



# Hospital Vida

GABARITO | 2026 | PR | 60 Questões



## Gabarito: Hospital Vida

2026 | PR

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo é uma condição que altera drasticamente a relação entre a ventilação e a perfusão (V/Q) pulmonar. Em um paciente previamente hígido, a queda da pressão parcial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) não decorre de um problema na entrada de ar, mas sim na distribuição do fluxo sanguíneo nos pulmões.

A alternativa (c) está correta e descreve o mecanismo central. Quando um trombo obstrui uma artéria pulmonar, áreas do pulmão continuam sendo ventiladas, mas deixam de ser perfundidas. Isso cria o chamado "espaço morto alveolar" (ventilação sem perfusão). Para compensar a obstrução, o fluxo sanguíneo é desviado para as áreas não obstruídas do pulmão. Essas áreas acabam recebendo um excesso de sangue para a quantidade de ventilação disponível, gerando zonas de baixa relação V/Q (efeito shunt). É esse desequilíbrio V/Q, somado à liberação de mediadores inflamatórios que causam atelectasias e broncoconstrição local, o principal responsável pela hipoxemia no TEP.

A alternativa (a) está incorreta porque, no TEP, o paciente geralmente apresenta taquipneia (aumento da frequência respiratória) devido ao estímulo de receptores justacapilares e à própria hipoxemia. O resultado costuma ser a hiperventilação, que leva à queda do CO<sub>2</sub> (hipocapnia), e não uma hipoventilação alveolar generalizada.

A alternativa (b) está incorreta, pois a produção de CO<sub>2</sub> é um processo metabólico periférico que não está aumentado primariamente pelo evento embólico pulmonar. O problema no TEP é a troca gasosa pulmonar, não a taxa metabólica de produção de gás carbônico pelos tecidos.

A alternativa (d) está incorreta porque o espessamento intersticial é característico de doenças como fibrose pulmonar ou edema pulmonar agudo (congestão), em que há um aumento da barreira física para a passagem do oxigênio do alvéolo para o capilar. No TEP agudo, a barreira alvéolo-capilar está inicialmente preservada; o problema é a ausência de sangue em determinadas unidades alveolares e o excesso de sangue em outras.

---

## Questão 2

Comentário do Professor:

O entendimento da morfologia da placa aterosclerótica é fundamental para compreender a transição da doença arterial coronariana estável para as síndromes coronarianas agudas (SCA). A questão aborda o conceito de placa vulnerável ou capa fibrosa fina (\*Thin-Cap Fibroatheroma\* - TCFA), que é o substrato patológico mais comum para a ruptura e subsequente trombose.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A calcificação extensa costuma ser um marcador de cronicidade da aterosclerose. Embora a presença de microcalcificações possa gerar pontos de estresse na placa, placas densamente calcificadas são, em geral, mais estáveis e menos propensas à ruptura aguda do que as placas ricas em lipídios e com pouco cálcio.

Alternativa b) Incorreta. A hemorragia intraplaca ocorre devido à fragilidade dos novos vasos (neovascularização) que crescem para dentro da placa. Embora a hemorragia contribua para o crescimento rápido da placa e possa torná-la instável, o gatilho clássico para o infarto agudo do miocárdio com supra de ST é a ruptura da superfície da placa, expondo o conteúdo pró-trombótico à luz do vaso.

Alternativa c) Correta. Esta é a descrição clássica da placa vulnerável. Uma capa fibrosa fina (geralmente com menos de 65 micra de espessura) possui pouca resistência mecânica. Quando associada a um núcleo lipídico volumoso e rico em células inflamatórias (que secretam metaloproteinases que degradam o colágeno), essa capa torna-se extremamente suscetível às forças de cisalhamento do fluxo sanguíneo, rompendo-se e desencadeando a cascata da coagulação.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa descreve as características de uma placa estável. Uma capa fibrosa espessa e um núcleo lipídico pequeno oferecem proteção contra a ruptura. Essas placas costumam causar obstruções fixas e crônicas, levando ao quadro de angina estável, mas raramente evoluem com eventos trombóticos agudos.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 3

A alternativa correta é a (a).

O quadro clínico apresentado é característico do Transtorno Delirante. Esta patologia se define pela presença de um ou mais delírios que persistem por pelo menos um mês. Uma marca fundamental deste transtorno, que o diferencia de outras psicoses como a esquizofrenia, é que o funcionamento do paciente não é marcadamente prejudicado e o seu comportamento não é bizarro ou extravagante fora do tema do delírio. No caso descrito, o paciente apresenta o subtipo ciumento (também conhecido como Síndrome de Otelo), em que a crença delirante é focada na infidelidade do parceiro, mantendo-se organizado e funcional nas demais esferas da vida.

Análise das alternativas incorretas:

b) Esquizofrenia desorganizada: Este diagnóstico exige a presença de desorganização acentuada do pensamento, do discurso e do comportamento, além de afeto embotado ou inapropriado. Na esquizofrenia, o prejuízo funcional é global e os delírios costumam ser fragmentados e mal sistematizados, o que contrasta com a preservação funcional e a sistematização relatadas no enunciado.

c) Transtorno psicótico breve: Esta condição é caracterizada por sintomas psicóticos que duram pelo menos um dia, porém menos de um mês, com remissão total dos sintomas e retorno ao nível de funcionamento prévio. O enunciado descreve um delírio "persistente", o que exclui este diagnóstico devido ao tempo de evolução.

d) Transtorno de personalidade paranoide: Trata-se de um padrão invasivo de desconfiança e suspeita generalizada em relação aos outros, que começa no início da idade adulta. Embora o indivíduo possa suspeitar de infidelidade, essas suspeitas não atingem o nível de um delírio fixo e inabalável. No transtorno de personalidade, a pessoa interpreta eventos reais de forma maliciosa, enquanto no transtorno delirante existe uma crença psicótica estruturada.

---

### Questão 4

A questão aborda o manejo da candidemia (infecção na corrente sanguínea por fungos do gênero *Candida*) em ambiente de terapia intensiva. O paciente apresenta múltiplos fatores de risco clássicos: uso de antibióticos de amplo espectro (que eliminam a flora bacteriana e favorecem o sobre crescimento fúngico), presença de cateter venoso central (que serve como porta de entrada e local de formação de biofilme) e nutrição parenteral total (um dos principais fatores de risco para fungemia).

Alternativa (a): Correta. Conforme as principais diretrizes nacionais e internacionais (como as da IDSA), as equinocandinas (caspofungina, micafungina ou anidulafungina) são a terapia de primeira linha para o tratamento de candidemia em pacientes hospitalizados, especialmente os críticos em UTI. Elas possuem excelente espectro para a maioria das espécies de *Candida* e menor taxa de efeitos colaterais do que a anfotericina. A remoção do cateter venoso central é uma recomendação forte, pois o dispositivo costuma ser a fonte da infecção e a manutenção do cateter com biofilme fúngico está associada à persistência da febre e à maior mortalidade.

Alternativa (b): Incorreta. A anfotericina B lipossomal é uma droga antifúngica potente, mas é reservada como alternativa em situações específicas, como quando há suspeita de resistência às equinocandinas, intolerância a outras classes ou em infecções em locais específicos (como sistema nervoso central ou trato urinário). Devido ao seu potencial de nefrotoxicidade, não é a escolha preferencial inicial em relação às equinocandinas no paciente de UTI.

Alternativa (c): Incorreta. O uso de fluconazol como primeira linha é aceitável apenas em pacientes não graves, hemodinamicamente estáveis e que não tiveram exposição prévia a antifúngicos azólicos. Em ambiente de UTI, o risco de espécies de *Candida* menos sensíveis ao fluconazol (como *C. glabrata* e *C. krusei*) é maior. Além disso, em casos de fungemia confirmada, o tratamento deve ser iniciado imediatamente com a melhor droga disponível, sem aguardar o resultado do teste de sensibilidade para definir a conduta inicial.

Alternativa (d): Incorreta. O voriconazol é a droga de escolha para o tratamento de aspergilose invasiva, mas não é a terapia padrão de primeira linha para candidemia primária. Embora a investigação de focos metastáticos (como o ecocardiograma para excluir endocardite e o exame de fundo de olho para excluir endoftalmite) seja recomendada em todo paciente com candidemia, a escolha do antifúngico nesta alternativa está inadequada para o cenário inicial e a alternativa ignora a necessidade de remoção do cateter.

---

## Questão 5

### Análise da Questão

O caso clínico apresenta um paciente com sintomas típicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia e fadiga) e um exame de Hemoglobina Glicada (HbA1c) de 7,2 por cento. A questão exige o conhecimento dos critérios diagnósticos do Diabetes Mellitus (DM) e o mecanismo de ação da metformina, fármaco de primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2.

Alternativa a: Incorreta. A HbA1c não é um marcador de hipoglicemia; ela reflete a média das glicemias dos últimos dois a três meses. Já a metformina pertence à classe das biguanidas. Agonistas beta-2-adrenérgicos são medicamentos broncodilatadores utilizados em patologias como asma e DPOC, não possuindo relação com o tratamento base do diabetes.

Alternativa b: Incorreta. A HbA1c não avalia a função renal. Os exames utilizados para verificar a saúde dos rins são a creatinina sérica e a taxa de filtração glomerular estimada. Adicionalmente, a metformina não é um inibidor da DPP-4; essa classe é composta pelas gliptinas (como sitagliptina e vildagliptina).

Alternativa c: Correta. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes e a American Diabetes Association, o valor de HbA1c maior ou igual a 6,5 por cento é um dos critérios para o diagnóstico de Diabetes Mellitus. No caso em questão, o paciente apresenta 7,2 por cento, confirmando a patologia. Quanto à metformina, seu principal mecanismo de ação é a ativação da enzima AMPK (proteína quinase ativada por AMP), o que leva à inibição da gliconeogênese hepática, resultando na redução da produção de glicose pelo fígado e melhora da sensibilidade à insulina.

Alternativa d: Incorreta. O critério de pré-diabetes para a HbA1c é uma faixa entre 5,7 por cento e 6,4 por cento. Como o paciente apresenta 7,2 por cento, ele já se enquadra no diagnóstico de diabetes estabelecido. Além disso, a metformina não atua em canais de sódio dependentes de voltagem; esse mecanismo é característico de anestésicos locais e alguns anticonvulsivantes ou antiarrítmicos.

Gabarito: Letra C.

---

## Questão 6

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A necrose tubular aguda (NTA) de origem isquêmica ocorre quando há uma redução crítica no fluxo sanguíneo renal, resultando em um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e a demanda metabólica das células tubulares. Para responder a essa questão, é fundamental entender que nem todas as células do néfron possuem a mesma necessidade de energia (ATP) ou o mesmo acesso ao oxigênio.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. O ducto coletor medular e a papila renal possuem taxas metabólicas menores do que os segmentos proximais e a alça de Henle. Embora a

papila esteja em uma região de baixa oxigenação, suas células não realizam o transporte ativo intenso de solutos que caracteriza os segmentos mais vulneráveis à NTA. A necrose de papila é uma condição clínica distinta, associada geralmente ao diabetes, ao uso de analgésicos ou à anemia falciforme.

Alternativa b) Incorreta. O túbulo contorcido distal e o ducto coletor cortical estão localizados no córtex renal. O córtex recebe a maior parte do fluxo sanguíneo renal (cerca de 90 por cento), o que garante uma pressão parcial de oxigênio muito mais alta do que na medula. Além disso, a demanda de ATP nesses segmentos é inferior à do túbulo proximal, tornando-os menos suscetíveis à lesão isquêmica primária.

Alternativa c) Incorreta. A porção delgada descendente da alça de Henle é composta por células com poucas mitocôndrias, voltadas principalmente para o transporte passivo de água. Por terem um metabolismo basal muito baixo e pouca atividade de transporte ativo dependente de ATP, essas células são bastante resistentes à isquemia.

Alternativa d) Correta. O túbulo contorcido proximal e a porção espessa ascendente da alça de Henle são os segmentos mais vulneráveis à NTA. O túbulo proximal (especialmente o segmento S3) é responsável pela reabsorção da maior parte do filtrado glomerular, um processo que consome quantidades massivas de ATP. Já a porção espessa ascendente da alça de Henle possui alta atividade da bomba Na-K-ATPase e está situada na medula externa, uma região que naturalmente opera com baixos níveis de oxigênio. Na vigência de isquemia, a depleção de ATP nessas células ocorre rapidamente, levando à falha das bombas iônicas, edema celular, perda da borda em escova (característica do túbulo proximal) e descamação celular para a luz do néfron.

GABARITO: Letra D.

---

### Questão 7

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é uma condição crônica caracterizada por preocupação excessiva e persistente. As principais diretrizes internacionais e nacionais estabelecem que a farmacoterapia de primeira linha deve focar em medicamentos que possuam eficácia comprovada na redução dos sintomas psíquicos e físicos, com um perfil de segurança que permita o uso prolongado.

Alternativa a: Incorreta. Os benzodiazepínicos não são recomendados como monoterapia contínua a longo prazo. Embora sejam eficazes para o alívio rápido de sintomas agudos, seu uso prolongado está associado a riscos significativos, como dependência química, tolerância, prejuízo cognitivo, sedação excessiva e risco de

quedas. Eles podem ser utilizados de forma coadjuvante apenas nas primeiras semanas de tratamento para mitigar a ansiedade inicial até que o fármaco principal comece a agir.

Alternativa b: Incorreta. Anticonvulsivantes de amplo espectro não são a primeira escolha. Apesar de a pregabalina (um modulador de canais de cálcio) possuir evidência de eficácia no TAG e ser considerada uma opção em diretrizes específicas, ela geralmente é reservada para pacientes que não toleram ou não respondem aos antidepressivos. O termo anticonvulsivante de amplo espectro é mais comumente aplicado ao tratamento de crises epiléticas, não sendo a classe padrão-ouro para ansiedade.

Alternativa c: Correta. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como escitalopram, sertralina e paroxetina, são os fármacos de primeira escolha para o tratamento do TAG. Eles apresentam alta eficácia no controle dos sintomas a longo prazo, possuem um perfil de efeitos colaterais bem estabelecido e tratam simultaneamente sintomas depressivos que frequentemente ocorrem em comorbidade com a ansiedade. Além dos ISRS, os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), como a venlafaxina e a duloxetina, também são considerados de primeira linha.

Alternativa d: Incorreta. Hipnóticos de curta ação (como o zolpidem ou certas benzodiazepinas de meia-vida curta) são indicados para o manejo pontual da insônia. O uso contínuo desses fármacos no TAG é contraindicado, pois não tratam a fisiopatologia da ansiedade e trazem riscos elevados de dependência e rebote de sintomas.

---

## Questão 8

O quadro clínico descrito apresenta sinais de congestão sistêmica que podem ser observados tanto na insuficiência cardíaca direita quanto na cirrose hepática com hipertensão portal. No entanto, o exame físico fornece pistas cruciais, como a turgência jugular patológica em ortostatismo e o refluxo hepatojugular, que direcionam o diagnóstico para uma etiologia cardíaca.

