



SCM-BH

GABARITO | 2025 | MG | 75 Questões



Gabarito: SCM-BH

2025 | MG

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

Comentários e Explicações

Questão 1

O abdome agudo inflamatório é caracterizado por dor abdominal de início súbito, geralmente associada a sinais de irritação peritoneal e resposta inflamatória sistêmica (como febre e leucocitose). Para responder corretamente a essa questão, o candidato deve conhecer a epidemiologia das principais emergências cirúrgicas.

Alternativa a) Incorreta. A colecistite aguda é uma causa muito comum de abdome agudo inflamatório, especialmente em adultos e idosos, com maior prevalência no sexo feminino e em pacientes com colelitíase prévia. No entanto, em termos estatísticos globais e considerando todas as faixas etárias (incluindo crianças e adolescentes), ela não supera a frequência da apendicite aguda.

Alternativa b) Incorreta. A pancreatite aguda é uma importante causa de dor abdominal inflamatória, frequentemente relacionada a cálculos biliares ou ao consumo de álcool. Embora tenha alta incidência em prontos-socorros, a maioria dos casos é de tratamento clínico inicial e sua frequência absoluta é menor do que a da apendicite aguda na população geral.

Alternativa c) Correta. A apendicite aguda é universalmente reconhecida na literatura médica como a causa mais comum de abdome agudo inflamatório e a emergência cirúrgica abdominal mais frequente em todo o mundo. Ela pode ocorrer em qualquer idade, desde crianças pequenas até idosos, apresentando um pico de incidência entre a segunda e a terceira décadas de vida. Devido à sua alta prevalência em praticamente todos os estratos demográficos, é a resposta correta para a etiologia mais comum em todas as faixas etárias.

Alternativa d) Incorreta. A diverticulite aguda é uma causa clássica de abdome agudo inflamatório, mas sua incidência está fortemente ligada ao envelhecimento. É uma condição predominante em pacientes acima dos 50-60 anos, sendo extremamente rara em crianças e pouco comum em adultos jovens. Portanto, não pode ser considerada a mais comum em todas as faixas etárias.

Questão 2

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os conceitos de encarceramento e estrangulamento nas hérnias da parede abdominal. Uma hérnia é dita encarcerada quando o seu conteúdo não pode ser reduzido para dentro da cavidade abdominal. Já o estrangulamento ocorre quando o conteúdo herniado sofre um comprometimento do suprimento sanguíneo (isquemia).

Alternativa a) Incorreta. A obstrução intestinal é uma manifestação clínica frequente em hérnias que contêm alças intestinais, ocorrendo devido ao bloqueio da passagem do conteúdo entérico. Embora seja uma condição séria, ela pode estar presente mesmo em casos de encarceramento simples. O termo "mais temida" refere-se à perda de viabilidade do tecido, que é o estágio seguinte e mais grave.

Alternativa b) Correta. A necrose intestinal é a complicação mais temida porque representa o estágio final da isquemia prolongada. Quando o suprimento arterial e a drenagem venosa são interrompidos pelo anel herniário (estragulamento), o tecido morre (necrose). Isso leva à translocação bacteriana, perfuração intestinal, peritonite e sepse, aumentando drasticamente a morbidade e a mortalidade do paciente, além de exigir uma cirurgia mais complexa com ressecção intestinal.

Alternativa c) Incorreta. A dor intensa é um importante sinal de alerta clínico. Ela costuma indicar que uma hérnia previamente redutível ou apenas encarcerada evoluiu para o estrangulamento. Contudo, a dor é um sintoma do processo isquêmico e não a complicação patológica final em si.

Alternativa d) Incorreta. A inflamação local decorre do sofrimento tecidual e da estase vascular. Embora contribua para o quadro clínico e dificulte a redução manual da hérnia, a inflamação isolada não carrega a mesma gravidade ou o risco de vida imediato que a necrose e a gangrena da alça intestinal.

Questão 3

A compreensão da anatomia e da inervação dos órgãos abdominais é fundamental para identificar os padrões de irradiação da dor. A dor que irradia para as costas (região dorsal ou lombar) geralmente está associada a processos inflamatórios, obstrutivos ou vasculares que envolvem estruturas localizadas no espaço retroperitoneal ou que irritam a face posterior do peritônio.

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta (o que NÃO está associado). A apendicite aguda apresenta, classicamente, uma cronologia de Murphy: dor visceral difusa ou periumbilical que, após algumas horas, migra e se localiza na fossa ilíaca direita (ponto de McBurney), tornando-se uma dor somática devido à irritação do peritônio parietal. Embora variações anatômicas como o apêndice retrocecal possam causar dor no flanco ou dor lombar lateralizada, a apendicite não é reconhecida na semiologia médica por uma irradiação típica para as costas, diferenciando-se nitidamente das outras patologias citadas.

Alternativa (b): A úlcera péptica perfurada pode causar dor referida nas costas, especialmente quando a perfuração ocorre na parede posterior do estômago ou do

duodeno. Nesses casos, o conteúdo gastroduodenal pode atingir a retrocavidade dos epiplons ou irritar estruturas posteriores, levando a um quadro de dor intensa que se propaga para a região dorsal.

Alternativa (c): A pancreatite aguda é a causa mais clássica de dor abdominal com irradiação para as costas. Por ser um órgão retroperitoneal, a inflamação do pâncreas gera uma dor constante e intensa nos quadrantes superiores (epigástrico), que se irradia "em faixa" ou "em cinturão" para o dorso em cerca de 50% dos casos.

Alternativa (d): O aneurisma de aorta abdominal, particularmente em casos de expansão rápida, dissecação ou ruptura iminente, manifesta-se tipicamente com dor abdominal ou lombar de início súbito e lancinante. Como a aorta é a estrutura mais posterior do abdome, a dor é frequentemente referida na região lombar ou interescapular, dependendo da extensão do acometimento vascular.

Concluindo, enquanto pancreatite, aneurisma de aorta e úlceras posteriores possuem íntima relação com o compartimento posterior do abdome, a apendicite mantém um padrão de localização e migração essencialmente anterior e lateralizado.

Questão 4

A questão aborda a epidemiologia e os fatores etiopatogênicos do câncer gástrico, especificamente do adenocarcinoma, que representa a vasta maioria das neoplasias malignas do estômago.

Alternativa a) Incorreta. O tabagismo é um fator de risco estabelecido e relevante, aumentando a incidência tanto de tumores da região da cárdia quanto do estômago distal. Entretanto, embora importante, o risco atribuível ao tabaco é estatisticamente inferior ao impacto causado pela infecção bacteriana crônica na população geral.

Alternativa b) Correta. A infecção pelo *Helicobacter pylori* é o principal fator de risco para o câncer gástrico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) classificam o *H. pylori* como um carcinógeno do Grupo 1 (carcinógeno definido para humanos). A bactéria causa uma inflamação crônica na mucosa gástrica que pode evoluir para a chamada Cascata de Correa: gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, displasia e, por fim, o adenocarcinoma. A erradicação da bactéria é a medida de prevenção primária mais eficaz.

Alternativa c) Incorreta. A associação entre o consumo de álcool e o câncer gástrico é considerada fraca ou inconsistente em diversos estudos epidemiológicos, especialmente quando comparada à força de associação com o *H. pylori*. O álcool

tem uma ligação muito mais direta e forte com neoplasias de esôfago (tipo escamoso), fígado e pâncreas.

Alternativa d) Incorreta. Uma dieta rica em fibras, frutas e vegetais frescos é, na verdade, um fator protetor contra o desenvolvimento de câncer gástrico. O risco dietético real está associado ao baixo consumo desses alimentos e ao alto consumo de alimentos conservados em sal (salgados), defumados ou ricos em nitritos e nitratos, que podem ser convertidos em nitrossaminas carcinogênicas no ambiente ácido do estômago.

Questão 5

O abdome agudo obstrutivo é uma condição clínica caracterizada pela interrupção do fluxo normal do conteúdo intestinal. Para responder corretamente a essa questão, é necessário compreender que as causas variam conforme o segmento intestinal acometido (intestino delgado ou intestino grosso) e que a obstrução do intestino delgado é significativamente mais frequente na prática médica.

Alternativa a) Incorreta. As hérnias de parede abdominal, como as inguinais, femorais e incisionais, representam a segunda causa mais comum de obstrução do intestino delgado. Embora sejam causas importantes e exijam intervenção cirúrgica imediata quando encarceradas ou estranguladas, elas perdem em incidência para as aderências pós-operatórias na população adulta.

Alternativa b) Incorreta. O volvo de sigmoide ocorre quando há uma torção do cólon sobre o seu próprio mesentério. É uma causa frequente de obstrução do intestino grosso, especialmente em pacientes idosos, acamados ou com megacólon (como na doença de Chagas). No entanto, não é a principal causa global de obstrução intestinal em adultos.

Alternativa c) Correta. As aderências intestinais, também chamadas de bridas, são a causa principal de abdome agudo obstrutivo em adultos. Elas são responsáveis por cerca de 60% a 75% dos casos de obstrução do intestino delgado. Na imensa maioria das vezes, essas aderências resultam de processos cicatriciais decorrentes de cirurgias abdominais ou pélvicas prévias. Como as obstruções do intestino delgado são muito mais comuns que as do intestino grosso, as bridas acabam sendo a causa número um de forma generalizada.

Alternativa d) Incorreta. As neoplasias, especificamente o câncer colorretal, são a principal causa de obstrução do intestino grosso (cólon). Apesar de sua alta relevância clínica e gravidade, quando analisamos todas as causas de obstrução intestinal no adulto (somando delgado e grosso), as neoplasias ocupam uma posição

secundária em relação às aderências.

Resumo para memorização:

- Principal causa de obstrução do intestino delgado: Aderências (bridas).
- Segunda causa de obstrução do intestino delgado: Hérnias.
- Principal causa de obstrução do intestino grosso: Neoplasias (câncer colorretal).
- Principal causa global de abdome agudo obstrutivo no adulto: Aderências (bridas).

Questão 6

A anatomia da região inguinal é fundamental para a diferenciação dos tipos de hérnia. Vamos analisar cada uma das alternativas para entender por que a "a" é a correta:

Alternativa (a) CORRETA: O marco anatômico utilizado para diferenciar as hérnias inguinais é a artéria epigástrica inferior. As hérnias indiretas são aquelas que saem da cavidade abdominal pelo anel inguinal profundo, que se localiza lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Elas ocorrem geralmente por uma falha congênita (persistência do conduto peritoneovaginal).

Alternativa (b) INCORRETA: Quem atravessa todo o canal inguinal, dentro do funículo espermático, é a hérnia indireta. A hérnia direta não percorre o canal; ela "empurra" a parede posterior do canal inguinal (fáscia transversalis) em uma região de fraqueza conhecida como triângulo de Hesselbach. Embora ela possa emergir pelo anel inguinal externo, ela não percorre o trajeto do canal.

Alternativa (c) INCORRETA: As hérnias inguinais são muito mais comuns em homens do que em mulheres (uma proporção de cerca de 8 para 1). É importante não confundir: embora a hérnia femoral seja mais comum em mulheres do que em homens, a hérnia inguinal ainda é o tipo mais comum em ambos os sexos, mas sua incidência global é vastamente superior no sexo masculino.

Alternativa (d) INCORRETA: O risco de encarceramento e estrangulamento é significativamente maior nas hérnias indiretas. Isso acontece porque o orifício de saída (anel inguinal profundo) costuma ser mais estreito e rígido. As hérnias diretas, por surgirem de uma fraqueza difusa da parede posterior, geralmente possuem uma base de saco herniário mais larga, o que dificulta o pinçamento das alças intestinais.

Portanto, a relação anatômica com os vasos epigástricos inferiores é o critério técnico correto para a classificação dessas hérnias.

Questão 7

No contexto do trauma abdominal fechado, a identificação da fonte de sangramento é crucial para o manejo do choque hipovolêmico. A questão aborda a epidemiologia das lesões orgânicas nesse cenário.

Alternativa (a) Incorreta: As lesões intestinais, que envolvem vísceras ocas, manifestam-se predominantemente por quadros de peritonite decorrentes do extravasamento de conteúdo entérico ou fecal para a cavidade abdominal. Embora possam apresentar sangramento associado a lesões do mesentério, raramente são a causa principal ou isolada de choque hipovolêmico rápido quando comparadas às lesões de órgãos sólidos.

Alternativa (b) Incorreta: O fígado é o segundo órgão mais comumente lesionado no trauma abdominal fechado (sendo o primeiro no trauma penetrante). Devido às suas grandes dimensões e vascularização, pode causar hemorragias fatais, mas as estatísticas mundiais e os protocolos de trauma indicam que o baço ainda é o órgão mais frequentemente acometido no mecanismo contuso.

Alternativa (c) Correta: O baço é o órgão intra-abdominal mais frequentemente lesionado em casos de trauma abdominal contuso, como em colisões automobilísticas e quedas de altura. Por ser um órgão extremamente vascularizado, friável e com uma cápsula delgada, sua ruptura resulta rapidamente em hemoperitônio volumoso, tornando-se a principal causa de choque hipovolêmico em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado.

Alternativa (d) Incorreta: As fraturas pélvicas são causas importantes de choque hipovolêmico devido ao potencial de sangramento massivo no espaço retroperitoneal, originado de plexos venosos ou ramos das artérias ilíacas. No entanto, elas são classificadas como trauma da pelve e, embora possam coexistir com o trauma abdominal, a frequência de choque por lesão de órgãos sólidos intra-abdominais, liderada pelo baço, é superior na prática clínica do trauma fechado.

Questão 8

Texto Original:

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica na qual o conteúdo gástrico retorna para o esôfago, podendo causar lesões teciduais. Quando o tratamento medicamentoso com inibidores de bomba de prótons (IBPs) não é suficiente, ou quando surgem complicações graves, a intervenção cirúrgica (funduplicatura) torna-se uma opção fundamental.

Alternativa A: Correta. O esôfago de Barrett é considerado a principal e mais

preocupante complicação da DRGE crônica. Trata-se de uma metaplasia intestinal (substituição do epitélio escamoso por colunar) que ocorre em resposta à agressão ácida contínua. É uma lesão pré-neoplásica com risco de evolução para adenocarcinoma de esôfago. Por representar uma mudança estrutural definitiva e um risco aumentado de câncer, sua presença frequentemente motiva a indicação de tratamento cirúrgico para um controle mais rigoroso do refluxo, embora a cirurgia por si só não garanta a regressão da metaplasia.

Alternativa B: Incorreta. A estenose esofágica é uma complicação cicatricial resultante de esofagite grave e persistente, levando ao estreitamento da luz do esôfago e à consequente disfagia. Embora possa exigir intervenção (como dilatações endoscópicas e cirurgia antirrefluxo para evitar recorrência), ela é menos frequente que o esôfago de Barrett e não possui o potencial de malignização que torna o Barrett a complicação "principal" no contexto de gravidade a longo prazo.

Alternativa C: Incorreta. A esofagite erosiva é o achado mais comum na DRGE e caracteriza-se por erosões visíveis na endoscopia. Na grande maioria dos casos, o tratamento é clínico, baseado no uso de IBPs e mudanças de estilo de vida. A cirurgia é reservada apenas para casos refratários ao tratamento médico ou se o paciente desejar interromper o uso crônico de medicação, não sendo, por si só, a complicação que "exige" intervenção cirúrgica de forma prioritária.

Alternativa D: Incorreta. A perfuração esofágica é uma complicação extremamente rara da DRGE isolada. Ela geralmente está associada a quadros de vômitos incoercíveis (síndrome de Boerhaave) ou traumas iatrogênicos durante procedimentos endoscópicos. Devido à sua raridade no curso natural da doença do refluxo, não é considerada a complicação principal para indicação cirúrgica eletiva no manejo da DRGE.

Questão 9

A questão aborda o manejo da diverticulite aguda complicada. Para responder corretamente, devemos utilizar a Classificação de Hinchey, que estratifica a gravidade da doença e orienta a conduta terapêutica:

Hinchey I: Abscesso pericólico ou mesentérico.

Hinchey II: Abscesso pélvico, retroperitoneal ou à distância.

Hinchey III: Peritonite purulenta generalizada.

Hinchey IV: Peritonite fecal generalizada.

A alternativa (b) está correta, pois, na presença de abscessos (Hinchey I e II), a conduta inicial padrão-ouro para coleções maiores que 3 a 4 cm é a antibioticoterapia

associada à drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia). Essa estratégia visa converter uma urgência cirúrgica em um procedimento eletivo, diminuindo a morbimortalidade e aumentando as chances de uma futura anastomose primária com sucesso. Abscessos menores que 3 cm podem ser tratados apenas com antibióticos venosos inicialmente.

A alternativa (a) está incorreta porque a ileostomia isolada não trata a fonte da infecção (o abscesso). A derivação intestinal pode fazer parte de uma cirurgia de ressecção, mas não é o tratamento de escolha para um abscesso localizado que pode ser drenado de forma minimamente invasiva.

A alternativa (c) está incorreta porque a ressecção cirúrgica imediata (como a cirurgia de Hartmann) é reservada prioritariamente para os casos de peritonite difusa (Hinchey III e IV) ou quando o tratamento conservador/drenagem falha. Operar um paciente com abscesso na fase aguda aumenta o risco de complicações e a necessidade de estomas definitivos.

A alternativa (d) está incorreta porque a colectomia total (retirada de todo o cólon) não tem indicação na diverticulite aguda, que é uma doença segmentar (geralmente acomete o sigmoide). Além disso, realizar uma anastomose primária em vigência de abscesso e inflamação intensa é contraindicado pelo alto risco de deiscência de sutura.

Questão 10

Para compreender esta questão, é fundamental diferenciar os dois tipos histológicos principais de câncer de esôfago: o carcinoma escamoso (ou espinocelular) e o adenocarcinoma, pois eles apresentam fatores de risco distintos.

Alternativa a: Incorreta. Uma dieta rica em fibras é considerada um fator protetor para diversos tipos de cânceres do trato gastrointestinal. O que aumenta o risco para o carcinoma escamoso é a dieta pobre em frutas e vegetais, além do consumo de bebidas muito quentes (como o mate ou chá), que causa lesão térmica na mucosa.

Alternativa b: Incorreta. A infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* é o principal fator de risco para o câncer gástrico (adenocarcinoma) e para o linfoma MALT gástrico. Não existe associação causal direta entre o *H. pylori* e o carcinoma escamoso do esôfago.

Alternativa c: Correta. O tabagismo e o etilismo são, isoladamente, grandes fatores de risco para o carcinoma esofágico escamoso. No entanto, o ponto crucial é o efeito sinérgico entre ambos: quando o paciente fuma e bebe simultaneamente, o risco de

desenvolver este tipo de câncer aumenta de forma exponencial, e não apenas somatória. O álcool atua como um solvente para os carcinógenos do tabaco, facilitando a agressão à mucosa esofágica.

Alternativa d) Incorreta. O refluxo gastroesofágico crônico (DRGE) é o principal fator de risco para o Esôfago de Barrett, que é a condição pré-maligna necessária para o surgimento do Adenocarcinoma de esôfago. O carcinoma escamoso, citado no enunciado, não tem relação direta com o refluxo ácido, mas sim com agressões diretas ao epitélio escamoso.

