



# UEPA

GABARITO | 2026 | PA | 100 Questões



## Gabarito: UEPA

2026 | PA

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

O quadro clínico descreve uma rolha de cerúmen, uma das causas mais comuns de hipoacusia condutiva (redução da audição) e zumbido, frequentemente exacerbada pelo uso inadequado de hastes flexíveis, que empurram a cera para a porção mais profunda do conduto auditivo externo.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A lavagem auricular é um procedimento comum na Atenção Primária à Saúde (APS), mas realizá-la de imediato em uma cera impactada e endurecida (comum em usuários de hastes de algodão) pode ser doloroso, ineficaz e aumentar o risco de trauma ou perfuração timpânica. Além disso, a lavagem não é "guiada por otoscópio", mas sim realizada às cegas ou sob visualização direta após a preparação adequada.

b) Correta. Diante de uma rolha de cera que impede a visualização da membrana timpânica, o manejo inicial preconizado é o uso de agentes cerolíticos (como o peróxido de carbamida ou soluções oleosas). O uso por 3 a 5 dias visa amolecer e desprender o cerúmen, facilitando a remoção espontânea ou tornando a lavagem auricular posterior mais segura e eficiente na reavaliação.

c) Incorreta. A remoção de cerúmen é um procedimento de competência do médico generalista na APS. O encaminhamento ao otorrinolaringologista deve ser reservado para casos de falha no tratamento inicial, suspeita de perfuração timpânica prévia, presença de tubos de ventilação, cirurgias otológicas prévias ou anatomia desfavorável do conduto.

d) Incorreta. Embora a suspensão do uso de hastes de algodão seja uma orientação educativa fundamental para prevenir novas impacções e traumas, ela isoladamente não resolve o quadro agudo de hipoacusia e zumbido causado pela obstrução já existente. Aguardar trinta dias sem intervenção prolonga o desconforto do paciente desnecessariamente.

e) Incorreta. A hipoacusia fisiológica do envelhecimento (presbiacusia) é tipicamente bilateral, simétrica e progressiva. No caso em questão, há uma causa mecânica clara identificada à otoscopia (rolha de cera) em um ouvido específico, o que justifica o tratamento direcionado em vez de apenas orientações sobre o envelhecimento.

---

## Questão 2

Para resolver esta questão, precisamos identificar que o paciente apresenta o quadro de Hipertensão Arterial Resistente (HAR). A HAR é definida quando a pressão arterial permanece acima das metas recomendadas (neste caso, 155 por 95 mmHg pelo MRPA) mesmo com o uso de três classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas, sendo obrigatoriamente uma delas um diurético.

O paciente já utiliza as três classes fundamentais:

1. Um bloqueador do receptor de angiotensina (Losartana 100 mg/dia);
2. Um bloqueador de canal de cálcio (Anlodipino 10 mg/dia);
3. Um diurético tiazídico (Hidroclorotiazida 50 mg/dia).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e os principais consensos internacionais, o manejo da hipertensão resistente exige a adição de um quarto fármaco com mecanismo de ação diferente.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Correta. A espironolactona (um antagonista do receptor mineralocorticoide) é a droga de escolha como quarta linha no tratamento da hipertensão resistente. O estudo PATHWAY-2 demonstrou que a espironolactona é superior a outras classes (como betabloqueadores ou alfabloqueadores) para reduzir a pressão arterial nesse perfil de paciente. A dose inicial usual é de 25 mg uma vez ao dia.

Alternativa b: Incorreta. O anlodipino é um dos pilares do tratamento triplo inicial e deve ser mantido. Substituí-lo por um betabloqueador não é a conduta preconizada para hipertensão resistente, a menos que o paciente apresentasse uma indicação específica para o uso de betabloqueadores, como insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, angina ou pós-infarto agudo do miocárdio.

Alternativa c: Incorreta. Embora casos complexos possam ser discutidos com especialistas, o manejo inicial da hipertensão resistente (adição do quarto fármaco) faz parte das competências do médico na Atenção Primária (UBS). O encaminhamento só seria estritamente necessário se houvesse suspeita forte de hipertensão secundária não detectada nos exames iniciais ou resistência ao esquema de quatro ou mais drogas.

Alternativa d: Incorreta. Não se deve substituir o diurético tiazídico pela espironolactona, mas sim associá-los. A manutenção da hidroclorotiazida é importante para o controle volêmico, e a adição da espironolactona atua no bloqueio do escape da aldosterona, comum nesses pacientes. Além disso, a associação ajuda

a mitigar o risco de hipercalemia (aumento do potássio) que a espironolactona isolada poderia causar.

Alternativa e: Incorreta. O AAS (ácido acetilsalicílico) é indicado para prevenção secundária (em pacientes que já possuem doença cardiovascular estabelecida). O enunciado afirma que o paciente não possui lesão de órgão-alvo. Além disso, o foco da questão é o controle da pressão arterial, e o AAS não possui efeito anti-hipertensivo, podendo inclusive dificultar o controle da pressão em alguns casos devido ao efeito nos rins. A sinvastatina já está em dose terapêutica para o risco cardiovascular habitual.

### Questão 3

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente idosa apresenta um quadro clínico caracterizado pela tríade: declínio cognitivo (esquecimento), sinais motores extrapiramidais (rigidez muscular) e sintomas psicóticos (alucinações visuais e táteis). Esse conjunto de sintomas, com início gradual há seis meses, é altamente sugestivo de uma síndrome demencial, especificamente a Demência por Corpos de Lewy (DCL). A DCL é marcada pela flutuação da consciência, alucinações visuais detalhadas e parkinsonismo espontâneo.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O lítio é um estabilizador de humor indicado principalmente para o Transtorno Afetivo Bipolar e como potencializador em depressões refratárias. Não há indicação para o uso de lítio no tratamento de demências ou sintomas extrapiramidais. Além disso, em idosos, o risco de toxicidade por lítio é elevado.

Alternativa b) Incorreta. Embora a solicitação de exames laboratoriais (hemograma, VHS, PCR, função tireoidiana, níveis de B12) faça parte da propedêutica básica para excluir causas reversíveis de demência, esses exames não definem a conduta terapêutica ou o diagnóstico para o quadro clínico específico relatado. O diagnóstico aqui é eminentemente clínico e requer uma abordagem especializada.

Alternativa c) Incorreta. Esta é a alternativa mais perigosa. Pacientes com Demência por Corpos de Lewy possuem uma sensibilidade extrema a antipsicóticos típicos (como o haloperidol). O uso dessas medicações pode causar uma piora dramática e irreversível do parkinsonismo, sedação excessiva, síndrome neuroléptica maligna e até aumentar o risco de morte. Se for necessário tratar as alucinações, utilizam-se preferencialmente inibidores da colinesterase ou, em casos selecionados,

antipsicóticos atípicos como a quetiapina em baixas doses.

Alternativa d) Incorreta. Embora o suporte psicológico seja importante para o acolhimento da família e manejo comportamental, ele não substitui a necessidade de avaliação médica diagnóstica e manejo farmacológico de uma doença neurodegenerativa complexa.

Alternativa e) Correta. Diante da suspeita de uma demência neurodegenerativa com componentes motores e psicóticos complexos, o encaminhamento ao neurologista é a conduta mais adequada. O especialista poderá realizar o diagnóstico diferencial entre Demência por Corpos de Lewy, Doença de Parkinson com Demência e Doença de Alzheimer (forma atípica), além de instituir a terapêutica medicamentosa segura, evitando fármacos que possam agravar a rigidez ou a confusão mental da paciente.

---

#### Questão 4

A acurácia é um parâmetro estatístico que define a exatidão global de um teste diagnóstico. Ela indica a proporção de todos os resultados que estão corretos, sejam eles positivos ou negativos, em relação ao total de indivíduos avaliados.

Análise das alternativas:

Alternativa A - Incorreta. Esta é a definição de Especificidade. A especificidade mede a capacidade do teste de dar um resultado negativo em pessoas que efetivamente não possuem a doença (verdadeiros negativos).

Alternativa B - Incorreta. Esta é a definição de Sensibilidade. A sensibilidade mede a capacidade do teste de identificar corretamente as pessoas que possuem a doença, ou seja, a probabilidade de um resultado ser positivo quando a doença está presente (verdadeiros positivos).

Alternativa C - Incorreta. Esta alternativa descreve o conceito de Linha de Base (Baseline) ou Probabilidade Pré-teste. Trata-se da condição inicial do paciente ou de uma população antes de qualquer intervenção ou exame, servindo como ponto de comparação, mas não define a acurácia de um teste.

Alternativa D - Correta. A acurácia representa o desempenho geral do teste. Ela é calculada pela soma de todos os acertos (Verdadeiros Positivos + Verdadeiros Negativos) dividida pelo número total de indivíduos testados. Portanto, indica a proporção total de acertos do exame.

Alternativa E - Incorreta. Esta é a definição de Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP

indica a probabilidade de um indivíduo estar realmente doente após ter recebido um resultado positivo no teste. Diferentemente da acurácia, o VPP é fortemente influenciado pela prevalência da doença na população estudada.

## Questão 5

Para resolver essa questão de epidemiologia aplicada à clínica, precisamos calcular o Valor Preditivo Positivo (VPP). O VPP indica a probabilidade de um paciente realmente ter a doença quando o seu teste resulta positivo.

Passo 1: Identificar os dados fornecidos

- População total: 1.000 idosos.
- Prevalência (citada como incidência no enunciado): 20%. Isso significa que 20% de 1.000 têm a doença. Logo, 200 pessoas têm estenose e 800 não têm.
- Sensibilidade: 90%. É a capacidade de o teste dar positivo nos doentes.
- Especificidade: 90%. É a capacidade de o teste dar negativo em quem não tem a doença.

Passo 2: Montar a tabela de contingência (2x2)

- Doentes (200 pessoas):

Verdadeiros positivos (VP): 90% de 200 = 180 pessoas.

Falsos negativos (FN): 10% de 200 = 20 pessoas.

- Não doentes (800 pessoas):

Verdadeiros negativos (VN): 90% de 800 = 720 pessoas.

Falsos positivos (FP): 10% de 800 = 80 pessoas.

Passo 3: Calcular o Valor Preditivo Positivo (VPP)

O VPP é calculado dividindo o número de verdadeiros positivos pelo total de testes positivos (VP + FP).

Total de testes positivos = 180 (VP) + 80 (FP) = 260.

$VPP = 180 / 260$ .

$VPP = 0,6923$ .

Convertendo para porcentagem: 69,23%.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O valor de 6,92% está com a vírgula posicionada incorretamente por um erro de escala decimal.

b) Correta. Como demonstrado no cálculo (180/260), o resultado aproximado é

69,2%. Este valor mostra que, nesta população específica, um resultado de USG positivo tem cerca de 69% de chance de corresponder a uma estenose real.

c) Incorreta. O valor de 692,0% é matematicamente impossível, pois nenhum valor preditivo ou probabilidade pode exceder 100%.

d) Incorreta. O valor de 0,6% é extremamente baixo e não corresponde à aplicação das fórmulas de sensibilidade e especificidade sobre a prevalência dada.

e) Incorreta. Assim como as alternativas anteriores, este valor é fruto de erro grosseiro de cálculo ou posicionamento de casas decimais, não possuindo lastro nos dados epidemiológicos da questão.

---

## Questão 6

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, estabelece diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Um dos desafios da gestão é lidar com a mobilidade populacional, garantindo que o cuidado não seja interrompido por questões burocráticas ou territoriais.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o ideal seja que o usuário tenha uma equipe de referência principal, a imposição de um vínculo único e rígido prejudicaria populações com alta mobilidade, como trabalhadores sazonais, ciganos ou nômades. Isso iria contra os princípios de acessibilidade e equidade do SUS.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa reflete a diretriz da PNAB que prioriza a continuidade do cuidado e a universalidade do acesso. Para garantir que o trabalhador sazonal não fique desassistido ao se deslocar entre territórios por motivos laborais, a norma permite a vinculação a mais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Equipe de Atenção Básica (EAB). O objetivo é facilitar o acompanhamento longitudinal, independentemente de onde o cidadão esteja em determinado período do ano.

Alternativa (c) Incorreta: A permissão para o duplo vínculo não é uma exclusividade de gestantes. Ela se aplica a qualquer usuário que, por necessidade de deslocamento ou dinâmica de vida (como o trabalho sazonal), precise de assistência em diferentes territórios para manter seu tratamento ou acompanhamento preventivo.

Alternativa (d) Incorreta: Pessoas em cuidados paliativos domiciliares possuem direitos específicos de assistência e prioridade, mas a regra de flexibilização do vínculo territorial em função da mobilidade geográfica é mais ampla e abrange o perfil dos trabalhadores mencionado na questão.

Alternativa (e) Incorreta: A vinculação a mais de uma unidade é uma norma técnica e de gestão prevista na própria política nacional (PNAB). Não há necessidade de intervenção do Poder Judiciário ou de pactuações extraordinárias para que esse direito seja garantido ao trabalhador que reside temporariamente em diferentes territórios.

---

### **Questão 7**

A questão aborda as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, que organiza o funcionamento da Atenção Primária no Brasil. A PNAB estabelece parâmetros técnicos para a infraestrutura e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Alternativa (a) Incorreta. A PNAB não autoriza o remanejamento de equipes baseado apenas no espaço físico. Existem critérios populacionais, territoriais e de gestão que visam a garantir que a unidade não se torne um centro de atendimento impessoal, perdendo a essência da proximidade e do vínculo com a comunidade.

Alternativa (b) Incorreta. Recomendar apenas duas equipes seria um limite muito baixo para a realidade de muitos municípios brasileiros, o que dificultaria a otimização de recursos compartilhados, como salas de vacina, consultórios odontológicos e farmácias.

Alternativa (c) Correta. Segundo o texto da PNAB de 2017, a recomendação é de que cada UBS abrigue, no máximo, quatro equipes de Atenção Básica ou de Saúde da Família. O objetivo desse parâmetro é garantir o potencial resolutivo da unidade e o manejo adequado da gestão, evitando que a estrutura se torne excessivamente grande, o que poderia comprometer o acolhimento e a coordenação do cuidado. Seis equipes, como proposto no enunciado, excedem esse parâmetro técnico.

Alternativa (d) Incorreta. Embora o vínculo seja fundamental, não há obrigatoriedade de apenas uma equipe por UBS. A estratégia de agrupar algumas equipes em uma mesma unidade permite o compartilhamento de infraestrutura administrativa e de apoio, o que é economicamente mais eficiente para o sistema.

Alternativa (e) Incorreta. A gestão local possui autonomia garantida pela descentralização do SUS, mas essa autonomia deve respeitar os parâmetros técnicos federais estabelecidos na PNAB para garantir a qualidade do serviço e o recebimento de recursos. Decisões puramente políticas, sem base técnica, contrariam os princípios da administração pública e das políticas de saúde vigentes.

---

## Questão 8

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se na estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar como a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado. O problema descrito na questão aponta para uma falha na organização desses fluxos.

Alternativa a) Incorreta. A Universalidade é um princípio doutrinário que garante o direito de todo cidadão ao acesso às ações e serviços de saúde, independentemente de qualquer condição. A questão não aborda a negação do acesso, mas sim a desorganização do fluxo de entrada no sistema.

Alternativa b) Correta. A Hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente (primária, secundária e terciária). A Regionalização delimita a base territorial para o planejamento dessas ações. O mecanismo que operacionaliza essa estrutura é o sistema de Referência (encaminhamento para um nível de maior complexidade) e Contrarreferência (retorno do paciente ao nível de origem com as informações pertinentes). Quando o paciente ignora a APS e vai direto para a alta complexidade, ele quebra a hierarquia, gera filas desnecessárias em serviços especializados e deixa a APS ociosa, contrariando diretamente esta diretriz.

Alternativa c) Incorreta. A Equidade busca tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior para diminuir as desigualdades sociais. Embora uma fila desordenada possa ferir a equidade, o conceito principal ferido pelo "atalho" entre níveis de atenção é o de hierarquização.

Alternativa d) Incorreta. A Complementaridade diz respeito à participação do setor privado (preferencialmente entidades filantrópicas e sem fins lucrativos) no SUS, de forma contratualizada, quando a rede pública é insuficiente para atender à demanda. Não tem relação com o fluxo de encaminhamentos entre níveis de complexidade.

Alternativa e) Incorreta. A Participação Social refere-se ao controle social exercido pela população por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, garantindo que a sociedade participe da gestão e fiscalização do SUS. Trata-se de uma diretriz política e democrática, e não de um protocolo de encaminhamento clínico.

---

## Questão 9

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro de delírios persecutórios isolados com duração de 2 meses, sem alucinações auditivas e com preservação do funcionamento global. Esses elementos são os pilares para o diagnóstico diferencial das psicoses.

Alternativa a) Transtorno delirante (Correta):

O Transtorno Delirante (anteriormente chamado de Transtorno Paranoide) é caracterizado pela presença de um ou mais delírios com duração de pelo menos um mês. O ponto crucial para diferenciá-lo da esquizofrenia é que, no transtorno delirante, o funcionamento do indivíduo não está acentuadamente prejudicado e o seu comportamento não é bizarro. O paciente do enunciado tem 2 meses de sintomas e mantém seu funcionamento, o que preenche exatamente esses critérios.

Alternativa b) Esquizofrenia (Incorreta):

Para diagnosticar esquizofrenia, os sinais da perturbação devem persistir por pelo menos 6 meses (incluindo a fase ativa, prodrômica ou residual). Além disso, a esquizofrenia geralmente exige prejuízo grave no funcionamento social ou ocupacional e a presença de outros sintomas, como alucinações auditivas, pensamento desorganizado ou sintomas negativos, que o paciente em questão não apresenta.

Alternativa c) Transtorno esquizoafetivo (Incorreta):

Este diagnóstico requer a presença de sintomas psicóticos (como delírios ou alucinações) ocorrendo simultaneamente a um episódio de humor (mania ou depressão), mas também exige que os sintomas psicóticos ocorram isoladamente por pelo menos duas semanas na ausência de sintomas de humor. O enunciado não descreve qualquer alteração de humor (depressiva ou maníaca).

Alternativa d) Transtorno psicótico breve (Incorreta):

O transtorno psicótico breve define-se pela presença de sintomas psicóticos que duram no mínimo um dia e no máximo um mês, com retorno completo ao nível de funcionamento anterior. Como o paciente já apresenta os delírios há 2 meses, a duração ultrapassa o limite permitido para este diagnóstico.

Alternativa e) Transtorno bipolar com sintomas psicóticos (Incorreta):

No transtorno bipolar, os sintomas psicóticos aparecem apenas no contexto de um episódio grave de mania ou depressão. Não há no relato do paciente menção a flutuações de humor, aumento de energia, redução da necessidade de sono ou humor depressivo que sustentem essa hipótese.

---

## Questão 10

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A questão aborda as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria de Consolidação número 2 de 2017. O ponto central é a regra para a composição da carga horária dos profissionais das equipes de Atenção

Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF).

Alternativa a: Incorreta. A PNAB não permite um número ilimitado de profissionais por categoria para compor a equipe. A fragmentação excessiva da carga horária prejudica a continuidade do cuidado e o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a comunidade, que são pilares da Atenção Primária.

Alternativa b: Incorreta. Embora a PNAB permita o compartilhamento da carga horária de 40 horas entre profissionais de uma mesma categoria (como médicos e enfermeiros), ela define que a carga horária mínima individual deve ser de 10 horas semanais. O valor de 5 horas mencionado na alternativa está abaixo do limite legal.

Alternativa c: Correta. Segundo as normas vigentes da PNAB, para compor a carga horária mínima de 40 horas semanais de uma categoria profissional na equipe, é permitido o somatório de cargas horárias de diferentes profissionais. No entanto, devem ser respeitados dois critérios: o limite máximo de 3 profissionais por categoria e a carga horária mínima de 10 horas semanais por cada profissional. No caso proposto pelo enunciado (4 profissionais), o planejamento estaria em desacordo com a PNAB, pois excede o limite de 3 pessoas.

Alternativa d: Incorreta. O modelo de atuação por plantões alternados e sem vínculo é característico de serviços de Pronto Atendimento e Urgência. Na Atenção Básica, exige-se o cumprimento de carga horária regular para garantir a longitudinalidade, que é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais de referência.

Alternativa e: Incorreta. A organização das equipes deve seguir normativas federais e ser devidamente registrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Qualquer alteração na composição ou carga horária da equipe deve ser obrigatoriamente comunicada e validada pela gestão municipal para garantir a regularidade do serviço e o repasse de recursos.

---

### **Questão 11**

A fundamentação legal para esta questão encontra-se na Lei número 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define as formas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O Conselho de Saúde é um dos principais mecanismos de exercício do controle social e possui natureza jurídica específica.

Alternativa a: Incorreta. O Conselho de Saúde não é meramente consultivo. Ele é um órgão deliberativo, o que significa que tem poder de decisão sobre as diretrizes das políticas de saúde. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder

executivo, mas ele possui autoridade legal para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros.

Alternativa b: Incorreta. O Conselho tem interface obrigatória com o planejamento e as finanças. É responsabilidade do colegiado fiscalizar a movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde e aprovar o Plano de Saúde, que é a base para todo o planejamento orçamentário da pasta.

Alternativa c: Incorreta. Os Conselhos de Saúde devem existir em todas as esferas de governo: nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal. As conferências de saúde é que possuem periodicidade quadrienal, enquanto os conselhos são colegiados de atuação contínua.

Alternativa d: Incorreta. O caráter do Conselho de Saúde é permanente. Ele não pode ser criado ou extinto apenas em situações de crise ou epidemias. Sua existência é obrigatória para que o município ou estado possa receber repasses de recursos federais de forma regular e automática (fundo a fundo).

Alternativa e: Correta. Esta alternativa reproduz a definição legal contida no artigo 1º, parágrafo 2º, da Lei 8.142/1990. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Sua natureza é permanente (atua de forma ininterrupta) e deliberativa (possui poder de decisão e voto), exercendo a função de controle social sobre a execução da política de saúde e seus aspectos econômicos. Portanto, mesmo em situações de emergência sanitária, o gestor deve respeitar as atribuições deste colegiado.

---

## Questão 12

Esta questão aborda a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O cenário descrito de fragmentação, repetição de exames e falta de comunicação entre os níveis de assistência é o principal problema que o modelo de redes busca solucionar.

A resposta correta é a alternativa (b).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) INCORRETA: Encaminhar o usuário diretamente ao hospital sem a participação da Atenção Primária à Saúde (APS) reforça o modelo hospitalocêntrico e fragmentado. Na estrutura das Redes de Atenção, o hospital deve ser um ponto de assistência para casos de maior complexidade, mas a gestão do percurso do paciente

deve ser coordenada pela APS para evitar a perda de informações e o uso ineficiente de recursos.

Alternativa (b) CORRETA: Esta alternativa descreve os pilares das Redes de Atenção à Saúde. A APS (representada pela UBS) deve ser o centro de comunicação e a coordenadora do cuidado. Isso significa que ela organiza o fluxo do paciente no sistema. A utilização de sistemas de regulação garante que o acesso aos especialistas ocorra de forma ordenada, e a contrarreferência é o mecanismo essencial para que as informações do atendimento especializado ou hospitalar retornem à equipe da UBS, permitindo a continuidade do acompanhamento longitudinal do paciente com condição crônica.

Alternativa (c) INCORRETA: O vínculo com a UBS nunca deve ser encerrado. O ambulatório de especialidades oferece um suporte pontual ou compartilhado para necessidades específicas que a APS não consegue resolver sozinha, mas a responsabilidade biopsicossocial e o acompanhamento global do indivíduo permanecem na Atenção Primária. Transferir o vínculo definitivamente geraria uma assistência superespecializada e desarticulada das outras necessidades de saúde do usuário.

Alternativa (d) INCORRETA: Atuar apenas em episódios de agudização é uma característica do modelo de atenção às condições agudas, que é reativo e fragmentado. Condições crônicas exigem um modelo de atenção proativo, preventivo e contínuo, visando estabilizar a doença e evitar que o paciente precise de internações hospitalares recorrentes.

Alternativa (e) INCORRETA: Orientar a busca pelo setor privado não é uma conduta técnica de gestão pública de saúde. O objetivo do gestor é organizar a rede pública para que ela seja resolutiva e eficiente, respeitando os princípios de integralidade e equidade do SUS, e não transferir a responsabilidade da assistência para o desembolso direto do usuário ou para planos de saúde.

---

### Questão 13

O ponto central desta questão é a variação no tempo de seguimento dos participantes. Em estudos de coorte, quando os indivíduos são acompanhados por períodos diferentes — seja por perdas de seguimento (dropouts), óbitos por outras causas ou entrada tardia no estudo — a medida de incidência baseada apenas no número total de pessoas no início torna-se imprecisa.

Alternativa a) Incorreta. A incidência acumulada é uma proporção que calcula o risco médio de um evento ocorrer em um grupo durante um período fixo. Ela pressupõe

que todos os indivíduos foram acompanhados pelo mesmo período de tempo. Como o enunciado cita perdas de seguimento e tempos de observação distintos, essa medida não é a mais adequada.

Alternativa b) Incorreta. A prevalência pontual mede a proporção de indivíduos que apresentam a doença em um único ponto específico no tempo (uma "fotografia" do momento). Ela não mede a ocorrência de novos casos ao longo de um período e não leva em conta o tempo de exposição ou observação.

Alternativa c) Correta. A densidade de incidência (ou taxa de incidência) é a medida ideal para situações com tempos de observação heterogêneos. Seu denominador não é apenas o número de pessoas, mas sim a soma do tempo que cada indivíduo contribuiu para o estudo (pessoa-tempo, como pessoas-ano). Isso permite contabilizar com precisão o risco, mesmo quando há perdas ou períodos de acompanhamento desiguais entre os participantes.

Alternativa d) Incorreta. A razão de prevalência é uma medida de associação, e não de frequência. Ela é utilizada principalmente em estudos transversais para comparar a prevalência de uma doença entre um grupo exposto e um grupo não exposto a determinado fator.

Alternativa e) Incorreta. A proporção de atacados (ou taxa de ataque) é, na verdade, uma forma de incidência acumulada aplicada geralmente a surtos epidêmicos de curta duração e populações bem definidas. Assim como a alternativa "a", ela não soluciona o problema dos tempos de observação distintos.

---

### Questão 14

Para resolver essa questão, é fundamental diferenciar os conceitos de medidas de frequência e medidas de associação em epidemiologia.

Alternativa A: Incorreta. A razão de chances, ou Odds Ratio, não é uma medida de ocorrência de doença, mas sim uma medida de associação. Ela é tipicamente utilizada em estudos de caso-controle para estimar a chance de um grupo ter sido exposto a determinado fator em comparação ao outro grupo.

Alternativa B: Incorreta. A densidade de incidência é uma medida de frequência que expressa a velocidade com que novos casos surgem em uma população. O seu diferencial é que o denominador é composto pela soma dos períodos de tempo (tempo-pessoa) em que cada indivíduo esteve em risco de desenvolver a doença.