Alternativa (c) - Correta: O refluxo hepatojugular sustentado é o achado mais sugestivo de ascite de origem cardíaca entre as opções. Este sinal clínico ocorre quando a pressão firme sobre o quadrante superior direito do abdome (fígado) aumenta o retorno venoso para o átrio direito. Em um coração saudável, esse volume extra é acomodado. Na insuficiência cardíaca direita, o ventrículo não consegue bombear esse volume adicional, resultando em um aumento persistente (por mais de 10 a 15 segundos) da distensão das veias jugulares. Na ascite de origem puramente

hepática (cirrose), a pressão venosa central costuma ser normal ou baixa, e as jugulares não se mantêm distendidas sob compressão hepática.

Alternativa (a) - Incorreta: A circulação colateral em cabeça de medusa é um sinal clássico de hipertensão portal. Ela resulta da reperfuração da veia umbilical, desviando o fluxo sanguíneo da veia porta para as veias da parede abdominal em direção à veia cava superior. É um achado típico de cirrose e não de insuficiência cardíaca.

Alternativa (b) - Incorreta: A esplenomegalia volumosa e o hypersplenismo (redução de plaquetas, leucócitos ou hemácias por sequestro esplênico) são complicações da hipertensão portal crônica, muito comuns na cirrose hepática ou na esquistossomose. Embora a congestão venosa sistêmica da insuficiência cardíaca possa causar uma esplenomegalia leve (baço congestivo), ela raramente é volumosa ou acompanhada de hypersplenismo significativo.

Alternativa (d) - Incorreta: O eritema palmar e os aracnídeos vasculares (telangiectasias) são estigmas de insuficiência hepatocelular crônica. Eles ocorrem devido à incapacidade do fígado doente em metabolizar o estrogênio, levando a um estado de hiperestrogenismo relativo que causa essas alterações vasculares cutâneas. São sinais fortemente indicativos de doença hepática crônica (cirrose) e não de etiologia cardíaca.

---

## Questão 9

Análise do caso clínico: O paciente apresenta um quadro psicótico caracterizado por delírios de perseguição e alucinações auditivas. Os fatores determinantes para o diagnóstico correto nesta questão são o tempo de evolução (8 meses), o prejuízo funcional importante e a exclusão de causas orgânicas.

Alternativa a: Correta. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), para o diagnóstico de esquizofrenia, é necessária a presença de dois ou mais sintomas característicos (como delírios, alucinações ou fala desorganizada) por uma parte significativa do tempo durante um período de um mês (fase ativa), e os sinais contínuos do transtorno devem persistir por pelo menos 6 meses. Como o paciente apresenta sintomas há 8 meses e possui prejuízo funcional, ele preenche todos os critérios para esquizofrenia.

Alternativa b: Incorreta. O transtorno esquizofreniforme é caracterizado pelos mesmos sintomas da esquizofrenia, mas a diferença reside exclusivamente na duração do quadro. No transtorno esquizofreniforme, a duração total da doença deve ser de pelo menos 1 mês, porém menos de 6 meses. Uma vez que o paciente atingiu

8 meses de sintomas, o diagnóstico evolui obrigatoriamente para esquizofrenia.

Alternativa c: Incorreta. O transtorno esquizoafetivo exige que o paciente apresente um episódio de humor (maníaco ou depressivo maior) ocorrendo simultaneamente aos sintomas da fase ativa da esquizofrenia, além de um período de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações na ausência de sintomas de humor. O enunciado não menciona qualquer sintomatologia de humor (como depressão ou euforia), focando apenas nos sintomas psicóticos.

Alternativa d: Incorreta. O transtorno delirante persistente caracteriza-se pela presença de um ou mais delírios que duram 1 mês ou mais, mas sem preencher os critérios para esquizofrenia. Nesse transtorno, alucinações auditivas proeminentes não costumam estar presentes e o funcionamento psicossocial não é tão gravemente prejudicado quanto no caso descrito; o comportamento do paciente, fora do foco do delírio, geralmente permanece preservado.

---

## Questão 10

### CONTEXTO FISIOPATOLÓGICO

A dor torácica no infarto agudo do miocárdio é classificada como uma dor visceral profunda. A base neuroanatômica para a compreensão de suas características e irradiações reside no trajeto das fibras aferentes (sensitivas) que saem do coração. Essas fibras acompanham os nervos simpáticos em sentido retrógrado, passando pelos gânglios simpáticos cervicais e torácicos, e entram na medula espinal através das raízes dorsais.

O conceito-chave aqui é a Teoria da Convergência-Projeção. As fibras nervosas que trazem a dor do coração (viscerais) entram nos mesmos níveis medulares que as fibras que trazem a sensibilidade da pele e dos músculos (somáticas) de certas regiões do corpo. Quando o sinal doloroso chega à medula, o cérebro tem dificuldade em distinguir a origem exata e projeta a sensação de dor para as áreas somáticas correspondentes aos mesmos segmentos medulares (dermatômos).

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (C7 a T4): Esta alternativa está incorreta porque, embora inclua a maior parte dos segmentos torácicos relevantes, a raiz C7 não é um ponto de entrada primário para as aferências nociceptivas cardíacas viscerais. A sensibilidade cardíaca é predominantemente conduzida pelos níveis torácicos.

Alternativa B (T1 a T5): Esta é a alternativa correta. As fibras aferentes viscerais que

conduzem os estímulos dolorosos do miocárdio entram na medula espinal predominantemente nos níveis de T1, T2, T3, T4 e T5.

1. A irradiação para a face medial do braço esquerdo é explicada especificamente pelo envolvimento do dermatomo de T1 (nervo cutâneo medial do braço).
2. A dor retroesternal clássica ocorre devido aos níveis de T2 a T4.
3. No caso do acometimento da parede inferior, a dor pode ser referida em regiões mais baixas ou até epigástricas (T5), além da mandíbula, que ocorre por conexões reflexas complexas e compartilhamento de vias ascendentes que podem envolver o núcleo espinal do nervo trigêmeo ou o nervo vago. Portanto, o intervalo T1-T5 cobre a base anatômica da dor referida cardíaca.

Alternativa C (C5 a C7): Esta alternativa está incorreta. As raízes de C5 a C7 suprem a sensibilidade da face lateral do braço, antebraço e parte da mão. A dor de origem cardíaca raramente utiliza esses níveis cervicais médios como via principal de entrada medular, tornando esta opção anatomicamente inadequada para o quadro descrito.

Alternativa D (T5 a T8): Esta alternativa está incorreta. Estes segmentos torácicos inferiores recebem aferências sensoriais de órgãos do abdome superior, como o estômago, pâncreas e vesícula biliar. Embora um infarto de parede inferior possa, por vezes, mimetizar uma dor epigástrica, o intervalo T5-T8 não explica a irradiação para a face medial do braço (T1) nem a dor retroesternal típica (T2-T4).

## CONCLUSÃO

O padrão de irradiação para o membro superior esquerdo (especialmente face medial) e mandíbula, associado à dor retroesternal, é classicamente mediado pelas fibras simpáticas aferentes que convergem para os segmentos medulares de T1 a T5.

---

## Questão 11

Esta questão exige a diferenciação laboratorial entre as principais causas de injúria renal aguda (IRA). O quadro clínico apresenta um paciente com queda no débito urinário e elevação da creatinina, configurando IRA. O ponto central para a resposta reside nos índices urinários, que refletem a integridade ou o comprometimento da função tubular.

A alternativa (b) está correta porque os exames laboratoriais apresentados são característicos de um estado de hipoperfusão renal, conhecido como IRA pré-renal. Nesse cenário, o parênquima renal está íntegro e os túbulos respondem fisiologicamente à redução do fluxo sanguíneo, tentando preservar volume e sódio. Os achados que confirmam isso são:

1. Fração de excreção de sódio (FeNa) menor que 1% (no caso, 0,6%): indica que o rim está reabsorvendo sódio avidamente.
2. Sódio urinário menor que 20 mEq/L (no caso, 18 mEq/L): também reflete a tentativa do corpo de poupar sódio e água.
3. Osmolalidade urinária elevada (maior que 500 mOsm/kg): demonstra que a capacidade de concentração urinária pela medula renal e a ação do hormônio antidiurético (ADH) estão preservadas, gerando uma urina muito concentrada.

A alternativa (a) está incorreta. A nefrite intersticial aguda é uma causa intrínseca de IRA. Nela, o processo inflamatório no interstício renal compromete a função tubular, o que geralmente resulta em uma FeNa maior que 1% e na incapacidade de concentrar a urina de forma eficaz. Além disso, o sedimento urinário costuma apresentar piúria e eosinofília.

A alternativa (c) está incorreta. Na necrose tubular aguda (NTA) estabelecida, ocorre lesão das células tubulares. Com os túbulos lesados, o rim perde a capacidade de reabsorver sódio e de concentrar a urina. Portanto, na NTA, esperaríamos encontrar FeNa maior que 2%, sódio urinário acima de 40 mEq/L e uma osmolalidade urinária baixa (geralmente entre 250 e 350 mOsm/kg, semelhante à do plasma).

A alternativa (d) está incorreta. A obstrução do trato urinário inferior (IRA pós-renal) inicialmente pode mimetizar um perfil pré-renal, mas rapidamente evolui para um perfil de lesão intrínseca devido ao aumento da pressão retrógrada nos túbulos, que prejudica a reabsorção de sódio e a concentração urinária. Na ausência de dados de imagem ou história de sintomas obstrutivos, o perfil laboratorial puramente funcional aponta para a causa pré-renal.

---

## Questão 12

A alternativa correta é a letra (b).

Análise detalhada das alternativas:

a) Incorreta. Nos transtornos factícios, o indivíduo falsifica, induz ou agrava sintomas de forma consciente e deliberada. O objetivo é assumir o papel de doente para obter atenção ou cuidados médicos (ganho primário), sem que haja um benefício externo óbvio. Como a questão destaca que não há intenção consciente de enganar, essa alternativa é descartada.

b) Correta. Os transtornos somatomorfos (termo utilizado na CID-10 e no DSM-IV, hoje englobados no espectro do Transtorno de Sintomas Somáticos no DSM-5) definem exatamente o quadro descrito. O paciente apresenta sintomas físicos reais e

persistentes que causam sofrimento e prejuízo funcional, mas que não possuem uma base orgânica que os justifique após investigação médica. O ponto crucial para o diagnóstico é que a produção dos sintomas não é voluntária; o paciente realmente sente o que relata e acredita estar doente.

c) Incorreta. A simulação (\*malingering\*) não é classificada como um transtorno psiquiátrico, mas como um comportamento focado em ganhos secundários claros e externos, como benefícios financeiros, dispensa de trabalho, obtenção de medicamentos ou fuga de responsabilidades legais. Na simulação, há intenção consciente e voluntária de enganar o examinador, o que contradiz o enunciado.

d) Incorreta. Os transtornos dissociativos caracterizam-se por uma perda parcial ou completa da integração normal entre a memória, a consciência, a identidade e o controle dos movimentos corporais. Embora possam ocorrer sintomas físicos (como paralisias ou convulsões dissociativas), o foco principal desses transtornos é o fenômeno de desconexão psíquica, e não o padrão de múltiplas queixas somáticas crônicas com preocupação excessiva com a saúde.

Resumo para memorização:

- Somatomorfo: Sintoma inconsciente e Ganho inconsciente.
- Factício: Sintoma consciente e Ganho inconsciente (papel de doente).
- Simulação: Sintoma consciente e Ganho consciente (dinheiro, evitar trabalho).

---

### Questão 13

A Ceftolozana-Tazobactam é uma combinação de uma nova cefalosporina com um inibidor de beta-lactamase já conhecido. O grande diferencial desse fármaco na prática clínica é o seu desenho estrutural focado em superar os mecanismos de resistência específicos da *Pseudomonas aeruginosa*.

Alternativa a) Incorreta. A Ceftolozana-Tazobactam não tem estabilidade frente a carbapenemases, como a KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase). O tazobactam inibe beta-lactamases de classe A (como as ESBL) e algumas de classe C, mas não protege a cefalosporina da ação das carbapenemases. Para enterobactérias produtoras de KPC, o fármaco de escolha costuma ser a Ceftazidima-Avibactam.

Alternativa b) Incorreta. O *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos é um patógeno que apresenta múltiplos mecanismos de resistência simultâneos. A Ceftolozana-Tazobactam não possui atividade microbiológica confiável contra esse microrganismo, não sendo indicada para o seu tratamento.

Alternativa c) Incorreta. A *Stenotrophomonas maltophilia* é intrinsecamente

resistente à maioria dos beta-lactâmicos, inclusive às novas combinações, pois produz metalo-beta-lactamases (como a enzima L1) que degradam esses antibióticos. O tratamento de escolha permanece sendo, geralmente, o Sulfametoxazol-Trimetoprim ou esquemas combinados.

Alternativa d) Correta. Esta é a principal aplicação clínica e a maior vantagem da Ceftolozana-Tazobactam. A ceftolozana foi otimizada para ter alta afinidade pelas proteínas ligadoras de penicilina (PBPs) da *Pseudomonas aeruginosa* e, diferentemente de outras cefalosporinas, ela não é afetada por mecanismos comuns de resistência desta bactéria, como a perda de porinas (OprD) ou a superexpressão de bombas de efluxo. Além disso, ela é estável frente à enzima AmpC cromossômica da *Pseudomonas*. Por isso, é considerada a terapia de escolha para cepas MDR (multirresistentes) e XDR (extensivamente resistentes) desse patógeno, desde que a resistência não seja causada pela produção de metalo-beta-lactamases.

## Questão 14

Texto Original:

A Eravaciclina é um antibiótico da classe das fluorociclinas, sendo um derivado sintético da tetraciclina. Ela foi desenvolvida para ter uma afinidade maior pelo ribossomo bacteriano e para não ser afetada pelos principais mecanismos de resistência que inativam as tetraciclinas comuns, como as bombas de efluxo e as proteínas de proteção ribossômica.

Alternativa (a) Incorreta: A Eravaciclina possui ampla atividade contra Enterobacterales, mantendo sua eficácia mesmo diante de cepas produtoras de ESBL (Extended-spectrum beta-lactamase), KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) e AmpC. Ela é considerada uma ferramenta importante no tratamento de infecções intra-abdominais complicadas causadas por esses microrganismos multirresistentes.

Alternativa (b) Incorreta: O *Acinetobacter baumannii*, incluindo as cepas resistentes aos carbapenêmicos (CRAB), está dentro do espectro de ação da Eravaciclina. Estudos demonstram que ela possui Concentrações Inibitórias Mínimas (CIM) significativamente baixas para esse patógeno, muitas vezes sendo mais potente que a tigeciclina.

Alternativa (c) Incorreta: A *Stenotrophomonas maltophilia* é um patógeno oportunista frequentemente resistente a múltiplos antibióticos, mas que costuma ser sensível às novas gerações de tetraciclinas e fluorociclinas, incluindo a Eravaciclina.