Gabarito: Letra C.

Questão 11

O Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) é uma técnica mista que combina restrição gástrica e um componente disabsortivo. Por alterar a anatomia e a fisiologia do trato gastrointestinal, predispõe a diversas complicações, sendo as nutricionais as mais frequentes.

Alternativa a) Incorreta. A obstrução intestinal é uma complicação cirúrgica que pode ocorrer devido a hérnias internas (como a hérnia de Petersen), aderências ou intussuscepção. Embora seja uma condição grave e exija atenção imediata, sua incidência é estatisticamente menor quando comparada à alta prevalência de deficiências vitamínicas no pós-operatório a longo prazo.

Alternativa b) Incorreta. O Bypass Gástrico é, na verdade, o tratamento de escolha para pacientes obesos que sofrem de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). A técnica reduz drasticamente a produção de ácido no pequeno "pouch" gástrico, e a reconstrução em Y de Roux evita o refluxo biliar para o esôfago, resultando geralmente na melhora ou resolução dos sintomas de refluxo.

Alternativa c) Correta. As deficiências de micronutrientes são as complicações mais comuns após o Bypass Gástrico. A deficiência de vitamina B12 (cobalamina) destaca-se pela sua alta prevalência, podendo afetar de 30% a 50% dos pacientes que não realizam a suplementação adequada. Isso ocorre porque a absorção da B12 depende da acidez gástrica (para liberar a vitamina dos alimentos) e do fator intrínseco (produzido pelas células parietais do estômago), ambos severamente reduzidos com a exclusão de grande parte do estômago e do duodeno do trânsito alimentar.

Alternativa d) Incorreta. A estenose de anastomose, ocorrendo principalmente na junção entre o estômago e o jejuno (gastrojejunal), é uma complicação técnica que

acomete entre 3% e 9% dos pacientes. Embora seja uma causa comum de vômitos e intolerância alimentar no pós-operatório, ela não supera a frequência das deficiências metabólicas e nutricionais.

Questão 12

Alternativa (a) - Correta: A perfuração de uma úlcera péptica é uma das complicações mais graves da doença, resultando em pneumoperitônio e peritonite aguda (química e bacteriana). Trata-se de uma emergência cirúrgica clássica. A abordagem cirúrgica imediata para o fechamento da perfuração, geralmente associada à omentoplastia (manobra de Graham), é mandatória para evitar a evolução para sepse abdominal e óbito. Portanto, é uma indicação absoluta.

Alternativa (b) - Incorreta: A hemorragia gastrointestinal leve ou moderada é manejada inicialmente de forma clínica e endoscópica. O uso de inibidores de bomba de prótons (IBP) e a terapia endoscópica (com injeção de adrenalina, termocoagulação ou uso de cliques) resolvem a grande maioria dos casos. A cirurgia só é indicada em casos de hemorragia maciça, choque refratário ou falha de repetidas tentativas de controle endoscópico.

Alternativa (c) - Incorreta: A úlcera refratária ao tratamento clínico (aquela que não cicatriza após 8 a 12 semanas de terapia otimizada) pode ser uma indicação cirúrgica, mas é classificada como uma indicação eletiva ou relativa. Antes da cirurgia, deve-se descartar má adesão ao tratamento, uso de anti-inflamatórios, persistência da infecção por *H. pylori*, tabagismo ou estados de hipersecreção ácida (como a Síndrome de Zollinger-Ellison). Em úlceras gástricas refratárias, a principal preocupação é a exclusão de malignidade por meio de múltiplas biópsias.

Alternativa (d) - Incorreta: A cirurgia para doença ulcerosa exige a comprovação diagnóstica da lesão. Se o paciente apresenta dor abdominal persistente, mas não há evidência de úlcera em exames de imagem ou endoscopia, a intervenção cirúrgica está contraindicada para este fim. O quadro sugere outras etiologias, como dispepsia funcional, doenças biliares ou pancreáticas, que devem ser investigadas antes de qualquer proposta invasiva.

Resumo: As indicações absolutas para cirurgia na doença ulcerosa péptica são as complicações graves que não podem ser resolvidas clinicamente, sendo a perfuração a principal delas no contexto de urgência. As outras complicações que podem exigir cirurgia são a obstrução (estenose pilórica) que não cede à dilatação e a hemorragia incoercível.

Questão 13

Alternativa (a): CORRETA. A colonoscopia é considerada o padrão-ouro para o rastreamento do câncer colorretal. Sua principal eficácia na prevenção reside na capacidade de identificar e remover pólipos adenomatosos durante o próprio exame. Como a grande maioria dos cânceres colorretais surge a partir dessas lesões precursoras (sequência adenoma-carcinoma), a polipectomia interrompe a história natural da doença, impedindo a progressão para a neoplasia maligna.

Alternativa (b): INCORRETA. A conduta médica moderna para o câncer colorretal metastático é multidisciplinar. A ressecção cirúrgica de metástases hepáticas é amplamente indicada quando as lesões são tecnicamente ressecáveis e o paciente apresenta condições clínicas favoráveis. Em casos selecionados, a metastasectomia hepática pode proporcionar sobrevida prolongada e até mesmo a cura do paciente.

Alternativa (c): INCORRETA. O cólon transverso é um dos locais menos frequentes de acometimento pelo câncer colorretal. Estatisticamente, a maior parte dos tumores localiza-se nos segmentos distais, compreendendo o reto e o cólon sigmoide. Embora se observe um aumento na incidência de tumores no cólon direito (proximal) nos últimos anos, o reto e o sigmoide continuam sendo os sítios primários mais comuns.

Alternativa (d): INCORRETA. A obstrução intestinal não é rara; trata-se de uma das complicações agudas mais frequentes do câncer de cólon, sendo muitas vezes a forma de apresentação inicial da doença em atendimentos de urgência. Essa complicação é especialmente comum em tumores localizados no cólon esquerdo, onde a luz intestinal é mais estreita e o conteúdo fecal é mais sólido.

Questão 14

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória idiopática que se limita à mucosa do cólon e do reto, ocorrendo de forma contínua a partir do reto em direção proximal. Diferentemente da doença de Crohn, que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, a RCU é curável mediante a remoção cirúrgica de todo o cólon e do reto.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A hemicolectomia direita consiste na retirada apenas da metade direita do cólon. Como a RCU acomete obrigatoriamente o reto e se estende de forma contínua para o cólon esquerdo, esta cirurgia não trataria a zona de maior inflamação e deixaria doença residual ativa no paciente.

Alternativa (b) Incorreta: Colectomias parciais não são indicadas no tratamento da

RCU, pois a mucosa remanescente continuará apresentando a doença, mantendo o risco de sintomas graves, sangramento e desenvolvimento de câncer colorretal. Além disso, a anastomose ileoanal simples (sem reservatório) causaria uma diarreia severa e incontrolável.

Alternativa (c) Correta: A proctocolectomia total envolve a remoção de todo o cólon e de todo o reto. Como a doença está restrita a esses órgãos, o procedimento é considerado a abordagem cirúrgica definitiva e curativa para as manifestações intestinais da RCU. A ileostomia definitiva (técnica de Brooke) é uma das opções de reconstrução do trânsito, sendo segura e eficaz para pacientes refratários ao tratamento clínico, especialmente quando não há condições para a confecção de um reservatório ileal.

Alternativa (d) Incorreta: O enunciado especifica que o paciente é refratário ao tratamento clínico. Insistir no uso contínuo de corticoides é contraindicado, pois esses medicamentos servem apenas para indução da remissão (fase aguda) e não para manutenção, devido aos seus graves efeitos colaterais a longo prazo e à falha em alterar o curso natural da doença em pacientes refratários.

Questão 15

A obesidade é uma doença crônica, progressiva e recorrente. A cirurgia bariátrica é uma ferramenta potente para o controle do peso e das comorbidades, mas não representa a cura definitiva. O sucesso a longo prazo depende da manutenção de um balanço energético negativo e de mudanças comportamentais permanentes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A síndrome do intestino curto ocorre quando há uma remoção extensa ou mau funcionamento de grande parte do intestino delgado, resultando em má absorção grave de nutrientes. Clinicamente, isso se manifesta com diarreia crônica, desnutrição e perda de peso acentuada, e não com o ganho de peso.

Alternativa b) Correta. Este é o principal fator comportamental relacionado ao insucesso tardio da cirurgia bariátrica. O ganho de peso geralmente ocorre após o segundo ano de pós-operatório e está intimamente ligado ao retorno de hábitos alimentares inadequados (como o consumo de alimentos hipercalóricos e "beliscos" constantes), sedentarismo e falta de acompanhamento multiprofissional (nutricional e psicológico). A cirurgia altera a anatomia e a fisiologia, mas não impede a ingestão calórica excessiva se o paciente não aderir às mudanças no estilo de vida.

Alternativa c) Incorreta. Complicações cirúrgicas precoces, como fístulas, deiscências de sutura, sangramentos ou infecções de sítio cirúrgico, ocorrem nos primeiros dias ou semanas após o procedimento. Elas aumentam a morbidade e mortalidade imediatas, mas não são causas de reganho de peso a longo prazo.

Alternativa d) Incorreta. A ressecção excessiva do estômago (como em um Sleeve/gastrectomia vertical muito estreito) estaria associada a uma maior restrição alimentar, podendo causar intolerância alimentar, vômitos e perda de peso excessiva ou complicações como estenoses. O que poderia contribuir para o insucesso na perda de peso inicial ou reganho técnico seria uma ressecção insuficiente ou a dilatação posterior da bolsa gástrica, mas não a ressecção excessiva.

Resumo: O reganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica é um fenômeno complexo, mas a falha na manutenção da dieta e da atividade física (não adesão ao novo estilo de vida) permanece como o fator mais prevalente e determinante na prática clínica.

Questão 16

Análise do quadro clínico:

O caso descreve uma paciente de 38 anos, previamente hígida, com quadro clássico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC): febre, tosse produtiva, dor pleurítica e consolidação lobar na radiografia de tórax. Para definir a conduta (internação ou tratamento ambulatorial), utiliza-se habitualmente o escore CURB-65.

Cálculo do CURB-65:

C (Confusão mental): Ausente (0 pontos).

U (Ureia > 43 mg/dL): A ureia da paciente é 38 (0 pontos).

R (Frequência respiratória ≥ 30 irpm): A frequência é 19 (0 pontos).

B (Pressão arterial < 90 mmHg sistólica ou ≤ 60 mmHg diastólica): A pressão é 125/80 (0 pontos).

65 (Idade ≥ 65 anos): A paciente tem 38 anos (0 pontos).

Pontuação total: 0 pontos.

Interpretação do CURB-65:

Score 0 ou 1: Baixo risco, tratamento ambulatorial (em casa).

Score 2: Considerar internação hospitalar ou observação rigorosa.

Score 3 ou mais: Internação hospitalar, considerar UTI se score 4 ou 5.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Pelo escore CURB-65 de 0, a paciente não tem indicação de

tratamento hospitalar. Além disso, o uso de Vancomicina é reservado para suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), o que não se aplica a uma paciente hígida sem fatores de risco específicos.

Alternativa b) Correta. O diagnóstico é de pneumonia adquirida na comunidade. Como o escore de gravidade é baixo (0), o tratamento deve ser ambulatorial. As quinolonas respiratórias, como o Levofloxacina, são opções terapêuticas válidas, especialmente em esquemas de monoterapia. O tempo de tratamento de cinco dias é adequado para casos não complicados com boa resposta clínica inicial.

Alternativa c) Incorreta. Embora a procalcitonina esteja negativa (o que às vezes pode confundir), a presença de leucitose importante com desvio para neutrófilos, febre alta e, principalmente, a imagem de consolidação lobar na radiografia são características típicas de pneumonia bacteriana. Pneumonias virais costumam se manifestar com infiltrado intersticial bilateral e não consolidação lobar.

Alternativa d) Incorreta. A admissão hospitalar e a terapia venosa com Amoxicilina/Clavulanato e Azitromicina seriam indicadas para pacientes com escore CURB-65 mais elevado ou que necessitassem de internação por outros motivos clínicos (como incapacidade de ingestão oral), o que não é o caso desta paciente estável.

Questão 17

Análise da Questão: *Enterococcus faecalis* em Corrente Sanguínea

O caso clínico descreve um paciente com sepse de provável foco abdominal (dor abdominal e hipotensão) com isolamento de *Enterococcus faecalis* em duas amostras de hemocultura. O *Enterococcus* é um habitante normal do trato gastrointestinal, mas, em situações de quebra de barreira ou translocação, pode causar infecções graves.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O *Enterococcus faecalis* é um coco Gram-positivo (organizado em pares ou cadeias curtas) e não Gram-negativo. Além disso, uma característica marcante do gênero *Enterococcus* é a resistência intrínseca a todas as cefalosporinas. Isso ocorre porque as proteínas de ligação à penicilina (PBPs) do enterococo possuem baixa afinidade por essa classe de antibióticos.

Alternativa b) Correta. O *Enterococcus faecalis* é a espécie mais comum do gênero isolada em processos infecciosos humanos. Diferentemente do *Enterococcus faecium*

(que frequentemente é resistente à ampicilina e à vancomicina), o *E. faecalis* mantém, na grande maioria dos casos, uma excelente sensibilidade à ampicilina (e à penicilina), sendo esta a droga de escolha para o tratamento quando a cepa é sensível.

Alternativa c) Incorreta. Embora o *Enterococcus* faça parte da microbiota intestinal (comensal), o seu crescimento em duas amostras de hemocultura em um paciente com sintomas clínicos de sepse e dor abdominal jamais deve ser interpretado como colonização. O sangue é um sítio estéril, e o isolamento do patógeno nesse contexto confirma o diagnóstico de bacteremia/infecção de corrente sanguínea.

Alternativa d) Incorreta. O risco de resistência à vancomicina (VRE) é significativamente maior no *Enterococcus faecium*. Embora existam cepas de *E. faecalis* resistentes à vancomicina, elas são muito menos frequentes na prática clínica habitual do que as cepas sensíveis. Portanto, não se pode afirmar que o risco de resistência à vancomicina para o *E. faecalis* seja "alto" de forma generalizada.

Resumo Pedagógico:

Ao se deparar com *Enterococcus* em provas, lembre-se de três regras fundamentais:

1. *E. faecalis*: Geralmente sensível à ampicilina.
2. *E. faecium*: Frequentemente resistente à ampicilina e com maior risco de ser VRE (resistente à vancomicina).
3. Todo *Enterococcus* é intrinsecamente resistente às cefalosporinas.

Questão 18

Texto Original:

O ponto central desta questão é o manejo da bacteremia por *Staphylococcus aureus* em pacientes portadores de dispositivos eletrônicos cardíacos implantáveis (DECI), como o marca-passo.

Alternativa A (Correta): Esta é a conduta preconizada pelas principais diretrizes nacionais e internacionais. O *Staphylococcus aureus* é um micro-organismo de alta virulência e grande capacidade de formação de biofilme em materiais protéticos. Em pacientes portadores de marca-passo que apresentam hemoculturas positivas para *S. aureus*, a recomendação é a remoção completa de todo o sistema (gerador e eletrodos), independentemente de haver vegetações visíveis ao ecocardiograma, pois a taxa de recidiva e mortalidade é muito alta se o dispositivo for mantido apenas com antibióticos.

Alternativa B (Incorreta): O ecocardiograma transtorácico tem sensibilidade limitada para identificar vegetações nos cabos de marca-passo devido à interferência acústica

do material e à localização dos eletrodos. O exame de escolha para essa avaliação seria o ecocardiograma transesofágico. Além disso, mesmo que o exame de imagem fosse negativo, ele não seria suficiente para "excluir" a necessidade de remoção do dispositivo diante de uma bacteremia persistente por *S. aureus*.

Alternativa C (Incorreta): Na fase empírica do tratamento de uma bacteremia em paciente grave (com sinais de sepse, como taquicardia e hipotensão), deve-se considerar a cobertura para *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Portanto, o uso inicial de vancomicina ou daptomicina é o mais indicado até que o antibiograma confirme se a bactéria é sensível à oxacilina. O fato de ser uma infecção de origem comunitária não garante a sensibilidade à oxacilina, especialmente em pacientes com dispositivos invasivos.

Alternativa D (Incorreta): O tempo de tratamento para bacteremia por *Staphylococcus aureus* deve ser de, no mínimo, 14 dias para casos considerados não complicados (contados a partir da primeira hemocultura negativa e após a remoção do foco). Caso seja confirmada endocardite infecciosa ou infecção profunda do dispositivo, o tratamento antibiótico deve ser estendido por 4 a 6 semanas. O período de dez dias mencionado é insuficiente para o tratamento seguro desta condição.

Questão 19

A principal hipótese diagnóstica para este paciente é a Síndrome de Felty. Esta condição é caracterizada por uma tríade clássica: Artrite Reumatoide (AR), esplenomegalia e neutropenia.

Análise dos achados:

A imagem das mãos é fundamental para a questão. Ela revela deformidades típicas de Artrite Reumatoide crônica e grave, como o desvio ulnar dos dedos e o aumento de volume (sinovite) das articulações metacarpofalangeanas. Os dados laboratoriais confirmam uma neutropenia grave (350 neutrófilos/ mm^3) e o exame físico descreve a esplenomegalia volumosa. O quadro febril e a PCR elevada são comuns nesses pacientes, seja pela própria atividade inflamatória da doença ou por infecções secundárias à baixa de neutrófilos.

Como a Síndrome de Felty é uma manifestação extra-articular da Artrite Reumatoide (geralmente em casos de longa data e com sorologia positiva), a confirmação da doença de base é o passo inicial na investigação.

Alternativa a: Incorreta. O ecocardiograma transesofágico é o padrão-ouro para o diagnóstico de endocardite infecciosa. Embora a febre e a esplenomegalia possam estar presentes na endocardite, elas não explicam as deformidades articulares

crônicas visualizadas na imagem.

Alternativa b: Correta. O Anti-CCP (anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico) é o marcador laboratorial mais específico para Artrite Reumatoide. Como a Síndrome de Felty ocorre quase exclusivamente em pacientes com AR soropositiva, a identificação do Anti-CCP ou do Fator Reumatoide é essencial para corroborar a principal hipótese diagnóstica.

Alternativa c: Incorreta. O mielograma é indicado para investigar doenças hematológicas primárias, como leucemias ou linfomas, que também podem cursar com esplenomegalia e neutropenia. No entanto, diante do sinal patognomônico das mãos reumatoides, a Síndrome de Felty torna-se a hipótese inicial mais provável. O mielograma na Síndrome de Felty costuma mostrar uma medula hiper celular com parada de maturação mieloide.

Alternativa d: Incorreta. O ANCA (anticorpo anticitoplasma de neutrófilos) é utilizado na investigação de vasculites sistêmicas, como a granulomatose com poliangiíte. Embora a AR possa causar vasculite reumatoide, o quadro de neutropenia associado à artrite e esplenomegalia define especificamente a Síndrome de Felty, não sendo o ANCA o exame inicial indicado.

