Correta. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, representam a mudança do modelo assistencial no Brasil. O PACS introduziu o agente comunitário como elo entre a população e o serviço de saúde, enquanto o PSF (hoje Estratégia de Saúde da Família) estruturou equipes multiprofissionais para atuar em territórios específicos. Juntos, eles foram os principais responsáveis por levar ações de prevenção e promoção da saúde para fora dos hospitais, garantindo a extensão da cobertura de forma capilarizada.

Alternativa c) Incorreta. Embora o PACS esteja correto como eixo de extensão, a Política de Medicamentos Genéricos não é o eixo central de programas e ações de saúde, mas sim uma medida de regulação do mercado farmacêutico para a redução de custos ao consumidor e ao Estado.

Alternativa d) Incorreta. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o marco político-ideológico que estabeleceu as diretrizes para a criação do SUS, mas não foi um programa operacional de extensão de cobertura. Já a Estratégia de Saúde da

Família (ESF) está correta, mas a alternativa (b) é mais precisa ao citar a sequência histórica (PACS e PSF) que iniciou, de fato, a interiorização do sistema.

---

### **Questão 77**

Esta questão aborda o impacto epidemiológico da Estratégia Saúde da Família (ESF) no sistema de saúde brasileiro. A expansão da Atenção Básica tem como objetivo principal a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o acompanhamento longitudinal da população, o que reflete diretamente em indicadores de saúde sensíveis a esse nível de atenção.

Alternativa A: Incorreta. A inclusão das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, potencializada pelo programa Brasil Sorridente, expandiu significativamente o acesso da população a tratamentos odontológicos preventivos e curativos, deixando de ser um serviço restrito a urgências.

Alternativa B: Incorreta. O pré-natal é uma das ações prioritárias da Atenção Básica. O aumento da cobertura das equipes permite a captação precoce das gestantes e um maior número de consultas realizadas, garantindo o acompanhamento adequado da gestação e a redução de complicações.

Alternativa C: Incorreta. A redução da mortalidade infantil é um dos impactos mais bem documentados da expansão da ESF no Brasil. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura), o incentivo ao aleitamento materno, a vacinação e o manejo de doenças prevalentes na infância (como diarreia e infecções respiratórias) contribuem diretamente para este indicador.

Alternativa D: Correta. A redução dos óbitos por acidentes de trânsito não é um indicador diretamente afetado pela expansão da Atenção Básica. Esses óbitos estão relacionados a causas externas, cuja redução depende de políticas intersetoriais, como fiscalização de trânsito (Lei Seca), melhorias na infraestrutura viária, educação para o trânsito e eficiência do atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU) e hospitalar de urgência e emergência. Embora a Atenção Básica atue na reabilitação de sobreviventes, ela não possui impacto direto na redução da mortalidade imediata desses eventos.

---

## Questão 78

O trecho apresentado descreve o princípio da Integralidade, um dos pilares doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). A questão exige que o candidato identifique qual diretriz se refere ao atendimento completo, que abrange desde a promoção e prevenção até a cura e reabilitação, em todos os níveis de complexidade, além de enxergar o indivíduo de forma holística.

Análise das alternativas:

a) Universalidade: Incorreta. A universalidade refere-se à garantia de que todos os cidadãos, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação, tenham direito de acesso aos serviços de saúde. Embora o texto cite o "direito de todo cidadão ao acesso", o foco central do enunciado está na abrangência e na qualidade desse cuidado (integralidade), e não apenas no fato de o sistema ser aberto a todos.

b) Integralidade: Correta. Este princípio possui duas dimensões principais descritas no texto. A primeira é a dimensão do sistema/rede, que garante a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária) e a articulação entre ações preventivas e curativas. A segunda é a dimensão do indivíduo, que entende o ser humano como um todo indivisível, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, evitando a fragmentação do cuidado. O enunciado utiliza explicitamente o termo "atenção integral" para definir o conceito.

c) Equidade: Incorreta. A equidade fundamenta-se em tratar desigualmente os desiguais para alcançar a justiça social. Significa oferecer mais recursos ou atenção a quem mais precisa, visando reduzir as disparidades em saúde. O texto não aborda a distribuição desigual de recursos com base em necessidades específicas, mas sim a totalidade da assistência.

d) Participação da comunidade: Incorreta. Também conhecida como Controle Social, refere-se à garantia de que a população participe do processo de gestão do SUS por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. O texto foca na assistência e na organização dos serviços, não mencionando os mecanismos de participação popular ou controle social.