Alternativa (d) Correta: Esta é a lacuna clássica no espectro de ação da Eravaciclina e de toda a família das tetraciclinas (incluindo a tigeciclina). A *Pseudomonas*

aeruginosa possui resistência intrínseca a esses fármacos. O principal motivo é a presença de bombas de efluxo de múltiplas drogas (como o sistema MexAB-OprM) que expulsam o antibiótico do interior da bactéria de forma muito eficiente, impedindo que ele alcance o seu alvo (a subunidade 30S do ribossomo). Portanto, se o quadro clínico sugerir infecção por *Pseudomonas*, a Eravaciclina não deve ser utilizada.

## Questão 15

Esta questão aborda um cenário clássico do atendimento ao trauma (baseado nos protocolos do ATLS - Advanced Trauma Life Support): o manejo do paciente com trauma abdominal contuso e instabilidade hemodinâmica.

Análise do quadro clínico:

O paciente apresenta a tríade determinante para a tomada de decisão imediata:

1. Trauma abdominal contuso.
2. Hipotensão arterial persistente (choque) após reposição volêmica inicial.
3. FAST positivo, indicando presença de líquido livre (sangue) na cavidade peritoneal.

Análise das alternativas:

Alternativa A (Incorreta): A observação seriada é indicada apenas para pacientes hemodinamicamente estáveis em que se opta pelo tratamento conservador de lesões de órgãos sólidos. Em um paciente hipotenso com FAST positivo, a conduta expectante retarda o controle do sangramento, aumentando drasticamente a mortalidade.

Alternativa B (Incorreta): O Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) é um exame invasivo que busca identificar sangue ou conteúdo gastrointestinal na cavidade abdominal. Como o FAST já foi realizado e já confirmou a presença de líquido livre em um paciente instável, o LPD torna-se desnecessário e apenas posterga o tratamento definitivo.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta preconizada pelo ATLS. Pacientes com trauma abdominal contuso, instabilidade hemodinâmica e evidência de líquido livre no FAST (ou LPD) têm indicação formal de laparotomia exploradora imediata. O objetivo é realizar o controle da hemorragia ("damage control") o mais rápido possível, pois o paciente não tem reserva fisiológica para aguardar outros exames.

Alternativa D (Incorreta): A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome é o padrão-ouro para avaliar lesões abdominais, mas exige obrigatoriamente que o paciente esteja hemodinamicamente ESTÁVEL. Levar um paciente hipotenso e com

FAST positivo para a sala de tomografia é um erro grave, pois ele pode evoluir para parada cardiorrespiratória em um ambiente inadequado para reanimação e longe da equipe cirúrgica.

Resumo da conduta:

Instável + FAST positivo = Laparotomia.

Estável + FAST positivo = Tomografia para definir conduta.

---

## Questão 16

O adenocarcinoma gástrico precoce é aquele limitado à mucosa (T1a) ou submucosa (T1b), independentemente da presença de metástases linfonodais. Para que a ressecção endoscópica seja realizada com segurança oncológica, é necessário que o risco de metástase para linfonodos seja virtualmente zero, uma vez que o tratamento endoscópico não remove as cadeias linfáticas.

Alternativa A: Incorreta. Embora o tumor seja restrito à mucosa (T1a) e diferenciado (o moderadamente diferenciado é agrupado com o bem diferenciado), o critério de tamanho estabelecido nos critérios clássicos (padrão) é de até 2 cm. O limite de 3 cm é utilizado em critérios expandidos para lesões específicas ou ulceradas.

Alternativa B: Incorreta. A invasão da submucosa (T1b) aumenta drasticamente o risco de comprometimento linfonodal. A ressecção endoscópica para T1b só é aceita em protocolos de critérios expandidos muito restritos (invasão de até 500 micras na submucosa - sm1), o que não é a regra geral cobrada em provas de residência.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa define os critérios clássicos (padrão) da Associação Japonesa de Câncer Gástrico para a ressecção endoscópica (seja por mucosectomia - EMR ou por dissecação submucosa - ESD). Os critérios são: tumor restrito à mucosa (T1a), tipo histológico diferenciado (bem ou moderadamente diferenciado), lesão não ulcerada, diâmetro menor ou igual a 2 cm e ausência de invasão linfovascular. Nessas condições, o risco de metástase linfonodal é desprezível.

Alternativa D: Incorreta. O termo "qualquer diferenciação histológica" invalida a alternativa, pois tumores indiferenciados (como o carcinoma de células em anel de sinete) possuem um risco muito maior de disseminação linfática e invasão submucosa oculta. Além disso, a inclusão genérica da submucosa sem especificações de profundidade também está incorreta para o manejo padrão.

---

## Questão 17

Texto Original:

O adenocarcinoma de pâncreas é classificado pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) em quatro categorias: ressecável, borderline (limite), localmente avançado (irressecável) e metastático (irressecável). A definição de irressecabilidade leva em conta a presença de metástases e o grau de contato do tumor com vasos sanguíneos nobres.

Alternativa a) Incorreta. A invasão da veia porta ou da veia mesentérica superior, desde que seja passível de ressecção e reconstrução vascular segura, classifica o tumor como borderline (limite de ressecabilidade), e não como irressecável. A irressecabilidade venosa ocorre apenas quando há oclusão total do vaso sem possibilidade de reconstrução.

Alternativa b) Incorreta. O comprometimento de linfonodos regionais (aqueles localizados ao redor do pâncreas) e a invasão de órgãos adjacentes, como o duodeno, são critérios de estadiamento, mas não tornam o tumor irressecável por si sós. A cirurgia de duodenopancreatectomia (Whipple) rotineiramente remove o duodeno e os linfonodos regionais como parte do tratamento curativo.

Alternativa c) Incorreta. Embora o tamanho do tumor influencie o prognóstico, o fato de ele ter mais de 4 cm não o torna irressecável se estiver restrito ao pâncreas. Se não houver envolvimento de grandes vasos arteriais ou metástases, a ressecção cirúrgica ainda é indicada.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa descreve os dois pilares da irressecabilidade no câncer de pâncreas. Primeiro, a presença de metástases a distância (como para o fígado, pulmão ou peritônio) caracteriza o estágio IV, onde a cirurgia do tumor primário não traz benefício de sobrevida. Segundo, o envolvimento arterial extenso (geralmente definido como contato maior que 180 graus com a artéria mesentérica superior ou tronco celíaco) define o tumor como localmente avançado. Nessas condições, a probabilidade de conseguir uma cirurgia com margens livres (R0) é mínima, tornando o tumor tecnicamente irressecável no momento do diagnóstico.

---

## Questão 18

Para compreender a indicação cirúrgica no abdome agudo obstrutivo por meio da ultrassonografia, devemos buscar sinais que indiquem não apenas a interrupção do trânsito, mas o sofrimento tecidual (isquemia) e a falha dos mecanismos compensatórios.

Alternativa (a): Incorreta. A presença de alças dilatadas (geralmente acima de 2,5 cm

no delgado) e a peristalse aumentada (movimento de luta) são achados que confirmam o diagnóstico de obstrução mecânica em fase inicial. No entanto, não são critérios de urgência cirúrgica imediata, pois muitos desses casos podem ser manejados clinicamente de forma inicial, especialmente se forem causados por aderências (bridas).

Alternativa (b): Correta. Estes são sinais de gravidade e sofrimento de alça. O líquido livre entre as alças (ascite) indica exsudação por sofrimento vascular. O edema de parede (espessamento superior a 3 ou 4 mm) reflete congestão venosa e isquemia iminente. A diminuição ou abolição da peristalse (aperistalse), no contexto de uma obstrução mecânica prévia, sugere que a alça atingiu a exaustão funcional ou necrose, exigindo abordagem cirúrgica urgente.

Alternativa (c): Incorreta. Níveis hidroaéreos e distensão gasosa são sinais clássicos de obstrução intestinal, porém o gás é um limitador físico para a ultrassonografia (causa sombra acústica e dificulta a visualização). Além disso, a ausência de líquido livre é um sinal de bom prognóstico, não indicando urgência.

Alternativa (d): Incorreta. O espessamento parietal de até 3 mm é considerado normal para o intestino delgado. A manutenção da peristalse normal indica que não há um quadro de obstrução grave ou sofrimento isquêmico que justifique uma intervenção cirúrgica de emergência baseada apenas nesses achados.

---

## Questão 19

O objetivo central desta questão é avaliar o conhecimento sobre as técnicas básicas de sutura e suas aplicações clínicas práticas. O enunciado descreve uma ferida com características específicas: bordas irregulares e risco de contaminação, o que direciona a escolha da técnica.

Alternativa a) Incorreta. Pontos separados exigem que o cirurgião realize um nó e corte o fio para cada inserção da agulha. Isso torna o procedimento sistematicamente mais demorado em comparação às suturas contínuas, nas quais o fio é passado várias vezes com apenas dois nós (um inicial e um final).

Alternativa b) Incorreta. A necessidade de anestesia local é ditada pela extensão, profundidade e sensibilidade da região da ferida, e não pela técnica de sutura escolhida. Não há relação direta entre o uso de pontos separados e a redução do volume de anestésico necessário para o procedimento.

Alternativa c) Correta. Esta é a principal vantagem técnica dos pontos separados. Como cada ponto é uma unidade autônoma, o cirurgião consegue dosar a tensão em

diferentes partes da ferida de forma individualizada, o que é ideal para bordas com espessuras desiguais. Além disso, em feridas com risco de contaminação, se ocorrer uma infecção ou coleção em um ponto específico, o médico pode remover apenas os pontos daquela área para drenagem, mantendo o restante da ferida fechado.

Alternativa d) Incorreta. A distribuição de força de modo contínuo é uma característica das suturas contínuas (como o chuleio ou a sutura intradérmica), e não dos pontos separados. Além disso, nenhuma técnica de sutura elimina o risco de deiscência; contudo, a sutura por pontos separados oferece maior segurança, pois, se um ponto se romper ou o nó se soltar, a integridade do restante da sutura não é comprometida.

Gabarito: Alternativa (c).

---

## Questão 20

A alternativa correta é a (a).

O quadro clínico descrito é clássico da Síndrome de Korsakoff, também conhecida como Transtorno Amnésico Alcoólico. Esta condição é uma manifestação crônica decorrente da deficiência grave de tiamina (vitamina B1), muito comum em indivíduos com uso pesado e crônico de álcool, devido à má absorção intestinal e dieta inadequada.

Análise das alternativas:

a) Correta. A Síndrome de Korsakoff caracteriza-se especificamente pelo transtorno da memória. O sintoma principal é a amnésia anterógrada (incapacidade de reter novas informações e eventos após o início da doença). Para compensar essas lacunas de memória, o paciente utiliza a confabulação, que consiste na criação de relatos falsos para preencher o vazio mnésico, sem a intenção deliberada de mentir. Outras funções cognitivas, como a inteligência global e o nível de consciência, permanecem relativamente intactas, o que diferencia este transtorno de quadros demenciais mais amplos.

b) Incorreta. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por preocupação excessiva, persistente e de difícil controle, acompanhada de sintomas físicos como tensão muscular e inquietação. Não causa déficits de memória orgânica ou confabulações.

c) Incorreta. O Transtorno Somatomorfo Indiferenciado envolve queixas físicas persistentes e inexplicáveis (como fadiga ou dores) que geram sofrimento, mas não

apresentam relação com o comprometimento cognitivo ou o uso de substâncias descrito.

d) Incorreta. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é definido pela presença de obsessões (pensamentos intrusivos) e compulsões (comportamentos repetitivos). É uma patologia da esfera ansiosa/obsessiva e não possui vínculo com a fisiopatologia da perda de memória por deficiência de tiamina no alcoolismo.

---

### Questão 21

A classificação das ambulâncias no Brasil é regida primordialmente pela Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde, que padroniza os veículos de acordo com a complexidade do atendimento, equipamentos e equipe necessária. A ANVISA adota esses mesmos parâmetros para a fiscalização sanitária.

A sequência correta estabelecida pela norma é a seguinte:

Tipo A - Ambulância de Transporte: Destinada ao transporte de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B - Ambulância de Suporte Básico: Destinada ao atendimento e transporte de pacientes com risco de vida conhecido, mas sem necessidade de intervenção médica invasiva no local.

Tipo C - Ambulância de Resgate: Destinada ao atendimento de urgências pré-hospitalares de vítimas de acidentes, com equipamentos de salvamento e imobilização.

Tipo D - Ambulância de Suporte Avançado (UTI Móvel): Destinada ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos e equipamentos de suporte avançado de vida.

Tipo E - Aeronave de Transporte Médico: Aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para o transporte aeromédico.

Tipo F - Nave de Transporte Médico: Embarcação destinada ao transporte por via marítima ou fluvial (transporte aquaviário).

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Apresenta erro na classificação inicial, indicando o Resgate como Tipo A. Além disso, inverte as posições finais, colocando o Suporte Avançado como Tipo F, quando este deve ser o Tipo D.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente a sequência normativa de A a F, começando pelo transporte simples e terminando nas embarcações (naves).

Alternativa c: Incorreta. Troca o Suporte Básico pelo Transporte nas letras A e B e também inverte a posição das aeronaves e embarcações em relação à norma vigente.

Alternativa d: Incorreta. Começa a sequência de forma errada ao atribuir Resgate à Classe A e Transporte à Classe C. Também inverte a ordem correta entre aeronaves e embarcações no final da lista.

---

## Questão 22

O mecanismo de ação dos beta-2 agonistas é um tema fundamental na farmacologia respiratória e frequentemente cobrado em provas. A sequência de eventos ocorre da seguinte forma:

1. Ativação do Receptor: O beta-2 agonista se liga ao receptor beta-2 adrenérgico, que é um receptor acoplado à proteína G estimuladora (Gs) presente na membrana da célula muscular lisa brônquica.
2. Via de Sinalização: Essa ligação ativa a enzima adenilciclase, que catalisa a conversão de ATP em AMP cíclico (AMPc).
3. Efeito do AMPc: O aumento do AMPc intracelular ativa a Proteína Quinase A (PKA).
4. Resultado Final: A PKA promove a fosforilação de diversas proteínas que resulta na redução da concentração de cálcio ( $Ca^{++}$ ) no citosol (por meio do sequestro para o retículo sarcoplasmático e efluxo para o meio extracelular) e na inibição da quinase da cadeia leve de miosina. Sem cálcio livre suficiente para ativar o complexo cálcio-calmodulina, a contração muscular é impedida, gerando o relaxamento da musculatura lisa e a consequente broncodilatação.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. A inibição dos receptores muscarínicos M3 é o mecanismo de ação dos fármacos anticolinérgicos (ou antimuscarínicos), como o brometo de ipratrópio e o brometo de tiotrópio, e não dos beta-2 agonistas.

Alternativa (b) Incorreta. Os beta-2 agonistas promovem a abertura de canais de potássio ativados por cálcio, o que leva à hiperpolarização da membrana celular (tornando a célula menos excitável). O bloqueio de canais de potássio teria o efeito oposto, favorecendo a despolarização.