Questão 20

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): Em pacientes com uremia grave, o ambiente metabólico alterado e o acúmulo de toxinas interferem na integridade e na flexibilidade da membrana dos eritrócitos. Isso leva ao surgimento de alterações morfológicas típicas observadas no esfregaço de sangue periférico, sendo as Burr Cells (equinócitos) as mais características da insuficiência renal. Acantócitos também podem ser observados em decorrência dessas alterações metabólicas severas.

Afirmativa II (Correta): A anemia da doença renal crônica (DRC) é classicamente classificada como normocítica e normocrômica. Isso acontece porque, inicialmente, não há um defeito na produção da hemoglobina ou na divisão celular (como ocorre nas anemias ferroprivas ou megaloblásticas), mas sim uma redução quantitativa na produção de células.

Afirmativa III (Correta): A etiologia da anemia na DRC é multifatorial. Envolve a menor sobrevivência das hemácias em ambiente urêmico, deficiência de ferro (por perdas na diálise ou má absorção), ação de citocinas inflamatórias e hiperparatireoidismo. Entretanto, a causa principal e preponderante é a redução da

síntese de eritropoietina pelas células intersticiais peritubulares renais, que ocorre à medida que a função renal declina.

Afirmativa IV (Incorreta): A anemia da insuficiência renal é caracterizada como hipoproliferativa. Como o rim não produz eritropoietina em quantidades suficientes, a medula óssea não recebe o estímulo necessário para aumentar a produção de glóbulos vermelhos. Conseqüentemente, a contagem de reticulócitos (hemácias jovens) será baixa ou inadequadamente normal para o nível de hemoglobina do paciente. Para ser considerada hiperproliferativa, seria necessário um aumento compensatório dos reticulócitos, o que não ocorre aqui.

Conclusão: Estão corretas as afirmativas I, II e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (c).

Questão 21

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro sistêmico grave com acometimento de múltiplos órgãos, caracterizado por:

1. Glomerulonefrite: Insuficiência renal aguda grave (creatinina de 7,1 mg/dL) com sedimento urinário ativo (hematúria e proteinúria maciça de 4+).
2. Anemia Hemolítica: Hemoglobina de 7,1 g/dL associada a icterícia por bilirrubina indireta (4,6 mg/dL) e haptoglobina baixa (24 mg/dL), indicando destruição de hemácias.
3. Vasculite: Sugerida pelas lesões com padrão livedoide em membros inferiores.
4. Neuropatia periférica: Manifestada pela perda de sensibilidade na ponta dos dedos.

Esta combinação de vasculite cutânea, neuropatia periférica e glomerulonefrite (frequentemente do tipo membranoproliferativa) é a apresentação clássica da Vasculite Crioglobulinêmica. Esta condição é causada pela precipitação de crioglobulinas nos vasos e tem uma associação extremamente forte (em cerca de 70% a 90% dos casos) com a infecção crônica pelo vírus da Hepatite C (HCV).

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa (a) INCORRETA: A dosagem de ANCA é direcionada para as vasculites associadas ao ANCA (como a Poliangeíte Microscópica e a Granulomatose com Poliangeíte), que tipicamente apresentam comprometimento pulmonar (síndrome pulmão-rim). O anti-MBG é usado para diagnosticar a doença de Goodpasture, que

curso com hemorragia alveolar e glomerulonefrite, mas não explica bem as lesões livedoides e a neuropatia.

Alternativa (b) INCORRETA: O Fator Reumatoide e o anti-CCP são marcadores para Artrite Reumatoide. Embora a Artrite Reumatoide possa causar vasculite em casos graves, ela não é a causa principal de um quadro de insuficiência renal aguda tão agressivo com hemólise. Vale ressaltar que o Fator Reumatoide pode estar positivo na crioglobulinemia, mas o anti-CCP é específico para a artrite.

Alternativa (c) CORRETA: Diante da forte suspeita de Vasculite Crioglobulinêmica (pela tríade de lesões cutâneas, neuropatia e glomerulonefrite), a confirmação diagnóstica exige a dosagem de crioglobulinas séricas. A investigação da sorologia para Hepatite C é indispensável, pois o tratamento da vasculite, em muitos casos, passa pelo controle da infecção viral subjacente.

Alternativa (d) INCORRETA: FAN e o estudo do complemento (C3, C4 e CH50) são exames para o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Embora o LES possa causar anemia hemolítica e nefrite, o conjunto de achados (idade, sexo masculino e padrão de vasculite) torna a crioglobulinemia uma hipótese muito mais provável e direcionada para os achados descritos. Na crioglobulinemia, observa-se classicamente um consumo isolado ou muito mais acentuado de C4 em relação ao C3.

Questão 22

A paciente apresenta um quadro clínico clássico de hipoglicemia de jejum, caracterizado por sintomas adrenérgicos (sudorese e tremores) e neuroglicopênicos (tontura, confusão mental e síncope). A suspeita principal diante desse cenário, reforçada pelos níveis elevados de insulina (18 $\mu\text{U}/\text{mL}$) e peptídeo C (4,5 ng/mL), é o insulinoma, um tumor neuroendócrino secretor de insulina.

Para o diagnóstico de hipoglicemia endógena, devemos seguir protocolos rigorosos de investigação bioquímica antes de partirmos para exames de imagem.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A dosagem de catecolaminas urinárias é utilizada na investigação de feocromocitoma. Embora o feocromocitoma possa causar sudorese e tremores, ele se manifesta tipicamente com crises hipertensivas e cefaleia, não apresentando relação com jejum ou hipoglicemia documentada laboratorialmente por insulina e peptídeo C elevados.

Alternativa (b) Incorreta: A tomografia de abdome total é um exame de localização. Na investigação do insulinoma, o primeiro passo é a confirmação bioquímica da hipoglicemia e do hiperinsulinismo endógeno. Realizar exames de imagem precocemente pode levar a achados incidentais (incidentalomas) ou falhar em localizar pequenos tumores antes que o diagnóstico funcional seja estabelecido.

Alternativa (c) Incorreta: Assim como a tomografia, a ressonância magnética abdominal é um exame de imagem para localização do tumor. Ela só deve ser solicitada após a confirmação diagnóstica por meio de testes funcionais. O insulinoma é frequentemente pequeno, o que exige uma investigação bioquímica sólida antes da busca radiológica.

Alternativa (d) Correta: O teste do jejum prolongado (até 72 horas) é o padrão-ouro para o diagnóstico de hipoglicemia de jejum e confirmação da Tríade de Whipple (sintomas de hipoglicemia, glicemia plasmática baixa e reversão dos sintomas após a correção da glicemia). Durante este teste, realizado em ambiente hospitalar, são coletadas amostras de glicose, insulina, peptídeo C e pró-insulina no momento em que o paciente apresenta os sintomas ou quando a glicemia cai abaixo de 45-55 mg/dL. No caso em questão, apesar de os valores de insulina e peptídeo C já parecerem alterados, é necessário documentar esses valores simultaneamente a uma glicemia baixa para confirmar o diagnóstico funcional de hiperinsulinismo endógeno.

Resumo do raciocínio: Diante de suspeita de insulinoma, o fluxo diagnóstico correto é: 1) Confirmação bioquímica da hipoglicemia e hiperinsulinismo (Teste do jejum de 72h); 2) Exames de localização (TC, RM ou ultrassom endoscópico); 3) Tratamento cirúrgico. Portanto, a próxima abordagem é o teste de jejum.

Questão 23

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta uma anemia microcítica leve (Hb 11,1 g/dL e VCM 69 fL), que não respondeu à reposição de ferro. O fato de a cinética de ferro estar normal descarta definitivamente a ferropenia. O ponto crucial para a resolução desta questão é a eletroforese de hemoglobina normal em um paciente com microcitose persistente e ferro normal.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) Beta-Talassemia: Incorreta. No traço talassêmico beta (beta-talassemia menor), a eletroforese de hemoglobina tipicamente apresenta um aumento da hemoglobina A2

(geralmente acima de 3,5%) e, por vezes, um leve aumento da hemoglobina fetal. Como a eletroforese da paciente foi normal, essa hipótese é afastada.

b) Anemia de Doença Crônica: Incorreta. Esta anemia costuma ser normocítica e normocrômica, podendo tornar-se microcítica em estágios avançados. No entanto, a cinética de ferro estaria alterada (ferro sérico baixo e ferritina elevada ou normal), e a paciente é descrita como assintomática, sem evidências de doenças inflamatórias ou infecciosas crônicas.

c) Alfa-Talassemia: Correta. A alfa-talassemia é causada pela deleção de genes da cadeia alfa da hemoglobina. Nos adultos com traço alfa-talassêmico (perda de 1 ou 2 genes), a eletroforese de hemoglobina é caracteristicamente normal. Isso ocorre porque a redução na produção de cadeias alfa afeta proporcionalmente a síntese de todas as hemoglobinas adultas (A, A₂ e fetal), não criando um pico anômalo ou alteração nas proporções que seja detectável pelo exame convencional. O diagnóstico de certeza geralmente exige testes de biologia molecular (DNA).

d) Anemia Falciforme: Incorreta. A anemia falciforme (HbSS) manifesta-se com anemia hemolítica grave, geralmente normocítica ou macrocítica (pelo excesso de reticulócitos). Além disso, a eletroforese de hemoglobina obrigatoriamente revelaria a presença de hemoglobina S e a ausência de hemoglobina A. Mesmo o traço falciforme (HbAS), que é assintomático, apresentaria um pico de HbS na eletroforese.

RESUMO DIAGNÓSTICO

Diante de um paciente com microcitose importante, ferro normal e eletroforese de hemoglobina normal, a principal hipótese diagnóstica deve ser sempre a alfa-talassemia.

Questão 24

O quadro clínico descrito é clássico de uma pneumonia oportunista por *Pneumocystis jirovecii* (pneumocistose), uma condição frequente em pacientes com imunossupressão celular, como no caso deste paciente com artrite reumatoide em uso crônico e inadvertido de corticoide (prednisona).

Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Imunossupressão: Uso prolongado de corticoide.
2. Clínica: Evolução subaguda com tosse seca, febre e hipoxemia grave (pO₂ de 46 mmHg indica insuficiência respiratória aguda).
3. Laboratório: LDH elevado (620 U/L) é um marcador muito sensível, embora inespecífico, para pneumocistose.
4. Biomarcadores: A beta-D-glucana é um componente da parede celular de diversos

fungos, e sua positividade no lavado broncoalveolar (BAL) ou soro é altamente sugestiva de pneumocistose, especialmente quando a galactomanana (específica para *Aspergillus*) é negativa.

5. Imagem: A tomografia computadorizada de tórax revela opacidades com atenuação em vidro fosco, difusas e bilaterais, poupando a periferia em alguns pontos, padrão típico desta patologia.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O levofloxacino é uma fluoroquinolona respiratória utilizada para pneumonia da comunidade bacteriana. O paciente já falhou ao tratamento inicial com amoxicilina/clavulanato e azitromicina, e o quadro clínico-radiológico aponta para uma etiologia oportunista.

b) Incorreta. O voriconazol é a droga de escolha para aspergilose invasiva. No entanto, a pesquisa de galactomanana (marcador de *Aspergillus*) foi negativa, e o padrão radiológico não é o mais sugestivo para esta infecção.

c) Incorreta. A anfotericina B lipossomal é um antifúngico de amplo espectro usado em diversas infecções fúngicas graves (como criptococose ou histoplasnose), mas não é o tratamento de primeira linha para pneumocistose.

d) Correta. O sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) é o tratamento de escolha para a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Devido à gravidade do quadro (hipoxemia importante com $pO_2 < 70$ mmHg), além do SMX-TMP em doses plenas, este paciente também teria indicação formal de manutenção ou reforço da corticoterapia para reduzir a resposta inflamatória pulmonar causada pela lise dos fungos.

A associação entre a imagem de vidro fosco difuso, o LDH elevado e a beta-D-glucana positiva sela o diagnóstico de pneumocistose, tornando o sulfametoxazol-trimetoprim o medicamento de maior importância terapêutica neste cenário.

Questão 25

Análise do Eletrocardiograma (ECG):

Ao analisar o traçado fornecido, observamos os seguintes pontos fundamentais para o diagnóstico:

1. Frequência Cardíaca: O intervalo entre as ondas R é de aproximadamente 2,6 quadrados grandes. Isso resulta em uma frequência cardíaca de cerca de 115

batimentos por minuto (bpm). Como a frequência está acima de 100 bpm, trata-se de uma taquicardia.

2. Ritmo: O ritmo é regular, apresentando intervalos R-R constantes em todo o traçado.

3. Onda P: Existe uma onda P precedendo cada complexo QRS, com intervalo PR constante. Essa onda P é claramente positiva em DI, DII e aVF, e negativa em aVR. Essas características definem, tecnicamente, um ritmo sinusal.

4. Complexo QRS: O QRS é estreito (menor que 120 ms), indicando que a ativação ventricular ocorre de forma normal pelo sistema de condução.

Análise das Alternativas:

Alternativa A - FA (Fibrilação Atrial): INCORRETA. A fibrilação atrial é definida por um ritmo "irregularmente irregular" e pela ausência de ondas P organizadas (substituídas por ondas f de alta frequência). No ECG da imagem, o ritmo é perfeitamente regular e as ondas P são bem visíveis.

Alternativa B - TPS (Taquicardia Paroxística Supraventricular): INCORRETA. As taquicardias supraventriculares por reentrada costumam apresentar frequências cardíacas mais elevadas (geralmente acima de 150 bpm). Além disso, a onda P costuma estar ausente ou inserida logo após o complexo QRS (onda P retrógrada). O traçado mostra uma onda P sinusal precedendo o QRS.

Alternativa C - Tromboembolismo Pulmonar (TEP): INCORRETA. Embora a taquicardia sinusal seja o achado eletrocardiográfico mais comum no TEP, a história clínica de uma paciente jovem com "fadiga leve" em investigação ambulatorial não condiz com a apresentação aguda do TEP. Além disso, o ECG não apresenta sinais de sobrecarga de câmaras direitas, como o clássico padrão S1Q3T3 ou inversão de onda T em V1-V3.

Alternativa D - Taquicardia Sinusal: CORRETA. Esta é a principal hipótese, pois o ECG preenche todos os critérios: frequência cardíaca superior a 100 bpm com a presença de ondas P de morfologia sinusal (positivas em DII) precedendo cada complexo QRS em um ritmo regular. Em uma paciente com fadiga, esse achado direciona a investigação para causas como anemia, hipertireoidismo ou descondição físico.

Gabarito: Letra D.

Questão 26

A questão aborda o diagnóstico e o tratamento da infecção pelo *Clostridioides difficile* (anteriormente chamado de *Clostridium difficile*), uma causa importante de diarreia em pacientes imunossuprimidos ou em uso de antibióticos. Vamos analisar cada alternativa para identificar a incorreta:

Alternativa A (Correta): O NAAT (Teste de Amplificação de Ácido Nucleico), como o PCR, detecta a presença dos genes que codificam as toxinas nas fezes. É, de fato, o exame com maior sensibilidade (frequentemente acima de 95%), sendo excelente para excluir a presença da bactéria quando o resultado é negativo.

Alternativa B (Correta): O *C. difficile* produz principalmente duas toxinas: a Toxina A (enterotoxina) e a Toxina B (citotoxina). Os testes de imunoensaio (EIA) para detecção direta dessas toxinas possuem uma sensibilidade menor (variando entre 60% e 80%) porque dependem de uma quantidade considerável de toxina livre na amostra para serem detectadas. Por isso, um teste de toxina negativo não exclui a doença, caracterizando a alta incidência de falsos-negativos nesse método específico.

Alternativa C (Incorreta - Gabarito): O GDH (Glutamato Desidrogenase) é uma enzima produzida em larga escala por todas as cepas de *C. difficile*. Por ser produzida tanto por cepas toxigênicas (que causam doença) quanto por cepas não toxigênicas (que apenas colonizam o intestino sem causar dano), o GDH tem alta sensibilidade, mas baixa especificidade. Ele serve como um excelente teste de triagem inicial: se for negativo, exclui a doença com segurança; se for positivo, é necessário realizar um segundo teste (como pesquisa de toxinas ou NAAT) para confirmar se a cepa presente é realmente produtora de toxina. Portanto, a afirmação de que ele indica a presença apenas em cepas toxigênicas está errada.

Alternativa D (Correta): Segundo as diretrizes internacionais mais recentes (como as da IDSA/SHEA), a fidaxomicina passou a ser recomendada como uma das opções preferenciais de primeira linha para o tratamento do primeiro episódio de infecção por *C. difficile*, ao lado da vancomicina oral. A fidaxomicina tem a vantagem de apresentar menores taxas de recorrência da doença.

Resumo: O erro da alternativa C reside no fato de o GDH ser um marcador da presença da bactéria (espécie), e não especificamente da sua capacidade de produzir toxinas.

Questão 27

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER), estágio C, classe funcional NYHA III/IV no momento da admissão. Os achados clínicos (dispneia progressiva, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema e cansaço) associados ao ecocardiograma (fração de ejeção de 30%, dilatação de átrio esquerdo e hipertrofia ventricular) confirmam o diagnóstico. O histórico de infarto prévio aponta para etiologia isquêmica. O tratamento da ICFER visa reduzir a mortalidade e as hospitalizações, sendo composto atualmente por quatro pilares: betabloqueadores, inibidores da neprilina e do receptor de angiotensina (ARNI) ou IECA/BRA, antagonistas do receptor de mineralocorticoide e inibidores do SGLT2.

POR QUE A ALTERNATIVA C É A CORRETA?

A alternativa C é considerada correta por incluir três dos quatro pilares fundamentais: Sacubitril-Valsartana (um ARNI, superior aos IECA/BRA isolados), Carvedilol (betabloqueador de evidência na IC) e Espironolactona (antagonista mineralocorticoide). O ponto determinante para a escolha desta alternativa em detrimento da alternativa A é o fato de o paciente possuir Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Embora os inibidores do SGLT2 (como a Dapagliflozina) sejam hoje recomendados para todos os pacientes com ICFER, o seu uso em portadores de DM1 é contraindicado ou deve ser feito com extrema cautela devido ao risco significativamente aumentado de cetoacidose diabética euglicêmica. Em provas de residência, o diagnóstico de DM1 costuma ser utilizado como "armadilha" para evitar a prescrição de iSGLT2.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS

Alternativa A: Incorreta. Embora contenha a terapia quádrupla completa para a insuficiência cardíaca (ARNI, betabloqueador, iSGLT2 e antagonista mineralocorticoide), a presença da Dapagliflozina torna a opção inadequada para este paciente específico devido ao diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, pelo risco de cetoacidose.

Alternativa B: Incorreta. A Losartana (um BRA) é considerada segunda linha em relação ao Sacubitril-Valsartana. O Atenolol, apesar de ser um betabloqueador, não possui evidência de redução de mortalidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (os betabloqueadores recomendados são Carvedilol, Bisoprolol ou Succinato de Metoprolol). Além disso, contém a Dapagliflozina para paciente com DM1.