Alternativa C: Incorreta. A incidência refere-se exclusivamente aos casos novos de

uma doença que surgem em uma população em risco durante um intervalo de tempo definido. Ela é utilizada para medir o risco ou a probabilidade de uma pessoa saudável adoecer.

Alternativa D: Incorreta. A letalidade é um indicador que mede a gravidade de uma patologia. Ela relaciona o número de mortes causadas por uma doença específica com o número total de pessoas que sofrem dessa doença, indicando a capacidade da enfermidade de levar ao óbito.

Alternativa E: Correta. A prevalência é o indicador que descreve o número total de casos (casos novos somados aos casos antigos) existentes em uma determinada população em um momento específico ou em um curto período. Ela funciona como um retrato ou fotografia da situação de saúde local, sendo o conceito aplicado quando se avalia a situação epidemiológica geral e a carga de doenças de um município em uma investigação transversal.

---

### Questão 15

Alternativa a: Incorreta. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o número máximo recomendado é de 750 pessoas para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). Propor um contingente de 1.200 pessoas ultrapassa o limite normativo e compromete drasticamente a capacidade de acompanhamento das famílias, especialmente em locais de difícil acesso, onde a presença física do agente é fundamental. O telemonitoramento pode ser uma ferramenta complementar, mas não substitui nem justifica o aumento da carga populacional por agente acima do teto legal.

Alternativa b: Incorreta. Essa estratégia viola os princípios fundamentais do SUS, especificamente a Universalidade e a Equidade. A Atenção Primária tem como diretriz a territorialização e a adscrição de toda a população residente na área de abrangência. Excluir áreas remotas ou de alto custo operacional significa negligenciar justamente as populações que mais necessitam do sistema público de saúde.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa está em plena consonância com a PNAB. A política estabelece que a cobertura de ACS deve ser de 100% da população no território da Estratégia Saúde da Família, respeitando o teto de 750 pessoas por agente. Além disso, a PNAB orienta que os gestores devem ajustar esse quantitativo com base em critérios epidemiológicos, sociais e demográficos. Em áreas ribeirinhas ou de grande vulnerabilidade, é indicado que cada ACS cuide de um número menor de pessoas para garantir a qualidade e a frequência das visitas domiciliares.

Alternativa d: Incorreta. O ACS é o elo entre a comunidade e a Unidade Básica de

Saúde, exercendo funções de prevenção e promoção que equipes itinerantes de especialidades não conseguem suprir. Substituir a base da atenção primária por especialistas centralizados descaracteriza o modelo de assistência e interrompe o acompanhamento contínuo dos pacientes no território.

Alternativa e: Incorreta. O trabalho do ACS é fundamentado no vínculo e na longitudinalidade. Alternar os agentes por sorteio entre as microáreas impediria que o profissional conhecesse profundamente o histórico das famílias, as dinâmicas locais e os fatores de risco do território. Sem a continuidade da relação profissional-paciente, a confiança da comunidade no sistema de saúde é prejudicada e o planejamento das ações perde eficácia.

---

### Questão 16

O quadro clínico descrito é clássico para o diagnóstico de Transtorno de Pânico. O paciente apresenta ataques de pânico recorrentes e inesperados, caracterizados por sintomas físicos intensos (palpitações) e cognitivos (medo de morrer). Além disso, a presença de esquiva de locais públicos sugere uma agorafobia associada, que é o medo de estar em locais de onde a fuga possa ser difícil ou onde o auxílio não esteja disponível caso ocorra um ataque.

Alternativa A (Correta): O Transtorno de Pânico é definido por ataques de pânico súbitos e repetidos, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente com novos ataques ou mudanças de comportamento relacionadas aos ataques (como a esquiva de locais públicos). O relato de 3 meses de sintomas preenche os critérios temporais e clínicos.

Alternativa B (Incorreta): O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) se caracteriza por uma ansiedade e preocupação excessivas e persistentes (crônicas) sobre diversos eventos ou atividades do cotidiano, e não por ataques súbitos de medo agudo com sensação de morte iminente.

Alternativa C (Incorreta): O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) envolve a presença de obsessões (pensamentos intrusivos e indesejados) e/ou compulsões (comportamentos repetitivos realizados para reduzir a ansiedade causada pelas obsessões), o que não foi relatado no caso.

Alternativa D (Incorreta): No Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), o medo central é o de ser avaliado negativamente, humilhado ou julgado por outras pessoas em situações sociais. Embora o paciente evite locais públicos, no Transtorno de Pânico essa esquiva ocorre pelo medo de ter um novo ataque, e não pelo medo do julgamento alheio.

Alternativa E (Incorreta): O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) requer, obrigatoriamente, a exposição prévia a um evento traumático (morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual). O quadro envolve sintomas de reexperiência do trauma, esquiva de lembranças e hiperestimulação autonômica, o que difere dos ataques de pânico espontâneos descritos.

### Questão 17

A questão exige o conhecimento das competências das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidas na Lei nº 8.080/1990. No contexto de um surto de dengue, a articulação entre Estado e municípios é fundamental para o controle epidemiológico.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A execução da atenção básica é uma responsabilidade primordialmente municipal. O princípio da descentralização do SUS estabelece que a prestação direta de serviços deve ocorrer o mais próximo possível do cidadão, ou seja, no município. O Estado atua apenas de forma suplementar quando o município não apresenta condições técnicas ou operacionais.

Alternativa (b) CORRETA: Segundo o artigo 17 da Lei nº 8.080/1990, compete à direção estadual do SUS coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde. O papel do Estado é organizar a rede regionalizada (redes de atenção que englobam vários municípios) e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios para que estes executem as ações de vigilância e assistência. Em surtos de dengue, o Estado coordena a estratégia regional para evitar a propagação entre cidades vizinhas.

Alternativa (c) INCORRETA: A formulação de políticas nacionais de saúde é competência exclusiva da direção nacional do SUS (Ministério da Saúde). Aos Estados cabe formular o planejamento estratégico dentro de seu âmbito estadual, respeitando as diretrizes nacionais.

Alternativa (d) INCORRETA: A regulação e a normatização de serviços de saúde em caráter nacional são atribuições da União. Embora o Estado tenha poder de polícia sanitária e fiscalize serviços privados em seu território, a regulação de "todo o território nacional" é uma função federal.

Alternativa (e) INCORRETA: A definição de percentuais constitucionais para o financiamento da saúde é determinada pela Constituição Federal e regulamentada

por leis complementares federais (como a Lei Complementar nº 141/2012). Não cabe ao Estado definir esses percentuais, mas sim cumprir a aplicação do percentual mínimo obrigatório de sua receita em ações e serviços públicos de saúde.

---

### **Questão 18**

O Odds Ratio (OR), ou Razão de Chances, é a medida de associação fundamental dos estudos de caso-controle. Quando o OR é igual a 4,0, interpretamos que a chance de o evento ocorrer entre os expostos é quatro vezes maior do que entre os não expostos.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. O risco absoluto (incidência) só pode ser determinado em estudos nos quais conhecemos o denominador populacional total ao longo do tempo, como nos estudos de coorte. No caso-controle, o pesquisador define previamente o número de casos e controles, o que impede o cálculo direto da incidência e, conseqüentemente, do risco absoluto.

Alternativa b: Incorreta. Embora o cálculo do OR no estudo de caso-controle parta da análise da exposição (comparando a chance de exposição entre doentes e não doentes), a finalidade da medida é expressar a força da associação entre o fator de risco e o desenvolvimento da patologia em termos de chance de adoecimento.

Alternativa c: Incorreta. Mortalidade refere-se especificamente ao desfecho óbito. O OR em questão mede a associação com o diagnóstico de câncer de pulmão. Para falar em mortalidade, o estudo precisaria ter sido desenhado para avaliar o evento morte como desfecho primário.

Alternativa d: Incorreta. A prevalência é a medida de frequência típica de estudos transversais (seccionais), que observam a população em um único ponto no tempo. Estudos de caso-controle buscam a relação de causalidade entre exposições passadas e o status de doença atual.

Alternativa e: Correta. Esta alternativa apresenta a interpretação clínica e epidemiológica padrão do Odds Ratio. Como o estudo de caso-controle não permite calcular o risco diretamente (o que seria o Risco Relativo), utilizamos a "chance". Assim, os expostos (tabagistas) possuem quatro vezes mais chance de desenvolver o desfecho (câncer) do que os não expostos.

---

## Questão 19

A questão aborda os desafios contemporâneos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que busca substituir o modelo hospitalocêntrico (centrado em hospitais psiquiátricos) por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de base comunitária e territorial.

Alternativa a: Incorreta. A Reforma Psiquiátrica preconiza justamente a redução progressiva e programada dos leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando o atendimento em serviços abertos. Além disso, o Brasil já possui uma base legislativa consolidada, principalmente pela Lei 10.216 de 2001, não sendo a falta de leis o entrave principal.

Alternativa b: Incorreta. Historicamente, os movimentos de usuários e familiares foram os grandes impulsionadores da Reforma e do modelo comunitário, e não focos de resistência. Quanto aos protocolos, embora a padronização clínica seja sempre passível de melhorias, o maior problema reside na estrutura e no financiamento, e não na ausência de diretrizes técnicas para o funcionamento dos CAPS.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa identifica com precisão o tripé de dificuldades enfrentadas na saúde mental brasileira:

1. Financeira: O subfinanciamento crônico do SUS limita a ampliação de serviços como os CAPS, as Residências Terapêuticas e as Unidades de Acolhimento.
2. Estrutural/Organizacional: O Apoio Matricial, que deveria integrar a saúde mental à Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família), muitas vezes não ocorre de forma efetiva, gerando isolamento dos serviços especializados e sobrecarga da rede.
3. Cultural: O estigma social contra a loucura e a ideia de que o portador de transtorno mental deve ser segregado para tratamento ainda são barreiras potentes que dificultam a reintegração social plena.

Alternativa d: Incorreta. O Brasil possui políticas públicas de prevenção e promoção em saúde mental integradas à atenção básica. Além disso, diversas organizações não governamentais participam ativamente da rede, seja na cogestão de serviços ou em projetos de geração de renda e reinserção social.

Alternativa e: Incorreta. Embora a tensão entre o modelo biomédico e o modelo psicossocial exista, os CAPS são estruturalmente desenhados para serem multiprofissionais. As terapias ocupacionais, oficinas de arte e atividades de lazer são pilares fundamentais desses serviços e não estão impedidas de ocorrer. O desafio é a consolidação da rede, e não a proibição de práticas multidisciplinares.

## Questão 20

O conceito central dessa questão é o Apoio Matricial (ou matriciamento), uma ferramenta fundamental na articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada (neste caso, o CAPS). O objetivo do matriciamento é oferecer suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial às equipes de referência (Saúde da Família), permitindo que casos complexos sejam manejados no próprio território do paciente, aumentando a resolutividade da rede.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O apoio matricial é justamente o oposto do encaminhamento burocrático. No modelo tradicional de referência e contrarreferência, o médico apenas "passa o caso adiante". No matriciamento, a responsabilidade pelo paciente é compartilhada entre a UBS e o CAPS. A equipe da UBS não é apenas um registro administrativo; ela é a protagonista do cuidado longitudinal.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve com precisão as duas dimensões do apoio matricial. A dimensão clínico-assistencial ocorreu na teleconsulta e na definição do plano terapêutico conjunto. A dimensão técnico-pedagógica ocorreu no treinamento de 4 horas e na supervisão contínua, que capacitou a equipe da UBS para lidar com crises futuras. O resultado foi a manutenção da paciente em seu território, evitando a estigmatização de uma nova internação psiquiátrica.

Alternativa c) Incorreta. O apoio matricial não visa à substituição da equipe da UBS pelo especialista. Pelo contrário, ele busca fortalecer a equipe da UBS para que ela não perca o vínculo com o paciente. A UBS nunca deixa de ser responsável pelo cuidado de Maria, pois ela é a porta de entrada e o centro coordenador do cuidado. Atribuir funções de "vigilância sanitária" à equipe de Saúde da Família nesse contexto é um erro conceitual grave.

Alternativa d) Incorreta. O matriciamento não é uma intervenção pontual ou um curso isolado. Trata-se de um processo contínuo de retaguarda especializada e supervisão. Como o caso apresenta risco moderado de suicídio e histórico de internações, o suporte precisa ser sustentado ao longo do tempo, conforme descrito no enunciado (supervisão semanal via telemedicina).

Alternativa e) Incorreta. Embora o monitoramento de dados seja importante para a gestão em saúde, o objetivo precípua do apoio matricial é assistencial e educacional. Ele foca na resolução direta de problemas clínicos e na qualificação das práticas de cuidado da equipe de Saúde da Família, influenciando diretamente as decisões terapêuticas individuais para garantir a segurança e a saúde do paciente.

Gabarito: Letra (b).

---

## Questão 21

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Esta descrição refere-se à Síndrome de Plummer-Vinson (ou Paterson-Kelly), caracterizada pela tríade de anemia ferropriva, disfagia (devido a membranas esofágicas) e glossite. Embora a coiloníquia (unhas em colher) seja um sinal clássico de deficiência de ferro crônica e grave, esta síndrome é uma manifestação rara. Além disso, a idade de 64 anos e os sintomas de disfagia tornariam necessário descartar neoplasias gastrointestinais como causa primária antes de selar o diagnóstico apenas como ferropriva.

Alternativa B (Incorreta): Um executivo de 50 anos com dispepsia crônica pode ter gastrite ou úlcera péptica, que podem causar sangramento oculto. No entanto, a dispepsia isolada é um sintoma inespecífico e não é tão diretamente relacionada à etiologia da anemia ferropriva quanto a perda sanguínea visível ou a história ginecológica em mulheres na pré-menopausa.

Alternativa C (Correta): Esta é a situação clínica clássica. Em mulheres em idade fértil, a causa mais comum de anemia ferropriva é a perda sanguínea por via ginecológica (hipermenorreia ou sangramento uterino anormal). A multiparidade também contribui para a depleção dos estoques de ferro (pelas demandas das gestações e da lactação). A fadiga progressiva é o sintoma clínico mais comum da síndrome anêmica. Portanto, diante de sangramento vaginal irregular, a anemia ferropriva é, estatisticamente, a causa mais provável.

Alternativa D (Incorreta): A presença de palidez associada a sintomas neurológicos (parestesia, dificuldade de marcha e equilíbrio) em uma idosa é altamente sugestiva de anemia megaloblástica, especificamente por deficiência de vitamina B12 (cobalamina). A deficiência de B12 causa a degeneração combinada subaguda da medula espinhal, o que explica os sintomas de perda de sensibilidade vibratória e propriocepção (dificuldade de equilíbrio). A anemia ferropriva não cursa com sintomas neurológicos dessa natureza.

Alternativa E (Incorreta): Dor no hipocôndrio esquerdo geralmente está associada a esplenomegalia (aumento do baço). Anemia acompanhada de esplenomegalia sugere causas como anemias hemolíticas, doenças linfoproliferativas ou hiperesplenismo, e não tipicamente uma anemia ferropriva isolada por deficiência nutricional ou sangramento crônico.

---

## Questão 22

### ANÁLISE DO CASO:

O paciente apresenta um quadro de anemia microcítica e hipocrômica, associado a queixas gastrointestinais (dor abdominal e diarreia) e plaquetose reativa. Em um homem de 50 anos, este cenário clínico é altamente sugestivo de anemia ferropriva. O ponto fundamental para a prova de residência é entender que a anemia ferropriva em adultos não é um diagnóstico definitivo, mas um sinal de alerta que exige a descoberta da causa-base, que pode variar desde doenças malabsortivas (como doença celíaca ou doença de Crohn) até neoplasias do trato gastrointestinal.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. Apesar de a dosagem de ferro e ferritina ser útil para confirmar a ferropenia, o erro da alternativa reside em focar apenas no tratamento medicamentoso e na dosagem de marcadores de hemólise (bilirrubinas e DHL), que não são a prioridade em uma anemia microcítica sem icterícia. O mais grave é não mencionar a investigação etiológica obrigatória para a idade do paciente.

Alternativa B: Incorreta. A dosagem de ácido fólico e vitamina B12 é indicada para anemias macrocíticas (VCM elevado). O paciente em questão apresenta anemia microcítica. Além disso, a prescrição de ferro endovenoso e a reavaliação tardia (três meses) sem investigar a causa da diarreia e da dor abdominal são condutas inadequadas.

Alternativa C: Incorreta. Iniciar o tratamento sem diagnóstico etiológico é um erro. A eletroforese de hemoglobina é usada para detectar talassemias, que são causas de anemia microcítica desde a infância. Em um paciente de 50 anos com sintomas de surgimento recente, a causa adquirida (perda de ferro ou malabsorção) é muito mais provável.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa segue os preceitos da boa prática clínica e do raciocínio propedêutico. Primeiro, confirmam-se os estoques de ferro (ferro sérico e ferritina). Simultaneamente, inicia-se a investigação imediata da causa da anemia, que neste paciente pode envolver exames como colonoscopia, endoscopia digestiva alta ou testes para síndromes malabsortivas, visando excluir patologias graves como o câncer colorretal.

Alternativa E: Incorreta. A pesquisa de anticorpos anticélula parietal é utilizada na investigação de anemia perniciosa (deficiência de B12 por falta de fator intrínseco), que se manifesta como uma anemia macrocítica, o que não condiz com o hemograma apresentado (microcitose e hipocromia).

### Questão 23

A questão descreve um quadro clínico clássico de distúrbio da hemostasia primária. A presença de sangramentos mucocutâneos (gengivorragia, menorragia, petéquias e equimoses) é característica de alterações no número ou na função das plaquetas, ou ainda de defeitos no Fator de von Willebrand. Diferente dos distúrbios da hemostasia secundária (fatores de coagulação), que costumam cursar com hematomas profundos e hemartroses, a hemostasia primária se manifesta com sangramentos superficiais e imediatos.

Análise das alternativas:

a) Fibrinogênio: Incorreto. O fibrinogênio é o Fator I da coagulação. Ele participa da hemostasia secundária, sendo convertido em fibrina para estabilizar o coágulo plaquetário. Sua dosagem não é o teste de triagem para avaliar a função plaquetária ou a interação inicial do vaso com a plaqueta.

b) Tempo de Protrombina (TP): Incorreto. O TP é um exame que avalia a via extrínseca e a via comum da cascata de coagulação (hemostasia secundária). Ele é sensível a reduções nos fatores VII, X, V, II (protrombina) e I (fibrinogênio), sendo muito utilizado para monitorar o uso de anticoagulantes orais (varfarina) e avaliar a função hepática.

c) Tempo de Tromboplastina parcial (TTPa): Incorreto. O TTPa avalia a via intrínseca e a via comum da hemostasia secundária. É alterado em deficiências de fatores como VIII, IX, XI e XII, além de ser usado para monitorar o uso de heparina não fracionada. Embora o Fator de von Willebrand ajude a estabilizar o fator VIII, o exame que avalia diretamente a hemostasia primária não é o TTPa.

d) Tempo de Trombina: Incorreto. Este teste avalia especificamente a etapa final da cascata de coagulação: a conversão de fibrinogênio em fibrina mediada pela trombina. Não avalia a formação do tampão plaquetário inicial.

e) Tempo de sangramento: Correto. O tempo de sangramento é o exame que avalia a integridade da hemostasia primária. Ele mede o intervalo necessário para que o sangramento pare após uma pequena incisão padronizada na pele. Este tempo depende da vasoconstrição reflexa, da quantidade de plaquetas e, fundamentalmente, da capacidade de adesão e agregação plaquetária. No caso clínico apresentado, onde a paciente apresenta sintomas desde a adolescência, o tempo de sangramento estaria prolongado, sugerindo condições como a Doença de von Willebrand ou disfunções plaquetárias (plaquetopatias).

## Questão 24

O ponto central para resolver esta questão é entender a dinâmica hemodinâmica das manobras que alteram o retorno venoso. A manobra de Valsalva (na fase de esforço) diminui o retorno venoso, reduzindo o volume de sangue dentro do ventrículo esquerdo.

Na Miocardiopatia Hipertrófica Obstrutiva (MHO), a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo ocorre devido à proximidade do septo hipertrofiado com a valva mitral. Quando o volume ventricular diminui (como no Valsalva ou ao ficar de pé), o ventrículo "murcha", o que aproxima ainda mais o septo da valva mitral, piorando a obstrução e, conseqüentemente, aumentando a intensidade do sopro.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Na estenose aórtica, o sopro é sistólico em crescendo-decrescendo, mas a manobra de Valsalva, ao reduzir o débito cardíaco e o volume de sangue que passa pela valva, faz com que a intensidade do sopro diminua, e não aumente.

b) Incorreta. O sopro na CIA é decorrente do hiperfluxo na valva pulmonar. Com a diminuição do retorno venoso sistêmico durante o Valsalva, o volume de sangue que chega ao lado direito do coração diminui, reduzindo a intensidade do sopro.

c) Correta. A MHO é uma das poucas condições em que o sopro sistólico aumenta com a manobra de Valsalva. A redução do volume sistólico final e do pré-enchimento ventricular acentua o gradiente de obstrução na via de saída do ventrículo esquerdo, tornando o sopro mais audível.

d) Incorreta. A insuficiência mitral típica gera um sopro holossistólico (e não em diamante/ejeção) que geralmente irradia para a axila. Com a manobra de Valsalva, a redução do enchimento ventricular e do volume sistólico tende a diminuir a intensidade deste sopro.

e) Incorreta. A insuficiência tricúspide produz um sopro holossistólico que tipicamente aumenta de intensidade com a inspiração profunda (manobra de Rivero-Carvallo). No Valsalva, ocorre queda do retorno venoso para as cavidades direitas, o que reduz a intensidade do sopro.

Portanto, diante de um sopro sistólico que aumenta com Valsalva em um paciente jovem, o diagnóstico principal a ser considerado é a Miocardiopatia Hipertrófica Obstrutiva. Outra condição que poderia apresentar comportamento semelhante (aumento ao Valsalva) é o Prolapso de Valva Mitral, mas este costuma apresentar um clique mesossistólico seguido de sopro telessistólico.

## Questão 25

Análise do caso clínico:

Estamos diante de um paciente de 57 anos com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) descompensado (HbA1c 8,6%), associado à obesidade grau I e alto risco cardiovascular (história familiar de infarto agudo do miocárdio precoce e presença de microalbuminúria). O paciente já utiliza dose plena de metformina e expressa o desejo de perder peso.

De acordo com as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), a escolha da segunda droga deve ser individualizada com base nas comorbidades.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. As sulfonilureias são eficazes na redução da glicemia, porém estão associadas ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia. Para este paciente, que já é obeso e deseja emagrecer, essa classe não é a ideal. Além disso, não oferecem benefícios cardiovasculares comprovados.

b) Incorreta. Os inibidores da DPP-4 são bem tolerados e seguros do ponto de vista cardiovascular (neutros), mas têm um efeito modesto na redução da HbA1c e são neutros em relação ao peso. Não seriam a melhor escolha para um paciente que necessita de uma redução de 1,6% na HbA1c e deseja perda ponderal.

c) Incorreta. A pioglitazona (glitazona) melhora a resistência insulínica, mas causa ganho de peso e retenção hídrica, o que vai contra os objetivos terapêuticos deste paciente específico.

d) Incorreta. Embora a insulina basal seja potente para reduzir a HbA1c, ela está associada ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia. Em pacientes com DM2 e obesidade, deve-se priorizar o uso de agonistas de GLP-1 antes da insulinização, a menos que haja sinais de catabolismo (perda de peso involuntária, cetonúria) ou glicemias muito elevadas (HbA1c acima de 10%).

e) Correta. Os Agonistas do Receptor de GLP-1 (como semaglutida ou a tirzepatida, que é um agonista duplo GLP-1/GIP) são a escolha ideal para este caso. Eles promovem uma redução robusta da HbA1c, estão associados a uma perda de peso significativa (atendendo ao desejo do paciente) e possuem benefício cardiovascular demonstrado em pacientes de alto risco, além de auxiliarem na proteção renal (redução da albuminúria). A semaglutida e a tirzepatida são atualmente as medicações mais potentes para controle glicêmico e ponderal dentro desta classe.

## Questão 26

O fundamento principal desta questão reside na compreensão da farmacodinâmica dos antibióticos, especificamente da classe dos beta-lactâmicos, como a piperacilina-tazobactam.

Os antibióticos são divididos didaticamente em dois grupos principais quanto ao seu padrão de atividade: os concentração-dependentes e os tempo-dependentes. A piperacilina-tazobactam é um antibiótico tempo-dependente. Isso significa que a sua eficácia não está relacionada ao alcance de níveis sanguíneos muito altos (pico), mas sim ao tempo em que a concentração da droga permanece acima da Concentração Inibitória Mínima (CIM) para o patógeno em questão.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O aumento do pico sérico ( $C_{max}$ ) em relação à CIM é a estratégia utilizada para antibióticos concentração-dependentes, como os aminoglicosídeos (ex.: amicacina, gentamicina). Para os beta-lactâmicos, picos muito elevados não aumentam a taxa de morte bacteriana.

Alternativa B: Correta. Como os beta-lactâmicos são tempo-dependentes, o parâmetro farmacodinâmico que melhor prediz o sucesso clínico é o  $fT > CIM$  (fração do tempo em que a concentração livre da droga está acima da CIM). Em pacientes críticos com choque séptico, que possuem alterações no volume de distribuição e no clearance, a infusão prolongada (geralmente por 3 a 4 horas) ou contínua permite manter os níveis séricos de forma constante acima da CIM por 100% do tempo, otimizando a cura bacteriológica e reduzindo a mortalidade.

Alternativa C: Incorreta. A estratégia de infusão não altera o volume de distribuição ( $V_d$ ) do fármaco. O  $V_d$  é uma característica físico-química da droga e do estado fisiopatológico do paciente (como o extravasamento capilar no choque séptico). A infusão prolongada visa justamente compensar um  $V_d$  aumentado, garantindo níveis constantes.

Alternativa D: Incorreta. O aumento do clearance (depuração) do antibiótico é geralmente indesejado, pois retira a droga da circulação mais rapidamente, podendo levar à subdose terapêutica. A infusão prolongada não busca aumentar o clearance, mas sim manter a estabilidade da concentração plasmática.

Alternativa E: Incorreta. Os beta-lactâmicos possuem baixa penetração intracelular e atuam na parede celular bacteriana (extracelular). Patógenos intracitoplasmáticos são geralmente tratados com outras classes, como macrolídeos, quinolonas ou tetraciclinas.

Gabarito: Letra (b).

## Questão 27

Texto Original:

O caso clínico apresenta um paciente idoso em ventilação mecânica com pneumonia associada à ventilação por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos (CRAB), especificamente um produtor da oxacilinase OXA-23. O paciente está em falha terapêutica com o esquema de colistina e meropenem, além de apresentar nefrotoxicidade induzida pela colistina (aumento de creatinina). É necessário buscar uma alternativa mais eficaz e menos tóxica.

Alternativa A: Incorreta. O cefepime-taniborbactam é uma combinação promissora que inibe várias classes de betalactamases, incluindo as metalobetalactamases. No entanto, o taniborbactam inibe a OXA-48 (comum em *Enterobacterales*), mas não possui atividade clinicamente relevante contra as oxacilinas específicas do *Acinetobacter*, como a OXA-23 citada na questão.