Alternativa (c) Incorreta. Embora os beta-2 agonistas possam apresentar algum efeito estabilizador sobre os mastócitos, reduzindo a liberação de mediadores inflamatórios, essa não é a via principal que explica a broncodilatação rápida e intensa necessária

no tratamento do status asmático. O enunciado pede especificamente o mecanismo que promove a broncodilatação após o aumento do AMPc.

Alternativa (d) Correta. Como descrito no mecanismo fisiológico, o aumento do AMPc leva à redução dos níveis de cálcio citoplasmático livre na célula muscular lisa. O cálcio é o íon determinante para a contração muscular; sua redução interrompe o ciclo de pontes cruzadas entre actina e miosina, resultando no relaxamento brônquico imediato.

---

### Questão 23

A alternativa correta é a letra (a).

O quadro clínico apresentado é a definição clássica de Delirium, também conhecido como estado confusional agudo. Esta é a síndrome mental orgânica mais comum em idosos hospitalizados e deve ser prontamente reconhecida pelo médico devido ao seu impacto na morbimortalidade.

Análise das alternativas:

a) Delirium: Está correta pois preenche os critérios diagnósticos fundamentais: início agudo (instalação em poucas horas ou dias), curso flutuante (o paciente alterna momentos de lucidez com momentos de confusão), alteração do nível de consciência e distúrbios da percepção, como as alucinações visuais. O fato de o paciente estar hospitalizado é um fator de risco importante, geralmente associado a uma causa orgânica base, como infecções (ITU ou pneumonia), desequilíbrio eletrolítico ou uso de fármacos anticolinérgicos.

b) Demência de início tardio: Incorreta. As demências, como a Doença de Alzheimer, apresentam um curso crônico, insidioso e progressivo, levando meses ou anos para se desenvolver. Uma diferença crucial é que, na demência, o nível de consciência do paciente permanece preservado até as fases terminais da doença, ao passo que no delirium a consciência está obrigatoriamente alterada.

c) Transtorno depressivo maior: Incorreta. Embora a depressão no idoso possa causar queixas cognitivas (quadro às vezes chamado de pseudodemência), ela não provoca alteração aguda do nível de consciência nem desorientação flutuante em poucas horas. Os sintomas predominantes seriam a tristeza, apatia, anedonia e alterações do sono e apetite, com instalação muito mais lenta.

d) Esquizofrenia paranoide: Incorreta. A esquizofrenia é um transtorno psicótico primário que habitualmente se manifesta na juventude. O início de sintomas

psicóticos (alucinações e delírios) de forma súbita em um idoso hospitalizado, acompanhado de desorientação, deve ser sempre considerado uma causa médica secundária (delirium) até que se prove o contrário. Além disso, a esquizofrenia não cursa com flutuação do nível de consciência.

Em resumo, a chave para o diagnóstico nesta questão é a combinação de: idade avançada + hospitalização + instalação aguda (horas) + flutuação da consciência.

---

### Questão 24

A drenagem pleural, embora seja um procedimento comum na prática médica, especialmente no manejo do pneumotórax, está associada a diversas complicações técnicas. Quando o enunciado menciona piora clínica e imagem sugerindo falha do dispositivo, ele direciona o raciocínio para um erro de execução ou posicionamento.

Alternativa (a) Incorreta: A lesão do feixe neurovascular intercostal (artéria, veia e nervo) é uma complicação clássica, evitada ao realizar a inserção do dreno na borda superior da costela inferior. Embora seja um risco real que pode causar dor persistente ou hemotórax, as estatísticas mostram que não é a intercorrência mais frequente quando comparada a erros de posicionamento.

Alternativa (b) Incorreta: A fístula broncopleural tardia é uma comunicação entre a árvore brônquica e o espaço pleural. Ela costuma ser decorrente de patologias pulmonares graves (como necroses por pneumonia ou neoplasias) ou complicações de grandes cirurgias torácicas, não sendo uma complicação comum ou diretamente esperada do ato técnico da drenagem pleural simples.

Alternativa (c) Incorreta: O empiema pleural é uma complicação infecciosa que pode ocorrer após a drenagem (incidência em torno de 1 a 3%), mas raramente é imediato. O desenvolvimento de infecção requer tempo para colonização e proliferação bacteriana. Além disso, não é a complicação técnica mais relatada nos estudos de revisão de procedimentos.

Alternativa (d) Correta: O posicionamento incorreto do dreno é a complicação mais frequentemente relatada em diversos estudos e revisões sobre drenagem torácica (podendo atingir índices de até 20-30% em alguns levantamentos). O dreno pode ficar em posição intraparenquimatosa, na fissura pulmonar, no espaço subcutâneo ou excessivamente introduzido. Essa falha explica diretamente a piora clínica do paciente e a imagem de falha do dispositivo, pois o dreno mal posicionado não consegue drenar efetivamente o ar ou líquido da cavidade pleural.

Em resumo, o erro de posicionamento é o evento adverso dominante na prática

clínica de urgência, sendo fundamental a confirmação radiológica após o procedimento para garantir a eficácia do tratamento.

---

### **Questão 25**

Gabarito: Alternativa B.

O tamoxifeno é o medicamento padrão para o tratamento hormonal do câncer de mama em mulheres na pré-menopausa. Ele pertence à classe dos Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio (SERMs). A principal característica dessa classe é a capacidade de atuar de forma tecido-específica, agindo como antagonista em alguns tecidos e como agonista em outros.

Alternativa A - Incorreta. No tecido mamário, o tamoxifeno bloqueia a ação do estrogênio. Se ele atuasse como agonista na mama, estimularia a proliferação das células tumorais em vez de combatê-las. Vale lembrar que o tamoxifeno possui efeito agonista em outros tecidos, como no endométrio e no sistema ósseo, mas não na mama.

Alternativa B - Correta. O tamoxifeno atua ligando-se competitivamente aos receptores de estrogênio nas células mamárias. Ao ocupar o receptor, ele impede que o estrogênio natural se ligue e envie sinais para a célula se dividir e proliferar. Esse antagonismo no tecido mamário é o mecanismo fundamental para o tratamento do câncer de mama com receptores hormonais positivos.

Alternativa C - Incorreta. A inibição da aromatase periférica é o mecanismo de ação de outra classe de drogas, os inibidores da aromatase (como anastrozol, letrozol e exemestano). Essas drogas impedem a produção de estrogênio a partir da conversão de androgênios nos tecidos gordurosos. O tamoxifeno não reduz os níveis de estrogênio circulante; ele bloqueia o receptor no qual o estrogênio agiria.

Alternativa D - Incorreta. Um agonista total ativaria os receptores de estrogênio em todos os órgãos, o que seria contraproducente no tratamento do câncer de mama. O tamoxifeno é um modulador seletivo (SERM), o que significa que sua ação é mista (agonista em alguns órgãos e antagonista em outros), e não total.

---

## Questão 26

O ponto central dessa questão é a definição de "sangramento uterino disfuncional", um termo tradicionalmente utilizado para descrever o sangramento uterino anormal que ocorre na ausência de causas orgânicas demonstráveis (anatômicas ou sistêmicas). Atualmente, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classifica essas causas no grupo COEIN (Coagulopatia, Ovulatória, Endometrial, Iatrogênica e Não Classificada).

Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa (a) Incorreta: A deficiência de fatores de coagulação, como o Fator VIII (Hemofilia A) ou o Fator de von Willebrand, configura uma patologia sistêmica (coagulopatia). O enunciado exclui expressamente causas sistêmicas ao definir a condição como menorragia disfuncional sem patologia orgânica associada.

Alternativa (b) Incorreta: Pólipos endometriais e miomas submucosos são exemplos clássicos de patologias orgânicas pélvicas (causas estruturais). Eles alteram a anatomia da cavidade uterina e a superfície endometrial, causando sangramento por mecanismos mecânicos e vasculares locais, o que contradiz a premissa de ausência de patologia orgânica.

Alternativa (c) Incorreta: Embora o hipotireoidismo ou o hipertireoidismo possam causar irregularidade menstrual, eles são considerados patologias sistêmicas endócrinas. Se o sangramento é secundário a uma disfunção tireoidiana, ele não é classificado como "disfuncional" no sentido estrito da exclusão de doenças sistêmicas.

Alternativa (d) Correta: A fisiopatologia da menorragia disfuncional está intimamente ligada aos ciclos anovulatórios. Sem a ovulação, não há a formação do corpo lúteo e, conseqüentemente, não há produção de progesterona na segunda fase do ciclo. Isso resulta em um estímulo estrogênico contínuo e persistente sobre o endométrio, sem a oposição da progesterona. O endométrio torna-se hiperproliferativo, frágil, com suporte vascular inadequado e descama de forma irregular e excessiva (sangramento por privação relativa ou por ruptura/estímulo persistente de estrogênio). Esta é a causa funcional por excelência, sem lesão estrutural subjacente.

## Questão 27

Análise da Questão:

Uma paciente jovem com menorragia desde a menarca (início da vida menstrual) apresenta um quadro clínico clássico que sugere uma coagulopatia hereditária. Em mulheres com fluxo menstrual intenso desde a adolescência, a prevalência de distúrbios hemorrágicos, especialmente a Doença de von Willebrand, é significativa. A investigação inicial deve focar em testes de triagem que avaliem as fases da coagulação e o fator de coagulação mais comumente afetado nestes casos.

Alternativa (a) Incorreta. O D-dímero é um produto de degradação da fibrina, sendo utilizado principalmente na exclusão de eventos tromboembólicos ou no diagnóstico de Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), não tendo papel no rastreamento de coagulopatias hereditárias. O anticoagulante lúpico é um autoanticorpo associado à trombose e perdas gestacionais (Síndrome Antifosfolípide), e não a sangramentos. O Tempo de Trombina avalia a formação de fibrina, mas não é um teste de triagem inicial prioritário neste contexto.

Alternativa (b) Incorreta. A dosagem de ferritina e a contagem de reticulócitos são exames importantes para avaliar a repercussão do sangramento (presença de anemia ferropriva e a resposta da medula óssea), mas não diagnosticam a causa da coagulopatia. A agregação plaquetária induzida por ADP é um teste especializado de função plaquetária, indicado apenas em uma segunda fase da investigação, caso os testes iniciais sejam normais e a suspeita clínica de disfunção plaquetária persista.

Alternativa (c) Correta. O Tempo de Protrombina (TP) avalia a via extrínseca e a via comum da coagulação, enquanto o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) avalia a via intrínseca e a comum. A inclusão da dosagem do Fator de von Willebrand (FvW) é essencial, pois a Doença de von Willebrand é a coagulopatia hereditária mais comum na população geral e a principal causa de menorragia de origem hematológica em mulheres jovens. Este trio de exames cobre as causas mais prováveis de sangramento hereditário.

Alternativa (d) Incorreta. O Tempo de Sangramento é um exame considerado obsoleto na prática clínica moderna devido à sua baixa sensibilidade, baixa reprodutibilidade e caráter invasivo, sendo substituído por testes in vitro. Embora a contagem de plaquetas seja fundamental em qualquer investigação de sangramento, o fibrinogênio isoladamente não é um marcador de triagem inicial para menorragia crônica hereditária, sendo mais utilizado em quadros de sangramento agudo grave ou suspeita de afibrinogenemia.

Conclusão: Diante de uma suspeita de coagulopatia hereditária em mulher jovem

com menorragia, o painel inicial deve contemplar TP, TTPA e a avaliação do Fator de von Willebrand.

### Questão 28

Para compreender a fisiopatogenia da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), é fundamental analisar as alterações endócrinas e metabólicas que se retroalimentam. Abaixo, a análise detalhada de cada alternativa:

Alternativa a) Incorreta. Na SOP, o evento neuroendócrino característico é o aumento da frequência dos pulsos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), o que resulta em uma hipersecreção de LH (hormônio luteinizante) em relação ao FSH (hormônio folículo-estimulante). É o LH elevado que estimula as células da teca a produzirem androgênios em excesso. O FSH, por estar relativamente baixo, não consegue promover a conversão adequada desses androgênios em estrogênios nas células da granulosa, impedindo a maturação folicular.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente um dos pilares da síndrome. A resistência à insulina gera uma hiperinsulinemia compensatória. Essa insulina elevada atua no fígado inibindo a produção da SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais). Com menos SHBG circulante, há menos proteína para se ligar à testosterona, resultando em um aumento da sua fração livre (que é a forma biologicamente ativa), o que agrava o hirsutismo e a acne. Além disso, a insulina atua diretamente no ovário, potencializando a ação do LH na produção de androgênios.

Alternativa c) Incorreta. O hiperandrogenismo na SOP é predominantemente de origem ovariana. A produção de androstenediona e testosterona pelas células da teca, estimuladas pelo LH e pela insulina, é o fator central. Embora a glândula adrenal possa contribuir com um aumento modesto de S-DHEA (sulfato de deidroepiandrosterona) em cerca de 25 a 50% das pacientes, ela não é a fonte exclusiva nem a mais relevante na maioria dos casos.

Alternativa d) Incorreta. Segundo os Critérios de Rotterdam (2003), o diagnóstico de SOP requer a presença de pelo menos dois dos três critérios: 1) Oligo ou anovulação crônica; 2) Sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo; 3) Ovários policísticos à ultrassonografia. Portanto, se a paciente apresentar anovulação e hiperandrogenismo, o ultrassom não é mandatório para o diagnóstico. Além disso, a imagem policística reflete o acúmulo de folículos que tiveram seu crescimento interrompido pelo ambiente rico em androgênios e pobre em FSH, e não uma atresia mediada pela progesterona (que, inclusive, costuma estar em níveis baixos devido à falta de ovulação e consequente ausência de corpo lúteo).

## Questão 29

Esta questão aborda os Critérios de Elegibilidade Médica da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o uso de métodos contraceptivos. Esses critérios são fundamentais na prática clínica para determinar se uma paciente pode ou não utilizar determinado método com segurança. As categorias são divididas em: Categoria 1 (sem restrição), Categoria 2 (as vantagens superam os riscos), Categoria 3 (os riscos superam as vantagens) e Categoria 4 (risco inaceitável, contraindicação absoluta).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Para mulheres tabagistas com menos de 35 anos de idade, o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (AHC) é classificado como Categoria 2, independentemente da quantidade de cigarros. O risco torna-se crítico (Categoria 3 ou 4) apenas para mulheres com 35 anos ou mais que fumam.

Alternativa b) Incorreta. O histórico de diabetes gestacional, quando a paciente apresenta glicemia atual normal, é classificado como Categoria 1. Não há restrição ao uso de AHC, pois a condição foi transitória e já resolvida.

Alternativa c) Correta (Gabarito). A enxaqueca com aura é classificada como Categoria 4 para o uso de qualquer método que contenha estrogênio (AHC), independentemente da idade da paciente. Isso ocorre porque a presença de aura neurológica, somada ao uso de estrogênio, aumenta significativamente o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico. Portanto, o uso é formalmente contraindicado.