Alternativa D: Incorreta. A Losartana é inferior ao Sacubitril-Valsartana no manejo da ICFER. A alternativa também inclui a Empagliflozina (iSGLT2), que apresenta o mesmo risco de cetoacidose diabética euglicêmica para o paciente com DM1 mencionado anteriormente.

CONCLUSÃO

A prescrição de alta deve focar em medicamentos que alteram o prognóstico da doença (redução de óbito e reinternação) e que sejam seguros para as comorbidades do paciente. Para um paciente com ICFER e DM1, a combinação de Sacubitril-Valsartana, Carvedilol e Espironolactona oferece o máximo benefício terapêutico com segurança metabólica.

Questão 28

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro clínico clássico de hemorragia digestiva alta (HDA), manifestado por hematêmese súbita e dor epigástrica. Os sinais vitais indicam instabilidade hemodinâmica inicial (frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial limítrofe), o que caracteriza um choque hipovolêmico classe II. O manejo inicial deve focar na estabilização e na preparação para o diagnóstico definitivo via endoscopia.

Alternativa (a) correta: Esta alternativa segue rigorosamente os protocolos atuais para HDA não varicosa. A ressuscitação volêmica deve buscar uma pressão arterial média (PAM) superior a 65 mmHg para assegurar a perfusão orgânica. A estratégia de transfusão de sangue deve ser restritiva, com o objetivo de manter a hemoglobina (Hb) acima de 7,0 g/dL, pois estudos demonstram que essa conduta reduz a mortalidade e o risco de ressangramento em comparação a metas mais altas. O inibidor da bomba de prótons (IBP) em dose dobrada (ataque seguido de infusão ou doses intermitentes altas) auxilia na estabilização de coágulos em úlceras pépticas. A eritromicina venosa é recomendada como agente pró-cinético para esvaziar o estômago de sangue e coágulos, melhorando a visibilidade durante a endoscopia. O prazo de até 24 horas para a realização da endoscopia digestiva alta é o padrão recomendado para pacientes que foram estabilizados clinicamente.

Alternativa (b) incorreta: O uso de octreotide (ou somatostatina) é indicado especificamente para o tratamento de hemorragias de origem varicosa (varizes esofágicas ou gástricas decorrentes de hipertensão portal). O paciente em questão não possui histórico de etilismo, hepatopatias ou estigmas periféricos de cirrose ao exame físico, tornando a etiologia varicosa menos provável em comparação à úlcera péptica. Além disso, embora a endoscopia precoce seja benéfica, o prazo de 24 horas

é o consenso geral para a maioria dos casos.

Alternativa (c) incorreta: Manter uma PAM acima de 85 mmHg é um alvo desnecessariamente elevado para a ressuscitação inicial e pode aumentar o risco de sangramento por excesso de volemia. Da mesma forma, manter a Hb acima de 9,0 g/dL caracteriza uma estratégia transfusional liberal, que está associada a piores desfechos clínicos e maior taxa de complicações na hemorragia digestiva quando comparada à estratégia restritiva (Hb > 7,0 g/dL).

Alternativa (d) incorreta: Esta opção repete o erro de indicar o octreotida para um paciente que não apresenta sinais de hipertensão portal. O uso dessa medicação de forma empírica em todos os casos de HDA não é custo-efetivo e não está embasado em diretrizes para casos com forte suspeita de causa não varicosa (como a dor epigástrica apresentada). O tempo de 12 horas para a endoscopia também é mais rígido do que o preconizado pela literatura para pacientes estabilizados com suspeita de sangramento por úlcera.

Questão 29

Esta é uma questão clássica que aborda o diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em um contexto de alta suspeição clínica, mas com um rastreio imunológico (FAN) inicialmente negativo.

Análise do Quadro Clínico e Laboratorial:

A paciente apresenta múltiplos critérios para o LES: queda capilar (alopecia), fotossensibilidade, artralgia, linfopenia ($430/\text{mm}^3$), anemia com Coombs direto positivo, hipocomplementemia (C3 baixo) e sinal de nefrite (proteinúria +++). O conjunto dessas manifestações torna o diagnóstico de lúpus extremamente provável, apesar do FAN não reagente.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): Embora o FAN (imunofluorescência indireta em células HEp-2) tenha uma sensibilidade superior a 95-98% para o LES, existe uma entidade rara denominada "lúpus FAN negativo". Historicamente, essa condição está frequentemente associada à presença de anticorpos anti-Ro (SS-A). Em casos em que a suspeita clínica é muito forte e o FAN é negativo, a pesquisa isolada do anti-Ro é o próximo passo recomendado, pois esse anticorpo pode não ser detectado adequadamente em alguns kits de FAN, ou o paciente pode pertencer ao pequeno percentual de lúpus verdadeiramente FAN negativo.

Alternativa B (Incorreta): Um FAN negativo tem alto valor preditivo negativo, mas não

exclui o diagnóstico diante de um quadro clínico exuberante. O anti-RNP é o marcador da doença mista do tecido conjuntivo e está quase invariavelmente associado a um FAN reagente em altos títulos (padrão pontilhado grosso).

Alternativa C (Incorreta): A esclerodermia (esclerose sistêmica) manifesta-se tipicamente com espessamento cutâneo (esclerodactilia), fenômeno de Raynaud e alterações esofágicas. O quadro da paciente (fotossensibilidade, nefrite e linfopenia) é específico de lúpus e não de esclerodermia. O anti-Scl-70 é o marcador da forma difusa da esclerose sistêmica.

Alternativa D (Incorreta): A artrite reumatoide (AR) cursa tipicamente com artrite erosiva e deformante, o que a paciente não apresenta. Além disso, manifestações como proteinúria maciça, linfopenia e fotossensibilidade não são características centrais da AR, mas sim do LES.

Em resumo, diante de uma paciente com "cara, corpo e laboratório de lúpus", mas com FAN negativo, devemos proceder à investigação de anticorpos específicos, sendo o anti-Ro o principal deles nessa situação.

Questão 30

Análise do caso clínico:

A paciente de 82 anos apresenta um quadro compatível com Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Ao analisarmos os sinais vitais e exames, observamos taquicardia (108 bpm), taquipneia (23 irpm) e pressão arterial limítrofe (95x65 mmHg). Os exames laboratoriais revelam disfunções orgânicas graves: plaquetopenia importante (44.000) e insuficiência renal aguda (Creatinina 2,0 mg/dL e Ureia 89 mg/dL), o que caracteriza um quadro de sepse.

Alternativa a) Incorreta. O qSOFA (quick SOFA) é uma ferramenta de triagem rápida à beira-leito baseada em critérios clínicos (frequência respiratória ≥ 22 , alteração do nível de consciência e pressão sistólica ≤ 100 mmHg). Embora o SOFA seja o escore completo para definir disfunção orgânica em ambiente de terapia intensiva ou com exames disponíveis, o qSOFA não é invalidado pela presença de laboratório; ele cumpre seu papel de identificação precoce de risco. No entanto, a literatura médica e as bancas de concurso consideram a dosagem do lactato (mencionada na letra D) como um marcador de mortalidade mais robusto.

Alternativa b) Incorreta. A paciente pontua pelo menos 2 pontos no escore CURB-65 (Idade ≥ 65 anos e Ureia > 43 mg/dL). Uma pontuação de 2 indica a necessidade de internação hospitalar. Além disso, a presença de sinais de sepse (plaquetopenia e

lesão renal) torna o tratamento ambulatorial perigoso e inadequado. A terapia inicial para um quadro séptico deve ser preferencialmente intravenosa.

Alternativa c) Incorreta. Apesar de vírus respiratórios serem causas comuns de pneumonia, a apresentação com leucocitose (13.000 com 9.200 segmentados) e as disfunções orgânicas graves direcionam a prioridade diagnóstica e terapêutica para pneumonia bacteriana com sepse. O uso de Oseltamivir é indicado na suspeita de Influenza, mas não substitui a necessidade de antibioticoterapia de amplo espectro e estabilização hemodinâmica neste cenário.

Alternativa d) Correta. O lactato é amplamente aceito como o principal marcador isolado de mortalidade e gravidade na sepse. Níveis elevados de lactato refletem hipoperfusão tecidual, disfunção metabólica e estresse celular, sendo um preditor independente de desfechos desfavoráveis, mesmo em pacientes que ainda não apresentam hipotensão severa. Por isso, sua dosagem é recomendada logo na admissão para estratificação de risco.

Questão 31

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito — lactente de 3 meses com acessos de tosse paroxística (tosse em salvas), vômitos pós-tosse e cianose facial — é clássico da coqueluche, infecção causada pela bactéria *Bordetella pertussis**. A idade do paciente e a falta de informações vacinais aumentam a suspeita diagnóstica, uma vez que a imunização completa ocorre apenas após os esquemas iniciais da vacina pentavalente.

Diferente da maioria das infecções bacterianas agudas, a coqueluche apresenta uma resposta hematológica muito específica e característica, que auxilia no diagnóstico diferencial.

POR QUE A ALTERNATIVA "B" ESTÁ CORRETA?

A alternativa B (leucocitose com linfocitose absoluta) está correta porque este é o achado laboratorial clássico da coqueluche. A *Bordetella pertussis** produz a toxina pertussis (também conhecida como fator promotor de linfocitose), que bloqueia a migração dos linfócitos do sangue para os tecidos linfoides. Como resultado, essas células se acumulam na circulação sistêmica. É comum encontrar leucocitoses intensas, muitas vezes superiores a 20.000 ou até 50.000 leucócitos/mm³, com predomínio absoluto de linfócitos maduros.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Espera-se uma leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda: Incorreta. Esse padrão é típico de infecções bacterianas piogênicas comuns, como pneumonias pneumocócicas ou quadros de sepse. Embora a coqueluche seja causada por uma bactéria, ela se comporta de forma atípica no hemograma devido ao efeito específico de sua toxina sobre os linfócitos.

c) Espera-se uma leucopenia com neutrofilia: Incorreta. A leucopenia (diminuição dos glóbulos brancos) não é esperada na coqueluche. A neutrofilia isolada também não condiz com a fisiopatologia da doença.

d) Espera-se uma leucocitose com eosinofilia absoluta: Incorreta. A eosinofilia é marcante em quadros de parasitoses ou reações alérgicas. Existe uma condição respiratória em lactentes jovens que cursa com eosinofilia, que é a pneumonia afebril do lactente (por *Chlamydia trachomatis*), mas o quadro clínico da questão (tosse paroxística e cianose) direciona especificamente para a coqueluche.

Questão 32

O quadro clínico descrito é clássico de uma síndrome nefrítica, especificamente a glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) pós-estreptocócica. Os principais achados são: edema, hipertensão arterial e hematúria, surgindo após um período de latência de uma infecção pelo *Streptococcus pyogenes* (neste caso, uma faringoamigdalite há 15 dias).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na síndrome nefrítica, ocorre uma redução da taxa de filtração glomerular com retenção de sódio e água. Isso leva a uma expansão do volume extracelular, resultando caracteristicamente em hipertensão arterial, e não em pressão normal ou baixa. A hipertensão pode ser grave e cursar com encefalopatia hipertensiva ou insuficiência cardíaca congestiva.

Alternativa b) Incorreta. Devido à retenção hidrossalina e consequente expansão do volume plasmático, o que ocorre é a hemodiluição. É comum observar uma queda nos níveis de hemoglobina e hematócrito (anemia dilucional), e não hemoconcentração.

Alternativa c) Correta. A GNDA pós-estreptocócica é uma doença mediada por imunocomplexos que ativam a via alternativa do sistema complemento. Isso resulta em um consumo de frações do complemento, especialmente a fração C3 e a

atividade do complemento total (CH50). Essa queda é transitória, geralmente normalizando em até 8 semanas após o início do quadro. Valores de C3 persistentemente baixos após esse período devem levar à suspeita de outras glomerulopatias.

Alternativa d) Incorreta. A hematúria macroscópica (urina cor de "chá" ou "caldo de carne") é um dos sinais cardinais da doença e está presente em cerca de 30% a 50% dos casos. Embora assuste os responsáveis, ela não é um marcador de mau prognóstico. A imensa maioria das crianças com GNDA pós-estreptocócica apresenta uma evolução excelente, com recuperação completa da função renal. A hematúria microscópica pode persistir por meses ou até anos sem indicar gravidade.

Questão 33

Alternativa (a) INCORRETA: Eventos adversos na infância (conhecidos pela sigla ACEs — Adverse Childhood Experiences), como abuso físico, sexual ou emocional, negligência e disfunção familiar, são fatores de risco primordiais para o desenvolvimento de transtornos mentais. Esses eventos causam estresse tóxico, que altera o desenvolvimento cerebral e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando significativamente a vulnerabilidade à depressão e a outros transtornos ao longo da vida.

Alternativa (b) INCORRETA: A depressão é uma patologia multifatorial com um forte componente genético e hereditário. Estudos com gêmeos e famílias demonstram que filhos de pais com transtornos depressivos possuem um risco de cerca de três a quatro vezes maior de desenvolver a doença em comparação com a população geral. A genética influencia tanto a neuroquímica quanto a estrutura cerebral.

Alternativa (c) CORRETA: O suicídio é a segunda ou terceira causa de morte entre adolescentes em diversos países. A literatura médica estabelece de forma clara que a presença de um transtorno mental é o principal fator de risco para o suicídio, sendo a depressão maior a condição mais frequentemente associada a esse desfecho. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são as intervenções mais eficazes para a prevenção do comportamento suicida.

Alternativa (d) INCORRETA: Na psiquiatria da infância e adolescência, a comorbidade é extremamente comum. A depressão raramente ocorre de forma isolada; frequentemente está associada a transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta e abuso de substâncias. A presença de comorbidades costuma agravar o prognóstico e dificultar a resposta ao tratamento.

Questão 34

ANÁLISE DO CASO:

O quadro clínico descreve um lactente com gastroenterite aguda, caracterizada por diarreia aquosa, vômitos e febre baixa. O ponto-chave da questão é a avaliação do estado de hidratação. A criança apresenta sinais de desidratação leve a moderada, mas mantém-se reativa e com boa perfusão periférica. Segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, este paciente deve ser tratado inicialmente com o Plano B de reidratação.

POR QUE A ALTERNATIVA B ESTÁ CORRETA?

A alternativa (b) está correta, pois a Terapia de Reidratação Oral (TRO) é o tratamento padrão-ouro para crianças com desidratação leve a moderada que não apresentam sinais de gravidade (como choque ou alteração do nível de consciência). A solução de reidratação oral deve ser administrada na unidade de saúde, em pequenas quantidades e frequentemente, até que os sinais de desidratação desapareçam.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa A: A hidratação venosa é indicada apenas no Plano C, reservado para desidratação grave, choque hipovolêmico ou em situações específicas de falha da via oral (como vômitos persistentes que impedem a ingestão, íleo paralítico ou rebaixamento do nível de consciência), o que não é o caso deste paciente reativo e com boa perfusão.

Alternativa C: O uso de antibióticos não está indicado para casos de diarreia aguda aquosa e volumosa em lactentes, que geralmente possuem etiologia viral (como rotavírus ou norovírus). O uso de antimicrobianos deve ser restrito a casos de disenteria (presença de sangue e muco) com comprometimento do estado geral ou suspeita de cólera.

Alternativa D: Esta opção sugere uma abordagem excessivamente invasiva. Antibióticos e hidratação por via venosa não são necessários para um quadro de desidratação leve/moderada em uma criança clinicamente estável. Além disso, o uso indiscriminado de antibióticos pode prolongar o estado de portador e causar resistência bacteriana.

RESUMO:

Para lactentes com diarreia aguda e desidratação moderada, sem sinais de choque, a conduta prioritária é a reidratação por via oral com solução padronizada (SRO).

Questão 35

Análise do caso clínico:

Temos uma paciente de 6 anos com quadro de febre alta, tosse produtiva e dor abdominal. Ao exame físico, a presença de som bronquial (sopro tubário) no terço médio do hemitórax direito é um sinal clássico de consolidação pulmonar. Além disso, a frequência respiratória de 45 irpm caracteriza taquipneia para a idade (o limite para crianças acima de 5 anos é de 20 a 25 irpm), o que, associado ao esforço respiratório, indica a necessidade de internação para suporte e tratamento venoso. Vale destacar que a dor abdominal em crianças com pneumonia é um achado comum, decorrente da irritação diafragmática em processos inflamatórios de lobos inferiores ou médios.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O agente etiológico mais comum da pneumonia bacteriana típica em crianças previamente híginas e vacinadas é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Para pacientes que necessitam de internação hospitalar, a penicilina G cristalina é o tratamento de escolha por via intravenosa, apresentando excelente eficácia contra o pneumococo.

Alternativa b) Incorreta. A tomografia de tórax não é um exame de rotina inicial para o diagnóstico de pneumonia ou para a avaliação de complicações em um quadro agudo de apenas 5 dias sem sinais de falha terapêutica. O diagnóstico é clínico e pode ser auxiliado pela radiografia de tórax simples ou ultrassonografia de tórax.

Alternativa c) Incorreta. Embora a criança apresente dor abdominal, os sinais respiratórios (tosse, taquipneia, esforço e alteração na ausculta pulmonar) direcionam o diagnóstico para o tórax. A dor abdominal é referida. Solicitar ultrassonografia de abdome antes de tratar a causa pulmonar evidente seria um erro de propedêutica.

Alternativa d) Incorreta. O esquema oxacilina e gentamicina não é indicado como primeira linha para pneumonia comunitária típica em crianças híginas. A oxacilina seria reservada para suspeita de *Staphylococcus aureus* (comum em complicações ou pós-influenza) e a gentamicina tem baixa penetração no parênquima pulmonar e não é o fármaco ideal para o tratamento do pneumococo.

Questão 36

ANÁLISE DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

O lactente ganhou 1,6 kg em 2 meses, o que representa uma média de 800 g por mês (ou cerca de 26 g por dia). No primeiro trimestre de vida, espera-se um ganho ponderal entre 700 g e 900 g por mês ou 25 g a 30 g por dia. Em relação ao comprimento, o ganho de 4 cm em dois meses (2 cm/mês) também está dentro da faixa esperada para o período (aproximadamente 3 cm/mês no primeiro trimestre). Portanto, o crescimento do bebê está adequado.

ANÁLISE DO HEMOGRAMA:

O hemograma apresenta uma hemoglobina (Hb) de 10 g/dL em um lactente de 2 meses. Este achado é característico da Anemia Fisiológica do Lactente. Esse processo ocorre devido a três fatores principais: redução da vida média das hemácias neonatais, interrupção da eritropoiese pela elevada oferta de oxigênio aos tecidos após o nascimento (reduzindo a eritropoetina) e a rápida expansão do volume sanguíneo pelo crescimento corporal. O nadir (ponto mais baixo) da hemoglobina ocorre geralmente entre a 8ª e a 12ª semana de vida (2 a 3 meses), atingindo valores entre 9 e 11 g/dL em recém-nascidos a termo. O VCM de 96 fL é normal para a idade, já que as hemácias neonatais são macrocíticas e tendem a normalizar o tamanho progressivamente. A predominância de linfócitos (50%) sobre os segmentados (40%) é o padrão fisiológico esperado para esta faixa etária.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (CORRETA): O ganho de peso (800 g/mês) e de estatura estão condizentes com as curvas de crescimento para um lactente de 2 meses. A hemoglobina de 10 g/dL reflete o nadir fisiológico da série vermelha, não representando uma patologia, mas sim uma adaptação neonatal.