## Questão 79

Comentário da questão:

A alternativa (a) está correta. A Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública é definida e atualizada periodicamente pelo Ministério da Saúde. No caso específico dos agravos relacionados ao trabalho, a estratégia de vigilância muitas vezes se baseia na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que utiliza unidades-sentinela (como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e serviços de urgência) para identificar e monitorar indicadores-chave, permitindo o planejamento de ações de intervenção e prevenção.

A alternativa (b) está incorreta. A notificação de um acidente de trabalho no sistema de saúde (SINAN) tem finalidade epidemiológica e de proteção social, e não trabalhista. Portanto, se uma criança ou adolescente sofrer um acidente de trabalho, este deve ser notificado obrigatoriamente, independentemente de o trabalho ser proibido ou legal para aquela faixa etária. O objetivo é justamente visibilizar a ocorrência do trabalho infantil e seus danos à saúde.

A alternativa (c) está incorreta. A notificação deve ser realizada diante da suspeita ou confirmação da doença ou agravo, e não "após a constatação pelo serviço de saúde". Além disso, o prazo para notificação varia conforme o agravo: alguns exigem notificação imediata (em até 24 horas), enquanto outros possuem periodicidade semanal.

A alternativa (d) está incorreta. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho constam na lista de notificação compulsória. A presença de comorbidades (outras doenças concomitantes) não exclui a necessidade de notificação, desde que seja estabelecido onexo causal ou a concausalidade entre o transtorno mental e as condições de trabalho do paciente.

---

## Questão 80

Alternativa (a) Incorreta. O tratamento da tuberculose é amplamente conhecido e padronizado mundialmente e no Brasil. O Ministério da Saúde estabelece protocolos rígidos, como o esquema básico RIPE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol), oferecido gratuitamente pelo SUS. Portanto, existe medicação padronizada e eficaz.

Alternativa (b) Incorreta. A tuberculose apresenta alta incidência, e não baixa. O Brasil faz parte do grupo de países prioritários da Organização Mundial da Saúde (OMS) que concentram a maior carga da doença no mundo. Embora a vulnerabilidade

social seja um fator determinante, a alta circulação do bacilo na população contradiz a afirmação de baixa incidência.

Alternativa (c) Incorreta. O diagnóstico da tuberculose é baseado prioritariamente em exames bacteriológicos e moleculares, como a baciloscopia de escarro, a cultura e o Teste Rápido Molecular (TRM-TB). Embora o raio X de tórax seja uma ferramenta auxiliar importante, ele não é considerado de alta sofisticação tecnológica nem representa a principal dificuldade para o controle da doença. O desafio principal é a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a adesão ao tratamento.

Alternativa (d) Correta. A tuberculose é considerada um problema de saúde pública porque preenche os critérios epidemiológicos de priorização:

1. Magnitude: Refere-se à alta frequência da doença (elevadas taxas de incidência e prevalência) e sua mortalidade.
2. Transcendência: Refere-se ao impacto socioeconômico, à gravidade da doença e ao estigma social que ela carrega, afetando a capacidade produtiva e a qualidade de vida.
3. Vulnerabilidade: Indica que a doença é passível de prevenção e controle por meio de intervenções de saúde pública, como o diagnóstico precoce, o tratamento adequado para interrupção da cadeia de transmissão e a vacinação BCG.

A alternativa (d) resume com precisão os conceitos de vigilância epidemiológica aplicados à gestão de políticas públicas de saúde.

---