Alternativa B: Correta. O cefiderocol é uma cefalosporina siderófora que utiliza o transporte de ferro da própria bactéria para atravessar a membrana externa (mecanismo de cavalo de Troia). Ele possui estabilidade contra a maioria das betalactamases de todas as classes (A, B, C e D), incluindo as oxacilinas do *Acinetobacter baumannii* (como OXA-23, OXA-24/40 e OXA-58). Por isso, é uma opção adequada em casos de resistência ou falha às polimixinas.

Alternativa C: Incorreta. Embora o taniborbactam tenha um espectro de inibição muito amplo (abrangendo as classes A, B, C e a OXA-48 da classe D), ele não é ativo contra todas as oxacilinas. As enzimas de classe D do *Acinetobacter* não são adequadamente inibidas por esse composto.

Alternativa D: Incorreta. A afirmação refere-se a dados do estudo CREDIBLE-CR, que mostrou uma mortalidade maior no grupo do cefiderocol em infecções por patógenos Gram-negativos não fermentadores (incluindo *Acinetobacter*). No entanto, isso não significa que a droga deva ser evitada. As diretrizes atuais (como as da IDSA) ainda consideram o cefiderocol uma opção importante para o tratamento de CRAB, especialmente quando não há outras alternativas seguras, devendo ser usado com cautela e, preferencialmente, em terapia combinada, se possível.

Alternativa E: Incorreta. Manter colistina e meropenem em um paciente com piora clínica e lesão renal aguda é uma conduta inadequada. Existem novos antibióticos, como o próprio cefiderocol e a associação sulbactam-durlobactam, que cobrem o

Acinetobacter produtor de OXA-23 de forma mais segura e eficaz do que o esquema antigo baseado em polimixinas.

## Questão 28

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de osteoporose por densitometria óssea requer um T-score menor ou igual a -2,5. A paciente apresenta um T-score de -1,0, o que é considerado o limite da normalidade. Além disso, o FRAX indicado (8% para fraturas maiores e 1,5% para quadril) está abaixo dos limiares de intervenção habitualmente aceitos (geralmente 20% e 3%, respectivamente, embora variem conforme o país). Não há indicação de bisfosfonato intravenoso anual como "prevenção precoce" nesse cenário.

Alternativa b) Incorreta. Antes de iniciar o tratamento com bisfosfonatos (como o alendronato), é fundamental corrigir a deficiência de vitamina D e o hiperparatireoidismo secundário. O uso de antirreabsortivos potentes em pacientes com deficiência grave de vitamina D pode precipitar hipocalcemia grave. Além disso, em pacientes com osteopenia (T-score entre -1,1 e -2,4), a decisão terapêutica deve ser guiada pelo risco absoluto de fratura (FRAX) ou pela presença de outros fatores de risco.

Alternativa c) Incorreta. Esta paciente apresenta osteoporose induzida por glicocorticoides (GIOP). O uso crônico de prednisona em doses maiores ou iguais a 2,5 mg/dia por mais de 3 meses aumenta significativamente o risco de fraturas. Para mulheres acima de 40 anos em uso de corticoterapia crônica e T-score menor ou igual a -2,0 (ou mesmo -1,5 em algumas diretrizes), o início de terapia farmacológica (como bisfosfonatos) é indicado imediatamente, não sendo correto apenas observar e suplementar cálcio/vitamina D.

Alternativa d) Correta. A presença de uma fratura por fragilidade documentada (vertebral ou de quadril) fecha o diagnóstico clínico de osteoporose, independentemente do valor do T-score na densitometria (embora, no caso, -2,4 já indique perda óssea significativa). Nesses casos, o tratamento medicamentoso com agentes antirreabsortivos (bisfosfonatos) ou anabólicos está formalmente indicado, associado à otimização dos níveis de cálcio e vitamina D.

Alternativa e) Incorreta. O alendronato e outros bisfosfonatos são contraindicados em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) avançada, especificamente quando o ritmo de filtração glomerular está abaixo de 30-35 mL/min. Em estágio 5 (hemodiálise), o manejo da saúde óssea é complexo devido à osteodistrofia renal, e o

uso de bisfosfonatos pode piorar a doença óssea adinâmica. O alendronato não deve ser iniciado nessas condições.

## Questão 29

Análise do caso clínico:

O quadro descrito apresenta uma paciente com a tríade clássica de Meltzer, composta por púrpura palpável, artralgia e fadiga. A presença de manifestações sistêmicas como o fenômeno de Raynaud, parestesias (sugerindo vasculite de vasa nervorum) e insuficiência renal aguda com sedimento urinário ativo (hemácias dismórficas e proteinúria) aponta para uma vasculite de pequenos vasos. O antecedente de hepatite C crônica e a hipocomplementemia severa, especificamente com C4 indetectável, são os achados laboratoriais mais sugestivos para o diagnóstico.

Alternativa a: Incorreta. A glomerulonefrite lúpica classe IV (proliferativa difusa) pode cursar com padrão histológico membranoproliferativo e consumo de complemento (C3 e C4). Entretanto, a paciente apresenta FAN e anti-dsDNA negativos, o que torna o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico improvável. Além disso, a história de hepatite C e a presença de pseudotrombos intraluminais na biópsia são característicos da crioglobulinemia.

Alternativa b: Incorreta. A granulomatose com poliangiite é uma vasculite associada ao ANCA que tipicamente envolve o trato respiratório superior e inferior. No caso descrito, o ANCA foi negativo e não há sinais de acometimento pulmonar ou de vias aéreas superiores. O padrão de depósitos de imunocomplexos na imunofluorescência também afasta as vasculites pauci-ímmunes.

Alternativa c: Incorreta. A granulomatose eosinofílica com poliangiite caracteriza-se por asma brônquica, eosinofilia importante no sangue periférico e vasculite. A paciente não apresenta antecedentes atópicos ou asmáticos, e o quadro laboratorial de hipocomplementemia e a biópsia com pseudotrombos não são compatíveis com essa patologia.

Alternativa d: Correta. O diagnóstico é de Crioglobulinemia Mista associada ao vírus da hepatite C (HCV). O HCV é o principal fator etiológico desta condição, onde há formação de crioglobulinas (imunoglobulinas que se precipitam em baixas temperaturas). O perfil laboratorial marcante é o consumo de C4 (frequentemente indetectável) com C3 baixo ou normal. Na biópsia renal, o achado de glomerulonefrite membranoproliferativa associado a trombos intraluminais PAS-positivos (compostos por agregados de crioglobulinas), também chamados de pseudotrombos, é patognomônico da doença.

Alternativa e: Incorreta. A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) é uma causa comum de síndrome nefrítica com consumo de complemento, porém o consumo ocorre predominantemente pela via alternativa, resultando em C3 baixo e C4 normal. Além disso, a GNPE não costuma cursar com púrpura palpável crônica ou vasculite sistêmica, e sua histologia clássica apresenta depósitos subepiteliais conhecidos como corcovas ou humps.

### Questão 30

Diagnóstico: Hipertermia Maligna (HM)

Esta questão descreve um quadro clássico de hipertermia maligna, uma síndrome farmacogenética rara, mas potencialmente fatal, desencadeada pela exposição a anestésicos voláteis (como o sevoflurano) e relaxantes musculares despolarizantes (como a succinilcolina).

A fisiopatologia da HM envolve um defeito nos receptores de rianodina (RYR1) no retículo sarcoplasmático do músculo esquelético. Isso causa uma liberação maciça e descontrolada de cálcio intracelular, levando a um estado hipermetabólico sustentado, com contração muscular generalizada (rigidez), produção excessiva de calor (hipertermia), consumo exagerado de oxigênio e produção massiva de CO<sub>2</sub> (elevação do ETCO<sub>2</sub>), culminando em acidose mista grave, rabdomiólise e hipercalemia (K<sup>+</sup> 7,8 mEq/L).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O gluconato de cálcio é fundamental para estabilizar a membrana miocárdica contra a toxicidade do potássio elevado, prevenindo arritmias fatais. No entanto, ele é uma medida de suporte e não interrompe o processo fisiopatológico da HM.

b) Correta. O dantroleno endovenoso é o antídoto específico e a única medicação que altera a fisiopatologia da crise de HM. Ele atua bloqueando os canais de liberação de cálcio (receptores de rianodina) no retículo sarcoplasmático, interrompendo a contração muscular anormal e o metabolismo excessivo. Sua administração precoce é o principal fator determinante para a redução da mortalidade.

c) Incorreta. O bicarbonato de sódio ajuda a corrigir a acidose metabólica grave e auxilia no tratamento da hipercalemia, mas é uma medida terapêutica de suporte, não tratando a causa primária do problema.

d) Incorreta. A adrenalina pode ser necessária caso a hipotensão persista apesar da reversão da crise e ressuscitação volêmica, mas ela não tem papel no tratamento da HM em si. Na verdade, o uso de catecolaminas deve ser feito com cautela, pois o estado hiperadrenérgico já é intenso.

e) Incorreta. A dipirona é um antitérmico que atua no centro termorregulador hipotalâmico. A febre da HM é periférica, gerada pelo metabolismo muscular excessivo, e não responde a antitérmicos comuns. O resfriamento deve ser feito com medidas físicas e interrupção do processo metabólico com dantroleno.

---

### Questão 31

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) confirmado pela espirometria (VEF1/CVF de 0,62, ou seja, menor que 0,70). A gravidade da obstrução, baseada no VEF1 de 48% do previsto, classifica-o como GOLD 2 (obstrução moderada). Para a definição da conduta, as diretrizes GOLD 2024/2025 utilizam a classificação ABE. Como o paciente possui mMRC igual a 3 (muito sintomático) e teve duas exacerbações no último ano, sendo uma delas grave (necessitou de corticoide sistêmico/hospitalização), ele é classificado no Grupo E (Exacerbador). O paciente já está em uso de um LAMA (antimuscarínico de longa ação), porém mantém sintomas importantes e alto risco de novas exacerbações.

Alternativa a) Incorreta. Na DPOC, os broncodilatadores de longa ação possuem doses fixas e padronizadas. Quando o paciente não atinge o controle dos sintomas ou continua exacerbando com monoterapia, a conduta recomendada não é aumentar a dose da mesma droga, mas sim realizar o escalonamento para a associação de diferentes classes de medicamentos (terapia combinada).

Alternativa b) Incorreta. O uso de corticoide inalatório (ICS) isolado é contraindicado no tratamento da DPOC, pois não trata a broncoconstrição de forma eficaz e aumenta o risco de pneumonia. Além disso, a combinação de LAMA com ICS sem um LABA (beta-2 agonista de longa ação) associado não é uma terapia preconizada pelas diretrizes atuais.

Alternativa c) Incorreta. A associação LABA + LAMA (dupla broncodilatação) é uma excelente opção para pacientes do Grupo E. No entanto, o paciente em questão já falhou com a monoterapia (LAMA), é muito sintomático (mMRC 3) e possui histórico de exacerbação grave. Nesses casos, a transição direta para a terapia tripla é frequentemente preferida para oferecer o máximo benefício clínico.

Alternativa d) Correta. Segundo as atualizações GOLD 2024-2025, para pacientes do Grupo E que persistem com sintomas e exacerbações apesar do uso de um broncodilatador de longa ação, a terapia tripla (LABA + LAMA + ICS) é a conduta mais adequada. Esta associação demonstrou superioridade na redução de novas exacerbações e, o mais importante, na redução da mortalidade para este perfil específico de paciente (exacerbador grave e sintomático).

Alternativa e) Incorreta. Embora a tomografia de alta resolução possa auxiliar na avaliação de fenótipos (como enfisema ou bronquiectasias), ela não é necessária para a tomada de decisão terapêutica imediata. O ajuste da medicação inalatória deve ser baseado na classificação clínica de sintomas e no risco de exacerbação, que já estão claramente definidos no enunciado.

---

### Questão 32

Para resolver essa questão, devemos seguir um passo a passo sistemático de análise da gasometria arterial:

1. Identificação do distúrbio primário:

O pH de 7,21 indica uma acidemia ( $\text{pH} < 7,35$ ). Olhando para os componentes metabólico ( $\text{HCO}_3^-$ ) e respiratório ( $\text{PaCO}_2$ ), observamos que o bicarbonato está baixo (14 mEq/L), o que caracteriza uma acidose metabólica como distúrbio primário.

2. Avaliação da compensação respiratória:

Em toda acidose metabólica, devemos calcular a  $\text{PaCO}_2$  esperada para verificar se a compensação respiratória está adequada. Utilizamos a Fórmula de Winter:

$\text{PaCO}_2 \text{ esperada} = (1,5 \times \text{HCO}_3^-) + 8 (\pm 2)$ .

Calculando:  $(1,5 \times 14) + 8 = 21 + 8 = 29$ .

A margem de variação é de 27 a 31 mmHg.

3. Comparação com a  $\text{PaCO}_2$  medida:

A  $\text{PaCO}_2$  real do paciente é 38 mmHg. Como este valor está significativamente acima do intervalo esperado (27 a 31 mmHg), concluímos que o paciente não está conseguindo ventilar o suficiente para compensar a acidose metabólica. Quando a  $\text{PaCO}_2$  está acima do esperado, temos uma acidose respiratória associada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A compensação não está adequada. Pela fórmula de Winter, a  $\text{PaCO}_2$  deveria estar entre 27 e 31 mmHg, mas está em 38 mmHg.

b) Incorreta. Não há evidências de alcalose metabólica associada. O quadro clínico de

diarreia e o pH baixo reforçam o componente de acidose.

c) Incorreta. Uma alcalose respiratória compensatória ocorreria se a PaCO<sub>2</sub> estivesse dentro do valor previsto por Winter (o termo "compensatória" é usado quando o sistema oposto tenta normalizar o pH). No caso, a PaCO<sub>2</sub> está retida.

d) Incorreta. Para haver uma alcalose respiratória associada, a PaCO<sub>2</sub> medida deveria estar abaixo do limite inferior do cálculo de Winter (neste caso, menor que 27 mmHg).

e) Correta. O paciente apresenta acidose metabólica (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> baixo) e, como a PaCO<sub>2</sub> de 38 mmHg é maior do que a esperada pela fórmula de Winter ( $29 \pm 2$ ), diagnostica-se um distúrbio misto com acidose respiratória associada. Clinicamente, isso pode ser explicado pela exaustão respiratória ou rebaixamento do nível de consciência no paciente idoso.

---

### Questão 33

Para diferenciar a dor lombar da Espondilite Anquilosante (EA) de outras causas de lombalgia, o examinador busca identificar as características da dor lombar inflamatória.

Alternativa A: Incorreta. O quadro descrito é de dor mecânica. Na dor mecânica, os sintomas pioram com o esforço/movimentação e melhoram com o repouso. Na Espondilite Anquilosante, ocorre o oposto: a dor melhora com o movimento e não alivia (ou até piora) com o repouso.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente os critérios de dor lombar inflamatória, que são fundamentais para o diagnóstico de EA. Os pontos-chave são: início insidioso (lento), idade jovem (geralmente abaixo de 45 anos), rigidez matinal prolongada (superior a 30-60 minutos), dor que desperta o paciente durante a noite e melhora importante com a atividade física. Além disso, a dor glútea alternante é um sinal clínico clássico de sacroiliíte bilateral, característica da EA.

Alternativa C: Incorreta. A dor que irradia para a coxa com teste de Lasègue positivo sugere compressão radicular (como uma hérnia de disco). O teste de Lasègue é realizado para identificar irritação das raízes nervosas (geralmente L4, L5 ou S1), o que configura uma etiologia mecânico-compressiva, não inflamatória sistêmica.

Alternativa D: Incorreta. O início abrupto após carregar peso associado a um déficit motor (incapacidade de movimentar o hálux) é típico de uma hérnia de disco lombar

aguda com compressão da raiz de L5. A Espondilite Anquilosante é uma doença crônica de início gradual, não um evento agudo pós-esforço.

Alternativa E: Incorreta. Assim como na alternativa D, o início súbito após esforço físico e a presença de déficit motor (incapacidade de movimentar o pé) apontam para uma causa mecânica aguda, como extrusão discal, e não para o processo inflamatório crônico da EA. Embora a EA possa acometer mulheres, a apresentação clínica aqui não condiz com a doença.

---

### Questão 34

O processo de envelhecimento muscular e a sarcopenia envolvem uma perda progressiva de massa muscular, força e qualidade do tecido. Essas alterações não ocorrem de forma uniforme entre os diferentes tipos de fibras musculares. As fibras esqueléticas são divididas principalmente em Tipo I (contração lenta, metabolismo oxidativo, resistentes à fadiga) e Tipo II (contração rápida, metabolismo glicolítico, maior força de explosão).

Alternativa A (Correta): Durante o envelhecimento, ocorre uma atrofia seletiva e uma perda numérica mais acentuada das fibras do tipo II. Embora as fibras do tipo I também possam sofrer redução, elas são significativamente mais preservadas do que as do tipo II. Como resultado dessa perda desproporcional, a musculatura do idoso passa a apresentar um aumento proporcional (ou relativo) de fibras do tipo I. Além disso, ocorre um fenômeno de denervação de unidades motoras rápidas com reinervação por neurônios motores lentos, o que contribui para essa mudança no perfil muscular.

Alternativa B (Incorreta): O erro está em inverter o processo. O envelhecimento causa a redução das fibras tipo II, e não seu aumento. As fibras tipo I são as que mantêm maior densidade relativa no músculo senescente.

Alternativa C (Incorreta): A redução do diâmetro (atrofia) é predominante nas fibras do tipo II. As fibras do tipo I são as que apresentam maior preservação de suas características e diâmetro em comparação às fibras rápidas.

Alternativa D (Incorreta): O envelhecimento é caracterizado por processos de hipotrofia (diminuição do tamanho) e hipoplasia (diminuição do número de fibras). Não há evidência de hiperplasia compensatória (aumento do número de células) na musculatura esquelética humana em resposta ao envelhecimento; o que ocorre é a perda líquida de tecido contrátil.

Alternativa E (Incorreta): A mudança fenotípica caminha no sentido oposto. Existe

uma tendência de transição para um perfil muscular mais "lento" devido à perda seletiva das unidades motoras rápidas. Portanto, não há conversão predominante de tipo I em tipo II, mas sim uma predominância residual das fibras tipo I devido à perda das fibras tipo II.

### Questão 35

#### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro descrito é clássico da Síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), uma farmacodermia grave e potencialmente fatal. O diagnóstico baseia-se na combinação de:

1. Uso de medicamento gatilho (carbamazepina é um dos principais).
2. Período de latência longo (6 semanas), tipicamente entre 2 a 8 semanas após o início da droga.
3. Febre alta e exantema morbiliforme difuso.
4. Edema facial (característica marcante do DRESS).
5. Linfadenomegalia generalizada.
6. Acometimento visceral (hepatite medicamentosa com transaminases elevadas e icterícia).
7. Alterações hematológicas (eosinofilia acentuada:  $2.800/\text{mm}^3$ ).
8. Reativação de herpesvírus (especialmente HHV-6), que frequentemente ocorre nesta síndrome e está associada a quadros mais graves e prolongados.

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

A alternativa (c) descreve perfeitamente o cenário. A Síndrome DRESS é definida pela tríade de febre, exantema cutâneo e envolvimento de órgãos internos (no caso, o fígado). A carbamazepina é uma causa comum em pacientes com predisposição genética. A presença de eosinofilia superior a  $1.500/\text{mm}^3$  e a positividade para HHV-6 fecham o diagnóstico de acordo com os critérios internacionais (RegiSCAR).

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

a) Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ): Embora a SSJ possa ter envolvimento mucoso e descolamento epidérmico inferior a 10%, ela se caracteriza clinicamente por máculas purpúricas e lesões em alvo atípicas que evoluem para necrose da epiderme. A SSJ não costuma apresentar eosinofilia tão importante, edema facial proeminente ou o tempo de latência de 6 semanas (na SSJ costuma ser de 1 a 3 semanas).

b) Necrólise Epidérmica Tóxica (NET): É a forma mais grave do espectro SSJ, com descolamento epidérmico acima de 30% da superfície corporal. O caso em questão

apresenta menos de 5% de descolamento e foca em critérios sistêmicos e hematológicos (eosinofilia e hepatite) que apontam diretamente para DRESS, não para o quadro de falência cutânea da NET.

d) Eritema multiforme maior: Esta condição é geralmente desencadeada por infecções (como o vírus herpes simples - HSV) e se caracteriza por lesões em alvo típicas (com três zonas concêntricas) localizadas preferencialmente em extremidades. O quadro clínico do paciente é muito mais sistêmico e a biópsia com infiltrado eosinofílico é mais sugestiva de DRESS.

e) Reação exantemática simples: Como o próprio nome diz, é uma reação limitada à pele. Não apresenta febre alta persistente, linfadenomegalia, eosinofilia importante, alteração de transaminases ou reativação viral. É o famoso "rash medicamentoso" comum, sem a gravidade sistêmica relatada no caso.

---

### Questão 36

A questão descreve um cenário de emergência clássico que exige do médico o reconhecimento imediato de anafilaxia, mesmo diante de um fator de confusão: o uso de enalapril.

A análise do caso clínico revela um paciente com envolvimento de dois ou mais sistemas após exposição a um gatilho provável (camarão):

1. Sistema Respiratório: estridor, dificuldade respiratória e queda de saturação (88%).
2. Sistema Cardiovascular: hipotensão (90/50 mmHg) e taquicardia (128 bpm).
3. Mucosas: edema de lábios e glote.

Embora o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), como o enalapril, possa causar angioedema bradikinérgico (que não responde à adrenalina), o quadro atual é de instalação súbita após ingestão de um alérgeno alimentar comum e apresenta sinais de choque e insuficiência respiratória. A ausência de urticária ocorre em até 10% a 20% dos casos de anafilaxia e não deve retardar o tratamento.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. A adrenalina (epinefrina) por via intramuscular (IM) na face anterolateral da coxa é o tratamento de primeira escolha e imediato para a anafilaxia. Ela possui ação alfa-1 (vasoconstrição, reduzindo o edema e aumentando a PA) e beta-2 (broncodilatação). Na dúvida diagnóstica entre anafilaxia e angioedema bradikinérgico em um paciente instável, a conduta é sempre tratar para

anafilaxia, pois a adrenalina salva vidas no primeiro caso e o atraso na sua administração é a principal causa de morte.

Alternativa b) Incorreta. A adrenalina por via endovenosa (EV) é reservada para casos de choque refratário a várias doses de adrenalina IM ou para pacientes em parada cardiorrespiratória, devendo ser feita sob monitorização rigorosa e diluição específica. Além disso, anti-histamínicos são drogas de segunda linha e nunca devem atrasar a administração da adrenalina.

Alternativa c) Incorreta. O icatibanto (antagonista do receptor B2 da bradicinina) e o concentrado de C1 esterase são tratamentos específicos para angioedema hereditário ou bradicinérgico. Contudo, diante de um paciente com instabilidade hemodinâmica e gatilho alimentar claro, o diagnóstico prioritário é anafilaxia. Perder tempo buscando medicações de alto custo e uso restrito em um quadro anafilático é fatal.

Alternativa d) Incorreta. Corticoides e anti-histamínicos não tratam os sintomas fatais da anafilaxia (broncoespasmo, edema de laringe e choque). Eles agem lentamente e servem apenas para controle de sintomas cutâneos e prevenção de reações bifásicas. A ausência de urticária não exclui anafilaxia.

Alternativa e) Incorreta. Embora o manejo da via aérea seja fundamental, a administração imediata da adrenalina IM pode reduzir o edema de glote rapidamente, facilitando ou até evitando a necessidade de uma intubação orotraqueal, que, em casos de edema grave de vias aéreas superiores, é extremamente difícil e deve ser realizada por profissionais experientes (preferencialmente com auxílio de videolaringoscopia ou preparo para cricotireoidostomia). A droga deve vir antes ou simultaneamente à preparação para a via aérea.

---

### **Questão 37**

Análise do Cenário Clínico:

O paciente apresenta um quadro de trombose de stent subaguda (ocorrida 3 meses após a angioplastia) a despeito da adesão medicamentosa. A trombose de stent é uma complicação grave e, neste caso, a farmacogenômica explica o insucesso terapêutico. O ponto central é a ativação do clopidogrel e o metabolismo das estatinas.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Correta): O clopidogrel é um pró-fármaco que necessita de ativação

hepática, mediada principalmente pela enzima CYP2C19, para se transformar em seu metabólito ativo e exercer o efeito antiagregante. O genótipo CYP2C19 \*2/\*2 caracteriza o indivíduo como um "metabolizador pobre" (perda total de função). Nesses pacientes, o clopidogrel não é ativado adequadamente, resultando em alta reatividade plaquetária e elevado risco de eventos trombóticos, como a trombose de stent. A conduta recomendada pelas diretrizes (como as do CPIC) é substituir o clopidogrel por antiagregantes que não dependam dessa via metabólica específica, como o prasugrel ou o ticagrelor.

Alternativa B (Incorreta): Aumentar a dose de clopidogrel para 150 mg não é a estratégia recomendada para metabolizadores pobres. Estudos (como o GRAVITAS) demonstraram que a dose dobrada não supera consistentemente a resistência genética em metabolizadores pobres e não reduz eventos cardiovasculares de forma tão eficaz quanto a troca por um bloqueador P2Y12 mais potente (prasugrel ou ticagrelor).

Alternativa C (Incorreta): A rivaroxabana é um anticoagulante (inibidor do fator Xa). Embora possa ser usada em doses baixas associada à dupla antiagregação em casos selecionados (estratégia COMPASS ou ATLAS), ela não substitui a necessidade de uma antiagregação plaquetária eficaz após uma trombose de stent. O problema aqui é a falha na inibição plaquetária, e não uma indicação primária de anticoagulação plena isolada.

Alternativa D (Incorreta): O genótipo SLCO1B1 c.521CC indica uma função reduzida do transportador OATP1B1, que capta as estatinas para o fígado. Isso eleva os níveis plasmáticos da estatina e aumenta drasticamente o risco de miopatia e rabdomiólise. Embora a troca por uma estatina de menor dependência desse transportador (como a rosuvastatina em doses menores ou o ajuste de dose) seja importante para evitar efeitos colaterais, essa medida não é a prioridade para reduzir o risco de um "novo evento trombótico" (trombose de stent), que é o foco principal da questão.

Alternativa E (Incorreta): Suspender as estatinas aumentaria o risco cardiovascular a longo prazo, pois elas são fundamentais na estabilização de placas e redução de LDL pós-IAM. Além disso, manter apenas a antiagregação com clopidogrel seria manter uma terapia comprovadamente ineficaz para este paciente específico devido ao seu perfil genético.

Resumo Didático:

O clopidogrel é dependente da CYP2C19. Se o paciente for metabolizador pobre (\*2/\*2), o remédio não funcionará adequadamente. Em caso de trombose de stent por resistência ao clopidogrel, a conduta padrão é trocar por prasugrel ou ticagrelor. O achado do SLCO1B1 é relevante para o risco de dor muscular (miopatia), mas a

prioridade vital imediata é garantir a patência do stent.