Alternativa B (INCORRETA): O ganho de peso e de estatura está adequado, não inadequado. Além disso, a deficiência de vitamina B12 (anemia megaloblástica) causaria um VCM muito mais elevado e raramente se manifestaria de forma isolada aos 2 meses em bebê em aleitamento materno exclusivo, a menos que houvesse deficiência materna grave.

Alternativa C (INCORRETA): O ganho de peso está adequado. A anemia por deficiência de ferro (ferropriva) é incomum aos 2 meses em lactentes a termo e com bom peso ao nascer, pois os estoques de ferro supridos pela mãe costumam durar até o 4º ou 6º mês de vida. Adicionalmente, a anemia ferropriva seria microcítica (VCM baixo), o que não condiz com o VCM de 96 fL apresentado.

Alternativa D (INCORRETA): Embora o crescimento esteja adequado, não há

evidências clínicas ou laboratoriais de hemólise. Na anemia hemolítica, esperar-se-ia um quadro de icterícia associado, além de alterações mais acentuadas no hemograma e possível reticulocitose. O valor de Hb de 10 g/dL aos 2 meses é perfeitamente explicado pela fisiologia do desenvolvimento.

Questão 37

O caso descreve um lactente com colestase neonatal (icterícia, acolia fecal e colúria) e apresenta um achado ultrassonográfico patognomônico: o sinal do cordão triangular. Este sinal representa o remanescente fibrótico do ducto hepático comum na região da porta hepatis, sendo altamente sugestivo de Atresia de Vias Biliares (AVB).

Alternativa (a) CORRETA: O sinal do cordão triangular tem especificidade superior a 95% para o diagnóstico de Atresia de Vias Biliares. A AVB é uma urgência cirúrgica diagnóstica e terapêutica. O tratamento inicial consiste na cirurgia de Kasai (portoenterostomia hepática), que deve ser realizada idealmente antes dos 60 dias de vida para garantir melhores taxas de sucesso na drenagem biliar e retardar a evolução para cirrose biliar secundária.

Alternativa (b) INCORRETA: O cisto de colédoco é uma dilatação congênita das vias biliares. Na ultrassonografia, ele se manifestaria como uma formação cística ou fusiforme na via biliar, e não como um cordão fibrótico (sinal do cordão triangular). O tratamento cirúrgico varia conforme a classificação de Todani, geralmente envolvendo a ressecção do cisto.

Alternativa (c) INCORRETA: A Síndrome de Alagille é uma doença genética autossômica dominante que causa escassez de ductos biliares intra-hepáticos. O quadro cursa com colestase, mas o sinal do cordão triangular não está presente. Além disso, a síndrome apresenta características sistêmicas como fácies típica, vértebras em borboleta e alterações cardíacas (estenose de artéria pulmonar). O transplante hepático não é a indicação imediata frente ao achado ultrassonográfico descrito.

Alternativa (d) INCORRETA: A colangite esclerosante neonatal é uma condição raríssima e não apresenta o sinal do cordão triangular. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) é um exame de difícil execução técnica em lactentes tão jovens e não é a ferramenta padrão-ouro para o diagnóstico inicial de atresia biliar nesta faixa etária.

Questão 38

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O quadro clínico descreve uma criança de 2 anos com febre, faringite (hiperemia de orofaringe), conjuntivite não purulenta e coriza. Essa associação de sintomas é a apresentação clássica da Febre Faringoconjuntival, uma síndrome clínica muito comum na pediatria.

ALTERNATIVA A (CORRETA): O adenovírus é o principal agente causador da febre faringoconjuntival. Este vírus tem tropismo pelas mucosas respiratória e conjuntival, justificando a tríade de febre, faringite e conjuntivite folicular (geralmente não purulenta). A presença de coriza reforça a etiologia viral. Como se trata de uma infecção viral autolimitada em pacientes imunocompetentes, o tratamento é exclusivamente de suporte, visando o controle dos sintomas com hidratação e analgésicos/antitérmicos.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): O vírus Epstein-Barr (EBV) é o causador da mononucleose infecciosa. Embora apresente febre, faringite e linfonomegalia, a faringite costuma ser intensamente exsudativa (com placas brancas), e a linfonomegalia geralmente acomete a cadeia cervical posterior ou é generalizada, frequentemente acompanhada de esplenomegalia. A conjuntivite não é um achado característico da mononucleose.

ALTERNATIVA C (INCORRETA): O estreptococo do grupo A (*Streptococcus pyogenes*) causa a faringite bacteriana. Contudo, a presença de sintomas virais associados, como coriza e conjuntivite, afasta esse diagnóstico (sintomas "catarrais" sugerem vírus). Além disso, a faringite estreptocócica é rara em crianças menores de 3 anos, sendo mais prevalente em crianças em idade escolar.

ALTERNATIVA D (INCORRETA): Entre os paramixovírus de relevância clínica, destaca-se o vírus do sarampo. O sarampo também apresenta febre, coriza e conjuntivite, porém evolui obrigatoriamente com exantema maculopapular difuso e manchas de Koplik na mucosa oral. O enunciado informa que a criança está com o cartão vacinal em dia, o que confere proteção contra o sarampo (vacina tríplice viral), tornando esta hipótese improvável.

GABARITO: Alternativa A.

Questão 39

A questão aborda o tempo de manifestação clínica das cardiopatias congênitas no período neonatal, exigindo o conhecimento sobre a transição circulatória e o papel do canal arterial.

Alternativa A - Incorreta. A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia cianótica clássica, caracterizada por uma obstrução ao fluxo de saída do ventrículo direito (estenose pulmonar). Como há uma redução do fluxo sanguíneo para os pulmões, o quadro clínico predominante é a cianose (bebê azul) e não a congestão. Mesmo em formas graves, ela não costuma evoluir com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na primeira semana.

Alternativa B - Correta. A Coarctação da Aorta, especialmente em sua forma crítica neonatal, é uma lesão dependente do canal arterial. Durante a vida fetal e nos primeiros dias após o nascimento, o canal arterial pervio permite que o sangue chegue à aorta descendente, contornando a obstrução. No entanto, na primeira semana de vida, ocorre o fechamento fisiológico do canal arterial. Quando isso acontece, o ventrículo esquerdo subitamente enfrenta uma pós-carga extremamente elevada contra a zona de estreitamento da aorta. Isso resulta em falência ventricular esquerda aguda, baixo débito sistêmico e congestão pulmonar grave, sendo a principal causa de ICC e choque cardiogênico nesse período.

Alternativa C - Incorreta. O Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV) total é uma cardiopatia de hiperfluxo pulmonar (shunt esquerda-direita). No entanto, o volume de sangue desviado para os pulmões depende da queda da resistência vascular pulmonar (RVP). Na primeira semana de vida, a RVP do recém-nascido ainda é fisiologicamente elevada, o que limita o shunt e protege os pulmões de uma sobrecarga imediata. Os sintomas de ICC nessas cardiopatias de shunt costumam aparecer apenas entre a 4ª e a 8ª semanas de vida, quando a RVP atinge níveis mais baixos.

Alternativa D - Incorreta. A Dupla Via de Saída do Ventrículo Direito (DVSVD) tem apresentação variável. Se houver estenose pulmonar associada, o quadro será de cianose, como na Tetralogia de Fallot. Se não houver estenose, ela se comporta como uma grande comunicação interventricular (CIV). Assim como no DSAV, a ICC dependerá da queda da resistência vascular pulmonar, o que raramente provoca sintomas graves já na primeira semana de vida, quando comparada à obstrução aguda da coarctação da aorta.

Questão 40

A epilepsia do tipo ausência típica, classicamente conhecida como pequeno mal, é uma síndrome epiléptica idiopática generalizada que acomete predominantemente crianças em idade escolar. O quadro clínico é caracterizado por breves episódios de perda de consciência (lapso vacante), sem perda de tônus postural, que duram poucos segundos e cessam abruptamente.

A manobra padrão-ouro para desencadear clinicamente uma crise de ausência e confirmar a suspeita diagnóstica à beira do leito é a hiperventilação.

Análise das alternativas:

a) Fazer um barulho abrupto e alto: Esta manobra está relacionada ao desencadeamento de crises em formas raras de epilepsias reflexas (epilepsia do susto ou startle epilepsy) e também pode ser usada na avaliação de mioclônias ou hipereplexia. Não é o gatilho característico da crise de ausência típica.

b) Fotoestimulação: A estimulação luminosa intermitente é utilizada durante o exame de eletroencefalograma para identificar a fotossensibilidade. Embora possa desencadear crises em diversas epilepsias generalizadas, como a epilepsia mioclônica juvenil, ela não é a manobra clínica clássica ou mais sensível para provocar uma crise de ausência típica em comparação com a hiperventilação.

c) Hiperventilação: Esta é a alternativa correta. A manobra consiste em pedir para a criança respirar profunda e rapidamente (geralmente por 3 minutos). A hiperventilação causa hipocapnia (redução do CO₂ no sangue) e consequente alcalose respiratória, o que provoca vasoconstrição cerebral e altera a excitabilidade neuronal. Em pacientes com ausência típica, esse processo desencadeia quase invariavelmente a crise clínica e o padrão eletroencefalográfico característico de ponta-onda lenta a 3 Hz (ciclos por segundo).

d) Nenhuma das alternativas acima: Incorreta, pois a alternativa (c) descreve a manobra correta.

Em resumo, a hiperventilação é uma ferramenta diagnóstica simples, de baixo custo e extremamente eficaz na prática pediátrica e neurológica para a confirmação da epilepsia de ausência.

Questão 41

Para compreender esta questão, devemos analisar os dados clínicos, nutricionais e laboratoriais apresentados.

Análise Clínica e Antropométrica:

O lactente apresenta um peso para estatura entre -2 e -3 desvios-padrão (DP), o que, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza um quadro de desnutrição moderada (wasting ou magreza). Além disso, a dieta baseada em leite de vaca diluído com água é extremamente inadequada para um lactente de 6 meses, sendo pobre em diversos micronutrientes essenciais.

Análise dos Sintomas e Laboratório:

O paciente apresenta palidez e pancitopenia (redução das três séries do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas). Associado a isso, há um quadro neurológico importante de hipotonia generalizada e perda de marcos do desenvolvimento (não sustenta o pescoço). No contexto da pediatria, a deficiência de vitamina B12 é uma causa clássica de anemia megaloblástica que, em casos graves, pode se manifestar como pancitopenia. Diferente dos adultos, em lactentes, a deficiência de B12 manifesta-se precocemente com sintomas neurológicos graves, como apatia, hipotonia e regressão do desenvolvimento neuropsicomotor.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: O paciente está desnutrido conforme os dados antropométricos. A deficiência de vitamina B12 justifica perfeitamente a pancitopenia e os achados neurológicos (hipotonia e hipoatividade) em um lactente com erro alimentar grosseiro.

Alternativa (b) Incorreta: O paciente não é eutrófico (termo usado para pacientes com estado nutricional normal), pois seu índice peso/estatura está abaixo de -2 DP. Embora a leucemia pudesse causar pancitopenia, a ausência de febre, de hepatoesplenomegalia e de linfadenopatia, somada ao estado nutricional e à dieta, torna a deficiência nutricional muito mais provável.

Alternativa (c) Incorreta: Novamente, o termo eutrófico está incorreto para a descrição do paciente. A aplasia de medula causa pancitopenia, mas não explica os sintomas neurológicos de forma direta como a deficiência de B12 explicaria.

Alternativa (d) Incorreta: O paciente está desnutrido, mas a deficiência de vitamina C (escorbuto) manifesta-se tipicamente com irritabilidade, dores ósseas intensas (pseudoparalisia devido à dor ao manuseio) e manifestações hemorrágicas (petéquias, sangramento gengival), não sendo a causa primária de pancitopenia e

hipotonia global.

Conclusão:

A associação de desnutrição, erro alimentar (leite de vaca diluído), pancitopenia e regressão neurológica aponta diretamente para o diagnóstico de deficiência de vitamina B12, tornando a alternativa A a hipótese mais provável.

Questão 42

O quadro clínico descrito, envolvendo um lactente de 4 meses com pródrômo catarral que evolui para taquidispneia e sibilância após 3 dias, é a apresentação clássica da Bronquiolite Viral Aguda (BVA).

Análise das afirmativas:

Afirmativa I: Incorreta. O principal agente etiológico da Bronquiolite Viral Aguda é o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), sendo responsável por até 90% dos casos que requerem internação. O rinovírus é o segundo agente mais frequente, mas não o principal.

Afirmativa II: Incorreta. O período de incubação do Vírus Sincicial Respiratório é curto, variando geralmente de 2 a 8 dias (média de 4 a 6 dias). O intervalo de 1 a 3 semanas citado na alternativa está incorreto para este agente. Quanto à transmissão, ela ocorre principalmente pelo contato direto com secreções ou superfícies contaminadas e por gotículas, sendo o isolamento de contato a medida mais importante.

Afirmativa III: Incorreta. A base do tratamento da BVA é o suporte clínico, incluindo oxigenioterapia (se a saturação estiver baixa) e hidratação adequada. Por ser uma infecção viral, não há indicação para o uso de antibióticos como a azitromicina. O uso de corticoides e broncodilatadores também não é recomendado de forma rotineira pelas diretrizes atuais.

Afirmativa IV: Correta. A Bronquiolite Viral Aguda é definida clinicamente como o primeiro episódio de sibilância precedido por sintomas respiratórios virais em crianças com menos de 2 anos de idade. O pico de incidência ocorre entre 2 e 6 meses de vida.

Portanto, apenas a afirmativa IV está correta, o que torna a alternativa (d) a resposta correta da questão.

Questão 43

Análise do caso:

O quadro clínico apresenta uma criança com febre, eritema que progride para bolhas e sinal de Nikolsky positivo (descolamento da camada superficial da pele ao aplicar uma pressão tangencial). O dado fundamental para o fechamento do diagnóstico é a ausência de comprometimento de mucosas (ocular e orofaringe). Esta combinação é característica da Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SSSS), também conhecida como Doença de Ritter.

Alternativa A: Incorreta. A etiologia medicamentosa associada ao descolamento de pele (sinal de Nikolsky positivo) remete à Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) ou Síndrome de Stevens-Johnson. Contudo, essas reações alérgicas graves apresentam, por definição, um acometimento intenso de mucosas, o que foi explicitamente descartado no enunciado. O tratamento para a SSSS é focado na eliminação do agente bacteriano e suporte cutâneo, não em antialérgicos.

Alternativa B: Correta. O agente etiológico da Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica é o *Staphylococcus aureus*. A doença é causada pela liberação de toxinas esfoliativas (A e B) que se espalham via hematogênica e clivam a desmogleína 1 (proteína de adesão celular) na camada granulosa da epiderme. O tratamento deve ser realizado com antibióticos que tenham cobertura para o *Staphylococcus aureus* produtor de penicilinase, sendo a oxacilina (uma penicilina semissintética) ou cefalosporinas de primeira geração as escolhas habituais.

Alternativa C: Incorreta. O *Streptococcus pyogenes* é o agente causador da escarlatina. Embora a escarlatina se inicie com febre e exantema que pode ser mais acentuado em áreas de dobras (sinal de Pastia), ela se caracteriza por um aspecto de pele em lixa e alterações de mucosa (faringite e língua em framboesa). A escarlatina não evolui com bolhas nem apresenta sinal de Nikolsky positivo.

Alternativa D: Incorreta. O tratamento descrito (imunoglobulina venosa e ácido acetilsalicílico) é o protocolo padrão para a Doença de Kawasaki. A Doença de Kawasaki é uma vasculite que cursa com febre alta e exantema, mas requer obrigatoriamente alterações de mucosas (como lábios fissurados e conjuntivite) e não evolui com a formação de bolhas generalizadas ou sinal de Nikolsky.

Conclusão:

O ponto-chave para o diagnóstico diferencial em provas de residência é: sinal de Nikolsky positivo com mucosas poupadas indica Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica. Sinal de Nikolsky positivo com mucosas acometidas indica Necrólise Epidérmica Tóxica/Stevens-Johnson. Portanto, a etiologia é o *Staphylococcus aureus*.

Questão 44

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O lactente de 7 meses apresenta um relato materno de estar mais molinho e dobrar as pernas ao ser colocado de pé, além de maior amplitude articular durante a higiene. O ponto crucial para a resolução da questão é o fato de o desenvolvimento cognitivo-comportamental estar normal e a idade da criança.

O tônus muscular do ser humano passa por uma evolução previsível no primeiro ano de vida. O recém-nascido nasce com uma hipertonia flexora (membros encolhidos). Com o passar dos meses, essa hipertonia diminui, dando lugar a uma fase de hipotonia fisiológica, que atinge seu ponto máximo (nadir) justamente entre os 6 e 8 meses de idade. Nesse período, é normal que a criança pareça mais flexível e apresente a chamada astasia fisiológica, que é a tendência de dobrar os joelhos ou não sustentar o peso totalmente quando segurada pelas mãos em posição vertical.

POR QUE A ALTERNATIVA A ESTÁ CORRETA?

A alternativa A é a conduta de escolha porque reconhece que os achados são próprios da fisiologia do desenvolvimento motor. Se a criança mantém marcos de desenvolvimento adequados e não apresenta sinais de alerta (como perda de habilidades já adquiridas ou atraso cognitivo), o papel do médico é orientar a família sobre essa fase de transição, explicando que a hipotonia é temporária e precede o ganho de força muscular necessária para engatinhar e andar.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa B: O encaminhamento para fisioterapia seria uma intervenção desnecessária (supermedicalização) para um processo natural. A fisioterapia é indicada quando há atraso nos marcos do desenvolvimento motor ou diagnóstico de patologias neuromusculares.

Alternativa C: A dosagem de CPK (creatinofosfoquinase) e aldolase serve para investigar doenças musculares (miopatias), onde ocorre destruição de fibras musculares. No caso descrito, não há sinais de fraqueza patológica ou atrofia, apenas uma variação do tônus normal para a idade. Solicitar esses exames em um lactente saudável geraria custos e ansiedade familiar sem benefício clínico.

Alternativa D: Está incorreta por acumular os erros de solicitar exames laboratoriais sem indicação clínica e encaminhar o paciente para tratamento fisioterápico sem necessidade, ignorando a fase fisiológica pela qual o lactente está passando.

Questão 45

Alternativa a) Incorreta. O TDAH é caracterizado por uma altíssima prevalência de comorbidades. Estima-se que cerca de 70% a 80% dos pacientes com TDAH apresentem pelo menos outro transtorno associado ao longo da vida, como Transtorno Opositor Desafiante (TOD), transtornos de ansiedade, depressão, transtornos de aprendizagem e tiques.

Alternativa b) Incorreta. O uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato, geralmente é recomendado e aprovado para crianças a partir dos 6 anos de idade. Para crianças em idade pré-escolar (4 a 5 anos), a primeira linha de tratamento é a intervenção comportamental (treinamento parental). O uso de medicação antes dos 6 anos é reservado para casos específicos e graves, não sendo a conduta padrão preconizada para crianças de 3 anos.