Alternativa d) Incorreta. A hipertensão arterial sistêmica, mesmo quando controlada (níveis de PA entre 140/90 e 159/99 mmHg), é classificada como Categoria 3 para o uso de AHC. Se a hipertensão for grave (PA igual ou superior a 160/100 mmHg) ou acompanhada de doença vascular, passaria a ser Categoria 4. No cenário de pressão controlada descrito, o risco ainda supera os benefícios, mas não é a alternativa correta para Categoria 4 absoluta, conforme a regra geral de prova para enxaqueca com aura.

Resumo do raciocínio: Sempre que houver menção à enxaqueca com aura e ao uso de estrogênio, lembre-se imediatamente da Categoria 4 devido ao risco tromboembólico arterial (AVC).

### Questão 30

Para determinar a variedade de posição fetal durante o exame obstétrico, devemos identificar o ponto de referência fetal e sua relação com os pontos de referência da bacia materna. No caso de uma apresentação cefálica fletida, o ponto de referência é o occipício (ou pequena fontanela/lambda), representado pela letra O.

A nomenclatura segue uma ordem padronizada:

1. Ponto de referência fetal (Occipital - O).
2. Referência à bacia materna (Ilíaca - I).
3. Lado da bacia (Esquerda ou Direita).
4. Posição em relação ao eixo anteroposterior (Anterior, Posterior ou Transversa).

Análise do enunciado:

O texto afirma explicitamente que o occipício está orientado para o "quadrante ilíaco esquerdo anterior". Isso define diretamente a variedade de posição, independentemente da menção inicial ao diâmetro transversal da sutura (que pode ocorrer em fases de transição da rotação fetal).

Análise das alternativas:

a) Occipito-ilíaca esquerda anterior: Esta é a alternativa correta. O occipício (O) está localizado na porção ilíaca (I) do lado esquerdo (E) e na parte anterior (A) da pelve materna. É uma das posições mais comuns e favoráveis ao parto vaginal.

b) Occipito-ilíaca direita anterior: Incorreta. Nesta posição, o ponto de referência fetal (occipício) estaria voltado para o lado direito da mãe, e não para o esquerdo como aponta a questão.

c) Occipito-ilíaca esquerda posterior: Incorreta. Embora o lado esteja correto (esquerdo), o occipício estaria voltado para a região do sacro (posterior) e não para o quadrante anterior.

d) Occipito-ilíaca direita transversa: Incorreta. Nesta variedade, o occipício estaria apontando diretamente para a lateral direita da pelve materna, sem estar inclinado para a frente (anterior) ou para trás (posterior). Além disso, o lado descrito no enunciado é o esquerdo.

### Questão 31

A classificação de Caldwell e Moloy é a base para o estudo da pelvimetria clínica, dividindo a bacia em quatro tipos fundamentais de acordo com o formato do estreito superior e suas características anatômicas.

A alternativa (d) está correta porque a bacia ginecoide é o tipo feminino clássico e o mais favorável ao parto vaginal. Suas características descritas na questão são marcantes: o estreito superior é arredondado ou levemente ovalado, os diâmetros transversos e anteroposterior (conjugados) são bem equilibrados, o arco púbico é amplo (ângulo subpúbico aberto), as espinhas isquiáticas são rombas (não proeminentes) e o sacro é curto e côncavo, o que oferece maior espaço para a descida e rotação do feto.

A alternativa (a) está incorreta. A bacia androide é o tipo masculino. Sua entrada tem formato triangular (ou de coração), o arco púbico é estreito (ângulo fechado), as paredes laterais são convergentes e as espinhas isquiáticas são muito proeminentes e pontiagudas, sendo o tipo de bacia menos favorável ao parto.

A alternativa (b) está incorreta. A bacia antropoide caracteriza-se por um estreito superior de formato ovalado, porém no sentido anteroposterior. Isso significa que o diâmetro anteroposterior é muito maior que o transversos. É comum que o feto se insinue e desça em variedades de posição posteriores (como a occipitossacra).

A alternativa (c) está incorreta. A bacia platipeloide é considerada uma bacia "achatada". Nela, o diâmetro transversos é muito maior que o anteroposterior. O estreito superior tem formato de um oval deitado (achatado), o que dificulta a insinuação da cabeça fetal, embora o arco púbico costume ser bastante largo.

---

### Questão 32

As vacinas contra o HPV disponíveis atualmente utilizam a tecnologia de Partículas Semelhantes ao Vírus (VLPs - Virus-Like Particles). Essas partículas são compostas pela proteína L1, que é a principal proteína estrutural do capsídeo (a camada externa) do HPV. Por serem produzidas por engenharia genética sem o DNA viral, as VLPs não são infecciosas, mas são capazes de mimetizar a estrutura externa do vírus e desencadear uma resposta imune potente.

Alternativa A (Correta): O objetivo primário das vacinas profiláticas é gerar uma resposta imune humoral. Ao injetar as VLPs compostas pela proteína L1, o sistema imune produz altos títulos de anticorpos específicos denominados anticorpos neutralizantes. Quando o indivíduo vacinado entra em contato com o vírus real, esses anticorpos se ligam à proteína L1 da superfície viral, impedindo que o HPV se acople

aos receptores das células epiteliais e bloqueando a entrada (infecção) do vírus na célula hospedeira.

Alternativa B (Incorreta): As proteínas E6 e E7 são proteínas precoces (early) relacionadas à oncogênese, pois degradam proteínas supressoras de tumor (p53 e pRb). Embora sejam alvos para o desenvolvimento de vacinas terapêuticas (para quem já tem a lesão), elas não fazem parte da composição das vacinas profiláticas atuais, que visam prevenir a infecção inicial e não destruir células já transformadas via linfócitos T citotóxicos.

Alternativa C (Incorreta): O interferon tipo I (como o interferon-alfa e beta) é um componente da imunidade inata e inespecífica. Ele é produzido naturalmente pelas células em resposta a uma invasão viral para limitar a replicação, mas não representa o mecanismo de memória imunológica específica e duradoura conferido pela vacina de HPV.

Alternativa D (Incorreta): As vacinas de HPV são acelulares e não contêm DNA viral, consistindo apenas na casca proteica (capsídeo). Além disso, anticorpos agem tipicamente em alvos extracelulares ou de superfície. Impedir a replicação agindo diretamente no DNA seria uma função de fármacos antivirais ou mecanismos intracelulares, e não o mecanismo primário de uma vacina preventiva baseada em proteínas de superfície.

---

### Questão 33

A mola hidatiforme completa (MHC) caracteriza-se pela proliferação trofoblástica exacerbada e pela ausência de tecido fetal ou membranas amnióticas. O processo genético fundamental na MHC é a androgenesia, que consiste na formação de um ovo contendo apenas material genético de origem paterna.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A trissomia por não disjunção cromossômica materna ocorre quando um par de cromossomos não se separa adequadamente durante a meiose ovular, resultando em gametas com um cromossomo a mais (como ocorre na Síndrome de Down - Trissomia do 21). Na mola hidatiforme completa, o material genético materno está ausente ou é inativado, não havendo relação com não disjunção materna.

b) Incorreta. A partenogênese refere-se ao desenvolvimento de um embrião a partir de um óvulo não fecundado, o que resultaria em um organismo com material genético exclusivamente materno. Na mola completa, o fenômeno é o oposto: o material genético é exclusivamente paterno.

c) Incorreta. Embora a fertilização de um óvulo anucleado por dois espermatozoides distintos (dispermia ou fertilização dispérmica) possa ocorrer, resultando em uma mola completa (geralmente com cariótipo 46,XY), este mecanismo é responsável por apenas cerca de 10% dos casos. A alternativa não descreve o mecanismo majoritário (90%) solicitado no enunciado, e o termo "heterozigótica" se refere à diversidade dos alelos, não ao nome do processo de origem do material.

d) Correta. Em cerca de 90% dos casos de mola hidatiforme completa, um único espermatozoide haploide (23,X) fecunda um óvulo "vazio" (anucleado ou com núcleo inativado). Para que a célula se torne diploide e viável para a proliferação, o genoma paterno sofre uma duplicação (endorreduplicação), resultando em um cariótipo 46,XX. Esse processo é tecnicamente chamado de androgenesia monoespérmica.

Resumo Didático:

1. Mola Completa (MHC): 100% de DNA paterno (androgenesia). O mecanismo mais comum (90%) é um espermatozoide 23,X que fecunda um óvulo vazio e duplica seu próprio material (46,XX). O mecanismo menos comum (10%) é a fertilização de um óvulo vazio por dois espermatozoides (46,XX ou 46,XY).

2. Mola Parcial (MHP): Possui DNA materno e paterno. Geralmente é triploide (69,XXY), resultante da fertilização de um óvulo normal (23,X) por dois espermatozoides.

---

### Questão 34

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: Incorreta. O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é um evento de origem essencialmente materna. A ruptura vascular ocorre nos vasos da decídua basal (maternos) e não nas vilosidades coriônicas (fetais). O sofrimento fetal é uma consequência da redução da área de troca gasosa e da hipóxia decorrente do descolamento, e não o evento primário.

Alternativa B: Incorreta. A hemorragia no DPP ocorre inicialmente no espaço retroplacentário (entre a decídua e a placenta) e não no espaço intervilosos. Além disso, o quadro clínico típico do DPP é de hipertonia uterina, e não atonia. A atonia do segmento inferior é um mecanismo mais relacionado à placenta prévia ou hemorragia pós-parto.

Alternativa C: Correta. Esta alternativa descreve com precisão a cascata

fisiopatológica do DPP. O processo se inicia com a ruptura de arteríolas decíduas maternas (arteríolas espiraladas), gerando um hematoma que disseca a placenta da parede uterina. Este trauma tecidual libera grandes quantidades de tromboplastina tecidual na circulação materna, o que ativa a via extrínseca da coagulação. Esse mecanismo é responsável pela gravidade do quadro e pela frequente evolução para a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD).

Alternativa D: Incorreta. A descrição de inserção anômala da placenta no segmento inferior do útero refere-se à Placenta Prévia. No DPP, a placenta está implantada em seu local correto (corpo uterino), porém ocorre o seu descolamento de forma prematura (após 20 semanas de gestação e antes do nascimento do feto).

---

### Questão 35

Para entender esta questão, é fundamental revisar os conceitos de dinâmica uterina e o manejo das distocias funcionais durante o trabalho de parto.

Alternativa A: Incorreta. A hipoatividade uterina é caracterizada por contrações fracas (baixa intensidade), curtas (baixa duração) ou raras (baixa frequência), com tônus basal normal (entre 8 e 12 mmHg). O que a alternativa descreve (tônus elevado e contrações frequentes) é compatível com a hipertonia ou taquissistolia, que são formas de hiperatividade ou discinesia. Além disso, a ocitocina nunca deve ser administrada em bólus no trabalho de parto, devido ao risco de hiperestimulação uterina, ruptura uterina e efeitos cardiovasculares graves na mãe.

Alternativa B: Correta. As Unidades Montevideu (UM) são calculadas multiplicando-se a intensidade média das contrações (em mmHg) pelo número de contrações em 10 minutos. Consideram-se atividade uterina adequada para a progressão do parto valores entre 200 e 250 UM. Na hipoatividade, os valores ficam abaixo de 200 UM. O manejo padrão envolve a correção com ocitocina sintética diluída, administrada via bomba de infusão e titulada (ajustada gradualmente) para atingir um padrão de 3 a 5 contrações em 10 minutos. Define-se taquissistolia quando ocorrem mais de 5 contrações em um período de 10 minutos (média em 30 minutos), o que exige redução ou suspensão da droga.

Alternativa C: Incorreta. A parada de dilatação nem sempre é causada por desproporção cefalopélvica (DCP) absoluta. Na verdade, a conduta inicial recomendada para uma parada secundária da dilatação, quando se identifica hipoatividade uterina, é justamente a prova de ocitocina e/ou a amniotomia. A cesariana só deve ser indicada se, após a correção da dinâmica uterina por um período adequado (geralmente 2 a 4 horas), não houver progressão da dilatação cervical.

Alternativa D: Incorreta. A dose de ocitocina deve ser sempre iniciada em níveis baixos e aumentada progressivamente (titulada) conforme a resposta clínica. Além disso, a sensibilidade do útero à ocitocina aumenta drasticamente ao longo da gestação, devido ao aumento progressivo da expressão de receptores de ocitocina no miométrio, atingindo seu pico durante o trabalho de parto. Portanto, a resposta uterina é altamente dependente da idade gestacional e do status hormonal da paciente.

### Questão 36

A endometriose é definida pela presença de tecido estromal e glandular endometrial fora da cavidade uterina. Para explicar sua origem, diversas teorias foram propostas, sendo a Teoria de Sampson a mais consagrada na literatura médica.

A alternativa (b) está correta porque a Teoria da Menstruação Retrógrada, proposta por Sampson em 1927, é a teoria fisiopatológica mais aceita para a maioria dos casos de endometriose pélvica, incluindo a endometriose profunda infiltrativa. Ela postula que, durante a menstruação, ocorre um refluxo de sangue e fragmentos de endométrio através das tubas uterinas para dentro da cavidade peritoneal. Em mulheres com predisposição genética e falhas nos mecanismos de limpeza imunológica, essas células endometriais conseguem se aderir ao peritônio, invadir o tecido subjacente e proliferar em resposta aos hormônios ovarianos. No caso da endometriose profunda, essa invasão ultrapassa a marca de 5 mm de profundidade em relação ao peritônio, acometendo estruturas como os ligamentos uterossacros e o fundo de saco de Douglas.

A alternativa (a) está incorreta porque a Teoria da Metaplasia Celômica (Teoria de Meyer) sugere que células do epitélio celômico (que reveste o peritônio) sofreriam uma transformação (metaplasia) em tecido endometrial sob estímulos hormonais ou inflamatórios. Embora seja usada para explicar casos raros, como em mulheres pré-púberes ou mesmo em homens, ela não é a explicação principal para a apresentação clínica descrita na questão.

A alternativa (c) está incorreta porque a disseminação hematogênica é utilizada para explicar casos de endometriose em órgãos distantes, como pulmões, cérebro ou extremidades, onde a menstruação retrógrada não conseguiria alcançar. Não é a teoria base para a doença infiltrativa retro-uterina.

A alternativa (d) está incorreta pois a metástase linfática (Teoria de Halban) também busca explicar a presença de tecido endometrial em locais atípicos, como linfonodos pélvicos e retroperitoneais, mas não é considerada a causa primária para a formação

de nódulos profundos nos ligamentos uterossacos.

---

### Questão 37

A questão aborda as particularidades da mecânica respiratória em lactentes, que os tornam mais suscetíveis à insuficiência respiratória do que os adultos. A explicação para a tendência à atelectasia e à fadiga reside no desequilíbrio entre a complacência da caixa torácica e a do parênquima pulmonar.

Alternativa (a) Incorreta. Nos lactentes, as costelas estão posicionadas de forma mais horizontalizada em relação à coluna vertebral. Isso faz com que o ângulo xifoide (ou ângulo de Charpy) seja, na verdade, mais obtuso (aberto) e não reduzido. Além disso, essa horizontalização das costelas impede que o lactente aumente o volume torácico através do movimento de alça de balde, típico do adulto, tornando a respiração essencialmente dependente do diafragma.