### Questão 38

Esta questão aborda o manejo clínico de uma paciente portadora de uma variante patogênica no gene BRCA1, uma situação de altíssimo risco para câncer de mama e de ovário. O entendimento das diretrizes de rastreamento e prevenção é fundamental para a prática oncológica e mastológica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O rastreamento apenas com mamografia e iniciado apenas aos 40 anos é insuficiente e tardio para portadoras de mutação no BRCA1. Para essas pacientes, o rastreamento deve começar muito antes (geralmente aos 25 anos com ressonância e aos 30 anos com mamografia associada) devido à alta incidência de câncer de mama em idades precoces e à maior agressividade dos tumores, que muitas vezes não são bem visualizados apenas pela mamografia em mamas densas.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa reflete as principais recomendações das diretrizes internacionais (como o NCCN). Para portadoras de BRCA1, a ressonância magnética (RM) das mamas com contraste é o exame mais sensível, devendo ser anual. Além disso, como não existe um método de rastreamento eficaz para o câncer de ovário, a recomendação padrão para redução de mortalidade é a salpingo-ooforectomia redutora de risco, idealmente entre os 35 e 40 anos para portadoras de BRCA1, após completarem a prole.

Alternativa c) Incorreta. O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio usado na quimioprevenção, mas sua eficácia é comprovada principalmente na redução de tumores receptores hormonais positivos. Como os cânceres de mama associados ao gene BRCA1 são predominantemente triplo-negativos (receptores de estrogênio, progesterona e HER2 negativos), o impacto da quimioprevenção com tamoxifeno é muito limitado ou incerto nesta população específica.

Alternativa d) Incorreta. O PET-CT não é uma modalidade de rastreamento para câncer de mama ou ovário em pacientes assintomáticas, mesmo as de alto risco. O PET-CT é utilizado para estadiamento, avaliação de recidiva ou resposta ao tratamento em casos já diagnosticados. O rastreamento de imagem foca na ressonância magnética e mamografia.

Alternativa e) Incorreta. Embora a mastectomia bilateral redutora de risco seja uma opção que reduz drasticamente a chance de câncer de mama (em cerca de 90 a

95%), ela nunca é "obrigatória" e jamais deve ser realizada "independentemente da preferência da paciente". A decisão deve ser compartilhada, respeitando a autonomia da mulher, após discussão dos riscos, benefícios e alternativas de vigilância ativa com exames de imagem. Além disso, a idade para a cirurgia deve ser individualizada.

### Questão 39

#### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta uma tríade clássica de hipertensão arterial sistêmica, hipocalemia (potássio de 2,5 mEq/L) e alcalose metabólica (pH 7,49 e HCO<sub>3</sub> 32 mEq/L). Esse conjunto de achados sugere um estado de excesso de mineralocorticoides. O ponto fundamental para o diagnóstico diferencial neste caso é o histórico de consumo diário de balas de alcaçuz (\*licorice\*) nos últimos dois meses.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como o naproxeno, tendem a causar retenção de sódio e água, podendo elevar a pressão arterial. No entanto, o efeito esperado dos AINEs sobre o potássio é a hipercalemia (aumento do potássio), por meio da inibição da síntese de prostaglandinas renais, o que reduz a secreção de renina e aldosterona. Portanto, o uso de AINE não justifica a hipocalemia de 2,5 mEq/L.

Alternativa b) Incorreta. A losartana é um bloqueador dos receptores de angiotensina II (BRA). O efeito típico dessa classe de medicamentos é a tendência à hipercalemia, uma vez que eles bloqueiam o sistema renina-angiotensina-aldosterona, reduzindo a excreção renal de potássio. Seria contraditório atribuir a hipocalemia grave ao uso de losartana.

Alternativa c) Incorreta. O hiperaldosteronismo primário (como no adenoma produtor de aldosterona) cursa exatamente com a mesma tríade (hipertensão, hipocalemia e alcalose). Contudo, a questão fornece um dado epidemiológico e dietético crucial: o consumo de extrato de alcaçuz. Na prática médica e em provas de residência, quando há uma exposição clara a uma substância que mimetiza uma doença, essa substância é a causa mais provável. No hiperaldosteronismo primário real, os níveis de aldosterona estariam altos, enquanto no caso do alcaçuz, tanto a renina quanto a aldosterona estarão suprimidas (pseudo-hiperaldosteronismo).

Alternativa d) Incorreta. A anlodipina é um bloqueador de canais de cálcio que não causa distúrbios eletrolíticos como hipocalemia ou alcalose metabólica. Além disso, a paciente nem sequer estava em uso desse medicamento segundo o relato clínico.

Alternativa e) Correta. O alcaçuz contém uma substância chamada ácido glicirrizínico (glicirrizina). Essa substância inibe a enzima 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 2 (11-beta-HSD2). Em condições normais, essa enzima converte o cortisol (ativo) em cortisona (inativa) nos rins. Como o cortisol tem afinidade pelos receptores de mineralocorticoides igual à da aldosterona, a enzima protege o receptor do excesso de cortisol circulante. Quando a enzima é inibida pela glicirrizina, o cortisol se acumula no tecido renal e passa a ativar massivamente os receptores de mineralocorticoides, causando retenção de sódio, excreção de potássio e de hidrogênio. Isso gera o quadro de pseudo-hiperaldosteronismo: clinicamente idêntico ao excesso de aldosterona, mas causado por outra substância (neste caso, o próprio cortisol da paciente agindo indevidamente no rim).

## Questão 40

### DIAGNÓSTICO E RACIOCÍNIO CLÍNICO:

O caso descreve um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 de longa data (18 anos) e com péssimo controle metabólico (HbA1c de 11 por cento). O quadro de rigidez progressiva das mãos, dificuldade para tarefas motoras finas e o achado clássico no exame físico chamado sinal da prece (incapacidade de encostar as superfícies palmárias das mãos e dedos) são característicos da Artropatia Diabética da Mão, também conhecida como Queiroartropatia Diabética. Esta condição ocorre pela glicosilação não enzimática do colágeno, que leva ao espessamento da pele e endurecimento das cápsulas articulares e tendões.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

- a) Incorreta. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa do neurônio motor. Ela se manifestaria com fraqueza muscular progressiva, atrofia (amiotrofia), fasciculações e sinais de liberação piramidal (como hiperreflexia), o que não condiz com o relato de reflexos presentes e ausência de déficit motor evidente.
- b) Incorreta. A Síndrome de Dupuytren também é comum em diabéticos e causa a flexão fixa dos dedos, mas ela se caracteriza pela formação de nódulos e cordas fibrosas palpáveis na palma da mão que "puxam" os dedos para a flexão (especialmente o 4º e 5º dedos). O quadro descrito é de uma limitação global da extensão dos dedos e mãos (sinal da prece) e pele espessada, mais típico da queiroartropatia.
- c) Correta. A Artropatia Diabética da Mão é uma complicação musculoesquelética comum em pacientes com diabetes mal controlado de longa data. A fisiopatologia

envolve o acúmulo de produtos finais de glicosilação avançada (AGEs) no colágeno, tornando a pele e as articulações rígidas. O sinal da prece é o marcador clínico clássico dessa patologia.

d) Incorreta. A Artrite Reumatoide (AR) tipicamente apresenta sinovite (edema, calor e dor articular), rigidez matinal prolongada e acometimento inflamatório simétrico. O caso em questão descreve uma rigidez mecânica indolor, sem sinais de inflamação ativa e sem as deformidades articulares erosivas típicas da AR.

e) Incorreta. A neuropatia periférica motora resultaria em fraqueza muscular e atrofia dos músculos intrínsecos da mão (como os interósseos e a eminência tenar/hipotenar), o que levaria a uma mão em garra ou fraqueza de preensão, mas não ao espessamento da pele e ao sinal da prece, que são alterações teciduais e articulares.

---

### Questão 41

Análise do caso: O quadro clínico descreve um paciente politraumatizado com sinais de comprometimento respiratório (taquipneia e queda de saturação) e achados de exame físico compatíveis com uma coleção pleural (pneumotórax ou hemotórax) no hemitórax esquerdo, evidenciados pela expansão assimétrica e abolição do murmúrio vesicular deste lado. O tratamento definitivo indicado é a drenagem torácica em selo d'água.

Alternativa A: Incorreta. O 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular é o local tradicionalmente indicado para a descompressão torácica por agulha (toracocentese de alívio) no caso de pneumotórax hipertensivo em adultos, e não para a inserção do dreno de tórax definitivo (drenagem tubular). Vale lembrar que as diretrizes atuais do ATLS (10ª edição) também preferem o 5º espaço intercostal para a descompressão por agulha.

Alternativa B: Incorreta. A linha hemiclavicular no 5º espaço intercostal é uma localização muito anterior e medial. A inserção de um dreno nesta região aumenta consideravelmente o risco de lesão em estruturas vitais, como o coração (especialmente à esquerda) e os vasos mamários internos, além de ser tecnicamente inadequada para a drenagem de fluidos e ar.

Alternativa C: Incorreta. O erro desta alternativa reside na lateralidade. O enunciado informa que o murmúrio vesicular está abolido no hemitórax ESQUERDO. Portanto, a drenagem deve ser feita obrigatoriamente à esquerda. Realizar o procedimento à direita em um pulmão sadio causaria um pneumotórax iatrogênico e agravaria drasticamente o estado do paciente.

Alternativa D: Correta. O local padrão para a drenagem torácica é o chamado "triângulo de segurança", delimitado pela borda anterior do músculo latíssimo do dorso, borda lateral do músculo peitoral maior e uma linha horizontal acima do nível do mamilo. Na prática, isso corresponde ao 4º ou 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e a linha axilar média. Como os sinais clínicos estão no lado esquerdo, este é o local correto.

Alternativa E: Incorreta. Além de estar no lado errado (direita), o 3º espaço intercostal na linha axilar média fica acima da recomendação padrão do ATLS, que preconiza o 5º espaço para evitar lesões em órgãos abdominais (como o fígado ou baço em casos de cúpula diafragmática elevada) e garantir a segurança técnica do procedimento.

---

## Questão 42

A questão aborda o conhecimento anatômico das incisões cirúrgicas abdominais clássicas, especificamente a utilizada para a colecistectomia aberta (retirada da vesícula biliar por via convencional). Para responder corretamente, é necessário correlacionar o órgão operado com sua localização anatômica e o epônimo da incisão.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A incisão de Rockey-Davis é uma incisão transversa (horizontal) realizada na fossa ilíaca direita. Ela é utilizada para o acesso ao apêndice cecal em casos de apendicite aguda, e não para cirurgias de vesícula biliar.

Alternativa b: Incorreta. Embora a incisão de Kocher seja o nome correto, a localização citada está errada. O hipocôndrio esquerdo é a região onde se localiza o baço. Uma incisão subcostal esquerda seria utilizada para uma esplenectomia.

Alternativa c: Incorreta. A incisão de McBurney é uma incisão oblíqua localizada na fossa ilíaca direita, especificamente sobre o ponto de McBurney. É a via de acesso clássica para apendicectomias abertas.

Alternativa d: Incorreta. A incisão mediana é realizada na linha média do abdome (linha alba). Embora possa ser usada em cirurgias de urgência ou quando há necessidade de explorar toda a cavidade, ela não é a incisão eletiva clássica para colecistectomia aberta, que possui um epônimo específico.

Alternativa e: Correta. A incisão de Kocher é definida como uma incisão subcostal

direita, de orientação oblíqua, paralela à margem costal. Como a vesícula biliar está localizada no hipocôndrio direito, abaixo do fígado, esta é a via que oferece a melhor exposição cirúrgica para o procedimento de colecistectomia por via aberta.

Resumo técnico:

A colecistectomia aberta utiliza preferencialmente a incisão de Kocher (subcostal direita). Em contrapartida, as cirurgias de apêndice utilizam McBurney ou Rockey-Davis (fossa ilíaca direita), e as esplenectomias podem utilizar a subcostal esquerda.

---

### Questão 43

As lesões por pressão (LPP) são complicações frequentes em pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), resultantes da interrupção do fluxo sanguíneo para os tecidos devido à compressão prolongada entre uma proeminência óssea e uma superfície externa. A localização da lesão depende estritamente da posição em que o paciente permanece.

Alternativa (a) Incorreta. A região sacral é o local mais frequente de lesões por pressão no paciente acamado em geral, porém isso ocorre quando ele permanece em decúbito dorsal (deitado de costas). No decúbito lateral, a região sacral fica livre de pressão direta.

Alternativa (b) Correta. Ao posicionar o paciente em decúbito lateral, a maior proeminência óssea que recebe a carga do peso corporal é o grande trocânter do fêmur. Portanto, a região trocantérica é o local mais vulnerável e frequente para o surgimento de lesões nessa posição específica. Outros pontos de risco no decúbito lateral incluem o maléolo lateral, a face lateral do joelho e a orelha.

Alternativa (c) Incorreta. A região occipital (atrás da cabeça) é um local de risco para pacientes em decúbito dorsal. Na posição prona (de barriga para baixo), as áreas de risco na cabeça são a fronte (testa), o nariz, as bochechas e o queixo.

Alternativa (d) Incorreta. Em decúbito dorsal, a face não sofre pressão direta da superfície do leito. As lesões faciais estão associadas à posição prona ou ao uso de dispositivos médicos, como máscaras de ventilação não invasiva e fixações de tubos orotraqueais.

Alternativa (e) Incorreta. A região do ísquio (tuberosidade isquiática) é o principal ponto de pressão e o local mais comum de lesões em pacientes que permanecem por longos períodos na posição sentada (como cadeirantes). Na posição prona, os pontos críticos são o tórax, as cristas ilíacas, os joelhos e os dedos dos pés.

---

## Questão 44

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O processo de cicatrização é um tema recorrente em provas de cirurgia e dermatologia, sendo dividido didaticamente em três fases principais: Inflamatória, Proliferativa e de Remodelação (ou Maturação). Vamos analisar cada alternativa para entender a correção da questão:

Alternativa A - INCORRETA: A atividade fagocitária intensa realizada pelos macrófagos e neutrófilos, visando ao desbridamento de tecidos desvitalizados e ao controle bacteriano, é a marca da fase INFLAMATÓRIA, e não da fase proliferativa. A fase proliferativa é focada na formação do tecido de granulação e na reepitelização.

Alternativa B - CORRETA: Esta alternativa define perfeitamente a fase inflamatória. Ela se inicia imediatamente após a lesão tecidual, durando em média de 1 a 6 dias. Seus primeiros eventos são a hemostasia (vasoconstrição inicial e cascata de coagulação), seguidos pela liberação de mediadores químicos que promovem a quimiotaxia (atração) de leucócitos para o sítio da ferida.

Alternativa C - INCORRETA: A angiogênese (formação de novos vasos) e o início da produção de colágeno são eventos característicos da fase PROLIFERATIVA, que ocorre antes da fase de remodelação. Além disso, a fase de remodelação costuma ser considerada como tendo início por volta do 21º dia (terceira semana).

Alternativa D - INCORRETA: Embora a fase de maturação/remodelação possa durar um ano ou mais e represente o final do processo, a troca de colágeno ocorre no sentido inverso: o colágeno tipo III (mais frágil e imaturo, produzido na fase de proliferação) é substituído pelo colágeno tipo I (mais resistente e organizado). A alternativa inverteu essa lógica.

Alternativa E - INCORRETA: Na fase de proliferação, a célula protagonista é o FIBROBLASTO, responsável pela síntese da matriz extracelular e do colágeno. Os miofibroblastos são fibroblastos diferenciados que atuam especificamente na contração da ferida, mas não são as principais células ou as únicas responsáveis pela definição de toda a fase proliferativa.

GABARITO: Alternativa B.

---

### Questão 45

A vascularização arterial do reto é composta por três vasos principais: a artéria retal superior, a artéria retal média e a artéria retal inferior. Compreender a origem de cada um desses vasos é essencial para a anatomia cirúrgica pélvica.

A artéria retal superior é a continuação direta e o ramo terminal da artéria mesentérica inferior. As artérias retais médias originam-se da divisão anterior da artéria ilíaca interna. Já as artérias retais inferiores são ramos das artérias pudendas internas (que, por sua vez, também são ramos da ilíaca interna).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A artéria mesentérica superior é responsável pela irrigação do intestino delgado e da metade direita do cólon (até os dois terços proximais do cólon transversal), não participando da irrigação do reto.

Alternativa b) Incorreta. As artérias sigmoidianas são ramos da artéria mesentérica inferior que suprem o cólon sigmoide. Embora participem de arcadas anastomóticas, não dão origem à artéria retal média.

Alternativa c) Incorreta. A artéria sacral média é um ramo pequeno que nasce na face posterior da aorta abdominal, logo acima de sua bifurcação. Ela desce pelo sacro e pode emitir pequenos ramos para a parede posterior do reto, mas é um vaso distinto da retal média.

Alternativa d) Incorreta. A artéria mesentérica inferior dá origem à artéria retal superior, mas não à retal média. A retal superior é responsável pelo suprimento da porção superior do reto.

Alternativa e) Correta. A artéria retal média tem sua origem na artéria ilíaca interna (geralmente em seu tronco anterior). Ela se dirige medialmente, cruzando o assoalho pélvico através dos ligamentos laterais do reto, para irrigar a porção média deste órgão e a musculatura retal. Ela estabelece comunicações importantes com a retal superior (acima) e a retal inferior (abaixo).

---

### Questão 46

Definição de Via Aérea Definitiva:

De acordo com os protocolos internacionais de atendimento ao trauma e emergências, como o ATLS (Advanced Trauma Life Support), a via aérea definitiva é definida pela presença de um tubo inserido na traqueia, com um balonete (cuff)

insuflado abaixo das cordas vocais, conectado a uma fonte de oxigênio suplementar e fixado adequadamente. O objetivo principal é garantir a patência da via aérea, permitir a ventilação assistida e proteger os pulmões contra a aspiração de conteúdo gástrico ou sangue.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O cateter nasal de oxigênio é um dispositivo de suplementação de oxigênio de baixo fluxo. Ele é indicado apenas para pacientes que possuem via aérea pérvia e ventilação espontânea preservada, não oferecendo nenhuma proteção ou controle definitivo da via respiratória.

Alternativa b) Incorreta. A máscara laríngea é considerada um dispositivo supraglótico. Apesar de ser uma excelente ferramenta no manejo da via aérea difícil e em situações de "não consigo intubar, não consigo ventilar", ela não é uma via aérea definitiva porque se posiciona acima da glote e não isola completamente a traqueia contra a aspiração de conteúdo gástrico.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa preenche os requisitos técnicos da definição: o tubo deve estar no interior da traqueia e o cuff deve estar insuflado para garantir a vedação da via aérea e a proteção pulmonar. A via aérea definitiva pode ser estabelecida por intubação orotraqueal, nasotraqueal ou por via cirúrgica (cricotiroidostomia ou traqueostomia).

Alternativa d) Incorreta. A máscara de oxigênio, mesmo com alto fluxo (15 litros por minuto), é um método não invasivo de oxigenação. Ela não assegura a passagem de ar em caso de obstrução mecânica nem protege o paciente de broncoaspiração em casos de rebaixamento do nível de consciência.

Alternativa e) Incorreta. Um tubo posicionado na faringe (como uma cânula de Guedel ou um tubo orotraqueal mal posicionado) não garante a ventilação dos pulmões. Para ser definitiva, a extremidade do tubo e o balonete devem obrigatoriamente ultrapassar as cordas vocais e estar posicionados na traqueia.

---

### **Questão 47**

Alternativa a: Incorreta. Na presença de sinais sugestivos de trauma de uretra, como sangue no meato uretral, retenção urinária ou próstata elevada (cranializada) ao toque retal, a sondagem vesical de demora é contraindicada. A passagem cega de uma sonda pode transformar uma lesão uretral parcial em uma ruptura completa, além de aumentar o risco de infecção. O procedimento correto antes de qualquer tentativa de cateterismo é a realização de uma uretrografia retrógrada.

Alternativa b: Correta. A uretra é dividida em anterior (peniana e bulbar) e posterior (membranosa e prostática). A uretra membranosa atravessa o diafragma urogenital e é fixada aos ossos da pelve pelos ligamentos puboprostáticos. Em traumas de alta energia que resultam em fratura de bacia, ocorre uma força de cisalhamento que frequentemente lesiona a uretra nesse segmento posterior, especificamente na transição membranosa.

Alternativa c: Incorreta. A uretra peniana faz parte da uretra anterior. As lesões de uretra anterior estão mais comumente relacionadas a traumas diretos no pênis, instrumentação iatrogênica ou traumas por queda a cavaleiro (que tipicamente atingem a uretra bulbar). Fraturas de bacia estão classicamente associadas a lesões da uretra posterior.

Alternativa d: Incorreta. O exame padrão-ouro para o diagnóstico de trauma de uretra é a uretrografia retrógrada. A cintilografia renal é um exame de medicina nuclear utilizado para avaliar a função e a perfusão dos rins, não possuindo indicação na avaliação da integridade uretral em quadros de trauma agudo.

Alternativa e: Incorreta. A radiografia de pelve é importante para identificar as fraturas ósseas decorrentes do trauma, o que levanta a suspeita clínica de lesão uretral associada. No entanto, o raio X simples não permite visualizar a uretra ou diagnosticar sua ruptura. Para isso, é necessária a administração de contraste iodado via retrógrada.

---

### Questão 48

Para determinar a pontuação na Escala de Coma de Glasgow deste paciente, devemos analisar individualmente os três parâmetros clássicos de avaliação: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, além de considerar a reatividade pupilar.

**Abertura Ocular:** O paciente apresenta abertura ocular ao comando de voz. Na escala, a pontuação é atribuída da seguinte forma: abertura espontânea recebe 4 pontos, ao som recebe 3 pontos, à pressão recebe 2 pontos e a ausência de resposta recebe 1 ponto. Portanto, o paciente recebe 3 pontos.

**Resposta Verbal:** O paciente emite sons inaudíveis, o que, na terminologia da escala, corresponde a sons incompreensíveis ou gemidos. A pontuação para resposta verbal é: orientado (5 pontos), confuso (4 pontos), palavras isoladas (3 pontos), sons incompreensíveis (2 pontos) e ausência de resposta (1 ponto). Portanto, o paciente recebe 2 pontos.

Resposta Motora: O paciente localiza a dor. Na avaliação motora, atribui-se 6 pontos para quem obedece a comandos, 5 para quem localiza o estímulo doloroso, 4 para flexão normal (retirada), 3 para flexão anormal (decorticação), 2 para extensão (descerebração) e 1 para ausência de resposta. Portanto, o paciente recebe 5 pontos.

Reatividade Pupilar: O enunciado descreve pupilas isofotorreagentes, ou seja, ambas as pupilas reagem à luz. De acordo com a atualização da escala de Glasgow que inclui a avaliação pupilar (ECG-P), deve-se subtrair pontos apenas se houver perda de reatividade: se ambas reagem, subtrai-se 0; se apenas uma reage, subtrai-se 1; se nenhuma reage, subtrai-se 2. Como ambas reagem, não há redução de pontos.

Cálculo final: 3 (Ocular) + 2 (Verbal) + 5 (Motora) = 10 pontos.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor 13 indicaria um traumatismo leve, em que o paciente provavelmente estaria orientado ou confuso, o que não condiz com a emissão de apenas sons.

Alternativa b) Incorreta. O valor 8 é o ponto de corte para definir traumatismo cranioencefálico grave e necessidade de intubação, mas os dados clínicos fornecidos somam uma pontuação maior.

Alternativa c) Incorreta. O valor 7 subestima as respostas apresentadas. Para chegar a 7, o paciente precisaria ter, por exemplo, uma resposta motora de decorticação ou ausência de abertura ocular ao som.

Alternativa d) Incorreta. O valor 9 é um erro de cálculo próximo, mas não reflete a soma correta dos critérios estabelecidos pelo ATLS e pela escala atualizada.

Alternativa e) Correta. A alternativa reflete o somatório exato dos achados: abertura ocular ao som (3) + resposta verbal com sons (2) + resposta motora localizando a dor (5), totalizando 10 pontos.

---

### Questão 49

O quadro clínico descrito — vítima de trauma torácico com hipertimpanismo à percussão e hipotensão arterial — é a apresentação clássica do pneumotórax hipertensivo. O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar entra no espaço pleural, mas não consegue sair, gerando um mecanismo de válvula. Isso aumenta a pressão intrapleural, colapsa o pulmão ipsilateral e desvia o mediastino, comprimindo

as veias cavas e reduzindo o retorno venoso, o que leva ao choque obstrutivo (hipotensão).

Trata-se de uma emergência médica que exige diagnóstico clínico imediato e intervenção antes mesmo de qualquer exame de imagem.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A intubação orotraqueal e o início da ventilação por pressão positiva podem agravar drasticamente um pneumotórax hipertensivo, pois a pressão positiva empurra mais ar para o espaço pleural, acelerando o colapso hemodinâmico. A descompressão deve ser feita antes da ventilação mecânica.

b) Correta. Esta é a conduta de emergência preconizada pelo ATLS (10ª edição). A descompressão torácica por agulha (toracocentese de alívio) deve ser realizada com um cateter calibroso (como o Jelco). O local de escolha atual, devido à maior eficácia e segurança em adultos, é o 5º espaço intercostal, logo à frente da linha axilar média. O objetivo é transformar o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples, estabilizando o paciente até a drenagem em selo d'água definitiva.

c) Incorreta. A toracotomia exploradora é uma medida invasiva de exceção no trauma (como em hemotórax maciço ou lesões de grandes vasos). No pneumotórax hipertensivo, o tratamento inicial é a descompressão simples, não havendo indicação imediata de abertura cirúrgica do tórax.

d) Incorreta. O curativo em três pontos é a conduta inicial para o pneumotórax aberto (ferida aspirante no tórax), onde há comunicação do meio externo com o espaço pleural. O caso clínico sugere um pneumotórax hipertensivo (provavelmente fechado), onde a pressão interna precisa ser aliviada.

e) Incorreta. Embora o oxigênio suplementar seja importante no atendimento inicial ao trauma, ele isoladamente não resolve o problema mecânico da compressão das veias cavas e do pulmão. Sem a descompressão, o paciente evoluirá para parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP).

---

## Questão 50

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O cenário descrito apresenta um trauma hepático grave com necessidade de controle imediato da hemorragia durante a laparotomia. Em cirurgia do trauma, quando há sangramento ativo vultoso proveniente do fígado, a prioridade é interromper

temporariamente o aporte sanguíneo ao órgão para permitir a visualização da lesão e o tratamento definitivo.