Alternativa c) Incorreta. Epidemiologicamente, as meninas apresentam com maior frequência o subtipo predominantemente desatento do TDAH. Os sintomas de hiperatividade e impulsividade são classicamente mais prevalentes e evidentes no sexo masculino, o que muitas vezes contribui para o diagnóstico mais tardio ou subdiagnóstico em pacientes do sexo feminino.

Alternativa d) Correta. Como todas as afirmações anteriores (a, b e c) contêm erros conceituais técnicos sobre a epidemiologia, o tratamento e a apresentação clínica do TDAH, esta é a alternativa a ser marcada.

Questão 46

A alternativa (a) está correta. O Perfil Biofísico Fetal (PBF), descrito originalmente por Manning, é composto por cinco parâmetros específicos: a cardiocografia (reatividade cardíaca fetal), os movimentos respiratórios fetais, os movimentos corporais globais, o tônus fetal e o volume do líquido amniótico. Portanto, tanto os movimentos quanto o tônus avaliados via ultrassonografia são componentes essenciais deste exame.

A alternativa (b) está incorreta. As acelerações transitórias dos batimentos cardíacos fetais em resposta aos movimentos são sinais de reatividade e integridade do sistema nervoso central. Isso indica boa reserva fetal e bem-estar, sendo o resultado esperado em um feto saudável, e não um sinal de baixa reserva.

A alternativa (c) está incorreta. Os testes de avaliação da vitalidade fetal, de forma geral, possuem um alto Valor Preditivo Negativo (VPN), que frequentemente supera 99%. Isso significa que, se o teste for normal, a chance de óbito fetal em curto prazo é mínima. No entanto, o Valor Preditivo Positivo (VPP) é baixo (muitas vezes inferior a

50%), o que significa que um teste alterado não necessariamente confirma sofrimento fetal, gerando muitos resultados falso-positivos.

A alternativa (d) está incorreta. No Perfil Biofísico Fetal, a pontuação para o líquido amniótico é binária (0 ou 2 pontos). O parâmetro é considerado normal (2 pontos) se houver pelo menos um bolsão vertical de líquido maior que 2 cm. O Índice de Líquido Amniótico (ILA) igual a 8 cm é considerado normal na gestação a termo, pontuando normalmente no PBF. O ILA só seria preocupante e poderia zerar o parâmetro se estivesse abaixo de 5 cm (oligo-hidramnia).

Questão 47

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) CORRETA. Durante a contração uterina, ocorre uma compressão das artérias espiraladas que atravessam o miométrio uterino para irrigar o espaço interviloso da placenta. Essa compressão interrompe temporariamente o fluxo sanguíneo materno-fetal. Em condições normais, o feto tolera essa pausa nas trocas gasosas. No entanto, se as contrações forem muito frequentes (taquissistolia), muito intensas (hipersistolia) ou muito duradouras, o tempo de relaxamento uterino (tônus de base) é insuficiente para a reoxigenação adequada, o que pode levar à hipoxemia fetal.

Alternativa b) INCORRETA. O apagamento (esvaecimento) e a dilatação do colo não são processos isolados causados por forças diferentes. Ambos são resultados da combinação das contrações uterinas (que exercem tração longitudinal sobre as fibras do colo) e da pressão hidrostática da bolsa das águas ou da pressão mecânica da parte fetal apresentada. Nas nulíparas, o apagamento geralmente ocorre antes da dilatação, enquanto nas múltíparas ambos os processos costumam ocorrer simultaneamente.

Alternativa c) INCORRETA. O trabalho de parto é dividido em períodos. O primeiro estágio (período de dilatação) vai do início do trabalho de parto até a dilatação total (10 cm). O segundo estágio (período expulsivo) começa com a dilatação total e termina com o nascimento do bebê. Portanto, o apagamento e a dilatação ocorrem no primeiro estágio. Além disso, as contrações no trabalho de parto ativo são rítmicas e frequentes, não esparsas.

Alternativa d) INCORRETA. Na grande maioria das nulíparas, o encaixe (insinuação) da cabeça fetal ocorre antes do início do trabalho de parto, geralmente entre a 36ª e a 38ª semana de gestação. Nas múltíparas é que o encaixe tende a ocorrer apenas após o início das contrações ou no início do período expulsivo. A pressão

intra-abdominal voluntária (puxos) auxilia na descida e expulsão do feto já encaixado, mas não é o mecanismo responsável pelo encaixe inicial na nulípara.

Questão 48

Alternativa a) INCORRETA. O diagnóstico da gravidez ectópica baseia-se na correlação entre a clínica, os níveis de beta-hCG e a ultrassonografia. No entanto, o valor de 500 mUI/mL mencionado está abaixo da chamada zona discriminante. A zona discriminante é o nível de beta-hCG a partir do qual um saco gestacional deve ser obrigatoriamente visualizado dentro do útero em uma ultrassonografia transvaginal, sendo geralmente estabelecida entre 1.500 e 3.500 mUI/mL. Abaixo desse valor, a ausência de imagem intrauterina não confirma gravidez ectópica, podendo tratar-se de uma gestação inicial tópica.

Alternativa b) INCORRETA. As formas crônicas de gravidez ectópica geralmente estão relacionadas a abortos tubários com formação de hematoceles pélvicas organizadas e níveis de beta-hCG em declínio ou em baixos patamares. O risco de rotura tubária aguda e grave é classicamente associado a gestações com alta atividade metabólica, níveis elevados de beta-hCG e crescimento rápido do trofoblasto, ou ainda a localizações específicas com menor capacidade de distensão, como a região do istmo.

Alternativa c) CORRETA. Esta alternativa apresenta dados epidemiológicos precisos. Cerca de 95% a 97% das gestações ectópicas ocorrem nas trompas de Falópio. Dentro da anatomia tubária, a ampola é o local mais comum de implantação, correspondendo a cerca de 70% a 80% dos casos. Outras localizações, como ovário, colo uterino, cavidade abdominal e cicatriz de cesárea, representam uma pequena minoria das ocorrências.

Alternativa d) INCORRETA. O metotrexato é um quimioterápico antagonista do ácido fólico utilizado no tratamento clínico da gestação ectópica íntegra, mas seu sucesso depende de critérios rigorosos. A presença de batimentos cardioembrionários (BEF detectável) e níveis de beta-hCG acima de 5.000 mUI/mL são considerados contra-indicações relativas ao tratamento medicamentoso, pois aumentam significativamente a taxa de falha da conduta e o risco de rotura tubária durante o processo. O tratamento ideal com metotrexato requer, preferencialmente, hCG menor que 5.000 mUI/mL, ausência de BEF e massa anexial menor que 3,5 a 4,0 cm.

Questão 49

Para entender a distinção entre o Diabetes Mellitus Pré-gestacional (DM prévio) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), é fundamental analisar o momento do diagnóstico e a fisiopatologia envolvida em cada caso. Abaixo, analisamos cada afirmação da questão:

Primeira afirmação: O prognóstico fetal e materno está relacionado ao grau das doenças cardiovascular e renal subjacentes.

Explicação: Esta característica refere-se ao Diabetes Prévio (1). No diabetes crônico (tipo 1 ou tipo 2), a paciente pode apresentar vasculopatias e nefropatia resultantes de anos de hiperglicemia. Essas complicações pré-existentes são os principais determinantes do prognóstico na gestação. No DMG, a doença surge durante a gravidez, não havendo tempo para o desenvolvimento dessas lesões crônicas de órgãos-alvo.

Segunda afirmação: Ainda há uma dificuldade de consenso no seu rastreamento, apesar de mais de 4 décadas de pesquisa.

Explicação: Esta frase define o Diabetes Gestacional (2). Existe um debate histórico e persistente na obstetrícia sobre qual o melhor método de rastreamento (universal ou baseado em fatores de risco) e quais os pontos de corte ideais para o diagnóstico (estratégia de um passo com TOTG 75 g versus dois passos com teste de O'Sullivan e TOTG 100 g). No diabetes prévio, o diagnóstico já está estabelecido ou é feito logo na primeira consulta com critérios de DM fora da gravidez.

Terceira afirmação: O risco de abortamento está relacionado diretamente ao aumento dos níveis de glico-hemoglobina.

Explicação: Refere-se ao Diabetes Prévio (1). O risco de perda gestacional precoce e malformações está ligado ao controle glicêmico no período periconcepcional e no primeiro trimestre (fase de organogênese). Como o DMG se desenvolve geralmente a partir da segunda metade da gestação, ele não está associado ao aumento de abortamentos por hiperglicemia inicial. A hemoglobina glicada alterada no início da gravidez é um marcador de diabetes pré-gestacional.

Quarta afirmação: As taxas de malformações em vários estudos foram pouco aumentadas.

Explicação: Esta é uma característica do Diabetes Gestacional (2). Como a hiperglicemia no DMG costuma surgir após a 24ª semana, a organogênese fetal já está completa. Por isso, o risco de malformações congênitas em pacientes com DMG é semelhante ao da população geral ou apenas discretamente superior. Já no diabetes prévio mal controlado, o risco de malformações é significativamente elevado.

Quinta afirmação: Quando há hipertensão crônica e nefropatia diabética, há um risco maior de desenvolver pré-eclâmpsia.

Explicação: Refere-se ao Diabetes Prévio (1). Pacientes que já entram na gestação com danos vasculares e renais (diabetes tipo 1 ou 2) possuem um risco muito mais elevado de desenvolver pré-eclâmpsia sobreposta. Essas comorbidades são marcadores de gravidade no diabetes crônico.

A sequência correta é 1-2-1-2-1, o que torna a alternativa (a) a correta.

Questão 50

A alternativa (d) é a correta. Abaixo, analisamos detalhadamente cada uma das opções:

Alternativa a) Incorreta. A incidência de eclâmpsia não se manteve a mesma. Em locais com maior disponibilidade de assistência médica, acesso qualificado ao pré-natal e uso protocolado do sulfato de magnésio (profilaxia), houve uma redução drástica na ocorrência de crises convulsivas em gestantes com pré-eclâmpsia.

Alternativa b) Incorreta. A presença de disfunção renal (creatinina acima de 1,1 mg/dL ou o dobro do seu valor basal) e a disfunção hepática (elevação das transaminases em pelo menos duas vezes o valor de referência) são critérios de gravidade na pré-eclâmpsia. A ausência de plaquetopenia não anula esses achados; basta um desses critérios de disfunção orgânica para classificar a pré-eclâmpsia como grave.

Alternativa c) Incorreta. A hipertensão gestacional é caracterizada pelo surgimento de hipertensão (maior ou igual a 140/90 mmHg) após a 20ª semana de gravidez em uma mulher previamente normotensa, mas obrigatoriamente sem a presença de proteinúria significativa. O ponto de corte para proteinúria na definição de pré-eclâmpsia é de 300 mg em 24 horas. Portanto, uma proteinúria de 400 mg, por exemplo, já definiria pré-eclâmpsia e não hipertensão gestacional.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa resume as principais teorias e fatores de risco associados à gênese da pré-eclâmpsia. A "primeira exposição às vilosidades" explica a maior incidência em primigestas; a "superabundância de vilosidades" justifica o risco aumentado em gestações múltiplas e na doença trofoblástica gestacional (mola); as "condições endoteliais preexistentes" (como hipertensão crônica, diabetes e doenças autoimunes) aumentam a vulnerabilidade do sistema vascular; e a "predisposição genética" é um fator bem estabelecido em casos de histórico familiar positivo. Todos esses elementos contribuem para a falha na segunda onda de migração trofoblástica e para o conseqüente estresse oxidativo placentário.

Questão 51

Alternativa (a) Incorreta: A principal causa de hemorragia pós-parto (HPP), seja no parto vaginal ou na cesariana, é a atonia uterina (falha na contração do miométrio após a dequitação), correspondendo a cerca de 80% dos casos. Os restos placentários (inseridos no "T" de tecido, dos "4 Ts" da hemorragia) são causas importantes, mas perdem em frequência para a atonia.

Alternativa (b) Incorreta: A mastite puerperal não costuma ocorrer nos primeiros dias; sua incidência é maior entre a 2ª e a 4ª semana após o parto. Nos primeiros dias pós-parto, o que comumente ocorre é o ingurgitamento mamário ("apojadura"), que é um processo fisiológico de descida do leite. Embora as fissuras mamilares sejam a principal porta de entrada para germes (como o *Staphylococcus aureus*), o tempo cronológico descrito na alternativa está incorreto.

Alternativa (c) Correta: A febre no puerpério é definida classicamente como temperatura axilar igual ou superior a 38 °C por pelo menos dois dias, dentro dos primeiros dez dias pós-parto (excluindo as primeiras 24 horas). No entanto, clinicamente, uma febre persistente já nas primeiras 48 horas é um sinal de alerta precoce e altamente sugestivo de infecção do trato genital (endometrite). O parto cesariano é, isoladamente, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de infecção puerperal.

Alternativa (d) Incorreta: A detecção de fatores de risco (como macrossomia fetal, polidrâmnio ou gestação múltipla) ajuda no preparo da equipe, mas a atonia uterina é frequentemente imprevisível e ocorre em muitas pacientes que não apresentam nenhum fator de risco identificável. Por esse motivo, a principal medida preventiva é o manejo ativo do terceiro estágio do parto (uso de ocitocina profilática em todas as pacientes), independentemente da presença de fatores de risco.

Questão 52

Esta questão aborda os fatores que influenciam o crescimento fetal e as patologias associadas aos seus extremos (Restrição de Crescimento Fetal e Macrossomia). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A incidência de restrição de crescimento é significativamente maior em gestações gemelares do que em gestações únicas. Isso ocorre devido a diversos fatores, como a maior demanda nutricional, o espaço uterino limitado e, em casos de gemelaridade monocoriônica, as comunicações vasculares placentárias que podem gerar uma distribuição desigual de fluxo sanguíneo entre os fetos.

Alternativa (b) Correta: Doenças vasculares crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, e a pré-eclâmpsia são as principais causas de Restrição de Crescimento Fetal (RCF) de origem materna/placentária. Essas condições levam a uma falha na invasão trofoblástica das artérias espiraladas, resultando em uma placenta de baixa resistência e alto fluxo que se torna insuficiente. A hipóxia crônica e a redução da oferta de nutrientes forçam o feto a adaptar seu metabolismo, resultando em déficit de crescimento.

Alternativa (c) Incorreta: Existe uma distinção clínica fundamental entre o feto Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) constitucional e o feto com Restrição de Crescimento Fetal (RCF) patológica. Fetos entre os percentis 3 e 10 que possuem Doppler normal geralmente são constitucionalmente pequenos e têm baixo risco de complicações. No entanto, se houver sinais de centralização fetal ao Doppler (priorização do fluxo sanguíneo para órgãos vitais como o cérebro), o risco de morbimortalidade perinatal aumenta drasticamente, exigindo vigilância rigorosa ou interrupção da gravidez.

Alternativa (d) Incorreta: Esta alternativa mistura fatores de risco para fetos grandes e pequenos. A obesidade e o diabetes gestacional (ou tipo 2 bem controlado) são, de fato, fatores de risco para fetos Grandes para a Idade Gestacional (GIG). No entanto, o diabetes tipo 1 (especialmente com vasculopatia/nefropatia prévia) e a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) são fatores de risco clássicos para a Restrição de Crescimento Fetal (RCF). A SAAF provoca trombozes na microcirculação placentária e inflamação, prejudicando a transferência de nutrientes para o feto.

Questão 53

Alternativa a: Incorreta. O tratamento medicamentoso de primeira linha para a síndrome da bexiga hiperativa (incontinência de urgência) consiste no uso de anticolinérgicos (antimuscarínicos), como a oxibutinina e a tolterodina, que agem inibindo as contrações involuntárias do músculo detrusor. Outra opção moderna são os agonistas beta-3-adrenérgicos, como a mirabegrona, que promovem o relaxamento do detrusor. Drogas agonistas alfa-adrenérgicas não são utilizadas para tratar bexiga hiperativa; elas foram estudadas no passado para a incontinência de esforço, visando aumentar o tônus do esfíncter uretral interno, mas possuem eficácia limitada e muitos efeitos colaterais.

Alternativa b: Correta. O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado é um dos fatores de risco mais consistentes e independentes para o desenvolvimento de todos os tipos de incontinência urinária (esforço, urgência e mista). A obesidade causa um aumento crônico da pressão intra-abdominal, o que sobrecarrega a musculatura do assoalho pélvico e as estruturas de suporte da uretra, além de estar associada a alterações

metabólicas e neurológicas que podem afetar a função vesical.

Alternativa c: Incorreta. Epidemiologicamente, a incontinência urinária de esforço isolada é considerada o tipo mais prevalente entre as mulheres, especialmente nas faixas etárias mais jovens e no período da pré-menopausa. A incontinência urinária mista e a incontinência de urgência isolada apresentam um aumento significativo de prevalência com o avançar da idade (senescência), mas não são as condições mais comuns em todas as faixas etárias estudadas de forma independente.

Alternativa d: Incorreta. A fisiopatologia da incontinência de esforço está relacionada principalmente a dois mecanismos: a hipermobilidade do colo vesical e da uretra proximal (devido à perda do suporte dos tecidos conjuntivos e músculos do assoalho pélvico) ou a deficiência esfínteriana intrínseca (quando o próprio esfíncter não consegue manter a luz uretral fechada). O erro da alternativa está na simplificação excessiva e na terminologia imprecisa, pois a perda ocorre quando a pressão intra-abdominal é transmitida para a bexiga de forma mais eficiente do que para a uretra, ou quando o mecanismo de vedação do esfíncter falha, e não meramente por uma fragilidade da parede uretral.

Questão 54

Alternativa A: Esta alternativa está incorreta porque o estágio FIGO IA1 refere-se ao carcinoma microinvasivo com profundidade de invasão menor ou igual a 3 mm. Para pacientes que desejam preservar a fertilidade (prole não constituída), o tratamento de escolha é a conização cervical com margens livres. O risco de metástase linfonodal no estágio IA1 é extremamente baixo (menor que 1%), o que não justifica a realização de uma histerectomia ampliada (radical) como padrão, especialmente para quem deseja engravidar.

Alternativa B: Esta alternativa está incorreta. O carcinoma de células escamosas (também chamado de epidermoide) continua sendo o tipo histológico mais frequente em todo o mundo, representando cerca de 70% a 80% dos casos de câncer de colo uterino. O adenocarcinoma é o segundo tipo mais comum. Embora o rastreamento citológico (Papanicolau) seja mais eficiente em detectar lesões precursoras escamosas, o tipo escamoso ainda lidera as estatísticas de incidência.

Alternativa C: Esta alternativa está correta. A disseminação do câncer de colo uterino ocorre primordialmente por contiguidade, invadindo estruturas vizinhas como a vagina e os paramétrios. A invasão angiolinfática ocorre quando as células neoplásicas penetram nos pequenos vasos sanguíneos ou canais linfáticos do estroma cervical. Esse achado histopatológico é um marcador clássico de agressividade e um indicador de mau prognóstico, pois está diretamente relacionado

ao aumento do risco de metástases para linfonodos e recidiva da doença.