Alternativa (b) Correta. Esta é a principal característica anatômica envolvida. A caixa torácica do lactente é extremamente complacente (flexível) devido à sua constituição majoritariamente cartilaginosa e à musculatura intercostal ainda pouco desenvolvida. Quando o lactente realiza um esforço inspiratório maior para expandir um pulmão que é naturalmente mais rígido, a pressão intrapleural negativa gerada faz com que as costelas "afundem" (retração) em vez de expandirem o pulmão de forma eficaz. Esse colapso da parede torácica durante a inspiração reduz a Capacidade Residual Funcional, levando à atelectasia, e exige um trabalho muscular exaustivo, levando à fadiga.

Alternativa (c) Incorreta. Embora seja verdade que o lactente possui uma complacência pulmonar menor (pulmão mais "duro" ou rígido) do que o adulto devido ao menor número de alvéolos e à menor quantidade de fibras elásticas, a alternativa (b) descreve melhor o fator determinante para a instabilidade mecânica. A tendência à atelectasia ocorre porque a caixa torácica muito complacente não consegue oferecer a força de oposição necessária à tendência natural de recolhimento do pulmão.

Alternativa (d) Incorreta. O tórax do lactente é mais arredondado, com um diâmetro anteroposterior proporcionalmente maior em relação ao diâmetro transversal quando comparado ao adulto (tórax cilíndrico). No entanto, essa característica geométrica não é o fator causal direto para a atelectasia ou para a fadiga; o problema central é a complacência excessiva da parede torácica que não sustenta a expansão pulmonar sob estresse.

---

### Questão 38

Para entender por que o débito cardíaco (DC) em crianças pequenas é tão dependente da frequência cardíaca (FC), devemos recordar a fórmula fundamental:  $DC = FC \times \text{Volume Sistólico (VS)}$ .

No neonato e na criança pequena, o miocárdio ainda está em desenvolvimento. O coração pediátrico possui menos elementos contráteis (miofibrilas) e uma maior proporção de tecido não contrátil (colágeno) em comparação ao coração adulto. Essa característica torna o ventrículo menos complacente, ou seja, mais "rígido". Devido a essa baixa complacência, o coração da criança tem uma capacidade muito limitada de se estirar para acomodar um volume maior de sangue ao final da diástole. Como o mecanismo de Frank-Starling (que correlaciona o estiramento da fibra com a força de contração) é limitado, o volume sistólico torna-se praticamente fixo. Assim, para aumentar o débito cardíaco em situações de estresse ou necessidade metabólica, a única via eficiente que resta ao organismo pediátrico é o aumento da frequência cardíaca.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o miocárdio da criança seja imaturo, o problema central não é uma redução da contratilidade basal, mas sim a incapacidade de variar o volume ejetado de forma significativa em resposta a variações de pré-carga.

Alternativa b) Incorreta. O aumento do retorno venoso na posição supina ocorre em qualquer faixa etária devido à gravidade, mas isso não explica a dependência fisiológica da frequência cardíaca no grupo pediátrico. Além disso, pela baixa complacência ventricular, o coração da criança lida mal com aumentos súbitos de retorno venoso.

Alternativa c) Correta. Esta é a base da fisiologia cardiovascular pediátrica. Devido à rigidez estrutural do miocárdio imaturo e ao menor número de miofibrilas, o ventrículo não consegue aumentar significativamente o volume de sangue ejetado a cada batimento (volume sistólico). Portanto, o débito cardíaco torna-se "frequência-dependente".

Alternativa d) Incorreta. As câmaras cardíacas em crianças são absolutamente menores que as de adultos. O tamanho absoluto não justifica a dependência da frequência cardíaca, mas sim a relação entre a complacência tecidual e a reserva funcional do volume sistólico.

### Questão 39

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) possui como pilares diagnósticos, segundo o DSM-5, o déficit na comunicação social e a presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos. A identificação precoce de sinais de alerta (\*red flags\*) é fundamental para o prognóstico, e os marcos do desenvolvimento social são os indicadores mais sensíveis e específicos nos primeiros meses de vida.

Alternativa (a): CORRETA. A atenção compartilhada é a capacidade da criança de coordenar a atenção entre um objeto e outra pessoa, compartilhando o interesse e a experiência emocional. O apontar protodeclarativo ocorre quando a criança aponta para um objeto ou evento apenas para mostrar ao adulto algo que ela achou interessante, sem a intenção de obter o objeto (diferente do apontar protoimperativo, usado para pedir algo). A ausência dessas habilidades aos 12 meses é um dos sinais de alerta mais importantes para o TEA, pois demonstra uma falha primária na reciprocidade social e na comunicação não verbal.

Alternativa (b): INCORRETA. A marcha independente sem apoio é um marco do desenvolvimento motor grosseiro. Embora a média de aquisição seja em torno de 1 ano, considera-se normal que a criança comece a andar até os 15 ou 18 meses. O atraso motor isolado, embora possa coexistir com o autismo, não é um critério central ou sinal de alerta precoce específico para o diagnóstico de TEA.

Alternativa (c): INCORRETA. O desenvolvimento da linguagem verbal aos 12 meses é caracterizado pela emissão de uma a três palavras com significado (além de "mamã" e "papá" direcionados). Um vocabulário expressivo de 10 palavras é esperado apenas entre os 15 e 18 meses de idade. Portanto, possuir menos de 10 palavras aos 12 meses não constitui atraso ou sinal de alerta para autismo.

Alternativa (d): INCORRETA. A habilidade de empilhar três cubos exige um refinamento da coordenação motora fina e planejamento motor que é tipicamente esperado para uma criança de 18 meses. Aos 12 meses, os marcos do desenvolvimento motor fino envolvem a pinça completa, bater dois objetos um contra o outro e colocar objetos dentro de um recipiente.

Em concursos médicos, é essencial lembrar que os sinais de alerta de TEA aos 12 meses envolvem preferencialmente a tríade social: não atender quando chamado pelo nome, não apontar para mostrar (protodeclarativo) e ausência de contato visual/atenção compartilhada. Quando há perda de habilidades já adquiridas (regressão) em qualquer idade, o alerta deve ser imediato.

### Questão 40

Esta questão aborda a farmacologia do metilfenidato, um estimulante do sistema nervoso central amplamente utilizado no manejo do TDAH. Para responder corretamente, é fundamental compreender como essa substância interage com a fenda sináptica e os transportadores de neurotransmissores.

Alternativa a: Incorreta. O metilfenidato não atua como um agonista direto, ou seja, ele não se liga aos receptores dopaminérgicos para mimetizar a ação da dopamina. O aumento da atividade dopaminérgica ocorre de forma indireta, através da maior disponibilidade do próprio neurotransmissor endógeno na fenda sináptica.

Alternativa b: Incorreta. A inibição da enzima monoamina oxidase (MAO) é o mecanismo de ação de fármacos antidepressivos específicos, conhecidos como IMAOs. Embora ambos resultem no aumento de catecolaminas, o metilfenidato não interfere significativamente na degradação enzimática pela MAO.

Alternativa c: Incorreta. O bloqueio dos receptores histaminérgicos H1 é característico de anti-histamínicos de primeira geração e de alguns antipsicóticos e antidepressivos, resultando em sedação e ganho de peso. O metilfenidato é um estimulante e tem efeito oposto à sedação.

Alternativa d: Correta. O mecanismo de ação primário do metilfenidato consiste no bloqueio do transportador de dopamina (DAT) e do transportador de noradrenalina (NET) no terminal pré-sináptico. Ao inibir a recaptação, o medicamento aumenta a concentração e o tempo de permanência desses neurotransmissores na fenda sináptica, especificamente em regiões como o córtex pré-frontal e o corpo estriado. Isso otimiza a neurotransmissão dopaminérgica e noradrenérgica, melhorando o foco, a atenção e o controle inibitório em pacientes com TDAH. Vale ressaltar que, diferentemente das anfetaminas, o metilfenidato age predominantemente no bloqueio da recaptação e não estimula de forma tão acentuada a liberação vesicular de dopamina.

---

### Questão 41

A bronquiolite viral aguda é a causa mais comum de hospitalização por doença respiratória inferior em lactentes, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) o principal agente etiológico. A compreensão da sua fisiopatologia é fundamental para entender por que o tratamento é majoritariamente de suporte.

Alternativa A: Correta. A fisiopatologia central envolve a invasão do epitélio dos bronquíolos pelo vírus, resultando em necrose das células epiteliais ciliadas. Esse dano celular provoca uma resposta inflamatória com infiltrado linfocitário e edema da

submucosa. Ocorre então o acúmulo de débris celulares (restos de células mortas), fibrina e muco espesso no lúmen dos bronquíolos. Como as vias aéreas dos lactentes possuem diâmetro muito reduzido, essa combinação de edema e débris causa obstrução parcial ou total, levando ao aprisionamento de ar (hiperinsuflação) ou colapso alveolar (atelectasia).

Alternativa B: Incorreta. Esta alternativa descreve a fisiopatologia da asma. Embora a bronquiolite cause sibilância, a obstrução na bronquiolite é predominantemente mecânica (por edema e secreção) e não por broncoespasmo primário da musculatura lisa. Por esse motivo, a resposta aos broncodilatadores na bronquiolite é, em geral, pobre ou ausente.

Alternativa C: Incorreta. A destruição dos septos alveolares e a formação de cistos são características de doenças estruturais crônicas ou destrutivas, como o enfisema pulmonar ou fases avançadas de displasia broncopulmonar. A bronquiolite é uma doença das vias aéreas de condução (bronquíolos) e não uma doença alveolar destrutiva primária.

Alternativa D: Incorreta. A hipertensão pulmonar primária e o remodelamento vascular irreversível são condições da vasculatura pulmonar. Na bronquiolite, pode haver hipoxemia devido ao distúrbio ventilação-perfusão, o que pode gerar uma vasoconstrição pulmonar reflexa e transitória, mas isso não constitui a base fisiopatológica da doença nem envolve alterações permanentes nos vasos.

---

## Questão 42

Análise do Quadro Clínico:

O paciente é um pré-escolar de 3 anos que apresenta febre alta, tosse produtiva e exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda. Esse conjunto de achados é altamente sugestivo de uma pneumonia bacteriana típica, cujo principal agente etiológico nessa faixa etária é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo).

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O padrão intersticial bilateral difuso associado à hiperinsuflação (sinais de aprisionamento de ar) é característico de infecções virais, como a bronquiolite viral aguda ou pneumonias virais. Esse padrão não condiz com o quadro de leucocitose com desvio à esquerda, que aponta para uma etiologia bacteriana clássica.

Alternativa b) Correta. A consolidação alveolar lobar ou segmentar é o achado radiológico clássico da pneumonia bacteriana típica. Ela ocorre quando os alvéolos

são preenchidos por exsudato inflamatório, impedindo a passagem de ar, mas mantendo a estrutura dos brônquios visível (broncograma aéreo). É a imagem típica esperada para uma infecção por *Streptococcus pneumoniae*.

Alternativa c) Incorreta. Opacidades peribronquiais e atelectasias lineares ou laminares são achados frequentes em processos inflamatórios das vias aéreas, como as broncopneumonias (que podem ter caráter multifocal) ou quadros virais. Não representam a consolidação bem definida citada na questão como padrão-ouro de suspeita para pneumonia lobar típica.

Alternativa d) Incorreta. O derrame pleural é a complicação mais comum da pneumonia bacteriana (derrame parapneumônico). No entanto, o enunciado busca o achado radiológico no parênquima que sugere a pneumonia em si. Um derrame pleural volumoso isolado, sem consolidação parenquimatosa evidente, é menos provável em um quadro inicial de pneumonia típica e exigiria o diagnóstico diferencial com outras patologias, como a tuberculose pleural.

---

### Questão 43

#### ANÁLISE DO CASO:

Os dados laboratoriais apresentados mostram uma anemia microcítica (VCM 70 fL) e hipocrômica (HCM 22 pg) com aumento da variação do tamanho das hemácias (RDW 16%). Esse perfil clínico e laboratorial em uma criança de 2 anos é altamente sugestivo de anemia ferropriva, que é a principal causa de carência nutricional nessa faixa etária.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A ferritina sérica é, de fato, o marcador mais sensível para avaliar os estoques de ferro, pois é o primeiro a se alterar na fase de depleção das reservas. No entanto, ela é uma proteína de fase aguda. Isso significa que seus níveis podem se elevar em resposta a processos inflamatórios, infecciosos ou neoplásicos. Portanto, uma ferritina normal na vigência de febre ou inflamação não exclui a deficiência de ferro, podendo mascarar o diagnóstico.

Alternativa b) Correta. O RDW (Red Cell Distribution Width) avalia a anisocitose, ou seja, a variação de tamanho entre as hemácias. Na anemia ferropriva, a instalação da carência de ferro é progressiva; a medula passa a produzir hemácias cada vez menores conforme o ferro acaba, gerando uma população de células de tamanhos diferentes, o que eleva o RDW logo no início do processo. Já no traço talassêmico (beta-talassemia menor), a microcitose é um defeito genético congênito e uniforme, no qual praticamente todas as hemácias são pequenas de forma homogênea,

resultando em um RDW tipicamente normal.

Alternativa c) Incorreta. A anemia ferropriva é classificada como uma anemia hipoproliferativa. Como o ferro é um componente essencial para a síntese da hemoglobina, sua falta impede a produção adequada de novas hemácias pela medula óssea. Dessa forma, a contagem de reticulócitos (hemácias jovens) costuma estar baixa ou normal (reticulocitopenia relativa). A reticulocitose só é esperada após o início do tratamento com reposição de ferro, marcando a recuperação medular.

Alternativa d) Incorreta. O Índice de Mentzer é calculado pela relação entre o VCM e a contagem de hemácias (RBC em milhões/mm<sup>3</sup>). Na anemia ferropriva, esse índice geralmente é maior que 13, pois a redução do número de hemácias acompanha a queda do VCM. No traço talassêmico, o índice costuma ser menor que 13, pois há microcitose importante com contagem de hemácias normal ou aumentada. Além disso, índices hematimétricos são ferramentas de triagem e não substituem a dosagem de ferritina ou outros exames da cinética do ferro para o diagnóstico definitivo.

GABARITO: Letra b.

---

#### Questão 44

O tratamento da anemia ferropriva na infância é um tema recorrente em provas. Vamos analisar cada alternativa para entender por que a letra D é a correta:

Alternativa A: Incorreta. Embora a dose terapêutica de ferro elementar esteja correta (geralmente entre 3 a 6 mg/kg/dia), o erro reside na duração do tratamento. Suspende a medicação assim que a hemoglobina atinge valores normais é uma conduta inadequada, pois não permite a reposição dos estoques de ferro no organismo (ferritina), levando a uma recidiva precoce da anemia.