Análise das alternativas:

a) Mattox: Esta manobra consiste na rotação visceral medial à esquerda. É utilizada para expor a aorta abdominal em toda a sua extensão (desde o hiato diafragmático até a bifurcação das ilíacas) e seus ramos, como a artéria mesentérica superior e os vasos renais esquerdos. Não é utilizada para controle de sangramento hepático.

b) Cattell: A manobra de Cattell-Braasch refere-se à rotação visceral medial à direita, com a mobilização de todo o cólon direito e do intestino delgado. É útil para expor a veia cava inferior infrarrenal, a aorta infrarrenal e os vasos mesentéricos superiores, mas não bloqueia o fluxo de entrada do fígado.

c) Kocher: A manobra de Kocher consiste na mobilização do duodeno e da cabeça do pâncreas em direção à linha média (para a esquerda). É empregada para expor a face posterior do pâncreas, o duodeno e a veia cava inferior retropancreática, não servindo para o bloqueio do pedículo hepático.

d) Pringle: Esta é a manobra de escolha descrita na questão. Consiste no clampeamento do ligamento hepatoduodenal (pedículo hepático), que contém a veia porta, a artéria hepática e o ducto colédoco, geralmente realizado através do forame de Winslow. Ao bloquear o fluxo de entrada (inflow) hepático, o cirurgião consegue diminuir drasticamente o sangramento de origem parenquimatosa. Se o sangramento persistir após a manobra de Pringle, deve-se suspeitar de lesão em veias hepáticas ou na veia cava inferior retro-hepática (outflow).

e) Whipple: Não se trata de uma manobra de controle de sangramento, mas sim de um procedimento cirúrgico complexo conhecido como gastroduodenopancreatectomia. É indicado para o tratamento de neoplasias da cabeça do pâncreas, duodeno e região periampular.

Gabarito: Alternativa (d) é a correta.

---

### Questão 51

Para responder a essa questão, devemos utilizar a classificação do choque hipovolêmico hemorrágico proposta pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support), que divide a gravidade da hemorragia em quatro classes, baseando-se no percentual de perda de sangue e em parâmetros clínicos.

Alternativa a: Incorreta. No choque classe I, a perda sanguínea é de até 15% do volume total. Uma perda de 20% já posiciona o paciente na classe II da classificação.

Alternativa b: Incorreta. O choque classe II compreende uma perda volêmica que varia de 15% a 30%. O intervalo de 20% a 35% mencionado na alternativa não está em conformidade com as diretrizes do ATLS.

Alternativa c: Correta. O choque classe III é definido por uma perda sanguínea estimada entre 30% e 40%. Clinicamente, este é o estágio em que a maioria dos pacientes apresenta queda na pressão arterial sistólica (hipotensão), taquicardia acentuada e alteração do nível de consciência, sendo frequentemente necessária a reposição com hemoderivados.

Alternativa d: Incorreta. O choque classe IV é caracterizado por uma perda sanguínea superior a 40%. A alternativa estabelece um intervalo de 35% a 45%, o que diverge da definição técnica que utiliza o patamar fixo de mais de 40% para esta classe.

Alternativa e: Incorreta. De acordo com a sistematização do trauma (ATLS), o choque hemorrágico é classificado em apenas quatro estágios (Classes I, II, III e IV). Portanto, a denominação "Classe V" não existe nessa classificação acadêmica e assistencial.

---

## Questão 52

Para resolver essa questão, é necessário aplicar a Regra dos Nove (Regra de Wallace), que é o método padronizado pelo ATLS (Advanced Trauma Life Support) para a estimativa rápida da Superfície Corporal Queimada (SCQ) em pacientes adultos.

A Regra dos Nove distribui os percentuais da seguinte forma:

- Cabeça e pescoço: 9%
- Membro superior direito: 9%
- Membro superior esquerdo: 9%
- Tronco anterior: 18%
- Tronco posterior: 18%
- Membro inferior direito: 18% (sendo 9% a face anterior e 9% a face posterior)
- Membro inferior esquerdo: 18% (sendo 9% a face anterior e 9% a face posterior)
- Périneo/Genitália: 1%

Cálculo baseado no enunciado:

1. Tronco anterior: 18%
2. Tronco posterior: 18%
3. Porção anterior dos membros inferiores bilateralmente: 9% (membro inferior

direito anterior) + 9% (membro inferior esquerdo anterior) = 18%

Somando os valores: 18% + 18% + 18% = 54%.

Análise das alternativas:

Alternativa a) 18%: Incorreta. Este valor corresponde a apenas uma das grandes áreas mencionadas (apenas o tronco anterior, por exemplo).

Alternativa b) 27%: Incorreta. Este valor não contempla a soma correta das três porções de 18% identificadas no caso clínico.

Alternativa c) 36%: Incorreta. Este valor corresponderia apenas à soma do tronco anterior e posterior, ignorando a queimadura nos membros inferiores.

Alternativa d) 45%: Incorreta. Valor abaixo do total calculado pela soma das superfícies descritas no trauma.

Alternativa e) 54%: Correta. Representa a soma exata do tronco total (36%) com a face anterior de ambos os membros inferiores (18%), totalizando os 54% de superfície corporal queimada.

---

### Questão 53

Alternativa a) Incorreta. A ausência de hematúria não é suficiente para excluir lesões no trato genitourinário. Embora a hematúria seja um achado frequente, lesões graves como a avulsão do pedículo renal, trombose da artéria renal ou lesões do ureter podem ocorrer sem a presença de sangue na urina.

Alternativa b) Incorreta. A presença de gases intestinais ou a obesidade são consideradas limitações técnicas que dificultam a execução e a interpretação do ultrassom FAST, mas não representam contraindicações absolutas. A principal contraindicação ao uso do FAST ou de qualquer método diagnóstico prolongado é a indicação clara de laparotomia imediata em pacientes instáveis.

Alternativa c) Incorreta. Uma das desvantagens do Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) é que ele é um procedimento invasivo e, uma vez realizado, pode dificultar interpretações subsequentes devido à introdução de ar ou líquido na cavidade. Diferentemente do FAST, que é não invasivo e facilmente repetível, o LPD não é o método de escolha para avaliações seriadas comparativas.

Alternativa d) Incorreta. A estabilidade hemodinâmica é um pré-requisito

fundamental para a realização da tomografia computadorizada no trauma. Pacientes com instabilidade pressórica (hipotensão severa ou choque não responsivo) não devem ser transportados para a sala de tomografia, devendo ser avaliados por métodos à beira do leito (FAST ou LPD) ou levados diretamente ao centro cirúrgico.

Alternativa e) Correta. O FAST é desenhado para detectar líquido livre (hemoperitônio) e não para avaliar detalhadamente o parênquima dos órgãos. Ele possui baixa sensibilidade para identificar lesões de vísceras ocas, lesões do diafragma, lesões retroperitoneais e pequenas lesões de órgãos sólidos que ainda não geraram sangramento livre suficiente para visualização. Portanto, um exame negativo não autoriza o médico a descartar totalmente uma lesão visceral.

---

## Questão 54

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A (Incorreta): A secreção gástrica é composta majoritariamente por ácido clorídrico (HCl). Por esse motivo, a concentração de cloro é significativamente superior à de sódio. Em valores médios, a secreção gástrica apresenta cerca de 130 mEq/L de cloro e apenas 60 mEq/L de sódio.

Alternativa B (Correta): As secreções do intestino delgado (suco entérico) são praticamente isotônicas em relação ao plasma sanguíneo. Elas possuem uma alta concentração de sódio, em torno de 140 mEq/L, enquanto a concentração de bicarbonato é muito menor, variando entre 30 e 40 mEq/L. Assim, o sódio é o cátion predominante e supera amplamente a concentração de bicarbonato.

Alternativa C (Incorreta): Embora o cólon secrete bicarbonato e potássio, a concentração de cloro ainda costuma ser superior à de bicarbonato na secreção colônica. Valores típicos mostram o cloro em torno de 40 mEq/L e o bicarbonato por volta de 30 mEq/L.

Alternativa D (Incorreta): A secreção pancreática é a mais rica em bicarbonato de todo o trato gastrointestinal, atingindo concentrações de até 115 a 120 mEq/L para neutralizar a acidez gástrica no duodeno. Já o potássio mantém concentrações baixas, similares às plasmáticas (cerca de 5 mEq/L). Portanto, há muito mais bicarbonato do que potássio.

Alternativa E (Incorreta): A secreção biliar segue um padrão eletrolítico semelhante ao plasma. O cloro é o principal ânion, com concentração aproximada de 100 mEq/L, enquanto o potássio apresenta níveis baixos, em torno de 5 mEq/L. Logo, o cloro é muito superior ao potássio.

**RESUMO DOS VALORES (mEq/L):**

- Estômago: Na 60 / Cl 130
  - Intestino Delgado: Na 140 / HCO<sub>3</sub> 30
  - Pâncreas: HCO<sub>3</sub> 115 / K 5
  - Bile: Cl 100 / K 5
  - Cólon: Cl 40 / HCO<sub>3</sub> 30
- 

**Questão 55**

Alternativa a: Incorreta. A descrição apresentada refere-se, de forma aproximada, ao posicionamento do ligamento inguinal (que se estende da espinha ílaca anterossuperior ao tubérculo púbico) e não ao canal inguinal propriamente dito. O canal inguinal é um trajeto oblíquo de aproximadamente 4 cm que atravessa as camadas da parede abdominal anterior.

Alternativa b: Incorreta. A alternativa inverteu as nomenclaturas. O anel inguinal interno (ou profundo) é uma abertura na fáscia transversalis, sendo, portanto, a porção profunda. O anel inguinal externo (ou superficial) é uma abertura na aponeurose do músculo oblíquo externo, sendo a porção superficial.

Alternativa c: Incorreta. No sexo feminino, o conteúdo principal do canal inguinal é o ligamento redondo do útero. Os vasos epigástricos inferiores localizam-se no espaço pré-peritoneal, situando-se medialmente ao anel inguinal profundo, servindo como marco anatômico para diferenciar hérnias diretas de indiretas, mas não compõem o conteúdo interno do canal.

Alternativa d: Correta. O cordão espermático é um conjunto de estruturas que passam pelo canal inguinal no homem. Ele contém o ducto deferente, a artéria do ducto deferente, a artéria testicular, o plexo pampiniforme (venoso), vasos linfáticos, o ramo genital do nervo genitofemoral e o músculo cremáster (com seus respectivos vasos e nervos).

Alternativa e: Incorreta. O músculo cremáster é originado a partir de fibras do músculo oblíquo interno e, ocasionalmente, do músculo transverso do abdome. O músculo oblíquo externo contribui apenas com a formação da fáscia espermática externa, que é a camada mais superficial que reveste o cordão espermático.

---

### Questão 56

Análise das alternativas com base na classificação de cirurgias quanto ao potencial de contaminação:

Alternativa a: Incorreta. A biópsia de mama é realizada em tecidos moles sem a penetração nos tratos digestório, respiratório, urinário ou genital. Portanto, é classificada como uma cirurgia limpa, pois ocorre em condições assépticas e em tecidos inicialmente estéreis.

Alternativa b: Correta. Embora uma herniorrafia convencional seja uma cirurgia limpa, a presença de uma prótese (como a tela de polipropileno) altera sua classificação em muitos protocolos de vigilância e concursos médicos. O uso de implantes em cirurgias limpas eleva o risco de infecção e a gravidade de suas consequências, fazendo com que o procedimento seja classificado como potencialmente contaminado para fins de indicação de antibioticoprofilaxia e monitoramento.

Alternativa c: Incorreta. A colecistectomia envolve a manipulação e abertura controlada do trato biliar, que faz parte do trato digestório. Cirurgias que penetram em tratos colonizados sob condições controladas e sem contaminação macroscópica são classificadas como potencialmente contaminadas, e não limpas.

Alternativa d: Incorreta. A hemorroidectomia ocorre em uma região com alta carga bacteriana (canal anal), porém sem a presença de infecção ativa ou pus no momento da incisão. Por envolver tecidos colonizados de difícil descontaminação, é classificada como uma cirurgia contaminada. A classificação de cirurgia suja é reservada para casos com infecção prévia evidente.

Alternativa e: Incorreta. O desbridamento de uma fascíte necrotizante lida com tecidos que apresentam infecção clínica ativa, supuração, necrose e alta carga bacteriana preexistente. Procedimentos realizados em tecidos infectados ou com presença de pus são classificados como cirurgias infectadas ou sujas.

---

### Questão 57

Alternativa a: Incorreta. O antígeno carcinoembrionário (CEA) possui baixa sensibilidade para a detecção precoce do câncer de cólon (em torno de 30% a 40%). A sensibilidade desse marcador aumenta apenas em estágios avançados ou na presença de metástases, o que o torna inadequado para triagem ou diagnóstico inicial.

Alternativa b: Incorreta. O CA 15-3 não está relacionado à neoplasia precoce de

mama. Ele é um marcador com baixa sensibilidade para doença localizada, sendo utilizado quase exclusivamente para monitorar a resposta terapêutica e a recorrência em pacientes com câncer de mama em estágio avançado ou metastático.

Alternativa c: Incorreta. O CA 19-9 é o marcador de escolha para neoplasias biliopancreáticas, especialmente o adenocarcinoma de pâncreas. Para a neoplasia de ovário (especialmente os tumores epiteliais), o marcador mais utilizado e específico é o CA 125.

Alternativa d: Correta. A alfafetoproteína (AFP) é o marcador tumoral clássico para o carcinoma hepatocelular (CHC). Embora a sensibilidade de 98% seja considerada muito alta na prática clínica atual (onde frequentemente se observa entre 60% e 80%, dependendo do ponto de corte), esta é a alternativa considerada correta pela banca examinadora por ser a única que estabelece a correlação correta entre o marcador e a patologia específica, diferentemente das outras opções que apresentam erros conceituais graves.

Alternativa e: Incorreta. O antígeno carcinoembrionário (CEA) não é utilizado para o diagnóstico da neoplasia colorretal. De acordo com as diretrizes oncológicas, o diagnóstico deve ser feito por exames de imagem e colonoscopia com biópsia. O papel do CEA está restrito ao acompanhamento pós-operatório para detecção de recidiva e na avaliação do prognóstico.

---

### Questão 58

Alternativa a) Sinal de Chandelier – Doença Inflamatória Pélvica.

Esta alternativa está correta. O sinal de Chandelier refere-se à dor extrema sentida pela paciente durante a mobilização do colo do útero no toque vaginal. A dor é tão intensa que a paciente faz um movimento súbito para cima, como se fosse alcançar o lustre (chandelier) do teto. É um achado clássico de irritação peritoneal pélvica, sendo um critério clínico importante para o diagnóstico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

Alternativa b) Sinal de Aaron – Pancreatite aguda.

Esta alternativa está incorreta. O sinal de Aaron caracteriza-se pela dor ou sensação de aperto no epigástrio ou na região precordial quando se aplica pressão contínua sobre o ponto de McBurney. Este sinal é indicativo de apendicite aguda, e não de pancreatite aguda. Na pancreatite aguda, os sinais clássicos de exame físico são o sinal de Cullen e o sinal de Grey-Turner.

Alternativa c) Sinal de Danforth – Apendicite aguda.

Esta alternativa está incorreta. O sinal de Danforth refere-se à dor referida no ombro

durante a inspiração, causada pela irritação do nervo frênico devido à presença de sangue na cavidade peritoneal (hemoperitônio). É frequentemente observado em casos de gravidez ectópica rota. Para apendicite aguda, os sinais clássicos incluem Blumberg, Rovsing e Lenander.

Alternativa d) Sinal de Fothergill – Hemoperitônio.

Esta alternativa está incorreta. O sinal de Fothergill é utilizado para diferenciar uma massa na parede abdominal de uma massa intra-abdominal. Se a massa permanecer palpável e fixa enquanto o paciente contrai a musculatura do reto abdominal (elevando a cabeça ou as pernas), o sinal é positivo, indicando um hematoma da bainha do músculo reto abdominal. O hemoperitônio causa sinais de irritação peritoneal generalizada e não se limita à parede abdominal.

Alternativa e) Sinal de Ten Horn – Psoíte.

Esta alternativa está incorreta. O sinal de Ten Horn consiste na dor abdominal causada pela tração suave do cordão espermático direito. Esse sinal é uma manobra propedêutica utilizada na suspeita de apendicite aguda, especialmente em casos de localização atípica do apêndice. A psoíte (ou abscesso de psoas) é tipicamente avaliada pelo sinal do psoas, que consiste na dor à extensão passiva da coxa direita com o paciente em decúbito lateral esquerdo.

---

### Questão 59

Alternativa a) Incorreta. Uma das características fundamentais do Sleeve Gástrico (ou Gastrectomia Vertical) é justamente a preservação do piloro. A cirurgia consiste na ressecção longitudinal da grande curvatura gástrica, mantendo a continuidade fisiológica do trato digestório, o que permite um esvaziamento gástrico mais controlado em comparação com técnicas que excluem ou alteram o piloro.

Alternativa b) Incorreta. O Sleeve Gástrico é um procedimento predominantemente restritivo e não envolve desvios intestinais. Portanto, não apresenta o componente de má absorção observado na Gastroplastia em Y de Roux (Bypass Gástrico). A perda de peso no Sleeve ocorre pela restrição volumétrica e por alterações hormonais, enquanto o Bypass associa restrição à má absorção intestinal.

Alternativa c) Incorreta. As hérnias internas são complicações associadas a procedimentos que realizam o desvio de alças intestinais e a criação de espaços no mesentério (como o espaço de Petersen), o que é característico do Bypass Gástrico em Y de Roux. No Sleeve Gástrico, como não há manipulação ou transposição de alças de intestino delgado, o risco de hérnias internas é virtualmente inexistente.

Alternativa d) Correta. A grelina é um hormônio orexígeno (que estimula a fome)

produzido principalmente pelas células endócrinas localizadas no fundo gástrico. Como o Sleeve Gástrico envolve a ressecção de cerca de 80% do estômago, incluindo todo o fundo gástrico, ocorre uma redução drástica nos níveis plasmáticos de grelina. Essa redução metabólica é um dos principais mecanismos que auxiliam na perda de peso, promovendo maior saciedade ao paciente.

Alternativa e) Incorreta. O Sleeve Gástrico é considerado uma técnica versátil por permitir a conversão para outros procedimentos. Caso o paciente apresente perda de peso insuficiente, reganho de peso ou desenvolva doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) grave no pós-operatório, a anatomia do Sleeve permite perfeitamente a transformação para Gastroplastia em Y de Roux ou para o Duodenal Switch (SADI-S).

---

### Questão 60

Alternativa (a) Incorreta: A classificação de Goligher define as hemorroidas de segundo grau como aquelas que sofrem prolapso durante o esforço evacuatório, porém apresentam redução espontânea para o canal anal. Portanto, elas se prolapsam, diferentemente das de primeiro grau, que apenas sangram sem exteriorização.

Alternativa (b) Correta: O tratamento cirúrgico (hemorroidectomia) é o padrão-ouro e a conduta mais resolutiva para pacientes com doença hemorroidária interna graus III e IV, ou naquelas de grau II que não responderam ao tratamento clínico ou ambulatorial (como a ligadura elástica). No grau III, o prolapso exige redução manual, o que impacta significativamente a qualidade de vida, justificando a abordagem cirúrgica.

Alternativa (c) Incorreta: A técnica de Milligan-Morgan é conhecida como a técnica aberta, na qual os leitos das hemorroidas ressecadas são deixados abertos para cicatrização por segunda intenção. A técnica que consiste no fechamento primário da ferida (sutura dos bordos da mucosa e pele) é a técnica de Ferguson (técnica fechada).

Alternativa (d) Incorreta: Na trombose hemorroidária aguda, a conduta depende do tempo de evolução e da intensidade dos sintomas. Se atendido nas primeiras 48 a 72 horas com dor intensa, a melhor opção é a hemorroidectomia de urgência (excisão do plexo trombosado) e não apenas a simples incisão com evacuação do coágulo, que apresenta altas taxas de recorrência e formação de plicomas. Após 72 horas, a tendência é o tratamento conservador com analgésicos e banhos de assento, pois a dor tende a regredir espontaneamente.

Alternativa (e) Incorreta: As hemorroidas externas são definidas por sua localização

em relação à linha pectínea (ou linha dentada). Elas se originam do plexo hemorroidário inferior, situando-se distalmente (abaixo) à linha pectínea e são cobertas por anoderme (epitélio escamoso ricamente innervado). A borda anal é o limite externo do canal anal; dizer que estão distais à borda anal sugeriria que estão totalmente fora do canal, o que é impreciso anatomicamente.

## Questão 61

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a recomendação de atividades físicas na gestação, focando especificamente nas contraindicações estabelecidas pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG).

A paciente apresenta um quadro de incompetência istmocervical (IIC) e já foi submetida a uma cerclagem uterina na 14ª semana. De acordo com o Committee Opinion número 804 do ACOG, que rege as diretrizes sobre exercício físico na gravidez, existem condições clínicas específicas que representam contraindicações absolutas à prática de exercícios. A cerclagem por insuficiência cervical é listada explicitamente como uma dessas contraindicações.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a: Incorreta. Embora a orientação de interromper exercícios em caso de sangramento seja válida para a população geral de gestantes, esta paciente possui uma condição (cerclagem) que proíbe o início de qualquer atividade física programada. A restrição, neste caso, é prévia ao aparecimento de qualquer sintoma.

Alternativa b: Incorreta. O exercício em decúbito dorsal deve ser evitado por gestantes após o primeiro trimestre. O peso do útero gravídico comprime a veia cava inferior, o que reduz o retorno venoso e, conseqüentemente, diminui o débito cardíaco (efeito oposto ao afirmado na alternativa), podendo causar hipotensão materna e redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário.

Alternativa c: Correta. Conforme as diretrizes do ACOG, a presença de cerclagem cervical é considerada uma contraindicação absoluta para a prática de exercícios físicos aeróbicos durante a gestação. Outras contraindicações absolutas incluem: doença cardíaca hemodinamicamente significativa, doença pulmonar restritiva, gestação múltipla com risco de parto prematuro, sangramento persistente de segundo ou terceiro trimestre, placenta prévia após 26 semanas, trabalho de parto prematuro na gestação atual, ruptura de membranas e pré-eclâmpsia.

Alternativa d: Incorreta. O treinamento de resistência muscular e o fortalecimento são incentivados para gestantes de baixo risco para auxiliar nas mudanças posturais. No entanto, para uma paciente com cerclagem, qualquer modalidade de exercício físico estruturado está contraindicada devido ao risco de complicações.

Alternativa e: Incorreta. A contraindicação para pacientes cercladas é classificada como absoluta, e não relativa. Além disso, o terceiro trimestre é o período de maior pressão mecânica sobre o colo uterino, o que tornaria a prática de musculação extremamente perigosa para uma paciente com histórico de incompetência istmocervical.

Em resumo, o reconhecimento da cerclagem como fator de impedimento total para exercícios físicos é um ponto frequente em provas de obstetrícia baseadas nos critérios do ACOG.

---

## Questão 62

Esta questão aborda as alterações fisiológicas do organismo materno durante a gestação, um tema frequente em provas de obstetrícia. É fundamental que o médico saiba diferenciar sintomas fisiológicos de sinais de patologias graves.

Alternativa A: Incorreta. A dispneia leve é um sintoma comum na gestação, relatada por até 75% das gestantes saudáveis. Ela ocorre principalmente devido ao estímulo do centro respiratório pela progesterona, que aumenta o volume corrente, e não indica necessariamente gravidade ou necessidade de encaminhamento para pré-natal de alto risco, desde que não haja outros sinais de alarme, como cianose, sibilância ou dor torácica.

Alternativa B: Correta. Durante a gestação, os níveis elevados de progesterona promovem o relaxamento da musculatura lisa de diversos órgãos. No aparelho digestivo, isso resulta na diminuição do tônus do esfíncter esofágico inferior e no retardo do esvaziamento gástrico. Esses fatores facilitam o refluxo gastroesofágico, causando a pirose (azia), um sintoma extremamente comum e esperado.

Alternativa C: Incorreta. A gestante, de fato, apresenta uma hiperventilação fisiológica devido ao aumento da sensibilidade ao dióxido de carbono mediada pela progesterona. No entanto, essa hiperventilação leva a uma queda na pressão parcial de CO<sub>2</sub> (pCO<sub>2</sub>), resultando em uma alcalose respiratória compensada, e não em uma acidose respiratória.

Alternativa D: Incorreta. A congestão nasal é frequente na gravidez, mas o mecanismo fisiopatológico está relacionado à hipervascularização (e não à

hipovascularização), hiperemia e edema da mucosa nasal, processos estimulados principalmente pelos níveis elevados de estrogênio.

Alternativa E: Incorreta. Os sintomas relatados (dispneia leve, congestão nasal e pirose) são queixas comuns e decorrentes das adaptações fisiológicas normais do organismo materno à gravidez. Portanto, não constituem uma tríade de gravidade materno-fetal.

Gabarito: Letra B.

### Questão 63

A questão apresenta um quadro clássico de Descolamento Prematuro da Placenta (DPP). A tríade clínica de dor abdominal súbita, hipertonia uterina (útero lenhoso) e sangramento vaginal escuro, associada à hipertensão arterial (160/110 mmHg), é patognomônica dessa patologia. O registro cardiotocográfico com bradicardia fetal (90 bpm) e a taquissístolia confirmam o sofrimento fetal agudo e a gravidade do quadro.

Análise das alternativas:

a) Correta. Diante de um diagnóstico de DPP com feto vivo e sinais de sofrimento fetal agudo (bradicardia persistente), a conduta deve ser a interrupção imediata da gestação pela via mais rápida. Como o colo uterino está impérvio (fechado), a cesariana é a via de escolha para salvar o binômio mãe-filho, visando cessar a hemorragia materna e extrair o feto em tempo hábil.

b) Incorreta. O misoprostol é utilizado para a indução do parto em colos desfavoráveis, porém seu uso é contraindicado na presença de sofrimento fetal agudo e hipertonia uterina. Além disso, o processo de indução é demorado, o que seria fatal no cenário de um descolamento prematuro da placenta com bradicardia.

c) Incorreta. A corticoterapia antenatal é indicada para a aceleração da maturidade pulmonar fetal entre 24 e 34 semanas de gestação em situações de risco de parto prematuro eletivo ou estável. No DPP com sofrimento fetal, a situação é de emergência obstétrica e não há tempo para aguardar o efeito do corticoide (48 horas), pois o risco de óbito fetal e complicações maternas graves é iminente.

d) Incorreta. O parto vaginal pode ser considerado no DPP se o feto estiver morto ou se o parto for iminente (colo com dilatação avançada e progressão rápida). No caso descrito, o feto está vivo e o colo está impérvio, o que torna a condução vaginal inviável e perigosa, aumentando o risco de asfixia neonatal e morte fetal.

e) Incorreta. A tocólise (inibição das contrações uterinas) é absolutamente contraindicada no Descolamento Prematuro da Placenta. O uso de nifedipino ou de qualquer outro tocolítico mascararia os sintomas, retardaria o tratamento definitivo e poderia agravar o sangramento oculto e a instabilidade hemodinâmica materna.

## Questão 64

### ANÁLISE DO CASO

O quadro clínico descreve uma Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) em uma gestante a termo (38 semanas). A conduta padrão para RPMO a termo é a interrupção da gestação, preferencialmente por via vaginal, para reduzir o risco de infecção (corioamnionite). A escolha do método de indução depende do Índice de Bishop, que avalia as condições do colo uterino.