Alternativa D: Esta alternativa está incorreta. O estágio IIB caracteriza-se clinicamente pela invasão dos paramétrios. De acordo com os protocolos internacionais (FIGO e NCCN), o tratamento preferencial para o câncer de colo uterino a partir do estágio IIB (doença localmente avançada) é a quimiorradioterapia concomitante (radioterapia externa mais quimioterapia baseada em platina, seguida de braquiterapia). A cirurgia não é recomendada nesses casos porque o tratamento radioterápico oferece excelentes taxas de controle e a tentativa cirúrgica em estágios avançados apresenta alta taxa de complicações e margens comprometidas.

Questão 55

Alternativa a: Incorreta. Embora imagens polipoides visualizadas ao ultrassom possam, em alguns casos, representar um câncer inicial, essa não é a apresentação típica em pacientes jovens. O câncer de endométrio é raro em mulheres com menos de 40 anos (ocorre em menos de 5% dos casos), sendo uma patologia predominantemente da pós-menopausa. Em pacientes jovens, achados polipoides geralmente correspondem a pólipos benignos ou hiperplasias sem atipias.

Alternativa b: Incorreta. As mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 estão fortemente vinculadas ao aumento do risco de câncer de mama e de ovário. A principal síndrome genética associada ao câncer de endométrio é a Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não-polipose), que envolve mutações em genes de reparo do DNA (como MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2).

Alternativa c: Incorreta. O anticoncepcional oral combinado é, na verdade, um fator protetor bem estabelecido contra o câncer de endométrio. A progesterona contida nesses medicamentos antagoniza a ação proliferativa do estrogênio sobre o endométrio, reduzindo o risco de hiperplasia e de transformação maligna. Quanto maior o tempo de uso, maior o benefício protetor.

Alternativa d: Correta. A hiperplasia endometrial com atipias, também classificada por muitos sistemas como Neoplasia Intraepitelial Endometrial (EIN), é a lesão precursora direta do adenocarcinoma de endométrio tipo I (o tipo endometrióide, que é o mais frequente). Pacientes diagnosticadas com atipias celulares apresentam um risco elevado de progressão para carcinoma invasivo ou até mesmo de já possuírem um câncer oculto em outra região do útero, o que torna essa lesão o alvo principal do rastreamento diagnóstico em pacientes com sangramento uterino anormal.

Questão 56

Explicação das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Os sintomas vasomotores, como as ondas de calor e fogachos, são mais frequentes e intensos durante a transição menopáusica e nos primeiros anos de pós-menopausa. A tendência natural desses sintomas é a melhora progressiva com o passar do tempo para a maioria das mulheres, e não o agravamento cinco anos após a última menstruação.

Alternativa b) Incorreta. Embora as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte em mulheres no Brasil e no mundo, a incidência e os fatores de risco não são iguais aos dos homens, independentemente do status hormonal. O estrogênio exerce um papel protetor no sistema cardiovascular, o que faz com que as mulheres apresentem eventos coronarianos cerca de 10 anos mais tarde do que os homens. A perda dessa proteção hormonal na menopausa altera o perfil lipídico e a função endotelial.

Alternativa c) Incorreta. No início da transição menopáusica (estágios iniciais do critério STRAW+10), ocorre de fato uma queda na produção de inibina B e um aumento do FSH. Entretanto, os níveis de estradiol nessa fase inicial costumam estar normais ou até mesmo elevados devido ao estímulo persistente do FSH sobre os folículos remanescentes. A queda sustentada do estradiol é um evento que ocorre mais tardiamente, próximo à menopausa.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa lista as indicações clássicas e bem fundamentadas para a Terapia Hormonal (TH) na menopausa. Segundo consensos nacionais e internacionais, a TH está indicada para o tratamento de sintomas vasomotores (fogachos) moderados a graves, para a prevenção da perda de massa óssea e redução do risco de fraturas por osteoporose em mulheres na pós-menopausa, e para o tratamento da Síndrome Geniturinária da Menopausa (atrofia urogenital), quando os sintomas locais são predominantes.

Questão 57

Para compreender a classificação POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System), devemos primeiro lembrar os critérios de estadiamento baseados na posição do ponto mais prolapsado em relação ao hímen (ponto zero):

Estágio 0: Ausência de prolapso.

Estágio 1: O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm acima do hímen (valor menor que -1).

Estágio 2: O ponto de maior prolapso está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen

(valor entre -1 e +1, inclusive).

Estágio 3: O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm abaixo do hímen (valor maior que +1), porém sem atingir a eversão completa (o valor é menor que o Comprimento Vaginal Total - 2 cm).

Estágio 4: Eversão completa. O ponto de maior prolapso está a uma distância maior ou igual ao Comprimento Vaginal Total (CVT) menos 2 cm.

Análise dos itens com CVT = 11 cm:

Item 1: Ponto Ba medido com o valor de +6.

O valor +6 está além de +1 cm (saindo do estágio 2). Como o CVT é 11 cm, o critério para o estágio 4 seria um valor maior ou igual a 9 ($11 - 2 = 9$). Como +6 é menor que +9, este ponto classifica-se como Grau 3.

Item 2: Ponto C medido com o valor de +9.

O valor +9 é exatamente o limite para o estágio 4 ($CVT - 2 = 11 - 2 = 9$). Pela regra, valores maiores ou iguais a ($CVT - 2$) são classificados como Grau 4.

Item 3: Ponto Bp medido com o valor de +1.

O estágio 2 compreende o intervalo entre -1 e +1. Como o ponto está exatamente em +1, ele ainda se enquadra no Grau 2.

Portanto, a sequência correta na Coluna II é 3 - 4 - 2.

Análise das alternativas:

a) CORRETA. Segue a lógica do POP-Q: Ba +6 (Grau 3), C +9 (Grau 4) e Bp +1 (Grau 2).

b) INCORRETA. Ba +6 não pode ser Grau 2 (o limite é +1). C +9 é Grau 4, e não 3. Bp +1 não é Grau 1 (que deve ser menor que -1).

c) INCORRETA. Embora o primeiro item esteja correto (Grau 3), o segundo item (C +9) já atinge o critério de eversão completa (Grau 4), não permanecendo no Grau 3.

d) INCORRETA. Ba +6 ultrapassa o limite de +1 do Grau 2, sendo obrigatoriamente Grau 3. O restante da sequência (4-2) está correto, mas o primeiro item invalida a alternativa.

Questão 58

Alternativa a) Incorreta. O DIU com liberação de levonorgestrel (SIU-LNG) não é contraindicado para pacientes com adenomiose ou miomatose uterina; pelo contrário, ele é frequentemente utilizado como parte do tratamento clínico para reduzir o fluxo menstrual e a dor associada a essas condições. De acordo com os Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), o SIU-LNG é Categoria 1 para adenomiose. Para miomas que não distorcem a cavidade uterina, ele é Categoria 2. A restrição (Categoria 4) ocorre apenas quando os miomas distorcem a cavidade uterina, impedindo a inserção correta do dispositivo.

Alternativa b) Incorreta. Biologicamente, as adolescentes costumam ter uma fertilidade maior do que a de mulheres adultas em idades mais avançadas, devido à reserva ovariana preservada. Além disso, do ponto de vista epidemiológico, as adolescentes apresentam um risco muito maior de gestação não planejada quando comparadas às adultas, principalmente devido a taxas mais altas de descontinuidade ou uso inconsistente de métodos que dependem da memória (como pílulas). Por isso, elas são público-alvo prioritário para métodos de longa ação (LARC).

Alternativa c) Correta. Segundo os Critérios de Elegibilidade Médica da OMS, o DIU de cobre é uma excelente opção para mulheres em período de amamentação. Ele é classificado como Categoria 1 (sem restrição ao uso) quando inserido em até 48 horas após o parto ou após 4 semanas do parto. No intervalo entre 48 horas e 4 semanas pós-parto, a classificação é Categoria 2 (os benefícios superam os riscos). Portanto, em qualquer fase da lactação, o DIU de cobre é considerado seguro e eficaz.

Alternativa d) Incorreta. O implante subcutâneo de etonogestrel é, na verdade, o método contraceptivo reversível mais eficaz existente, com uma taxa de falha de aproximadamente 0,05% (superior até mesmo à laqueadura tubária). Sua eficácia é muito maior do que a dos anticoncepcionais orais, pois os implantes são métodos de longa ação que não dependem da adesão ou disciplina da paciente (tomada diária) para funcionar perfeitamente.

Questão 59

Alternativa a) Incorreta. As anomalias müllerianas, como o útero septado, bicorno ou didelfo, estão frequentemente associadas a desfechos obstétricos desfavoráveis. Embora a fertilidade possa ser preservada, há um aumento significativo no risco de abortos de repetição, especialmente no segundo trimestre, além de maior incidência de partos prematuros e apresentações fetais anômalas devido à distorção da cavidade uterina e vascularização deficiente.

Alternativa b) Correta. A Síndrome de Turner é a causa mais comum de disgenesia gonadal e amenorreia primária, ocorrendo tipicamente pelo cariótipo 45,X. Embora alguns sinais clínicos possam estar presentes ao nascimento (como linfedema e pescoço alado), muitas pacientes são diagnosticadas apenas na adolescência. Nessa fase, a baixa estatura acentuada e a falência ovariana precoce (ovários em fita), que leva à ausência de caracteres sexuais secundários, tornam-se os principais sinais para a investigação.

Alternativa c) Incorreta. O pseudo-hermafroditismo feminino refere-se a indivíduos com cariótipo feminino (46,XX) que possuem órgãos genitais internos femininos (útero e ovários), mas apresentam genitália externa virilizada ou ambígua devido à exposição excessiva a andrógenos (como na Hiperplasia Adrenal Congênita). A descrição da alternativa, que menciona cromossomos masculinos (46,XY) com genitália ambígua, refere-se ao pseudo-hermafroditismo masculino.

Alternativa d) Incorreta. Na Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), ocorre a agenesia dos ductos de Müller, resultando em ausência de útero e dos dois terços superiores da vagina. No entanto, o cariótipo é feminino (46,XX) e as gônadas presentes são ovários normais e funcionantes. Não há gônada masculina e, portanto, não existe indicação de gonadectomia. A confusão comum é com a Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos, onde o cariótipo é 46,XY e existem testículos que devem ser removidos pelo risco de malignização.

Questão 60

Alternativa a: Incorreta. A sífilis primária é caracterizada pelo cancro duro, que é uma úlcera tipicamente única, indolor e com base endurecida. A lesão surge após o contato com o *Treponema pallidum* e desaparece espontaneamente entre 3 e 6 semanas, independentemente de tratamento. A afirmação está errada ao descrever a úlcera como dolorosa e com duração superior a 6 semanas.

Alternativa b: Correta. O herpes genital é atualmente a causa mais comum de úlceras genitais em todo o mundo. É uma infecção crônica e incurável, pois o vírus (HSV-1 ou HSV-2) permanece latente nos gânglios nervosos sensitivos. A reativação pode ocorrer de forma espontânea ou desencadeada por fatores como estresse, imunidade baixa ou traumas locais.

Alternativa c: Incorreta. A vaginose bacteriana decorre de um desequilíbrio da flora vaginal (redução de lactobacilos e aumento de anaeróbios como *Gardnerella vaginalis*). Embora a atividade sexual seja um fator de risco, ela não é considerada uma infecção sexualmente transmissível estritamente, e o tratamento do parceiro não é recomendado de rotina, pois não previne recidivas. Além disso, a classificação

de recorrência e tratamento citada não condiz com os protocolos de manejo da disbiose.

Alternativa d: Incorreta. A *Candida albicans* é o agente etiológico mais frequente da candidíase vulvovaginal, respondendo por até 90% dos casos; a *Candida glabrata* é menos comum e geralmente associada a quadros resistentes. A candidíase recorrente é definida pela presença de 4 ou mais episódios em 12 meses. Diferentemente do afirmado, os quadros complicados ou recorrentes costumam exigir esquemas terapêuticos prolongados de indução e manutenção, não respondendo bem a tratamentos curtos.

Gabarito: Letra (b).

Questão 61

A Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como a primeira Lei Orgânica da Saúde, detalha a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

ALTERNATIVA A (INCORRETA): Os objetivos do SUS estão definidos no artigo 5º da lei e são três: I) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças; III) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Embora o SUS realize pesquisas epidemiológicas, elas fazem parte de suas competências e do campo de atuação, mas não estão listadas como um dos objetivos primordiais do artigo 5º.

ALTERNATIVA B (INCORRETA): De acordo com o artigo 4º, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada não "constitui" o SUS da mesma forma que o setor público; ela pode participar do sistema apenas de forma complementar, quando as disponibilidades do setor público forem insuficientes, mediante contrato ou convênio (artigo 4º, parágrafo 2º).

ALTERNATIVA C (INCORRETA): Esta alternativa fere o princípio constitucional e legal da universalidade. O artigo 2º, parágrafo 1º, estabelece que o dever do Estado consiste na formulação de políticas que assegurem o acesso universal e igualitário, e não restrito à população de baixa renda. O SUS é um sistema para todos os cidadãos brasileiros, independentemente da condição socioeconômica.

ALTERNATIVA D (CORRETA): Esta alternativa está em perfeita consonância com o artigo 6º, inciso I, da Lei nº 8.080/1990. O campo de atuação do SUS envolve, obrigatoriamente, a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. É importante ressaltar que a "saúde bucal" foi explicitamente incluída no texto do artigo 6º, inciso I (alínea e), pela Lei nº 14.572, de 2023, consolidando legalmente o que já era preconizado pelas políticas públicas de saúde brasileiras.

GABARITO: LETRA D.

Questão 62

Análise das afirmativas:

Primeira afirmativa: Verdadeira. Antes da Constituição de 1988 e da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro era dual e excludente. O acesso à assistência médica estatal era restrito aos trabalhadores com carteira assinada, que contribuíam para a previdência social (através do INAMPS). Quem não possuía vínculo formal de emprego era considerado "indigente" e dependia de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou de serviços públicos de saúde voltados apenas para o controle de epidemias. Portanto, a saúde era um seguro social e não um direito universal de cidadania.

Segunda afirmativa: Verdadeira. Durante as décadas de 60 e 70, em meio ao regime militar, o modelo hegemônico era o médico-hospitalar privatista. No entanto, surgiram experiências de medicina comunitária influenciadas por modelos internacionais de atenção primária. O objetivo era estender a cobertura mínima de saúde para as populações rurais e periféricas que não estavam inseridas no sistema previdenciário formal. Programas como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) são exemplos dessa tentativa de levar ações básicas a quem estava excluído do sistema.

Terceira afirmativa: Verdadeira. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o divisor de águas da Reforma Sanitária. Ela ocorreu em um contexto de redemocratização e buscou resolver o conflito institucional entre o Ministério da Saúde (responsável pela saúde pública e saneamento) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (que detinha os recursos e o INAMPS). A conferência consolidou a proposta de unificação do comando da saúde, defendendo que a assistência médica deveria sair da esfera previdenciária e passar para o Ministério da Saúde, formando um sistema único.

Quarta afirmativa: Falsa. A 8ª CNS é reconhecida historicamente justamente por

democratizar a discussão em saúde, estabelecendo a diretriz da participação social paritária. A afirmação está incorreta, pois descreve um conselho meramente burocrático e corporativista (governo e proprietários). Na realidade, a diretriz aprovada previa a participação majoritária de usuários da saúde e trabalhadores do setor, e não apenas de gestores e donos de hospitais. Além disso, as competências de planejamento e financiamento são funções do poder executivo (gestão), enquanto os conselhos têm caráter deliberativo e fiscalizador.

Conclusão: A sequência correta é V, V, V, F, o que valida a alternativa (a).

Questão 63

Análise detalhada da questão sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei 8.080/1990):

Afirmativa I: Correta. Segundo o artigo 19-L da Lei 8.080/1990, é obrigatório o registro do quesito raça ou cor nos sistemas de informação do SUS. Essa medida é essencial para a produção de dados epidemiológicos precisos e para o planejamento de ações específicas que respeitem as necessidades das populações indígenas.

Afirmativa II: Correta. O artigo 19-H assegura o direito de participação das populações indígenas nos organismos colegiados de controle social do SUS. Isso inclui o Conselho Nacional de Saúde e conselhos estaduais e municipais, garantindo que os indígenas tenham voz ativa na formulação e avaliação das políticas de saúde que os afetam.

Afirmativa III: Incorreta. O erro reside na restrição a "apenas a atenção primária". Embora o subsistema seja focado na organização de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) com forte base na atenção primária, o artigo 19-G estabelece que, quando houver necessidade, os indígenas devem ter acesso garantido a todos os níveis de complexidade do SUS (secundário e terciário), de forma integrada à rede assistencial geral.

Afirmativa IV: Correta. Esta previsão foi reforçada na legislação para garantir agilidade e suporte financeiro em crises. Em situações de emergência ou calamidade pública, a União tem o dever de aportar recursos adicionais que não estavam previamente orçados nos planos de saúde dos DSEIs, visando proteger a integridade dessas populações em momentos críticos.

Conclusão: Estão corretas as afirmações I, II e IV. A afirmação III está incorreta por limitar o acesso à saúde, contrariando o princípio da integralidade do SUS.

Alternativa correta: Letra (c).

Questão 64

Alternativa A: Esta afirmação está correta. A ESF é fundamentada no trabalho de equipes multiprofissionais. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a equipe mínima deve ser composta por médico (preferencialmente de família e comunidade), enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incluir profissionais de saúde bucal.

Alternativa B: Esta é a alternativa incorreta e, portanto, o gabarito. As equipes de Consultório na Rua (eCR) não são fixas; sua principal característica é justamente a mobilidade. Elas realizam atividades de forma itinerante, buscando prestar cuidados integrais à população em situação de rua nos locais onde essa população se encontra (praças, parques, sob viadutos, etc.), utilizando-se de unidades móveis ou deslocamento a pé para garantir o acesso.

Alternativa C: Esta afirmação está correta. O Ministério da Saúde estabelece a ESF como a estratégia prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo o modelo principal para a reorientação do sistema de saúde.

Alternativa D: Esta afirmação está correta. A territorialização é um princípio básico da Atenção Primária. Todas as equipes devem possuir um território de referência definido, exercendo a responsabilidade sanitária sobre a população adscrita, o que permite o planejamento de ações baseado no perfil epidemiológico e social daquela área específica.

Questão 65

A questão aborda as diretrizes da Atenção Básica no Brasil, fundamentadas principalmente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para respondê-la, é necessário distinguir o que são diretrizes operacionais específicas da Atenção Básica dos princípios gerais de organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alternativa A - Cuidado centrado na pessoa: Esta é uma diretriz oficial da Atenção Básica. Ela estabelece que o cuidado deve considerar a singularidade, as necessidades e o contexto de vida do indivíduo, e não apenas o tratamento de doenças isoladas. O foco é a autonomia do paciente e o estabelecimento de vínculos. Portanto, está correta dentro do contexto da PNAB e não é a resposta procurada.