Alternativa B: Incorreta. O sulfato ferroso deve ser administrado, preferencialmente, uma hora antes das refeições ou duas horas após, idealmente acompanhado de uma fonte de vitamina C (como suco de laranja), que acidifica o meio e facilita a absorção. O leite e outros alimentos contêm substâncias (como cálcio, fitatos e fosfatos) que quelam o ferro e reduzem significativamente sua absorção. A administração junto às refeições só é recomendada como último recurso em casos de intolerância gastrointestinal grave.

Alternativa C: Incorreta. A resposta terapêutica não é evidenciada pelo aumento da hemoglobina em 48 horas. O processo de produção de novas hemácias e sua maturação leva mais tempo. O aumento da hemoglobina costuma ser observado

após 2 a 4 semanas de tratamento. Esperar uma mudança em 48 horas e diagnosticar falha terapêutica nesse prazo é um erro de cronologia fisiológica.

Alternativa D: Correta. Esta alternativa descreve a fisiologia da recuperação da anemia ferropriva. O primeiro sinal hematológico de que o tratamento está funcionando é o aumento dos reticulócitos (hemácias jovens), que atinge seu pico (crise reticulocitária) entre o 5º e o 10º dia após o início da reposição. Após a normalização dos níveis de hemoglobina, o que geralmente ocorre em 30 a 60 dias, o tratamento deve ser mantido por mais 2 a 3 meses (ou até que a ferritina esteja em níveis adequados) para garantir que os estoques corporais de ferro sejam repostos.

---

### Questão 45

A questão aborda a neurobiologia da depressão maior na adolescência e o mecanismo de ação dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Para resolvê-la, é necessário integrar o conhecimento sobre os circuitos cerebrais envolvidos na regulação do humor com a farmacodinâmica dos antidepressivos.

Alternativa (a) Incorreta. A via GABAérgica espinocerebelar está relacionada à transmissão de impulsos inibitórios e informações proprioceptivas da medula espinhal para o cerebelo, atuando essencialmente na coordenação motora e no equilíbrio. Não possui relação direta com os circuitos emocionais frontolímbicos ou com a fisiopatologia da depressão.

Alternativa (b) Incorreta. A via glutamatérgica retinotectal é uma via sensorial que conecta as células ganglionares da retina ao colículo superior (teto mesencefálico). Ela é fundamental para o processamento visual e reflexos de orientação espacial, não estando envolvida na regulação do afeto ou nos alvos terapêuticos dos ISRS.

Alternativa (c) Correta. A depressão maior é caracterizada por uma desregulação nos circuitos frontolímbicos, que conectam o córtex pré-frontal (responsável pelo controle executivo e regulação emocional) a estruturas do sistema límbico, como a amígdala e o hipocampo (centros de processamento emocional). A hipótese monoaminérgica sugere que há uma redução na disponibilidade de neurotransmissores, especialmente a serotonina, nessas fendas sinápticas. Os ISRS atuam bloqueando o transportador de serotonina (SERT), aumentando a oferta deste neurotransmissor na via serotoninérgica corticolímbica, o que auxilia na restauração da modulação emocional.

Alternativa (d) Incorreta. A via dopaminérgica nigroestriatal conecta a substância negra ao estriado e é responsável pela modulação do movimento voluntário. Sua disfunção está classicamente associada à Doença de Parkinson ou a efeitos colaterais

extrapiramidais de antipsicóticos. Embora a dopamina esteja envolvida na depressão (via mesolímbica/recompensa), a via nigroestriatal não é o alvo dos ISRS nem o foco dos circuitos frontolímbicos citados.

---

### Questão 46

A fisiopatologia da acne vulgar baseia-se em quatro pilares fundamentais: a hiperqueratinização folicular, a hipersecreção sebácea, a colonização pela bactéria \*Cutibacterium acnes\* e a inflamação local.

Embora esses fatores ocorram de forma integrada, o evento inicial e central para o surgimento de qualquer lesão de acne é a formação do microcomedão. Esse processo ocorre devido à hiperqueratinização do infundíbulo folicular, onde os queratinócitos se tornam mais coesos e não descamam adequadamente, resultando na obstrução do canal folicular e no acúmulo de queratina e sebo.

Análise das alternativas:

- a) Hipoprodução sebácea: Incorreta. Na acne vulgar, ocorre justamente o contrário: uma hiperprodução sebácea (seborreia), geralmente estimulada por hormônios androgênicos, o que contribui para o preenchimento e a distensão do folículo obstruído.
  - b) Necrose epidérmica difusa: Incorreta. Este é um processo de morte celular generalizada da epiderme, característico de condições dermatológicas graves e emergências médicas, como a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), não possuindo relação com a patogênese da acne.
  - c) Vasculite leucocitoclástica: Incorreta. Refere-se a um padrão histopatológico de inflamação em pequenos vasos sanguíneos, comum em púrpuras e doenças autoimunes sistêmicas. Não é um mecanismo envolvido na formação das lesões acneicas.
  - d) Hiperqueratinização folicular: Correta. É o evento primário e característico que desencadeia a formação do microcomedão. A alteração no ciclo de renovação dos queratinócitos dentro do folículo piloso leva ao "tampão" que impede a saída do sebo, criando o ambiente propício para a inflamação e a proliferação bacteriana subsequentes.
-

### Questão 47

O caso descreve um lactente de 8 meses com sinais clássicos de desidratação grave (Plano C): letargia, mucosas ressecadas, tempo de enchimento capilar prolongado e sinal da prega persistente. Para lactentes nessa faixa etária (menores de 1 ano), o protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde preconiza a reidratação venosa total de 100 mL/kg de solução isotônica, dividida em duas etapas cronológicas.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O volume de 70 mL/kg em 3 horas é parte da recomendação para crianças maiores de 1 ano, não para lactentes menores de 12 meses. Para o paciente de 8 meses, o tempo total é de 6 horas.

Alternativa b) Incorreta. O volume de 50 mL/kg em 1 hora não faz parte do protocolo padrão da OMS para o tratamento da desidratação grave.

Alternativa c) Incorreta. O uso de bolus de 20 mL/kg repetidos, conforme a resposta clínica, é a conduta adotada em protocolos de choque (como o PALS) ou na fase de expansão rápida do Ministério da Saúde (etapa inicial do Plano C brasileiro em certas diretrizes), mas a questão solicita especificamente o esquema clássico de volume total da OMS para menores de 1 ano.

Alternativa d) Correta. Segundo o protocolo da OMS para menores de 12 meses, a reidratação deve totalizar 100 mL/kg. Esta carga é dividida em: 30 mL/kg administrados na primeira hora (fase de expansão rápida) e os 70 mL/kg restantes administrados nas 5 horas seguintes, totalizando um período de 6 horas de infusão.

Resumo do protocolo OMS por faixa etária:

1. Menores de 1 ano: 100 mL/kg em 6 horas (30 mL/kg em 1 hora + 70 mL/kg em 5 horas).
2. Maiores de 1 ano: 100 mL/kg em 3 horas (30 mL/kg em 30 minutos + 70 mL/kg em 2,5 horas).

---

### Questão 48

A escabiose, ou sarna humana, é uma infestação parasitária causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. O diagnóstico é clínico, baseado no prurido intenso (que piora à noite) e na distribuição das lesões. Em lactentes, as lesões podem ser disseminadas, atingindo tronco, extremidades e, diferentemente dos adultos, podem acometer também a região palmo-plantar, cabeça e pescoço.

Alternativa (a) Incorreta: A ivermectina oral não é a droga de primeira escolha para lactentes nesta faixa etária. Embora seu uso tenha sido expandido, as diretrizes tradicionais e a bula recomendam cautela ou contraindicam o uso em crianças com menos de 15 kg ou menores de 5 anos. Além disso, a orientação epidemiológica está errada: na escabiose, todos os contactantes domiciliares e sexuais devem ser tratados simultaneamente, mesmo que estejam assintomáticos, para evitar o ciclo de reinfestação.

Alternativa (b) Incorreta: O benzoato de benzila é um agente escabicida, porém é muito irritante para a pele (causando dermatite de contato e sensação de queimação), sendo evitado em lactentes e crianças pequenas. Além disso, não há indicação de isolamento por 7 dias; a recomendação geral é que a criança possa retornar ao convívio social 24 horas após o término da primeira aplicação do tratamento.

Alternativa (c) Correta: A permetrina 5% é considerada o tratamento de primeira linha (padrão-ouro) para a escabiose devido à sua alta eficácia (taxas de cura superiores a 90%) e excelente perfil de segurança, podendo ser utilizada em bebês a partir de 2 meses de idade. A aplicação deve ser feita do pescoço para baixo (em lactentes, às vezes estende-se ao couro cabeludo e face, evitando olhos e boca, conforme orientação específica, mas a alternativa traz a conduta geral clássica) e removida após 8 a 14 horas. A estratégia epidemiológica de tratar todos os moradores da casa ao mesmo tempo é o pilar para o controle da doença na comunidade.

Alternativa (d) Incorreta: Corticoides tópicos podem ser usados como adjuvantes para reduzir o prurido e a inflamação, mas nunca como monoterapia, pois não possuem ação acaricida. O uso isolado de corticoide pode mascarar os sintomas e facilitar a proliferação do parasita. Tratar apenas a mãe é insuficiente, pois outros familiares podem estar colonizados e assintomáticos.

---

### Questão 49

A Bupropiona é um antidepressivo atípico que se destaca por não possuir ação direta sobre o sistema serotoninérgico. Seu perfil farmacodinâmico é único entre os antidepressivos comumente usados na Atenção Básica, o que justifica sua indicação tanto para o transtorno depressivo quanto para o tratamento do tabagismo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A inibição seletiva da recaptação de serotonina (ISRS) é o mecanismo de drogas como Fluoxetina, Sertralina e Escitalopram. A Bupropiona é

notória justamente por não afetar a serotonina, o que explica a ausência de efeitos colaterais comuns aos ISRS, como a disfunção sexual e o ganho de peso.

Alternativa b) Correta. A Bupropiona pertence à classe dos Inibidores da Recaptação de Noradrenalina e Dopamina (IRND). Ao aumentar a disponibilidade de dopamina nas fendas sinápticas, especialmente no sistema de recompensa cerebral, ela auxilia na redução da fissura (craving) e dos sintomas de abstinência de nicotina. O aumento da noradrenalina contribui para o seu efeito antidepressivo e ativador.

Alternativa c) Incorreta. O antagonismo de receptores 5-HT<sub>2A</sub> e o agonismo parcial de 5-HT<sub>1A</sub> são características de outros grupos de antidepressivos e moduladores da serotonina, como a Trazodona ou drogas mais recentes como a Vilazodona e a Vortioxetina. Não se aplicam à Bupropiona.

Alternativa d) Incorreta. A inibição da enzima monoaminoxidase (IMAO) é o mecanismo de uma classe específica de antidepressivos (como a Tranilcipromina e a Moclobemida). Esses fármacos impedem a degradação das monoaminas (serotonina, noradrenalina e dopamina) dentro do neurônio, o que é um processo diferente da inibição da recaptação na fenda sináptica.

Gabarito: Letra (b).

## Questão 50

### ANÁLISE DA QUESTÃO:

O enunciado aborda as diretrizes fundamentais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O texto destaca a necessidade de processos de trabalho que considerem os determinantes sociais de saúde, os riscos e os danos, utilizando a intersetorialidade como ferramenta para atingir a integralidade.

ALTERNATIVA A: INCORRETA. A PNAB estabelece a Atenção Básica como a base do sistema, orientada pelos princípios da descentralização e capilaridade. O objetivo é aproximar o serviço de saúde do local onde as pessoas vivem e trabalham. A centralização em unidades hospitalares contraria a lógica de rede e o papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado.

ALTERNATIVA B: CORRETA. Segundo a PNAB, a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados efetivos. A Vigilância em Saúde (que inclui a epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) fornece os dados e as análises sobre riscos e determinantes, enquanto a Atenção Básica executa as ações no território. Essa sinergia permite o planejamento de ações que vão além da cura de doenças, focando na prevenção e promoção da

saúde de forma intersetorial.

ALTERNATIVA C: INCORRETA. A coordenação entre a Atenção Básica e os serviços de urgência é, de fato, um atributo importante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a continuidade do cuidado. No entanto, ela não é a condição que define o olhar sobre determinantes sociais e riscos epidemiológicos mencionada no enunciado, papel este desempenhado pela Vigilância em Saúde.

ALTERNATIVA D: INCORRETA. A Atenção Básica deve ser pautada pela integralidade, oferecendo um conjunto amplo de ações que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Restringir a oferta a serviços especializados ou exclusivamente para doenças crônicas feriria o princípio de ser a porta de entrada preferencial do sistema para todas as necessidades de saúde da população.

---

### Questão 51

O tratamento da tuberculose (TB) sensível em adultos e adolescentes no Brasil segue as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, utilizando o esquema conhecido pela sigla RHZE. Esse regime é planejado para atacar o *Mycobacterium tuberculosis* em diferentes estados metabólicos, garantindo a cura e evitando a seleção de bacilos resistentes.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora a isoniazida, a pirazinamida e o etambutol façam parte do protocolo, a claritromicina é um macrolídeo que não integra o esquema básico de primeira linha para tuberculose pulmonar sensível. Ela pode ser utilizada no tratamento de micobacterioses não tuberculosas (como o complexo *Mycobacterium avium*), mas não na TB padrão.

Alternativa b) Incorreta. A rifampicina é o único fármaco desta lista que pertence ao esquema básico. Doxiciclina (tetraciclina), sulfametoxazol (sulfonamida) e amoxicilina (penicilina) são antibióticos utilizados para outras infecções bacterianas e não possuem eficácia clínica comprovada para o tratamento padrão da tuberculose.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve o esquema RHZE, adotado no Brasil para a fase intensiva (primeiros 2 meses) do tratamento de casos novos em adultos. A rifampicina (R) e a isoniazida (H) são os principais agentes bactericidas; a pirazinamida (Z) atua eficazmente em ambiente ácido (dentro dos macrófagos); e o etambutol (E) foi adicionado ao esquema brasileiro em 2009 para aumentar a barreira contra a resistência medicamentosa, especialmente à isoniazida.

Alternativa d) Incorreta. Rifampicina, isoniazida e etambutol estão corretos. No entanto, o ciprofloxacino é uma fluoroquinolona. Na terapia da tuberculose, as quinolonas (preferencialmente levofloxacino ou moxifloxacino) são consideradas drogas de segunda linha, reservadas para esquemas especiais em situações de resistência aos fármacos de primeira linha ou em casos de intolerância grave.

## Questão 52

### COMENTÁRIO TÉCNICO:

O caso clínico descreve um quadro clássico de Síndrome de Korsakoff, uma condição neuropsiquiátrica crônica que frequentemente sucede à Encefalopatia de Wernicke (fase aguda). Ambas são causadas pela deficiência grave de tiamina (vitamina B1), condição comum em pacientes com alcoolismo crônico devido à má absorção intestinal e nutrição inadequada.