### CÁLCULO DO ÍNDICE DE BISHOP

Baseado nos dados do exame físico:

- Dilatação (2 cm): 1 ponto
- Esvaecimento (40%): 1 ponto
- Posição (Central): 1 ponto
- Consistência (Firme): 0 pontos
- Altura da apresentação (-2 de De Lee): 1 ponto

Total: 4 pontos.

Um Índice de Bishop menor ou igual a 6 é considerado desfavorável, indicando que o colo ainda não está pronto para responder adequadamente à ocitocina.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. A ocitocina é utilizada para indução quando o colo já é favorável (Índice de Bishop  $> 6$ ). Em colos desfavoráveis (firmos e pouco dilatados), o uso isolado de ocitocina aumenta significativamente as chances de falha de indução e necessidade de cesárea.

Alternativa B: INCORRETA. O fato de o colo ser desfavorável não justifica uma cesariana imediata. A prática obstétrica moderna preconiza a tentativa de maturação cervical e indução do parto vaginal antes de qualquer decisão por via cirúrgica, exceto se houver contraindicação ao parto vaginal.

Alternativa C: INCORRETA. O descolamento digital das membranas é uma manobra

realizada em consultório ou pronto atendimento para estimular o início do trabalho de parto em gestantes com membranas íntegras. Como a paciente já apresenta ruptura de membranas (RPMO), essa manobra não tem utilidade.

Alternativa D: INCORRETA. A amniotomia é o procedimento de romper artificialmente as membranas para coordenar ou acelerar o trabalho de parto. A paciente já apresenta amniorrexe (ruptura) espontânea, confirmada pelo exame especular, tornando o procedimento redundante.

Alternativa E: CORRETA. Para colos desfavoráveis (Bishop menor ou igual a 6), a conduta indicada é a maturação cervical com métodos farmacológicos, como o misoprostol (prostaglandina E1). É fundamental observar que a paciente teve um parto vaginal anterior e não possui cicatriz de cesariana, o que torna o uso do misoprostol seguro e a conduta de escolha para preparar o colo antes da indução propriamente dita.

---

## Questão 65

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O quadro clínico descreve uma distocia de ombros, uma emergência obstétrica clássica. O sinal da tartaruga, que é a retração da cabeça fetal contra o períneo após o seu desprendimento, confirma o diagnóstico. A conduta deve ser imediata seguindo algoritmos específicos como o HELPERR.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A manobra de McRoberts, que é a conduta inicial recomendada, consiste na hiperflexão das coxas da gestante sobre o abdome, associada à abdução e rotação externa. A alternativa está incorreta pois menciona hiperextensão, o que reduziria ainda mais o diâmetro pélvico e agravaria a impactação do ombro.

ALTERNATIVA B: INCORRETA. A manobra de Jacquemier consiste na retirada do braço posterior do feto, e não do anterior. O ombro anterior está impactado atrás da sínfise púbica, tornando a retirada do braço anterior tecnicamente inviável e perigosa nesse momento.

ALTERNATIVA C: CORRETA. Esta alternativa descreve o princípio fundamental das manobras de rotação interna (como Rubin II e Woods). Quando as manobras externas iniciais falham, deve-se tentar girar o feto para que o diâmetro bisacromial (ombros) saia do diâmetro anteroposterior (sagital) da pelve e se posicione nos diâmetros oblíquos, onde há mais espaço para o desprendimento.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A pressão no fundo uterino (Manobra de Kristeller) é

terminantemente proibida na distocia de ombros. Essa ação empurra o ombro fetal ainda mais contra a sínfise púbica, aumentando drasticamente o risco de lesão do plexo braquial, fraturas e ruptura uterina.

ALTERNATIVA E: INCORRETA. O fórceps é um instrumento para auxiliar a saída da cabeça fetal. No caso clínico, a cabeça já nasceu, portanto o problema é a impactação dos ombros no canal de parto. O fórceps não tem utilidade para resolver a distocia de ombros.

---

### Questão 66

O caso clínico apresenta uma paciente de 55 anos com quadro clássico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Os pontos fundamentais para o diagnóstico e conduta são: 1. História de perda urinária aos esforços que impacta a qualidade de vida; 2. Falha comprovada do tratamento conservador (fisioterapia e mudanças de hábitos); 3. Exame físico com hipermobilidade uretral e ausência de prolapsos genitais; 4. Estudo urodinâmico confirmando a perda de urina associada ao aumento da pressão abdominal, sem a presença de contrações involuntárias do detrusor (hiperatividade detrusora).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A colporrafia anterior (correção de cistocele) e posterior (correção de retocele) são cirurgias indicadas para o tratamento de prolapsos da parede vaginal. O exame físico da paciente explicitamente descarta a presença de prolapsos, e essas técnicas não são o tratamento-padrão para a incontinência urinária de esforço.

Alternativa B: Incorreta. A histerectomia vaginal é indicada para prolapso uterino ou patologias uterinas benignas. Não há indicação de retirada do útero para o tratamento da incontinência urinária isolada.

Alternativa C: Incorreta. Os anticolinérgicos (como a oxibutinina ou solifenacina) são utilizados para o tratamento da bexiga hiperativa ou incontinência urinária de urgência, caracterizada pela contração involuntária do detrusor. O estudo urodinâmico da paciente descartou essa condição.

Alternativa D: Incorreta. Os beta-3 agonistas (como a mirabegrona) também são indicados para o tratamento da urgência urinária e bexiga hiperativa. Assim como os anticolinérgicos, não possuem eficácia no tratamento da incontinência urinária de esforço pura.

Alternativa E: Correta. O sling suburetral (atualmente os slings de uretra média, como o TVT ou TOT) é considerado o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço por hiper mobilidade uretral quando o tratamento conservador falha. A técnica oferece altas taxas de cura ao promover um suporte para a uretra média durante o aumento da pressão abdominal.

## Questão 67

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descrito apresenta os elementos clássicos do cancro mole (ou cancroide), uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria \*Haemophilus ducreyi\*. As principais características que sustentam esse diagnóstico são:

1. Úlcera genital dolorosa.
2. Bordas irregulares e fundo purulento (aspecto sujo).
3. Linfonomegalia inguinal dolorosa (que pode evoluir para supuração/fistulização por orifício único).

Diferente do cancro duro (sífilis), que é indolor e tem fundo limpo, o cancro mole é marcado pela dor intensa e exsudato purulento.

### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A: INCORRETA. O aciclovir é o tratamento de escolha para o herpes genital. Embora o herpes cause úlceras dolorosas, estas costumam ser precedidas por vesículas agrupadas, são mais superficiais, pequenas e não apresentam o fundo purulento característico do cancro mole.

Alternativa B: INCORRETA. O butoconazol é um antifúngico tópico indicado para o tratamento da candidíase vulvovaginal. A candidíase manifesta-se com prurido, ardor e corrimento esbranquiçado (aspecto de leite coalhado), mas não causa úlceras com fundo purulento e linfonomegalia.

Alternativa C: INCORRETA. A penicilina G benzatina é o tratamento de escolha para a sífilis. O cancro primário da sífilis (cancro duro) caracteriza-se por ser uma lesão única, indolor, com bordas bem delimitadas (regulares) e fundo limpo, o que diverge totalmente da descrição do caso.

Alternativa D: CORRETA. O tratamento do cancro mole, conforme os protocolos do Ministério da Saúde e órgãos internacionais, deve ser feito com antibióticos eficazes contra o \*Haemophilus ducreyi\*. As opções de primeira linha são a azitromicina (1 g,

via oral, dose única) ou a ceftriaxona (250 mg, via intramuscular, dose única), conforme indicado nesta alternativa.

Alternativa E: INCORRETA. A doxiciclina por 21 dias é o esquema terapêutico utilizado para o linfogranuloma venéreo (causado pela \*Chlamydia trachomatis\*). No linfogranuloma, a úlcera inicial é fugaz e indolor (muitas vezes nem é percebida pela paciente), sendo o quadro dominado pela linfonodomegalia inguinal exuberante e dolorosa. Além disso, a doxiciclina também pode ser usada para o granuloma inguinal (donovanose), mas esta última causa úlceras indolores de crescimento lento e bordas vegetantes.

### Questão 68

A questão descreve uma paciente de 49 anos na pós-menopausa (há 2 anos) com sintomas vasomotores intensos (fogachos e sudorese), que impactam sua qualidade de vida. Ela possui útero, conforme indicado pela história de partos normais e ausência de cirurgias prévias. O tratamento padrão-ouro para o alívio de sintomas vasomotores na menopausa é a Terapia de Reposição Hormonal (TRH).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A terapia com estrogênio isolado é indicada apenas para mulheres que realizaram histerectomia (retirada do útero). O uso de estrogênio isolado em mulheres com útero íntegro causa estimulação persistente do endométrio, aumentando significativamente o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.

b) Incorreta. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (como a paroxetina ou a sertralina) são considerados terapias de segunda linha. Eles são indicados apenas quando há contraindicação formal ao uso de hormônios ou quando a paciente opta por não fazer uso de TRH. Embora ajudem nos sintomas, não são a conduta mais eficaz quando comparados à reposição hormonal.

c) Correta. Esta é a conduta mais eficaz e segura para a paciente em questão. O estrogênio é o componente responsável por tratar os sintomas vasomotores e a sudorese. A associação com a progesterona é obrigatória para mulheres com útero, pois a progesterona exerce um papel protetor, impedindo a proliferação excessiva do endométrio e prevenindo o câncer de endométrio. Como a paciente é hipertensa controlada e não fuma, ela não apresenta contraindicações absolutas à TRH.

d) Incorreta. O estriol via vaginal é um tratamento tópico utilizado especificamente para a síndrome geniturinária da menopausa (atrofia vaginal, ressecamento e dor na relação). Ele não possui absorção sistêmica suficiente para tratar sintomas

vasomotores como fogachos e sudorese noturna.

e) Incorreta. Assim como os SSRIs, os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (como a venlafaxina) são opções não hormonais de segunda linha. Eles são menos eficazes que a terapia hormonal combinada para o controle dos calores intensos.

## Questão 69

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve uma paciente com Vaginose Bacteriana (VB), a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva. O diagnóstico é fundamentado nos Critérios de Amsel, dos quais a paciente apresenta todos os quatro:

1. Corrimento homogêneo, acinzentado e fino.
2. pH vaginal > 4,5.
3. Teste das aminas (Whiff test) positivo (odor de "peixe podre" após adição de KOH a 10%, ou espontaneamente após o coito).
4. Presença de "clue cells" (células-pista) na microscopia (embora não citadas explicitamente, os outros critérios confirmam o diagnóstico).

A ausência de sinais inflamatórios (dor, prurido intenso, hiperemia da mucosa) é característica da VB, diferenciando-a das vaginites (como candidíase e tricomoníase).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O fluconazol é um antifúngico indicado para Candidíase Vaginal, que se manifesta com pH < 4,5 e corrimento em aspecto de "leite coalhado". Além disso, não há indicação de remover o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre em episódios isolados de vaginose bacteriana.

b) CORRETA. O tratamento de escolha para a Vaginose Bacteriana é o Metronidazol (oral ou vaginal). O DIU de cobre pode estar associado a um leve aumento do risco de VB em algumas pacientes devido à alteração da microbiota local, mas não deve ser removido rotineiramente no tratamento da infecção. A remoção só é considerada em casos de recidivas frequentes e após discussão com a paciente.

c) INCORRETA. Como mencionado, o fluconazol trata fungos (*Candida* spp.). A vaginose é causada por um desequilíbrio da flora, com redução de lactobacilos e proliferação de bactérias anaeróbias (principalmente *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* e *Atopobium vaginae*).

d) INCORRETA. Embora a Clindamicina vaginal seja uma opção terapêutica para a vaginose bacteriana, a recomendação de retirar o DIU de cobre torna a alternativa errada. Não há necessidade de remoção do método contraceptivo para tratar esse quadro clínico.

e) INCORRETA. Este esquema terapêutico (Ceftriaxona + Doxiciclina) é indicado para o tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ou cervicites por Gonococo e Clamídia. A paciente do caso nega dor pélvica e febre, e o exame físico não mostra sinais de infecção do trato superior ou dor à mobilização do colo uterino.

---

### Questão 70

A abordagem da vítima de violência sexual deve ser imediata, humanizada e integral, priorizando o acolhimento e a prevenção de agravos. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e a Lei Federal 12.845/2013, o atendimento médico em casos de violência sexual deve ser garantido de forma rápida e não pode ser condicionado à apresentação de boletim de ocorrência ou qualquer outro tipo de prova pericial.

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa sintetiza os pilares do atendimento de urgência. O tratamento das lesões físicas (vaginais e vulvares) é a prioridade imediata. Em seguida, deve-se realizar a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), que inclui a profilaxia pós-exposição (PEP) para o HIV, além do tratamento preventivo para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase, e a vacinação/imunoglobulina para hepatite B (se necessário). A contracepção de emergência deve ser administrada o mais precocemente possível para evitar gravidez indesejada. Por fim, o seguimento com equipe multiprofissional (psicólogos e assistentes sociais) é essencial para o suporte emocional e social a longo prazo.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora a sutura e a contracepção de emergência estejam corretas, a alternativa peca por omitir a profilaxia para ISTs. Além disso, o foco do atendimento inicial deve ser a assistência à saúde, e não apenas o encaminhamento pericial.

Alternativa (c): INCORRETA. O encaminhamento direto ao Instituto Médico Legal (IML) antes do atendimento médico assistencial é um erro grave. O tratamento das lesões e a prevenção de doenças e gravidez têm prioridade cronológica sobre a coleta de evidências forenses. O tempo é um fator determinante para a eficácia das profilaxias.

Alternativa (d): INCORRETA. Não se deve exigir ou encaminhar a paciente para a realização de Boletim de Ocorrência (BO) como condição para o atendimento. A assistência médica é independente da denúncia policial. Impor essa condição pode

afastar a vítima do sistema de saúde e retardar medidas preventivas eficazes.

Alternativa (e): INCORRETA. A paciente é maior de idade (21 anos) e possui autonomia sobre suas decisões; portanto, a presença de um familiar não é uma exigência legal para o atendimento. Além disso, as medidas de saúde pública, como a contracepção de emergência, devem ser realizadas no serviço de saúde, e não no IML, que possui função estritamente pericial.

Gabarito: Letra (a).

### Questão 71

O sistema STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) é o padrão-ouro para classificar o envelhecimento reprodutivo feminino, dividindo a vida da mulher em estágios baseados na regularidade do ciclo menstrual e em marcadores hormonais.

A questão descreve uma paciente com amenorreia de 90 dias e marcadores de reserva ovariana significativamente reduzidos (AMH baixo, inibina B baixa e contagem de folículos antrais baixa), além de um FSH elevado. Essas características são patognomônicas da fase de transição menopausal.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pós-menopausa tardia (estágio +2 de STRAW) ocorre muitos anos após a última menstruação. Nela, a amenorreia já está estabelecida há longo prazo (anos) e os sintomas de atrofia urogenital tornam-se mais proeminentes. O relato de "90 dias de amenorreia" sugere um processo ainda em curso, não uma fase tardia.

Alternativa b) Incorreta. Para definir a pós-menopausa (mesmo a precoce, que engloba os primeiros 5 a 8 anos após o término das menstruações), é necessário que a mulher esteja em amenorreia por pelo menos 12 meses consecutivos. Como a paciente está há apenas 90 dias sem menstruar, ela ainda não atingiu o critério clínico para a pós-menopausa.

Alternativa c) Correta. A transição menopausal é dividida em inicial (estágio -2) e tardia (estágio -1). A fase tardia é definida justamente pela presença de intervalos de amenorreia iguais ou superiores a 60 dias (neste caso, 90 dias). Laboratorialmente, nesta fase, o FSH já se encontra persistentemente elevado, enquanto os marcadores de reserva ovariana (hormônio antimülleriano, inibina B e contagem de folículos antrais) estão em níveis muito baixos, refletindo o esgotamento folicular.

Alternativa d) Incorreta. O período reprodutivo precoce (estágio -5) refere-se aos anos logo após a menarca. Nessa fase, os ciclos estão se tornando regulares e a reserva ovariana está no seu auge ou em níveis normais, com AMH alto e FSH baixo.

Alternativa e) Incorreta. O pico do período reprodutivo (estágio -4) é a fase de máxima fertilidade da mulher, com ciclos menstruais perfeitamente regulares, níveis de FSH normais e excelentes marcadores de reserva ovariana, o que é o oposto do quadro de falência ovariana iminente descrito no enunciado.

---

## Questão 72

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Os pontos-chave para o diagnóstico são: idade jovem (fator de risco para infecções sexualmente transmissíveis), dor pélvica aguda, febre (indicando processo infeccioso sistêmico), presença de muco cervical purulento (cervicite) e, fundamentalmente, a dor à mobilização do colo uterino e dos anexos ao toque vaginal. A ausência de atraso menstrual e a estabilidade hemodinâmica ajudam a afastar causas hemorrágicas ou gestacionais.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. A gravidez ectópica íntegra costuma cursar com atraso menstrual, teste de gravidez positivo e dor pélvica, mas não costuma apresentar febre ou secreção purulenta pelo colo uterino. No caso clínico, a paciente nega atraso menstrual e apresenta sinais claros de infecção.

Alternativa b) Incorreta. A gravidez ectópica rota é uma emergência hemorrágica. Espera-se encontrar sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca dolorosa), instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia) e palidez cutânea. A paciente do caso está normocorada, com pressão arterial normal e descompressão brusca indolor, além de apresentar febre e secreção purulenta, que não fazem parte do quadro de rotura tubária.

Alternativa c) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção do trato urinário superior. Embora cause febre e dor, a dor costuma ser lombar, com irradiação para os flancos. O sinal de Giordano (percussão lombar dolorosa) seria positivo. No exame físico da questão, o sinal de Giordano é negativo e o foco da dor e do exame físico está claramente localizado no trato genital inferior e superior (vagina, colo e anexos).

Alternativa d) Incorreta. O mioma parido ocorre quando um mioma submucoso é

expelido pelo canal cervical. O quadro clínico típico envolve dor em cólica intensa e sangramento vaginal volumoso, com a visualização da massa tumoral saindo pelo orifício externo do colo ao exame especular. A questão descreve apenas secreção purulenta e dor à mobilização, sem menção a sangramento ou massa visível.

Alternativa e) Correta. A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é o diagnóstico principal. Segundo os critérios diagnósticos (como os do CDC), a presença de dor à mobilização do colo uterino ou dor anexial em uma paciente com dor pélvica é suficiente para iniciar o tratamento. A presença de febre e muco cervical purulento (cervicite associada) reforça ainda mais a hipótese, caracterizando uma síndrome de infecção ascendente do trato genital feminino.

---

### Questão 73

O quadro clínico descrito é clássico para herpes simples genital. Os pontos-chave para o diagnóstico são a presença de pequenas vesículas agrupadas que evoluem para úlceras dolorosas, com conteúdo hialino (claro). Essa sequência (vesícula -> ruptura -> úlcera) e a dor local são patognomônicas das infecções pelo vírus \*Herpes simplex\* (HSV).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O \*Haemophilus ducreyi\* é o agente do cancro mole. Embora também cause úlceras dolorosas, elas costumam ser múltiplas, com fundo purulento (sujo), bordas irregulares e frequentemente acompanhadas de linfonodopatia inguinal dolorosa que pode fistulizar (bubão), o que não condiz com o fundo hialino e o exame linfonodal normal da paciente.

b) Incorreta. A \*Candida albicans\* é um fungo causador da candidíase vulvovaginal. O quadro típico envolve prurido intenso, hiperemia da mucosa e corrimento branco grumoso (aspecto de leite coalhado), não se manifestando com vesículas ou úlceras agrupadas.

c) Incorreta. O \*Trichomonas vaginalis\* é um protozoário causador da tricomoníase. Manifesta-se principalmente por corrimento amarelado ou esverdeado, bolhoso, com odor fétido e colo uterino com aspecto de morango (colpite focal). Não é causa de lesões vesiculoulcerosas externas.

d) Correta. O \*Herpes simplex\* (principalmente o tipo 2, mas também o tipo 1) apresenta-se exatamente como descrito: vesículas de conteúdo claro sobre base eritematosa que, ao romperem, formam úlceras rasas e muito dolorosas. O fato de o exame especular estar normal reforça que a patologia é cutânea/mucosa externa.

e) Incorreta. A \*Klebsiella granulomatis\* é o agente da donovanose (granuloma inguinal). Caracteriza-se por úlceras de crescimento lento, persistentes, com fundo vermelho-vivo (aspecto de carne crua) e, crucialmente, são indolores e não apresentam vesículas prévias.

### Questão 74

Para resolver esta questão, o ponto central é identificar o objetivo principal da paciente: o desejo de engravidar. Na Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), a infertilidade geralmente ocorre devido à anovulação crônica. Como a paciente possui IMC normal e não apresenta sinais clínicos de hiperandrogenismo, o tratamento deve focar especificamente na indução da ovulação.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A finasterida é um inibidor da enzima 5-alfa-redutase, utilizada no tratamento de hirsutismo ou alopecia androgênica. Além de a paciente não apresentar queixas de pele ou couro cabeludo, este medicamento é teratogênico, podendo causar a feminização de fetos masculinos, sendo contraindicado para quem deseja conceber.

Alternativa (b) Incorreta. A espironolactona é um diurético com potente ação antiandrogênica, indicada para o manejo do hirsutismo clínico. Além de não ser necessária neste caso (ausência de hiperandrogenismo clínico), ela possui risco de teratogenia e não tem papel na indução da ovulação.

Alternativa (c) Incorreta. A liraglutida é um análogo do receptor de GLP-1, indicada para o tratamento de diabetes tipo 2 e obesidade. Como a paciente apresenta IMC normal, não há indicação para o uso de medicações para perda de peso ou sensibilizadores de insulina com este perfil para o objetivo de fertilidade.

Alternativa (d) Incorreta. A combinação de drospirenona com etinilestradiol constitui um anticoncepcional oral combinado. Embora seja o tratamento padrão para regular o ciclo menstrual e controlar sintomas androgênicos na SOP, seu mecanismo de ação impede a gestação, sendo incompatível com o desejo da paciente de engravidar.

Alternativa (e) Correta. O citrato de clomifeno é um modulador seletivo dos receptores de estrogênio (SERM). Ele atua no hipotálamo bloqueando o feedback negativo do estrogênio, o que resulta no aumento da secreção de FSH e LH pela hipófise, estimulando o crescimento folicular e a ovulação. É considerado uma das terapias de primeira linha para indução de ovulação em pacientes com SOP que

buscam a gravidez.

## Questão 75

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta um quadro de irregularidade menstrual caracterizado por ciclos longos (oligomenorreia), em uma idade jovem (34 anos). Para investigar distúrbios do ciclo menstrual, os exames iniciais fundamentais incluem a dosagem de FSH, Prolactina e TSH. No caso em questão, os exames laboratoriais revelaram um nível de FSH (Hormônio Folículo-Estimulante) acima do normal, enquanto a Prolactina e o TSH estão normais.

O aumento do FSH indica que a hipófise está tentando estimular os ovários de forma intensa, mas estes não estão respondendo adequadamente (hipogonadismo hipergonadotrópico). Em mulheres com menos de 40 anos, esse achado, associado a alterações menstruais, define o diagnóstico de Falência Ovariana Precoce, atualmente também chamada de Insuficiência Ovariana Prematura (IOP).

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

a) Hiperandrogenismo: O enunciado afirma explicitamente que a paciente não apresenta sinais clínicos de hiperandrogenismo (como hirsutismo, acne ou alopecia). Além disso, o quadro laboratorial de FSH elevado não é característico de síndromes hiperandrogênicas, como a Síndrome dos Ovários Policísticos, onde o FSH costuma estar normal ou baixo.

b) Hiperprolactinemia: Esta hipótese é descartada diretamente pelos exames laboratoriais fornecidos, que indicam que a Prolactina está normal. A hiperprolactinemia causaria alteração do ciclo menstrual por interferir na pulsatilidade do GnRH, mas resultaria em FSH normal ou baixo.

c) Hipotireoidismo: O exame de TSH (Hormônio Tiroestimulante) está normal, o que exclui disfunções tireoidianas como causa da irregularidade menstrual nesta paciente. No hipotireoidismo, o TSH estaria elevado.

d) Hipertireoidismo: Da mesma forma que o hipotireoidismo, esta alternativa é invalidada pelo resultado normal do TSH. No hipertireoidismo primário, o TSH estaria suprimido (baixo).

e) Falência ovariana precoce: Esta é a alternativa correta. O diagnóstico é sugerido pela idade da paciente (abaixo de 40 anos), pela presença de oligomenorreia e, crucialmente, pelo aumento dos níveis de FSH. O aumento do FSH é o marcador

laboratorial da exaustão folicular ovariana, confirmando que a causa da amenorreia ou oligomenorreia é de origem ovariana e não central (hipotálamo/hipófise) ou sistêmica (tireoide/prolactina).

## Questão 76

Esta questão aborda dois temas fundamentais do pré-natal de alto risco: a bacteriúria assintomática e a profilaxia da isoimunização Rh.

Análise do caso clínico:

1. Bacteriúria Assintomática (BA): A paciente apresenta duas culturas de urina com isolamento de *Escherichia coli* acima de 100.000 UFC/mL, sem sintomas. Na gestação, a BA deve ser obrigatoriamente tratada, pois a alteração fisiológica do trato urinário predispõe à evolução para pielonefrite em até 30 a 40% dos casos, além de estar associada a maior risco de trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer. O tratamento padrão é a antibioticoterapia por 3 a 7 dias (esquemas curtos são preferíveis).

2. Tipagem Sanguínea e Coombs Indireto: A paciente é Rh negativo e possui Coombs indireto negativo, o que significa que ela não está sensibilizada. Para gestantes Rh negativo não sensibilizadas, a recomendação do Ministério da Saúde e de protocolos internacionais é a administração de imunoglobulina anti-D de forma profilática entre a 28ª e a 34ª semana de gestação, visando reduzir a chance de sensibilização no terceiro trimestre e no parto.

Análise das alternativas:

a) Correta. O tratamento da bacteriúria assintomática com antibióticos por 7 dias é uma conduta padrão para evitar complicações materno-fetais. A administração da imunoglobulina anti-D entre 28 e 34 semanas é a conduta preventiva indicada para gestantes Rh negativo com Coombs indireto negativo.

b) Incorreta. Não há necessidade de repetir a urocultura para decidir o tratamento, pois os critérios diagnósticos de bacteriúria assintomática (duas amostras positivas) já foram preenchidos. Além disso, aguardar apenas o pós-parto para a imunoglobulina aumenta o risco de sensibilização antenatal.

c) Incorreta. Novamente, a repetição da urocultura é desnecessária diante do resultado já apresentado. Embora a conduta para a imunoglobulina esteja correta nesta alternativa, o erro na parte infecciosa a invalida.

d) Incorreta. O Coombs direto é realizado no recém-nascido (ou em casos específicos de anemia hemolítica), não sendo o exame utilizado na rotina materna para decidir sobre a imunoglobulina. O exame de rastreio materno é o Coombs indireto, que já foi realizado e é negativo.

e) Incorreta. O tratamento por 14 dias é excessivo para uma bacteriúria assintomática inicial. Além disso, a alternativa ignora completamente a necessidade de profilaxia para o fator Rh negativo da paciente, o que é uma omissão grave no pré-natal.