Alternativa B - Territorialização: É uma diretriz operacional essencial. Refere-se à

delimitação de uma base geográfica para a atuação das equipes de saúde, permitindo o reconhecimento das características sociais, econômicas e epidemiológicas de uma comunidade específica. É o que permite o planejamento das ações de saúde de forma direcionada. Como é uma diretriz da Atenção Básica, a alternativa está incorreta para o comando da questão.

Alternativa C - Resolutividade: Esta diretriz determina que a Atenção Básica deve ter capacidade para resolver a grande maioria (cerca de 80 a 85%) dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, utilizando tecnologias de cuidado adequadas e encaminhando para outros níveis de complexidade apenas o que for necessário. Por ser uma diretriz válida, está incorreta para o comando "exceto".

Alternativa D - Complementariedade do setor privado (Gabarito): Embora a participação complementar do setor privado seja um princípio organizacional do SUS previsto na Constituição Federal (Artigo 199), ela não é classificada pela PNAB como uma diretriz específica para a operacionalização da Atenção Básica ou da Rede de Atenção à Saúde (RAS). As diretrizes da Atenção Básica focam na lógica da assistência e organização do serviço (como territorialização, resolutividade, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade, coordenação do cuidado, entre outras). Por não pertencer ao rol de diretrizes operacionais da Atenção Básica, esta é a alternativa correta.

Questão 66

A questão apresenta a definição clássica do princípio da integralidade, conforme estabelecido tanto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) quanto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Alternativa (a) Incorreta: A regionalização é um princípio organizativo que trata da descentralização e da organização geográfica dos serviços em redes de atenção para otimizar recursos e garantir o acesso. Embora o enunciado mencione a articulação com outros pontos de atenção, o foco central do texto é a abrangência das ações (prevenção, cura, reabilitação) e a visão multidimensional do indivíduo, o que define a integralidade.

Alternativa (b) Correta: A integralidade é o princípio que garante que o indivíduo seja percebido como um todo, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais. Ela se manifesta na oferta de um conjunto articulado de ações que abrangem desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até a cura, reabilitação e cuidados paliativos. Também envolve a garantia de continuidade do cuidado em diferentes níveis de complexidade do sistema (redes de atenção).

Alternativa (c) Incorreta: A universalidade refere-se à garantia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurando o acesso de qualquer cidadão ao sistema de saúde sem discriminação. O enunciado foca na amplitude do cuidado e na diversidade de serviços ofertados, e não especificamente no direito de acesso de toda a população.

Alternativa (d) Incorreta: A equidade consiste em oferecer mais a quem mais precisa, buscando reduzir desigualdades sociais e de saúde. É um princípio de justiça distributiva. Embora o reconhecimento das necessidades específicas mencionado no texto auxilie na promoção da equidade, a descrição completa do conjunto de serviços e do manejo de tecnologias de cuidado refere-se ao conceito técnico de integralidade.

Questão 67

Esta questão aborda o conceito das divisões da Vigilância em Saúde no Brasil e como cada uma delas foca em diferentes determinantes do processo saúde-doença.

A alternativa (a) está correta. A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é o setor responsável por identificar riscos e adotar medidas de prevenção e controle de fatores ambientais que possam interferir na saúde humana. Isso inclui o monitoramento da qualidade da água, do ar e do solo, além de gerenciar os impactos de desastres naturais (como inundações e secas) e contaminantes químicos ou biológicos presentes no meio ambiente. Como o enunciado cita especificamente mudanças climáticas, temperatura e exposição a contaminantes ambientais, a VSA é a resposta direta.

A alternativa (b) está incorreta. A Vigilância Sanitária (VISA) foca na eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde decorrentes da produção e circulação de bens (como alimentos, medicamentos e cosméticos) e da prestação de serviços de interesse à saúde (como hospitais e clínicas). Embora atue sobre o meio ambiente, seu foco é o controle sanitário de produtos e serviços regulados, e não os fenômenos climáticos e ambientais naturais.

A alternativa (c) está incorreta. A Vigilância Epidemiológica tem como objetivo o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças específicas (notificações compulsórias, surtos e epidemias). Ela monitora o desfecho (a doença instalada), enquanto a Vigilância Ambiental foca na exposição aos fatores do meio.

A alternativa (d) está incorreta. A Vigilância em Saúde do Trabalhador foca

especificamente nos riscos e agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho. Embora trabalhadores possam ser afetados por mudanças climáticas, o setor descrito no enunciado como aquele que se estrutura na relação entre grupos populacionais e o processo de exposição ambiental geral é a Vigilância em Saúde Ambiental.

Questão 68

COMENTÁRIO DO PROFESSOR

O tema central desta questão é a Farmacovigilância, que consiste na ciência e nas atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos. De acordo com as diretrizes da ANVISA e da Organização Mundial da Saúde (OMS), o objetivo é identificar precocemente riscos e garantir a segurança do paciente.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A: Inefetividade terapêutica, total e parcial.

ESTÁ INCORRETA (deve ser notificada): A ausência de efeito esperado de um medicamento é um evento fundamental para a farmacovigilância. Ela pode indicar desde desvios de qualidade na fabricação do lote e presença de medicamentos falsificados até o desenvolvimento de resistência (como no caso de antibióticos). Por isso, falhas terapêuticas, sejam elas totais ou parciais, precisam ser registradas.

Alternativa B: Interações medicamentosas.

ESTÁ INCORRETA (deve ser notificada): Quando a administração conjunta de dois ou mais fármacos altera o efeito de um deles, resultando em dano ou toxicidade ao paciente, caracteriza-se um evento passível de notificação. O monitoramento de interações ajuda a atualizar as bulas e a guiar a prática clínica segura.

Alternativa C: Abusos de medicações.

ESTÁ INCORRETA (deve ser notificada): O uso intencional, excessivo ou persistente de um medicamento, acompanhado de efeitos físicos ou psicológicos prejudiciais (uso abusivo), é um dos pilares de monitoramento da farmacovigilância. Isso permite que órgãos reguladores identifiquem substâncias com alto potencial de dependência ou que necessitem de maior controle na dispensação.

Alternativa D: Automedicação com medicamentos isentos de prescrição.

ESTA É A ALTERNATIVA CORRETA (o "exceto"): A automedicação com medicamentos isentos de prescrição (MIPs) é uma prática comum e permitida pela legislação para o tratamento de sintomas menores e autolimitados. O ato da automedicação em si não

é um evento a ser notificado. O que deve ser notificado são as possíveis CONSEQUÊNCIAS dessa automedicação, como uma reação adversa, uma intoxicação ou uma inefetividade, mas não a prática da escolha do medicamento isento de prescrição pelo paciente.

Resumo: A vigilância sanitária foca no problema ou evento ocorrido (dano, falha, erro, desvio de qualidade) e não na prática comportamental do uso de medicamentos isentos de prescrição, desde que esta prática não resulte em um evento adverso. Por exclusão e definição técnica, a letra D é a única que não configura um evento de notificação obrigatória por si só.

Questão 69

A investigação de um surto epidemiológico em campo segue etapas lógicas e sequenciais para identificar a fonte de infecção e interromper a cadeia de transmissão. O foco inicial deve ser sempre a epidemiologia descritiva, que busca responder quem ficou doente, quando e onde.

Alternativa a: Incorreta. Embora a análise laboratorial de alimentos e água possa ser necessária, realizá-la de forma indiscriminada como primeira etapa é tecnicamente incorreto e dispendioso. A coleta de amostras ambientais deve ser direcionada por uma hipótese prévia, formulada a partir dos dados epidemiológicos coletados com os pacientes.

Alternativa b: Correta. Esta é a etapa prioritária na investigação de campo. Ao realizar entrevistas detalhadas com os primeiros casos, a equipe de saúde busca o denominador comum entre os doentes (exposição a um mesmo alimento, uso de um banheiro específico ou contato com determinado funcionário). Estabelecer este elo comum é fundamental para definir o período provável de exposição e o possível veículo de transmissão, permitindo que as próximas etapas sejam focadas e eficazes.

Alternativa c: Incorreta. A implementação de medidas de controle específicas, como vacinação ou quimioprofilaxia, exige o conhecimento do agente etiológico e da forma de transmissão. Além disso, muitos surtos de gastroenterite são causados por agentes (como o norovírus) para os quais não existem vacinas disponíveis para controle de surto. Medidas gerais de higiene são adotadas, mas não são a prioridade investigativa inicial.

Alternativa d: Incorreta. A educação em saúde e a divulgação de informações são partes importantes do controle, mas não são a prioridade na fase de investigação para determinar a fonte. Divulgar informações sobre as causas sem antes identificar a origem real do problema pode levar a orientações equivocadas e não resolve o foco

da propagação do surto.

Questão 70

Esta questão aborda os aspectos epidemiológicos, etiológicos e clínicos das meningites. Para resolvê-la, é necessário identificar a alternativa que contém uma afirmação falsa.

Alternativa (a) - Correta: O agente *Neisseria meningitidis* (meningococo) possui, de fato, 12 sorogrupos identificados com base na cápsula polissacarídica. Destes, os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são clinicamente os mais relevantes e responsáveis pela quase totalidade dos casos de doença meningocócica invasiva e surtos epidêmicos ao redor do mundo.

Alternativa (b) - Correta: A transmissão do meningococo e de diversos outros agentes causadores de meningite ocorre de forma direta, de pessoa para pessoa. O reservatório é o ser humano, e a propagação se dá por meio de gotículas expelidas pela fala, tosse ou espirro, além do contato com secreções da nasofaringe. É importante lembrar que os portadores assintomáticos (pessoas que têm a bactéria na orofaringe, mas não desenvolvem a doença) são fundamentais na cadeia de transmissão.

Alternativa (c) - INCORRETA: Esta é a alternativa que deve ser marcada. O erro reside na palavra "exclusivamente". As meningites podem ser causadas por uma ampla gama de agentes etiológicos, não apenas bactérias. Existem meningites virais (que são, em termos epidemiológicos, as mais frequentes), fúngicas (comuns em pacientes imunossuprimidos), parasitárias e até causas não infecciosas (como meningites químicas, neoplásicas ou autoimunes). Embora o meningococo seja um dos principais agentes da meningite bacteriana, ele não é o único causador da síndrome meníngea.

Alternativa (d) - Correta: A doença meningocócica é extremamente dinâmica. O quadro clínico pode variar significativamente, indo desde uma bacteremia oculta autolimitada ou quadros febris leves até a meningococcemia fulminante. Esta última é caracterizada por choque séptico, púrpura fulminans e falência múltipla de órgãos, podendo levar ao óbito em menos de 24 horas após os primeiros sintomas.

Gabarito: Letra (c).

Questão 71

Para compreender esta questão, é necessário diferenciar o papel da Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (VESAT) das ações de gestão administrativa ou de engenharia de segurança dentro das empresas. A VESAT é um braço da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) focado na coleta, análise e interpretação de dados para subsidiar ações de prevenção.

Análise das alternativas:

a) Registro de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) nos sistemas de informação: Esta alternativa está correta em relação às atribuições da VESAT. A alimentação de sistemas como o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é a base da vigilância epidemiológica, permitindo quantificar e qualificar os problemas de saúde que atingem os trabalhadores.

b) Investigação epidemiológica de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART): Esta alternativa está correta. Após a notificação ou suspeita, a VESAT deve investigar os casos para confirmar onexo causal entre a doença/agravo e a atividade laboral, identificando se a exposição ocorreu de fato no ambiente de trabalho.

c) Realização da Análise de Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ASSTT): Esta alternativa está correta. A ASSTT é um diagnóstico populacional e territorial que utiliza dados epidemiológicos e socioeconômicos para identificar os perfis de adoecimento e morte dos trabalhadores de uma determinada região, orientando o planejamento das políticas públicas.

d) Remanejamento do ambiente de trabalho, a fim de manter a saúde do trabalhador assegurada: Esta é a alternativa INCORRETA e, portanto, o gabarito. O remanejamento físico, a alteração de layout, a reforma de estruturas ou a gestão administrativa direta do ambiente de trabalho são responsabilidades do empregador, muitas vezes executadas pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da própria empresa. A VESAT recomenda intervenções e adota medidas de controle e fiscalização, mas não executa o remanejamento direto das instalações laborais.

Em resumo, a VESAT atua na inteligência, no monitoramento e na recomendação baseada em dados, enquanto a modificação física direta do ambiente de trabalho (remanejamento) é uma ação operacional e administrativa da gestão das empresas ou das instituições.

Questão 72

Para compreender esta questão, é necessário diferenciar o que são Sistemas de Informação em Saúde (SIS) das ferramentas de padronização utilizadas por esses sistemas. No contexto do SUS, os sistemas são as plataformas, bancos de dados e fluxos de coleta que geram estatísticas vitais e epidemiológicas.

a) SIM: O Sistema de Informações sobre Mortalidade é um dos sistemas oficiais mais antigos e importantes do Brasil. Ele coleta dados sobre os óbitos e suas causas por meio do preenchimento obrigatório da Declaração de Óbito (DO). É a base para o cálculo de indicadores como as taxas de mortalidade infantil e materna.

b) e-SUS Notifica: É um sistema de informação oficial, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para o registro e monitoramento de agravos de notificação compulsória. Teve papel central durante a pandemia de COVID-19 para a notificação de casos de síndrome gripal e continua sendo uma ferramenta essencial da vigilância epidemiológica.

c) CID-10: Esta é a alternativa correta (a exceção) porque a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) não é um sistema de informação. A CID é um sistema de classificação e padronização internacional de diagnósticos. Os sistemas de informação (como o SIM ou o SIH) utilizam os códigos da CID para registrar as informações, mas a CID em si é uma nomenclatura, e não uma plataforma de processamento de dados do SUS.

d) Sinasc: O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos é um sistema oficial que registra os dados epidemiológicos de todos os nascimentos no território nacional. Sua fonte de dados é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), permitindo conhecer o perfil da natalidade, assistência ao parto e condições do recém-nascido no país.

Gabarito: Letra (c).

Questão 73

Alternativa a: Incorreta. O preenchimento da Parte I da Declaração de Óbito deve seguir uma sequência lógica e cronológica. O médico deve registrar a causa imediata na primeira linha (linha a) e retroceder nas linhas seguintes (b, c, d) até a causa básica. Além disso, a Parte II do documento existe especificamente para registrar condições contribuintes que, embora não tenham participado da sequência direta de eventos, colaboraram para o desfecho fatal.

Alternativa b: Incorreta. Caso o médico não consiga determinar a causa da morte por meios clínicos em um óbito de causa natural, o corpo deve ser encaminhado ao

Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). O preenchimento da Declaração de Óbito será realizado pelo médico do SVO após a necropsia. Um médico nunca deve emitir uma declaração com as causas em branco, pois o documento seria inválido para o registro de óbito e sepultamento.

Alternativa c: Incorreta. O preenchimento da Declaração de Óbito, especialmente no que se refere ao diagnóstico das causas da morte, é um ato médico exclusivo. Segundo as normas do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde, a responsabilidade ética, civil e jurídica pelo conteúdo do documento é inteiramente do médico que o assina, não podendo ser delegada a outros profissionais de saúde.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa descreve exatamente a norma técnica de preenchimento. A Parte I da declaração é destinada à sequência de causas que levaram diretamente à morte. A regra estabelece que a causa imediata deve estar na linha superior (a) e a causa básica (aquela que iniciou a cadeia de eventos) deve ser registrada na última linha preenchida desta seção. Por exemplo, se a sequência teve três etapas, a causa básica estará na linha (c). Se teve quatro, estará na linha (d).

Questão 74

Alternativa (a) Correta: O estudo de coorte é o desenho observacional que melhor estabelece a relação de causalidade. Ele é um estudo longitudinal e prospectivo, o que significa que parte da exposição em direção ao desfecho. Ao acompanhar indivíduos saudáveis expostos e não expostos ao longo do tempo, o pesquisador consegue garantir a temporalidade (confirmar que a exposição precedeu a doença), que é um dos critérios fundamentais de Bradford Hill para causalidade. Além disso, permite o cálculo direto da incidência e do risco relativo.

Alternativa (b) Incorreta: O estudo caso-controle é retrospectivo, partindo do desfecho (pessoas já doentes) para investigar a exposição no passado. Embora seja eficiente para doenças raras ou com longo período de latência, ele é muito suscetível a vieses, especialmente o de memória. Ele aponta associações, mas tem menor força para confirmar causalidade do que a coorte, pois a reconstrução da linha do tempo é menos precisa.

Alternativa (c) Incorreta: O estudo transversal (ou seccional) realiza a medição da exposição e do desfecho simultaneamente, em um único ponto no tempo, como uma fotografia. Por não haver seguimento temporal, não é possível determinar o que veio primeiro. Esse problema é chamado de causalidade reversa, o que torna esse tipo de estudo inadequado para investigar relações causais diretas.

Alternativa (d) Incorreta: O estudo ecológico utiliza grupos ou populações como

unidade de análise (como cidades ou países) em vez de indivíduos. Os resultados observados em uma população podem não se repetir em nível individual, um erro metodológico conhecido como falácia ecológica. Por essa razão, ele é excelente para gerar hipóteses, mas não para confirmar relações causais entre um fator de risco e uma doença em um indivíduo.

Questão 75

Para resolver essa questão, é fundamental compreender a aplicação dos métodos estatísticos e as medidas epidemiológicas de acordo com o desenho de estudo utilizado.

Alternativa (a) INCORRETA: A regressão linear é um modelo estatístico utilizado quando a variável dependente (o desfecho) é contínua ou numérica (como peso, altura ou pressão arterial). Em estudos de caso-controle, o desfecho é categórico ou dicotômico (presença ou ausência de doença). Para analisar dados categóricos e ajustar variáveis de confusão nesses estudos, o método de escolha é a regressão logística, e não a linear.

Alternativa (b) CORRETA: O teste do qui-quadrado de Pearson é o método estatístico de escolha para comparar proporções entre grupos independentes quando as variáveis são qualitativas/categóricas. Em um estudo transversal, frequentemente comparamos a proporção de indivíduos doentes entre o grupo de expostos e o grupo de não expostos para verificar se existe uma associação estatística significativa. Portanto, é o método apropriado para testar se a distribuição das frequências observadas difere do que seria esperado ao acaso.

Alternativa (c) INCORRETA: As taxas de prevalência são medidas de frequência que indicam a proporção de casos em um determinado momento, sendo a marca registrada dos estudos transversais. Estudos longitudinais (como coortes) utilizam taxas de incidência para medir o surgimento de novos casos. Além disso, a prevalência por si só não permite inferir causalidade, pois não estabelece com clareza a precedência temporal (se a exposição veio antes da doença), requisito básico para a relação causal.

Alternativa (d) INCORRETA: Medidas de tendência central (média, mediana e moda) têm como objetivo resumir e descrever o centro de uma distribuição de dados numéricos. Elas descrevem uma variável isoladamente, mas não têm o poder de estabelecer ou quantificar a associação entre uma exposição e um desfecho. Em estudos de coorte, para estabelecer essa relação, utilizamos medidas de associação como o Risco Relativo (RR) e testes de hipóteses ou modelos de regressão.