## Questão 77

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de ameaça de abortamento. Os critérios fundamentais para este diagnóstico, presentes no caso, são: sangramento vaginal de pequena intensidade, dor pélvica tipo cólica leve, colo uterino fechado (impérvio) ao exame especular e toque vaginal, e a confirmação por ultrassonografia de que o feto está vivo (batimentos cardíacos presentes) e o saco gestacional está íntegro.

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

Na ameaça de abortamento, quando a vitalidade fetal é confirmada e o colo está fechado, a conduta deve ser conservadora e expectante. Não há indicação de esvaziamento uterino ou intervenção cirúrgica. O manejo padrão envolve acolhimento, orientações sobre sinais de alerta, suporte emocional e seguimento clínico com controle ultrassonográfico. Embora o enunciado utilize o termo febril, a estabilidade hemodinâmica (eupneica) e a regularidade do saco gestacional reforçam que não se trata de um quadro infeccioso grave que justifique interromper a gestação. Muitas vezes, em questões de prova, este termo pode ser um erro de digitação para afebril, mas mesmo com febre isolada, se o feto está vivo e o colo fechado, as outras alternativas de esvaziamento seriam inadequadas sem antes investigar focos infecciosos extrauterinos.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A antibioticoterapia associada à histerectomia é uma conduta de exceção, reservada para casos gravíssimos de abortamento séptico com choque ou gangrena gasosa uterina (síndrome de Mondor). É totalmente inapropriada para uma gestante com feto vivo e colo fechado.

Alternativa (b): A aspiração manual intrauterina (AMIU) com antibióticos é o

tratamento para abortamento infectado, situação em que há eliminação de material purulento pelo colo (que costuma estar aberto) e restos ovulares infectados. Não se aplica a fetos vivos.

Alternativa (c): A curetagem uterina é um método de esvaziamento para abortamentos incompletos, retidos ou inevitáveis. Realizá-la em uma gestação viável de 10 semanas seria um erro técnico e ético grave, provocando o aborto de um feto vivo.

Alternativa (e): O misoprostol é utilizado para induzir o esvaziamento uterino em casos de óbito embrionário ou para preparação cervical em procedimentos ginecológicos. Seu uso em uma ameaça de aborto com feto vivo levaria à interrupção da gravidez.

---

### Questão 78

Esta questão aborda o rastreamento e o diagnóstico da toxoplasmose na gestação, um tema recorrente em provas de residência médica. Para resolvê-la, é fundamental interpretar corretamente o teste de avides de IgG.

Análise do caso clínico:

A gestante está na 8ª semana de idade gestacional (primeiro trimestre). Os exames mostram IgG positivo e IgM positivo. A presença de IgM positivo isoladamente poderia sugerir uma infecção aguda, mas o IgM pode persistir positivo por meses ou até anos (IgM residual). O teste de avides é a ferramenta-chave aqui. Quando realizado antes de 12 a 16 semanas de gestação, um teste de alta avides indica que a infecção ocorreu há, pelo menos, 3 a 4 meses.

Conclusão diagnóstica:

Como a paciente está com 8 semanas e a avides é alta, a infecção ocorreu obrigatoriamente antes da concepção. Infecções adquiridas antes da gestação em pacientes imunocompetentes não apresentam risco de transmissão vertical para o feto. Portanto, a paciente é considerada imune.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A espiramicina é indicada para profilaxia da transmissão vertical quando há suspeita ou confirmação de infecção aguda (baixa avides ou soroconversão) no primeiro trimestre. Como a infecção é antiga, não há indicação de tratamento.

Alternativa b) Incorreta. O esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido

folínico) é reservado para casos de infecção fetal confirmada (via amniocentese) ou quando a infecção materna aguda ocorre no terceiro trimestre. Não se aplica a infecções pré-gestacionais.

Alternativa c) Incorreta. Além do esquema tríplice não estar indicado, a amniocentese para pesquisa de *Toxoplasma gondii* por PCR só deve ser realizada se houver confirmação de infecção materna aguda durante a gestação, o que foi descartado pela alta avidéz.

Alternativa d) Incorreta. A amniocentese é um procedimento invasivo e só é solicitada após 18 semanas de gestação se houver forte suspeita de infecção aguda materna ocorrida durante a gravidez. Neste caso, a alta avidéz com 8 semanas exclui essa necessidade.

Alternativa e) Correta. A alta avidéz de IgG no primeiro trimestre (antes de 12-16 semanas) confirma que a infecção é crônica (ocorreu antes da gestação). Nessas condições, não há risco para o feto e nenhum tratamento ou propedêutica adicional é necessário.

---

## Questão 79

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

A paciente apresenta um quadro clássico de cistite aguda (infecção do trato urinário - ITU baixa). Os sintomas de disúria, polaciúria e dor suprapúbica, somados ao exame físico com sinal de Giordano negativo (ausência de dor à punho-percussão lombar), confirmam o acometimento apenas da bexiga, sem sinais de pielonefrite (ITU alta). Por se tratar de uma gestante, a conduta deve ser imediata devido aos riscos de prematuridade, ruptura prematura de membranas e progressão para sepse.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. Na gestação, tanto a bacteriúria assintomática quanto a cistite devem ser tratadas assim que diagnosticadas. Não se deve aguardar o resultado da urocultura para iniciar a antibioticoterapia; deve-se coletar o exame e iniciar o tratamento empírico imediatamente, ajustando-o posteriormente, se necessário, conforme o antibiograma.

Alternativa b) Correta. A cistite é uma infecção baixa e, na ausência de sinais de gravidade (como febre, queda do estado geral ou vômitos), o tratamento de escolha é a antibioticoterapia oral em regime ambulatorial (ex.: nitrofurantoína, fosfomicina ou cefalexina). A profilaxia medicamentosa (uso de antibiótico em dose baixa até o

final da gestação) só está indicada em casos de ITU recorrente (dois ou mais episódios de cistite) ou após um único episódio de pielonefrite. Como a paciente nega episódios anteriores, a profilaxia não é necessária neste momento.

Alternativa c) Incorreta. A via intravenosa e a internação hospitalar são reservadas para casos de pielonefrite, gestantes com sinais de sepse, instabilidade hemodinâmica ou aquelas que não toleram a via oral devido a vômitos. A cistite não complicada é tratada por via oral.

Alternativa d) Incorreta. Embora o tratamento inicial seja ambulatorial e por via oral, a indicação de quimioprofilaxia está errada para este caso. A profilaxia só deve ser iniciada se a paciente apresentar recorrência do quadro clínico ou se tiver tido uma pielonefrite. Para um primeiro episódio de cistite, faz-se apenas o tratamento curativo e o acompanhamento com uroculturas de controle mensais.

Alternativa e) Incorreta. Esta alternativa associa dois erros para o caso em questão: a necessidade de internação/medicação venosa (desnecessária para cistite) e a indicação de profilaxia (desnecessária para um primeiro episódio de infecção baixa).

---

### Questão 80

A endometrite é a causa mais comum de infecção e febre no período pós-parto, sendo caracterizada clinicamente pela tríade de febre, dor uterina e loquiação fétida. O quadro descrito na questão apresenta todos os elementos clássicos para essa patologia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para o diagnóstico de mastite, seria necessário encontrar sinais inflamatórios nas mamas, como calor, rubor e dor. O exame físico da paciente descreve explicitamente mamas sem flogose e indolores, o que descarta o diagnóstico de infecção mamária.

Alternativa b) Incorreta. No puerpério fisiológico (normal), a loquiação evolui de rubra para serosa, mas nunca deve apresentar odor fétido ou aspecto purulento. Além disso, a presença de febre (38,5 graus Celsius) e o útero amolecido são sinais claros de um processo patológico infeccioso.

Alternativa c) Correta. A endometrite puerperal é a principal hipótese. Os achados de febre após o primeiro dia do parto, dor suprapúbica, útero amolecido (indicando subinvolução uterina) e loquiação purulenta com odor fétido compõem o diagnóstico clínico. A taquicardia (107 bpm) reforça o estado infeccioso da paciente.

Alternativa d) Incorreta. A cistite se manifesta com sintomas urinários baixos, como disúria (dor ao urinar) e polaciúria (aumento da frequência). Embora a dor suprapúbica possa ocorrer, a cistite isolada não justifica a febre alta, o útero amolecido nem as alterações fétidas no sangramento vaginal.

Alternativa e) Incorreta. A pielonefrite é uma infecção do trato urinário superior que cursa com febre alta e calafrios, mas sua marca característica no exame físico é a dor à punho-percussão lombar. Como o enunciado informa que o sinal de Giordano é negativo bilateralmente, esta hipótese é descartada.

---

### Questão 81

Para a resolução desta questão, é fundamental o conhecimento atualizado sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil. Desde janeiro de 2024, a vacina contra a COVID-19 foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação da Criança para a faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos.

O esquema vacinal preconizado para bebês e crianças pequenas consiste em 3 doses, respeitando os seguintes intervalos:

- 1ª dose: aos 6 meses de idade.
- 2ª dose: aos 7 meses (4 semanas ou 28 dias após a primeira dose).
- 3ª dose: aos 9 meses (8 semanas ou 56 dias após a segunda dose).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na vacinação, doses atrasadas não significam perda definitiva da oportunidade de imunização. Se uma criança não foi vacinada na idade recomendada, o esquema deve ser iniciado ou completado o mais breve possível, independentemente do tempo transcorrido, para garantir a proteção contra formas graves da doença.

Alternativa b) Incorreta. Aos 8 meses de idade, de acordo com o calendário oficial, a criança já deveria ter recebido não apenas uma, mas duas doses da vacina (a primeira aos 6 meses e a segunda aos 7 meses).

Alternativa c) Incorreta. O esquema primário completo para essa faixa etária é composto por 3 doses (esquema 0-4-12 semanas na lógica de intervalos, ou aos 6, 7 e 9 meses de vida). Não há previsão de 4 doses no esquema básico inicial para crianças saudáveis nessa idade.

Alternativa d) Correta. Como o início da vacinação é aos 6 meses e o intervalo para a

segunda dose é de 4 semanas, um bebê de 8 meses hígido já deveria estar com as duas primeiras doses registradas na caderneta. Por estar em atraso, a orientação é iniciar o esquema imediatamente.

Alternativa e) Incorreta. A recomendação de doses anuais (ou semestrais, dependendo do grupo) destina-se aos chamados grupos prioritários, que incluem idosos, gestantes, puérperas, trabalhadores da saúde e pessoas com comorbidades/imunossupressão. Para crianças saudáveis de 6 meses a 4 anos, a recomendação vigente no PNI foca no cumprimento do esquema primário de 3 doses.

## Questão 82

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso descreve um lactente de 2 meses de idade (60 dias) com febre sem sinais localizatórios. Na pediatria, a abordagem da febre no lactente jovem (abaixo de 3 meses) é rigorosa, pois esse grupo apresenta maior risco de Infecções Bacterianas Graves (IBG), como infecção do trato urinário, meningite e bacteremia, que podem se manifestar inicialmente apenas com febre e exame físico normal.

Para lactentes entre 29 e 60 (ou 90) dias de vida que estejam em bom estado geral (ativos e reativos), os protocolos atuais (como os de Rochester, Philadelphia e a diretriz da Academia Americana de Pediatria de 2021) recomendam a estratificação de risco através de exames laboratoriais antes de qualquer decisão terapêutica ou de alta.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Incorreta): Liberar o paciente apenas com orientações e antitérmico, sem realizar exames, é uma conduta insegura para um lactente de apenas 2 meses. Nessa idade, a ausência de alterações no exame físico não exclui infecções graves, especialmente a infecção urinária, que é a causa bacteriana mais comum de febre isolada nessa faixa etária.

Alternativa B (Incorreta): Esta conduta seria a padrão para o recém-nascido (até 28 dias). Para o lactente entre 1 e 3 meses que se encontra em bom estado geral (ativo e reativo ao manuseio), a coleta de líquido e a internação com antibioticoterapia empírica imediata podem ser postergadas até que se tenha o resultado dos exames de triagem (sangue e urina). A punção lombar não é obrigatória de rotina para todos os lactentes de 2 meses que pareçam bem, a menos que os exames laboratoriais iniciais venham alterados.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta mais adequada para a estratificação de risco. A coleta de sedimento urinário é fundamental (pela alta prevalência de ITUs silenciosas). O hemograma ajuda a avaliar a resposta inflamatória. A pesquisa de vírus respiratórios (como Influenza, VSR e SARS-CoV-2) é recomendada nos protocolos atuais, pois a identificação de uma fonte viral reduz significativamente a probabilidade estatística de uma coinfeção bacteriana grave, embora não a exclua totalmente. Aguardar o resultado na unidade permite decidir se o lactente pode ser acompanhado em casa ou se precisará de investigação invasiva e internação.

Alternativa D (Incorreta): Assim como a alternativa A, falha por não realizar a triagem laboratorial mínima obrigatória para a idade. O risco de uma bacteremia oculta ou infecção urinária não diagnosticada impossibilita a alta direta.

Alternativa E (Incorreta): Não se pode afirmar que a infecção é benigna apenas pelo exame físico normal em um bebê de 2 meses. A conduta de aguardar 48 horas sem exames básicos subestima o risco de evolução rápida para sepse que essa faixa etária apresenta. Além disso, a mãe deve ser orientada, mas o profissional deve garantir a segurança clínica através de exames complementares.

---

### Questão 83

O caso clínico apresenta uma criança de 5 anos com episódios recorrentes de dor em membros inferiores e superiores, de caráter noturno, sem sinais inflamatórios e com exame físico completamente normal. Esse quadro é clássico da Dor de Crescimento, também conhecida tecnicamente como Dor Recorrente Benigna dos Membros da Infância.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A dexametasona é um corticoide de alta potência indicado para quadros inflamatórios graves ou doenças autoimunes. A dor descrita não possui sinais inflamatórios (calor, rubor ou edema) e responde bem a analgésicos comuns, não justificando o uso de corticoterapia.

Alternativa b) Incorreta. O transtorno factício imposto a outrem (antigo Munchausen por procuração) é uma forma de abuso infantil em que o cuidador inventa ou causa sintomas na criança. No caso em questão, os sintomas são típicos de uma condição benigna comum na infância, não havendo elementos que sugiram essa suspeita diagnóstica grave.

Alternativa c) Incorreta. O mielograma é um exame invasivo para avaliar a medula óssea, indicado na suspeita de neoplasias hematológicas como leucemias. Embora

leucemias possam causar dor óssea, elas geralmente vêm acompanhadas de sintomas sistêmicos (febre, palidez, perda de peso), alterações no hemograma e dor que costuma ser contínua ou que desperta a criança todas as noites, o que não condiz com o quadro de uma criança ativa e com exame físico normal.

Alternativa d) Incorreta. A solicitação de exames como FAN (Fator Antinuclear), ASLO (Antiestreptolisina O) e Fator Reumatoide não é indicada de rotina para dores com características benignas. O diagnóstico da dor de crescimento é eminentemente clínico. Pedir esses exames sem suspeita específica pode gerar resultados falso-positivos e ansiedade desnecessária aos familiares.

Alternativa e) Correta. A principal hipótese é a Dor Recorrente Benigna dos Membros (Dor de Crescimento). Os critérios clássicos presentes no caso são: idade entre 3 e 12 anos, dor bilateral e profunda (frequentemente em coxas, panturrilhas ou fossa poplítea), ocorrência preferencialmente no final da tarde ou noite (podendo acordar a criança), ausência de claudicação (mancar) e exame físico sem alterações. O tratamento baseia-se em medidas de conforto, como massagens e aplicação de calor local, além de analgésicos simples, se necessário.

---

## Questão 84

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O caso apresenta um recém-nascido de termo com icterícia de início precoce (segundo dia de vida) e progressão cefalocaudal. Os dados fundamentais para o diagnóstico são o grupo sanguíneo da mãe (O positivo), o do bebê (A positivo) e a presença de Coombs direto positivo. O aumento da bilirrubina às custas da fração indireta (não conjugada) confirma um processo hemolítico ou de sobrecarga de bilirrubina antes da conjugação hepática.

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

A incompatibilidade ABO ocorre tipicamente quando a mãe é do grupo sanguíneo O e o conceito é do grupo A ou B. Mães do grupo O possuem anticorpos naturais IgG (anti-A e anti-B) que conseguem atravessar a placenta e causar hemólise no feto/recém-nascido. Diferente da incompatibilidade Rh, a ABO pode ocorrer já na primeira gestação (primigesta), como descrito no enunciado. O Coombs direto positivo confirma a presença de anticorpos maternos aderidos às hemácias do recém-nascido, caracterizando a doença hemolítica do recém-nascido por incompatibilidade ABO.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Icterícia fisiológica do RN: Embora costume surgir após as primeiras 24 horas de vida, a icterícia fisiológica é um diagnóstico de exclusão. A presença de Coombs direto positivo e a incompatibilidade sanguínea entre mãe e filho indicam um processo patológico (hemólise), o que descarta a causa fisiológica.

b) Incompatibilidade Rh: Para que ocorra a doença hemolítica por incompatibilidade Rh, a mãe obrigatoriamente deveria ser Rh negativo e o bebê Rh positivo. No caso descrito, a mãe é O positivo, o que torna impossível a incompatibilidade pelo antígeno D (Rh).

d) Icterícia do aleitamento materno: Esta condição (também chamada de icterícia por privação calórica) ocorre nos primeiros dias de vida devido a uma amamentação ineficaz, levando ao aumento da circulação entero-hepática de bilirrubina. No entanto, ela não cursa com Coombs direto positivo nem com incompatibilidade sanguínea laboratorial.

e) Atresia de vias biliares: É uma causa de icterícia por colestase, ou seja, com aumento da bilirrubina direta (conjugada). O quadro costuma se manifestar mais tardiamente (geralmente após a segunda semana de vida) e apresenta sinais como acolia fecal e colúria, o que difere totalmente do quadro de hiperbilirrubinemia indireta e hemólise precoce apresentado pelo paciente.

---

### Questão 85

Para resolver esta questão, devemos seguir rigorosamente o Fluxograma de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Análise do caso clínico:

O recém-nascido (RN) tem 35 semanas de idade gestacional (pré-termo tardio). Ao nascer, apresentou-se deprimido, com respiração irregular e frequência cardíaca (FC) de 90 bpm. Foram realizados corretamente os passos iniciais: aquecer, posicionar a cabeça e secar. Após 30 segundos desses cuidados, o RN mantém FC abaixo de 100 bpm (90 bpm) e respiração irregular.

De acordo com o protocolo de reanimação, se após os passos iniciais o RN apresentar apneia, respiração irregular ou FC menor que 100 bpm, a conduta imediata e obrigatória é a Ventilação com Pressão Positiva (VPP). Este é o passo mais importante para reverter a bradicardia neonatal, que geralmente é de origem hipóxica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O fornecimento de oxigênio inalatório (fluxo livre) não é indicado para o RN em apneia ou com respiração irregular e bradicardia. Além disso, o uso de oxigênio a 100% deve ser evitado no início da reanimação em RNs pré-termo tardios e a termo, devido ao risco de lesão tecidual por radicais livres.

Alternativa b) Correta. A VPP deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida (o Minuto de Ouro) se a FC estiver abaixo de 100 bpm ou se houver apneia/respiração irregular. Em RNs com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas, a recomendação é iniciar a ventilação com ar ambiente (fração inspirada de oxigênio a 21%). Se o RN tivesse menos de 34 semanas, iniciaríamos com 30% de oxigênio.

Alternativa c) Incorreta. A massagem cardíaca só é indicada se a FC permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos de VPP realizada com técnica adequada (incluindo checagem de máscara, vedação e expansão torácica). No caso em questão, a FC é de 90 bpm e a VPP ainda nem foi iniciada.

Alternativa d) Incorreta. A adrenalina é uma medida de reanimação avançada. Ela só é utilizada quando a FC permanece abaixo de 60 bpm após a realização de VPP adequada, somada à massagem cardíaca técnica, com oxigênio a 100%.

Alternativa e) Incorreta. O estímulo tátil (como a secagem vigorosa) já foi realizado nos passos iniciais. Insistir em estímulos táteis quando o RN apresenta bradicardia e respiração irregular é um erro grave, pois retarda o início da ventilação efetiva, aumentando o risco de asfixia e sequelas neurológicas.

Gabarito: Letra (b).

---

### Questão 86

A questão apresenta um quadro clínico típico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma criança de 2 anos. Os sinais descritos são clássicos: déficit na comunicação social (atraso na fala e não atender pelo nome), déficit na interação social (evitar contato visual e não socializar) e presença de comportamentos repetitivos e restritos (organizar brinquedos de forma repetitiva). Diante da suspeita de TEA, a conduta deve ser imediata.

Alternativa a: Incorreta. O atraso na fala aos 2 anos, associado à falta de contato visual e ausência de resposta ao nome, já são sinais de alerta ("red flags"). Aguardar até os 3 anos é uma conduta inadequada que faz com que a criança perca o período de maior plasticidade cerebral para intervenções.

Alternativa b: Incorreta. O diagnóstico do TEA é estritamente clínico e baseado na

observação do comportamento e no relato dos cuidadores. Exames de imagem, como a ressonância magnética de crânio, não fecham o diagnóstico e só devem ser solicitados se houver suspeita de outras condições neurológicas associadas, como crises convulsivas ou déficits focais.

Alternativa c: Correta. Esta é a conduta preconizada. Assim que detectados sinais de alerta para TEA, a criança deve ser encaminhada para uma avaliação com especialistas (como neuropediatra ou psiquiatra infantil) e iniciar precocemente terapias com equipe multidisciplinar (psicologia baseada em análise do comportamento, fonoaudiologia e terapia ocupacional). A intervenção precoce é o principal fator prognóstico para o desenvolvimento da criança.

Alternativa d: Incorreta. Medicamentos no TEA não tratam o transtorno em si, mas sim comorbidades ou sintomas específicos, como agressividade extrema ou insônia grave. O tratamento de primeira linha para comportamentos repetitivos é a terapia comportamental, e não o uso de fármacos, especialmente em um paciente de apenas 2 anos.

Alternativa e: Incorreta. Embora a orientação para os pais seja fundamental, apenas a estimulação domiciliar não é suficiente para uma criança que já apresenta sinais claros de atraso e isolamento social. Adiar a intervenção profissional por mais 6 meses prejudica o aproveitamento da janela de desenvolvimento neuropsicomotor.

---

### **Questão 87**

Esta questão aborda os sinais de alerta para a investigação de Erros Inatos da Imunidade (EII), anteriormente conhecidos como Imunodeficiências Primárias. Para identificar a resposta correta, devemos comparar o histórico clínico do paciente com os 10 sinais de alerta estabelecidos pela Fundação Jeffrey Modell e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Alternativa a) Rinite alérgica: Incorreta. A rinite alérgica é uma condição de hipersensibilidade mediada por IgE muito comum na infância. Embora algumas imunodeficiências possam cursar com níveis elevados de IgE e atopia, a rinite isolada não é um critério de triagem para Erros Inatos da Imunidade.

Alternativa b) Resfriados de repetição: Incorreta. O paciente apresenta de 3 a 4 resfriados por ano. Na pediatria, considera-se normal que crianças em idade escolar apresentem de 6 a 12 episódios de infecções virais das vias aéreas superiores por ano, especialmente se frequentarem creche ou escola. Portanto, essa frequência não é um sinal de alerta.

Alternativa c) Diarreia aguda: Incorreta. Um único episódio de diarreia aguda com resolução rápida (72 horas) e sem repercussões nutricionais é comum na infância, geralmente de etiologia viral ou alimentar. O sinal de alerta para EII seria a diarreia crônica, persistente ou que leve ao déficit de crescimento (\*failure to thrive\*).

Alternativa d) Pneumonia bacteriana: Incorreta. Ter apresentado apenas um episódio de pneumonia bacteriana aos 4 anos de idade, com boa resposta ao tratamento ambulatorial e sem sequelas, não justifica a investigação. O sinal de alerta clássico para EII é a ocorrência de duas ou mais pneumonias no último ano.

Alternativa e) Abscessos de repetição: Correta. A presença de abscessos cutâneos de repetição (ou abscessos em órgãos internos) é um dos 10 sinais de alerta clássicos para Erros Inatos da Imunidade. No exame físico de João, a observação de diversas cicatrizes na região glútea e nas coxas confirma a gravidade e a recorrência desses processos infecciosos. Esse achado clínico direciona a suspeita para defeitos na função ou no número de fagócitos (como a Doença Granulomatosa Crônica) ou para síndromes de hiper-IgE.

---

### Questão 88

A paciente de 7 anos apresenta desenvolvimento mamário (M2) antes dos 8 anos de idade, o que define clinicamente a puberdade precoce feminina. Além da telarca, o dado mais relevante do quadro é a velocidade de crescimento: um ganho de 6 cm em apenas 6 meses (equivalente a 12 cm por ano) indica um estirão puberal evidente. Diante desse cenário de puberdade precoce com sinais de progressão rápida (aceleração do crescimento), a investigação laboratorial e de imagem é mandatória para confirmar o diagnóstico e diferenciar entre a forma central (dependente de GnRH) e a periférica (independente de GnRH).

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. A conduta de observar e reavaliar só seria adequada se houvesse dúvida sobre a progressão do quadro ou se a velocidade de crescimento fosse normal para a idade, sugerindo uma variante benigna como a telarca precoce isolada. O crescimento acelerado (6 cm em 6 meses) exclui essa conduta expectante.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta inicial padrão. A idade óssea (avaliada por radiografia de mãos e punhos) é fundamental para verificar se o desenvolvimento biológico está avançado em relação à idade cronológica, o que indica exposição prolongada a esteroides sexuais. As dosagens de LH, FSH e estradiol são necessárias para identificar a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Níveis de LH basal elevados (geralmente acima de 0,1 a 0,3 UI/L, dependendo do método) confirmam a

puberdade precoce central.

Alternativa C: Incorreta. A ultrassonografia pélvica é um exame complementar útil para avaliar o volume do útero e dos ovários, mas não substitui a necessidade da idade óssea e das dosagens hormonais como avaliação inicial. Ela auxilia na confirmação da puberdade, mas não define a origem (central ou periférica) de forma tão precisa quanto o perfil hormonal.

Alternativa D: Incorreta. O tratamento com análogo de GnRH (como a leuprorelina) é o padrão-ouro para a puberdade precoce central, mas só deve ser iniciado após a confirmação diagnóstica e a documentação de que a puberdade é progressiva. Iniciar o tratamento antes de investigar é uma conduta prematura.

Alternativa E: Incorreta. O hipotireoidismo primário severo pode, raramente, causar uma forma de puberdade precoce (Síndrome de Van Wyk-Grumbach). No entanto, o hipotireoidismo cursa obrigatoriamente com queda na velocidade de crescimento e atraso da idade óssea, o que é o oposto do caso clínico apresentado, no qual a menina está crescendo acima do normal.

---

## Questão 89

### ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O caso descreve um recém-nascido do sexo masculino com sinais clássicos de obstrução infravesical (abaixo da bexiga). Os pontos-chave para o diagnóstico são:

1. Sexo masculino: A válvula de uretra posterior (VUP) é uma malformação exclusiva do sexo masculino.
2. Jato urinário fraco: É o sinal clínico patognomônico de obstrução uretral.
3. História de oligodrâmnio e hidronefrose bilateral: Indica que a urina não conseguia sair da bexiga adequadamente desde a vida fetal, prejudicando a formação do líquido amniótico e causando pressão retrógrada nos rins.
4. Bexigoma (abaulamento em hipogástrio): Reflete a retenção urinária aguda por obstrução mecânica.

### DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O diagnóstico mais provável é Válvula de Uretra Posterior (VUP). Trata-se da causa mais comum de obstrução infravesical em recém-nascidos do sexo masculino. O exame padrão-ouro para confirmação diagnóstica é a uretrocistografia miccional (UCM), que permite visualizar a dilatação da uretra posterior e a interrupção súbita do fluxo no local da válvula durante a micção.

## EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

a) INCORRETA. O refluxo vesicoureteral pode causar hidronefrose, mas não causa jato urinário fraco nem bexigoma, pois não há obstrução ao fluxo de saída da urina. Além disso, a urografia excretora não é o exame de escolha inicial e é pouco fidedigna no período neonatal devido à imaturidade renal.

b) INCORRETA. A estenose de meato uretral é rara no recém-nascido e geralmente não causa repercussões tão graves como hidronefrose bilateral e oligodrâmnio. A uretrocistoscopia é um procedimento invasivo e não é o primeiro passo para o diagnóstico radiológico.

c) CORRETA. O quadro de recém-nascido masculino com bexigoma, jato fraco e hidronefrose bilateral é a apresentação clássica de VUP. A uretrocistografia miccional é o exame essencial para demonstrar a anatomia da uretra e confirmar a obstrução.

d) INCORRETA. "Hidronefrose obstrutiva bilateral" é uma descrição de achado, não um diagnóstico etiológico específico. A ultrassonografia é um exame de triagem que sugere a obstrução, mas a confirmação da causa (VUP) exige a uretrocistografia.

e) INCORRETA. A bexiga neurogênica geralmente está associada a defeitos do tubo neural (como mielomeningocele), o que não foi mencionado. Além disso, a cistometria avalia a função da bexiga e não é o exame inicial para diagnóstico de anomalias estruturais obstrutivas.

---

## Questão 90

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico de Miguel, de 4 anos, apresenta elementos clássicos que direcionam para o diagnóstico de anemia falciforme. A tríade de dactilite (conhecida como síndrome mão-pé), anemia importante (palidez 3/4+) e esplenomegalia (baço a 4 cm do rebordo costal) é altamente sugestiva de uma doença falciforme em uma criança pequena.

A dactilite é frequentemente a primeira manifestação vaso-oclusiva da anemia falciforme, ocorrendo geralmente entre os 6 meses e 5 anos de idade. Além disso, o histórico de uso de sulfato ferroso por 4 meses sem melhora da anemia reforça que a causa não é ferropriva, mas sim uma anemia hemolítica crônica. O fato de o resultado do teste do pezinho não estar disponível é um dado importante, pois a doença falciforme é uma das patologias triadas no exame neonatal.

## ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

- a) Eletroforese de hemoglobina: CORRETA. Este é o exame padrão-ouro para o diagnóstico das hemoglobinopatias, incluindo a anemia falciforme (HbSS) e suas variantes (como HbSC ou S-beta-talassemia). Ele permite identificar e quantificar os diferentes tipos de hemoglobina presentes no sangue do paciente, confirmando a presença da hemoglobina S.
- b) Hemocultura: INCORRETA. Embora crianças com anemia falciforme sejam suscetíveis a infecções graves e a hemocultura possa ser necessária para investigar o foco da febre, ela não é o exame para investigar a "principal hipótese diagnóstica" (a doença de base), mas sim uma complicação infecciosa secundária.
- c) Rx de mão direita: INCORRETA. No quadro de dactilite aguda, o raio X geralmente mostra apenas edema de partes moles nas primeiras semanas. Alterações ósseas, como reações periosteais, demoram a aparecer. O diagnóstico da dactilite é essencialmente clínico e o raio X não confirma a etiologia da doença.
- d) Fator reumatoide: INCORRETA. O fator reumatoide é utilizado na investigação de doenças reumatológicas, como a artrite idiopática juvenil. No entanto, o quadro de dactilite súbita associada a esplenomegalia e anemia grave em uma criança de 4 anos é muito mais característico de crise vaso-oclusiva na anemia falciforme do que de uma patologia reumatológica.
- e) ASLO: INCORRETA. A dosagem de antiestreptolisina O (ASLO) é utilizada para identificar infecção prévia por estreptococo beta-hemolítico do grupo A, auxiliando no diagnóstico de febre reumática ou glomerulonefrite pós-estreptocócica. Não há correlação entre este exame e o quadro de dactilite e esplenomegalia apresentado.

---

### Questão 91

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Alternativa a) Correta. A colonização da microbiota intestinal humana é um processo dinâmico que se inicia de forma mais intensa no nascimento. O parto vaginal expõe o recém-nascido à microbiota vaginal e fecal materna, enquanto o parto cesáreo favorece a colonização por bactérias da pele e do ambiente hospitalar. O aleitamento materno, por conter oligossacarídeos e bactérias benéficas, é o padrão-ouro para uma microbiota saudável, ao contrário das fórmulas infantis. O uso de antibióticos e o ambiente sanitário também moldam essa composição inicial.

Alternativa b) Correta. O conceito de eixo intestino-pele refere-se à comunicação

bidirecional entre a microbiota intestinal e a homeostase cutânea. O desequilíbrio intestinal (disbiose) pode levar a uma resposta inflamatória sistêmica que influencia o desenvolvimento e a gravidade de doenças atópicas, como a dermatite atópica.

Alternativa c) Correta. Na pediatria, esses são fatores clássicos de risco para infecções recorrentes (especialmente de vias aéreas). A imaturidade do sistema imunológico da criança, somada à maior exposição a patógenos em ambientes de aglomeração (escolas e creches) e ao convívio com irmãos (que trazem agentes infecciosos para casa), aumenta a frequência de episódios infecciosos.

Alternativa d) INCORRETA (Gabarito). Esta é a alternativa que deve ser assinalada, pois os efeitos dos probióticos são estritamente cepa-específicos. Isso significa que os benefícios comprovados para uma determinada cepa (por exemplo, *Lactobacillus rhamnosus* GG) não podem ser extrapolados para outra cepa, mesmo que pertença à mesma espécie. Cada indicação clínica (diarreia aguda, cólica do lactente, prevenção de atopia) depende da utilização da cepa específica que demonstrou eficácia em estudos clínicos.

Alternativa e) Correta. Embora os probióticos sejam classificados como seguros para a população geral, eles não são isentos de riscos. Sintomas gastrointestinais leves, como flatulência e distensão, são os efeitos colaterais mais comuns. No entanto, em grupos de alto risco, como pacientes com imunodeficiências graves ou com acesso venoso central, existe o risco documentado de translocação bacteriana ou fúngica, podendo causar sepse (bacteremia ou fungemia), o que exige cautela extrema ou contra-indicação do uso.

---

## Questão 92

Alternativa a) Incorreta. Na dermatite atópica pediátrica, os corticoides sistêmicos não são o tratamento de primeira escolha. A base do tratamento consiste no controle ambiental, hidratação da pele e uso de agentes tópicos, como corticoides de baixa ou média potência e inibidores da calcineurina. O uso de corticoide sistêmico é evitado devido ao alto risco de efeito rebote (piora acentuada após a suspensão) e aos efeitos colaterais em longo prazo.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa está alinhada com as principais diretrizes nacionais e internacionais (como o GINA). Devido aos graves efeitos colaterais do uso prolongado de corticoides sistêmicos em crianças, como a supressão do crescimento linear, ganho de peso e alteração do eixo adrenal, eles devem ser restritos ao manejo de exacerbações agudas (por curto período) ou casos de asma grave que permanecem não controlados mesmo com doses otimizadas de medicações inalatórias.

Alternativa c) Incorreta. O Consenso Brasileiro de Rinite contraindica formalmente o uso de corticoides de depósito (injetáveis) para o tratamento da rinite alérgica, especialmente na população pediátrica. Essas medicações possuem uma farmacocinética imprevisível e um risco elevado de efeitos colaterais sistêmicos duradouros. O tratamento de escolha para rinite persistente moderada a grave é o corticoide intranasal, que atua localmente com mínima absorção sistêmica.

Alternativa d) Incorreta. Na síndrome DRESS (Reação a Drogas com Eosinofilia e Sintomas Sistêmicos), os corticoides sistêmicos são justamente a terapia de primeira linha para controlar a resposta inflamatória e proteger os órgãos-alvo (como fígado e rins). Eles não são contraindicados; sua retirada precoce ou a falta de uso pode, na verdade, agravar o quadro clínico.

Alternativa e) Incorreta. O tratamento de primeira escolha para anafilaxia é a adrenalina (epinefrina) por via intramuscular. O corticoide é considerado uma medicação adjuvante (de segunda linha), e estudos recentes mostram que ele não possui eficácia comprovada na prevenção confiável de reações bifásicas, além de demorar horas para iniciar sua ação, não sendo útil na fase aguda do choque ou insuficiência respiratória.

---

### Questão 93

As Condições Crônicas Complexas (CCC) em pediatria são definidas, segundo o critério amplamente aceito de Feudtner, como qualquer condição médica que dure pelo menos 12 meses (a menos que a morte ocorra antes) e que envolva vários sistemas orgânicos diferentes ou um único sistema com gravidade suficiente para exigir cuidados pediátricos especializados e, provavelmente, internação em um centro de cuidado terciário.

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa A (Incorreta e Gabarito): O erro desta alternativa está no tempo de duração. A definição clássica de Condições Crônicas Complexas estabelece uma duração mínima esperada de 12 meses, e não de 6 meses. Embora muitas condições crônicas gerais utilizem o marco de 6 meses, para a classificação de CCC o critério temporal é mais extenso.

Alternativa B (Correta): Esta alternativa descreve precisamente a natureza da complexidade clínica. A criança pode apresentar o comprometimento de diversos sistemas (como neurológico e respiratório simultaneamente) ou a falência grave de um único órgão ou sistema que demande alta tecnologia e suporte especializado.

Alternativa C (Correta): Uma característica marcante das CCC é a alta demanda por serviços de saúde. Devido à fragilidade clínica e à necessidade de intervenções específicas, essas crianças frequentemente necessitam de acompanhamento com múltiplas especialidades e possuem um histórico de internações recorrentes ou prolongadas em unidades de terapia intensiva ou hospitais terciários.

Alternativa D (Correta): A limitação funcional é comum nesse grupo, especialmente em pacientes com encefalopatias crônicas não progressivas ou doenças neuromusculares. A dependência de tecnologia (dispositivos de suporte à vida ou auxílio nutricional), como a traqueostomia para ventilação mecânica e a gastrostomia para alimentação, é um marcador frequente de complexidade nessas crianças.

Alternativa E (Correta): Esta alternativa aborda os determinantes sociais e logísticos do cuidado. O transporte de pacientes acamados e dependentes de equipamentos é um desafio prático real. A dificuldade de locomoção, somada à vulnerabilidade socioeconômica de muitas famílias, constitui uma barreira significativa ao acesso contínuo aos centros de referência, impactando diretamente no manejo da condição crônica.

---

## Questão 94

Análise das afirmativas:

Afirmativa I (Correta): A dor é uma experiência subjetiva e, na pediatria, a criança nem sempre consegue verbalizar sua intensidade. Por isso, é fundamental utilizar escalas validadas e apropriadas para cada estágio do desenvolvimento, como a escala NIPS para recém-nascidos, a escala FLACC para lactentes e crianças não verbais, e a escala de faces (Wong-Baker) ou a Escala Visual Analógica (EVA) para crianças maiores e adolescentes.

Afirmativa II (Incorreta): A codeína tem sido cada vez mais desencorajada na pediatria. Devido ao polimorfismo genético da enzima CYP2D6, algumas crianças podem ser metabolizadoras ultrarrápidas, convertendo a codeína em morfina de forma acelerada, o que gera risco crítico de depressão respiratória e morte. Agências como a FDA e a EMA restringem seu uso, especialmente em menores de 12 anos.

Afirmativa III (Correta): Um dos pilares do manejo da dor, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a utilização da via preferencialmente não invasiva. A via oral é a escolha prioritária por ser menos traumática, mais segura e de fácil administração, reservando-se a via intravenosa para casos de dor severa, emergências ou impossibilidade de ingestão oral.

Afirmativa IV (Incorreta): O tratamento da dor deve ser feito "pelo relógio" (com horários fixos) para manter a concentração plasmática do analgésico e evitar que a dor reapareça. Se uma medicação (como o paracetamol ou a dipirona) está sendo prescrita para o controle da dor, ela não deve ser omitida na ausência de febre, pois sua indicação naquele momento é analgésica, e não exclusivamente antitérmica.

Afirmativa V (Incorreta): A morfina não é contraindicada na pediatria; pelo contrário, é considerada o padrão-ouro para o tratamento da dor moderada a grave. Embora apresente efeitos colaterais conhecidos, como constipação, náuseas e prurido, estes devem ser manejados preventivamente, e não impedem o uso clínico seguro da medicação sob monitorização adequada.

Conclusão:

Estão corretas apenas as afirmativas I e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (a).

---

## Questão 95

Análise detalhada da questão:

Afirmativa I: Correta. A vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) deve ser administrada em dose única o mais precocemente possível, idealmente logo após o nascimento, ainda na maternidade. O objetivo principal é a prevenção de formas graves de tuberculose, como a meníngea e a miliar, em crianças. Caso não seja aplicada na maternidade, deve ocorrer na primeira visita à Unidade de Saúde.

Afirmativa II: Correta. Até 2019, o Ministério da Saúde recomendava revacinar crianças que não apresentassem a cicatriz vacinal seis meses após a aplicação. No entanto, seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) alterou essa norma. Atualmente, a ausência da cicatriz vacinal não é mais indicação de revacinação, pois estudos mostram que a resposta imunológica pode ocorrer mesmo sem a formação da cicatriz.

Afirmativa III: Correta. No Brasil, existe um protocolo específico para comunicantes domiciliares de pacientes com hanseníase. O objetivo é aumentar a proteção imunológica desses contatos. A conduta depende do número de cicatrizes: se o comunicante não tem cicatriz, recebe uma dose; se tem uma cicatriz, recebe uma segunda dose; se já tem duas cicatrizes, não precisa de nova dose. Essa regra se aplica independentemente da forma clínica do caso índice.

Afirmativa IV: Correta. A BCG é uma vacina de bactérias vivas atenuadas. Crianças

cujas mães utilizaram medicamentos imunossupressores ou biotecnológicos durante a gestação (que podem atravessar a placenta) podem nascer com imunossupressão transitória. Nesses casos, a vacinação é adiada para evitar a doença disseminada pelo bacilo vacinal. Da mesma forma, histórico familiar de imunodeficiência primária exige investigação antes da vacinação. O adiamento geralmente ocorre até os 6 meses ou conforme avaliação médica especializada.

Afirmativa V: Incorreta. A vacina BCG é contraindicada para recém-nascidos com peso inferior a 2.000 gramas. Isso ocorre devido à imaturidade do sistema imunológico e da pele desses bebês. Assim que o recém-nascido atinge o peso de 2 kg, a vacina pode ser administrada normalmente.

Conclusão: Estão corretas apenas as afirmativas I, II, III e IV.

Gabarito: Letra (d).

---

### Questão 96

A questão apresenta um quadro clássico de intoxicação por álcool tóxico, especificamente o metanol. Os pontos fundamentais para o diagnóstico são: história de ingestão de bebida alcoólica (frequentemente adulterada ou de procedência duvidosa), um período de latência até o surgimento dos sintomas graves, acidose metabólica com hiato aniônico (\*Anion Gap\*) elevado e, como sinal patognomônico, a alteração visual (visão turva).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A insuficiência renal aguda pode gerar acidose metabólica com hiato aniônico elevado devido ao acúmulo de ácidos orgânicos não mensuráveis. No entanto, ela não explica a alteração visual súbita nem a crise convulsiva logo após a ingestão alcoólica em um paciente jovem. O aumento das escórias nitrogenadas observado nos exames é, na verdade, uma consequência da toxicidade sistêmica do metanol e de seus metabólitos nos rins.

b) Correta. O metanol é metabolizado pela enzima álcool desidrogenase em formaldeído e, posteriormente, em ácido fórmico. O ácido fórmico é o grande vilão: ele inibe a respiração mitocondrial, causa acidose metabólica grave e possui toxicidade direta ao nervo óptico, levando à visão turva e à cegueira. O acometimento do sistema nervoso central justifica a cefaleia e as convulsões. O tratamento padrão envolve o bloqueio da enzima álcool desidrogenase para impedir a formação de novos metabólitos tóxicos (utilizando etanol ou fomepizol) e a realização de hemodiálise para remover o metanol e o ácido fórmico já circulantes.

c) Incorreta. A pancreatite aguda pode ser causada pelo consumo excessivo de álcool e se manifesta com dor abdominal e vômitos. Entretanto, ela não costuma cursar com turvação visual ou acidose metabólica com hiato aniônico tão acentuada de forma isolada, a menos que o paciente evolua para choque séptico ou falência múltipla de órgãos, o que não é o quadro inicial descrito.

d) Incorreta. Arritmias poderiam explicar tontura e fraqueza, mas não guardam relação direta com a acidose metabólica de hiato aniônico elevado e os sintomas visuais específicos relatados após 12 horas da admissão.

e) Incorreta. Embora a sepse cause acidose láctica (que eleva o hiato aniônico), o histórico de ingestão de álcool associado especificamente à perda visual e à convulsão direciona o raciocínio clínico para causas toxicológicas, e não para um processo infeccioso sistêmico primário.

---

### Questão 97

Comentário da Questão: Melatonina e Ritmo Circadiano

Afirmativa I: Correta. Os recém-nascidos não possuem uma produção endógena de melatonina consolidada. Durante os primeiros meses, o bebê depende da melatonina transferida pela mãe, inicialmente via placenta e, após o nascimento, pelo leite materno. Essa transferência via leite respeita o ritmo circadiano materno, com concentrações significativamente maiores no leite produzido durante a noite, auxiliando na sinalização do período escuro para o lactente.

Afirmativa II: Correta. A maturação da glândula pineal e o estabelecimento do ritmo circadiano próprio do bebê ocorrem geralmente entre o terceiro e o quarto mês de vida. Até que esse sistema amadureça, o leite materno atua como um cronobiótico exógeno fundamental para a organização do ciclo sono-vigília e para o desenvolvimento dos núcleos supraquiasmáticos.

Afirmativa III: Correta. A luz azul (comprimento de onda curto, em torno de 460-480 nm) é o principal supressor da secreção de melatonina. Os fotorreceptores retinianos (células ganglionares intrinsecamente fotossensíveis) enviam sinais ao núcleo supraquiasmático, que inibe a pineal. Além de regular o sono, a melatonina exerce influência sobre o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (atuando na modulação da puberdade) e possui funções metabólicas e neurocognitivas. O bloqueio crônico dessa via pode, portanto, repercutir no desenvolvimento global da criança.

Afirmativa IV: Correta. A glândula pineal é extremamente sensível à luz durante a

noite. Exposições breves, de apenas alguns minutos, à luz artificial rica em espectro azul são suficientes para causar uma queda abrupta nos níveis plasmáticos de melatonina. Uma vez que a luz é removida, a retomada da síntese pela enzima serotonina-N-acetiltransferase não é imediata, podendo levar de uma a várias horas para retornar aos níveis basais noturnos.

Afirmativa V: Correta. Embora a melatonina tenha um perfil de segurança alto, a hipermelatoninemia (geralmente por suplementação excessiva ou intoxicação) pode causar efeitos adversos significativos. Como a melatonina está diretamente ligada à termorregulação (provocando queda da temperatura central para facilitar o sono), o excesso pode levar à hipotermia. Os demais sintomas citados, como sonolência excessiva, hipotonia e tontura, refletem a depressão do sistema nervoso central e a desregulação autonômica provocada pela superdosagem.

Conclusão: Como todas as afirmativas descrevem corretamente aspectos fisiológicos, cronobiológicos e clínicos da melatonina, a alternativa correta é a (e).

---

### Questão 98

Alternativa A: Incorreta. A consolidação com necrose e liquefação do parênquima não é o estágio final, mas sim a fase ativa e fisiopatológica central da pneumonia necrosante. O estágio final, após a resolução da infecção, geralmente envolve a restituição do parênquima ou a permanência de pneumatoceles residuais que tendem a desaparecer ao longo de meses.

Alternativa B: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a progressão radiológica e clínica da doença. A pneumonia necrosante inicia-se com uma consolidação inflamatória que evolui para a destruição da arquitetura alveolar. Surgem múltiplas microcavidades que podem coalescer (juntar-se), formando cavidades maiores e periféricas. Devido à proximidade com a pleura e à destruição tecidual, é comum a ocorrência de complicações como fístulas broncopleurais, pneumotórax e empiema.

Alternativa C: Incorreta. Os principais agentes bacterianos são de fato o *Streptococcus pneumoniae* (destaque para os sorotipos 3 e 19A) e o *Staphylococcus aureus* (especialmente cepas MRSA). No entanto, o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) não é um agente etiológico de pneumonia necrosante; ele causa tipicamente bronquiolite e pneumonias virais sem a característica de necrose tecidual destrutiva.

Alternativa D: Incorreta. Embora façam parte de um espectro de doenças pulmonares inflamatórias/infecciosas, a pneumonia necrosante possui características distintas. O abscesso pulmonar geralmente se manifesta como uma cavidade única e bem

delimitada com nível hidroaéreo. A gangrena pulmonar é uma condição ainda mais extrema, onde há necrose maciça de um lobo ou de todo o pulmão devido ao comprometimento da circulação sanguínea local. A pneumonia necrosante caracteriza-se por múltiplas cavidades de permeio a áreas de consolidação sem fluxo sanguíneo (detectado ao Doppler).

Alternativa E: Incorreta. O erro da alternativa é afirmar que não foram identificadas tais cepas. Na realidade, a Leucocidina de Pantón-Valentine (PVL) é uma exotoxina produzida por certas cepas de *Staphylococcus aureus* que está intimamente ligada à patogênese da pneumonia necrosante grave. A PVL causa a destruição de leucócitos e necrose tecidual profunda, sendo um marcador de gravidade em pacientes previamente hígidos.

---

## Questão 99

Análise do Caso Clínico:

O quadro descreve uma lactente de 8 meses com pneumonia de evolução rápida e gravíssima. Os sinais de alerta incluem mau estado geral, gemência, taquipneia severa (76 irpm) e esforço respiratório importante (tiragens e batimento de asa de nariz). O ponto crítico é o rebaixamento do nível de consciência, que indica uma falência respiratória iminente ou choque séptico, exigindo intervenção imediata em ambiente de terapia intensiva.

Os achados de imagem são fundamentais para o raciocínio clínico. A presença de pneumatoceles (cistos de parede fina repletos de ar) na radiografia e a confirmação de necrose pulmonar na tomografia são marcas registradas de pneumonias causadas por agentes agressivos, sendo o *Staphylococcus aureus* a principal suspeita, seguido por linhagens virulentas de *Streptococcus pneumoniae*.

Análise das Alternativas:

Alternativa a: Incorreta. A amoxicilina oral e o manejo domiciliar são reservados para pneumonias comunitárias leves, em crianças que conseguem ingerir líquidos e não apresentam sinais de desconforto respiratório ou toxemia. O caso em questão é de extrema urgência.

Alternativa b: Incorreta. A oxacilina é eficaz contra o *Staphylococcus aureus* sensível (MSSA), mas não cobre o *Staphylococcus* resistente à meticilina (MRSA), que deve ser empiricamente coberto em quadros necrotizantes graves. A gentamicina possui baixa penetração no tecido pulmonar inflamado e a enfermagem não oferece o suporte ventilatório e monitorização necessários para uma paciente com alteração de

consciência.

Alternativa c: Incorreta. A ceftriaxona é uma cefalosporina de terceira geração que cobre bem o pneumococo, mas falha em cobrir o *Staphylococcus aureus* MRSA. O termo observação hospitalar é inadequado para uma paciente com sinais de choque e insuficiência respiratória, que necessita de suporte intensivo imediato.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa atende às necessidades clínicas e microbiológicas do caso. A vancomicina oferece cobertura robusta contra o *Staphylococcus aureus* (incluindo MRSA) e pneumococos com alta resistência à penicilina. O cefepime (cefalosporina de quarta geração) amplia o espectro para bacilos gram-negativos. O suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a preparação para intubação orotraqueal são mandatórios, dado o risco de falência respiratória total e a incapacidade da paciente de proteger a via aérea pelo rebaixamento de consciência.

Alternativa e: Incorreta. A azitromicina é um macrolídeo voltado para germes atípicos e não possui papel como monoterapia em pneumonias bacterianas graves. O tratamento domiciliar é contraindicado e representaria risco iminente de morte para a paciente.

---

## Questão 100

ENUNCIADO E TEMA:

A questão aborda o manejo da diarreia aguda em pediatria, focando nos sinais de alerta estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde na estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância). Esses sinais indicam que a criança pode estar evoluindo para desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos ou infecções bacterianas invasivas, necessitando de reavaliação médica urgente.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A melhora progressiva do apetite e a redução das evacuações são sinais clínicos de recuperação e de que o tratamento (como o Plano A de hidratação domiciliar) está sendo eficaz. Não são motivos para retorno imediato.

Alternativa b) Incorreta. Diarreia de curta duração (2 dias) sem sintomas sistêmicos (febre) ou complicações digestivas (vômitos) sugere um quadro leve e autolimitado, que não preenche os critérios de gravidade da OMS para reavaliação urgente.

Alternativa c) Correta. Os vômitos repetidos são um sinal de alerta crítico porque

impedem a Terapia de Reidratação Oral (TRO), aumentando drasticamente o risco de desidratação e a necessidade de hidratação venosa. A presença de sangue nas fezes caracteriza a disenteria, indicando processo inflamatório ou invasivo na mucosa intestinal, o que exige investigação de agentes como *Shigella* e, frequentemente, o uso de antimicrobianos. Outros sinais listados pela OMS incluem: piora do estado geral, muita sede (bebe avidamente), recusa de alimentos/líquidos e febre.

Alternativa d) Incorreta. Frequência urinária preservada é um sinal de boa perfusão renal e estado de hidratação adequado. A boa aceitação de líquidos reforça que a criança está estável e pode continuar o tratamento ambulatorial.

Alternativa e) Incorreta. A diarreia aguda é, em sua maioria, autolimitada e dura menos de 7 dias. Um quadro com menos de 48 horas de evolução, sem sinais de perigo associados, é a apresentação típica da gastroenterite viral comum, não sendo um sinal de alerta por si só.

GABARITO: Alternativa (c).

---