### Análise das alternativas:

- a) Correta. O Transtorno amnésico alcoólico ou Síndrome de Korsakoff é caracterizado tecnicamente por um déficit marcante na memória anterógrada (incapacidade de formar novas memórias após o evento desencadeante). A confabulação é o sinal patognomônico, no qual o paciente inventa histórias ou distorce fatos para preencher as lacunas de memória, sem a intenção consciente de mentir. As demais funções cognitivas, como o nível de consciência e a linguagem, costumam permanecer preservadas, diferenciando este quadro de uma demência global como o Alzheimer.
- b) Incorreta. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é uma condição psiquiátrica caracterizada por preocupação excessiva e persistente, acompanhada de sintomas somáticos como tensão muscular, irritabilidade e distúrbios do sono. Não apresenta relação com déficits de memória orgânicos ou uso crônico de substâncias causando lesão neurológica.
- c) Incorreta. O Transtorno somatomorfo indiferenciado refere-se a pacientes que apresentam queixas físicas persistentes (dor, fadiga, problemas gastrointestinais) que não podem ser explicadas por uma condição médica geral, mas que não preenchem todos os critérios para outros transtornos somatoformes. Não envolve perda de memória ou confabulação.
- d) Incorreta. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é definido pela presença de obsessões (pensamentos intrusivos e persistentes) e compulsões (comportamentos

repetitivos realizados para reduzir a ansiedade). É uma patologia do espectro da ansiedade/impulso e não possui base na neurotoxicidade alcoólica com foco em amnésia.

---

### **Questão 53**

O rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil é regido pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pelo Ministério da Saúde. A recomendação para a população-alvo (mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual) segue um cronograma específico de periodicidade.

Inicialmente, o exame citopatológico (Papanicolaou) deve ser realizado anualmente. Após dois resultados consecutivos negativos (normais) com intervalo de um ano entre eles, a mulher passa a realizar o exame a cada três anos. Portanto, o objetivo dessa estratégia é identificar lesões precursoras ou o câncer em estágio inicial, mantendo uma vigilância segura e custo-efetiva.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A periodicidade anual é aplicada apenas no início do rastreamento (nos dois primeiros exames) ou em grupos especiais, como mulheres vivendo com HIV ou imunossuprimidas, que necessitam de uma vigilância mais estreita.
  - b) Incorreta. O intervalo de dois anos (bienal) não é recomendado pelas diretrizes brasileiras para o rastreamento populacional com base na citologia convencional.
  - c) Correta. Conforme as normas do INCA, após dois exames anuais seguidos sem alterações, o intervalo entre as coletas deve ser de três anos (trienal). Este é o padrão-ouro para o rastreamento organizado no SUS.
  - d) Incorreta. O intervalo de cinco anos (quinquenal) costuma ser utilizado em protocolos que utilizam a testagem de DNA-HPV como método de triagem primário. Embora a incorporação do teste de HPV tenha sido aprovada recentemente no SUS, a questão foca na diretriz clássica do exame citopatológico, que preconiza o intervalo trienal.
-

## Questão 54

Para responder a essa questão, é fundamental compreender a natureza do desenho de estudo mencionado: o estudo transversal (ou seccional). Nesse tipo de delineamento, a coleta de dados sobre a exposição e o desfecho (doença) ocorre simultaneamente, em um único momento no tempo. É como uma fotografia da situação de saúde de uma população em um dado instante.

Como o estudo transversal não acompanha os indivíduos ao longo do tempo, ele não é capaz de identificar casos novos (incidência), mas sim os casos existentes naquele ponto específico. Portanto, a medida de frequência fundamental desse estudo é a prevalência.

Análise das alternativas:

a) Razão de Riscos (RR): Incorreta. O Risco Relativo é a medida de associação clássica dos estudos de coorte. Para calculá-lo, é necessário conhecer a incidência (casos novos que surgem ao longo de um período de seguimento). Como o estudo transversal não possui acompanhamento temporal, não é possível calcular a incidência e, conseqüentemente, não se calcula o RR diretamente.

b) Odds Ratio (OR) de prevalência: Incorreta. Embora o Odds Ratio (Razão de Chances) possa ser calculado em estudos transversais e seja frequentemente utilizado em análises estatísticas mais complexas (como regressão logística), ele não é a medida mais "direta" da associação neste desenho. O OR é a medida de eleição para estudos de caso-controle. No estudo transversal, a medida que reflete diretamente a comparação das frequências observadas é a Razão de Prevalências.

c) Razão de Taxas de Incidência: Incorreta. Assim como o Risco Relativo, as taxas de incidência exigem a dimensão temporal (tempo-pessoa em risco). Essa medida é própria de estudos longitudinais, como coortes ou ensaios clínicos, nos quais se observa a velocidade com que novos eventos surgem em uma população.

d) Razão de Prevalências (RP): Correta. Esta é a medida de associação mais apropriada e direta para o estudo transversal. Se o estudo mede a prevalência da doença em um grupo exposto e em um grupo não exposto, a forma mais direta de comparar esses dois grupos é dividindo uma prevalência pela outra, resultando na Razão de Prevalências. Ela indica quantas vezes a prevalência da doença é maior (ou menor) no grupo exposto em relação ao não exposto.

### Questão 55

Para responder a essa questão, é fundamental diferenciar as medidas de impacto na epidemiologia, que são ferramentas essenciais para o planejamento em saúde pública.

Alternativa (a): Correta. A Fração Atribuível Populacional (FAP), também conhecida como Fração Atribuível na População, é a medida que estima a proporção de casos de uma doença que deixariam de existir na população total se o fator de risco fosse completamente eliminado. Para o gestor de saúde, essa é a medida mais importante porque ela combina dois fatores: o risco que a exposição causa (Risco Relativo) e o quão comum essa exposição é na sociedade (prevalência do fator de risco). Se um risco é muito perigoso, mas raríssimo, sua FAP será baixa. Se um risco é moderado, mas atinge quase toda a população, sua FAP será alta, tornando-se prioridade para intervenção.

Alternativa (b): Incorreta. A Fração Atribuível entre os Expostos (FAE) mede a proporção de casos que seriam evitados apenas dentro do grupo de pessoas que estão expostas ao risco. Ela responde à pergunta: "Dentre os fumantes que tiveram câncer de pulmão, qual a porcentagem de casos que se deveu exclusivamente ao cigarro?". Ela não leva em conta o impacto na população geral (não fumantes), por isso não é a medida ideal para priorização populacional global.

Alternativa (c): Incorreta. A Fração Preventiva é um conceito utilizado quando o fator em estudo é de proteção, e não de risco. Ela estima a proporção de casos que foram evitados devido a uma intervenção protetora, como uma vacina ou o uso de cinto de segurança. A questão pede especificamente a medida relacionada à eliminação de uma exposição de risco.

Alternativa (d): Incorreta. O Risco Atribuível (RA), também chamado de Diferença de Riscos, é uma medida de diferença absoluta, e não uma proporção ou percentual. Ele indica o excesso de incidência de casos no grupo exposto em comparação ao grupo não exposto (exemplo: 5 casos a mais para cada 1.000 pessoas). Embora ajude a entender o risco clínico, não fornece a visão proporcional do impacto na população total que o gestor necessita para priorizar recursos.

---

### Questão 56

O tema desta questão é a Farmacovigilância aplicada às vacinas, especificamente os Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV). O objetivo principal da vigilância de EAPV é garantir a segurança das imunizações, permitindo que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) monitore riscos e mantenha a confiança da população.

A análise detalhada das alternativas revela o seguinte:

Alternativa A (Incorreta): Um dos maiores erros na vigilância epidemiológica é a subnotificação. Jamais se deve assumir que um evento é mera coincidência sem uma investigação prévia. A notificação deve ser feita para qualquer evento clinicamente relevante que ocorra após a vacinação, independentemente de haver óbito ou não.

Alternativa B (Incorreta): A notificação de eventos graves deve ser imediata (em geral, nas primeiras 24 a 48 horas após o atendimento). Esperar a resolução dos sintomas atrasa a investigação de campo, a coleta de exames laboratoriais necessários e a tomada de decisões de saúde pública, como a avaliação de lotes específicos.

Alternativa C (Correta): Esta é a conduta padrão em vigilância. A notificação de um EAPV baseia-se na relação temporal (o evento ocorreu após a aplicação da vacina) e não na certeza da relação causal. A investigação subsequente é que determinará se o evento foi causado pela vacina, por um erro de imunização, se foi uma condição preexistente ou uma coincidência. O sistema oficial utilizado atualmente é o e-SUS Notifica (módulo de Eventos Adversos).

Alternativa D (Incorreta): A suspensão de um esquema vacinal ou de um lote de vacina é uma medida administrativa extrema tomada por órgãos sanitários superiores (como o Ministério da Saúde ou a Anvisa) após análise técnica de múltiplos casos ou evidências de desvio de qualidade. O profissional na ponta deve notificar e tratar o paciente, mas não possui autonomia para suspender a vacinação de toda a unidade baseando-se em um caso isolado, o que poderia prejudicar a cobertura vacinal da região.

Resumo Didático: Diante de um evento adverso grave ou inusitado, a regra de ouro é: Notificar Suspeitas, Tratar o Paciente e Investigar a Causa. A notificação precoce é o que garante a segurança contínua das vacinas utilizadas no Brasil.

---

### **Questão 57**

O caso clínico apresenta um paciente no 4º dia de evolução da dengue, momento que coincide com a fase de defervescência (queda da febre). Este é o período crítico da doença, no qual o aumento da permeabilidade vascular pode levar ao extravasamento plasmático e à progressão para formas graves. O objetivo do exame físico neste estágio é identificar os chamados sinais de alarme, que classificam o paciente no Grupo C e exigem hidratação venosa imediata.

Alternativa (a) Correta: A hepatomegalia dolorosa, palpável a mais de 2 cm abaixo do

rebordo costal, é um sinal de alarme oficialmente listado nos protocolos do Ministério da Saúde. Ela reflete o comprometimento hepático e está associada a uma maior probabilidade de evolução desfavorável. A presença de qualquer sinal de alarme (como dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos em cavidades ou letargia) indica que o paciente deve ser manejado no Grupo C, recebendo reposição volêmica por via intravenosa.

Alternativa (b) Incorreta: A prova do laço positiva é um teste que avalia a fragilidade capilar e a tendência hemorrágica, mas não é considerada um sinal de alarme. Se o paciente apresentar a prova do laço positiva, mas não tiver nenhum sinal de alarme, ele é classificado no Grupo B. O manejo inicial do Grupo B envolve hidratação oral e observação clínica com exames laboratoriais, não sendo obrigatória a hidratação venosa imediata como no Grupo C.

Alternativa (c) Incorreta: O exantema maculopapular, muitas vezes acompanhado de prurido, é uma manifestação clínica comum e benigna da dengue. Pode surgir precocemente ou no final do período febril. Embora ajude no diagnóstico sintromico, não é um marcador de gravidade nem indica extravasamento de plasma para o terceiro espaço.

Alternativa (d) Incorreta: A hiperemia conjuntival e a dor retro-ocular (dor à movimentação ocular) são sintomas clássicos da fase febril da dengue. Eles compõem o quadro clínico típico da doença sem sinais de alarme (dengue clássica). Esses achados não estão relacionados ao aumento da permeabilidade vascular ou ao choque hipovolêmico.

---

## Questão 58

A Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência no mundo. Em sua forma clássica ou típica (especialmente no início senil), o comprometimento cognitivo segue um padrão neuroanatômico específico, iniciando-se geralmente na região do hipocampo e no córtex entorrinal.

Alternativa (a) Incorreta: Embora a anomia (dificuldade em nomear objetos) possa surgir precocemente, a afasia fluente grave não é característica da fase inicial da DA típica. Quadros de afasia proeminente no início sugerem Afasia Progressiva Primária, que é um subgrupo das Demências Frontotemporais. Na DA, a linguagem é afetada de forma mais significativa em fases moderadas a avançadas.

Alternativa (b) Incorreta: A apraxia (dificuldade em realizar atos motores complexos e aprendidos) e a falha na práxia construtiva costumam aparecer em estágios moderados da doença, quando o comprometimento neuropatológico atinge de forma

mais importante os lobos parietais. Não são os domínios mais precocemente afetados no quadro senil típico.

Alternativa (c) Incorreta: A desinibição comportamental intensa e o comprometimento proeminente das funções executivas como sintomas inaugurais são marcos da Demência Frontotemporal (variante comportamental). Na Doença de Alzheimer, embora possam ocorrer alterações executivas, o quadro comportamental costuma ser marcado por apatia ou ansiedade, e não por desinibição grave inicial.

Alternativa (d) Correta: O marco clínico clássico e inicial da Doença de Alzheimer é o déficit de memória episódica recente, configurando a chamada amnésia anterógrada. Isso ocorre devido à predileção da patologia (placas senis e emaranhados neurofibrilares) pelas estruturas do lobo temporal medial, especificamente o hipocampo. Na prática, o paciente apresenta dificuldade em aprender e reter novas informações, esquecendo-se de recados, conversas recentes e eventos cotidianos, enquanto as memórias antigas (remotas) permanecem preservadas até fases mais tardias.

---

### Questão 59

A questão aborda uma atualização recente e fundamental do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ocorrida em abril de 2024. O Ministério da Saúde, fundamentado em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em evidências científicas sobre a eficácia da vacina, alterou o protocolo de imunização contra o Papilomavírus Humano (HPV) no Brasil.

Alternativa (a): CORRETA. A partir da Nota Técnica nº 41/2024, o esquema vacinal contra o HPV para crianças e adolescentes de 9 a 14 anos passou a ser de dose única. Essa mudança visa aumentar a cobertura vacinal, otimizar a logística e facilitar a adesão ao programa, uma vez que estudos comprovam que uma única dose é suficiente para conferir proteção imunológica robusta e duradoura nessa faixa etária específica.

Alternativa (b): INCORRETA. O esquema de três doses (0, 2 e 6 meses) não é a recomendação para o público geral de 9 a 14 anos. Atualmente, o esquema de três doses é mantido apenas para grupos em condições clínicas especiais, como indivíduos imunossuprimidos (pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos) na faixa etária de 9 a 45 anos.

Alternativa (c): INCORRETA. O esquema de duas doses com intervalo de 6 meses (0 e 6 meses) era o protocolo oficial do PNI até março de 2024. Com a nova diretriz, ele

foi descontinuado para a população saudável de 9 a 14 anos em favor da estratégia de dose única.

Alternativa (d): INCORRETA. Um intervalo de 12 meses entre as doses nunca foi adotado como padrão pelo PNI para a vacinação de rotina contra o HPV.

Em resumo, a estratégia brasileira agora foca na dose única para a faixa de 9 a 14 anos (meninos e meninas), buscando eliminar o câncer do colo do útero e outras lesões anogenitais relacionadas ao vírus. Aqueles que já tomaram a primeira dose e estão nessa faixa etária já são considerados com o esquema completo.

---

### Questão 60

Essa questão aborda a farmacologia dos antipsicóticos, especificamente a transição dos medicamentos de primeira geração (típicos) para os de segunda geração (atípicos). O conceito fundamental para diferenciar esses dois grupos é o perfil de ligação aos receptores de serotonina e dopamina.

Alternativa A: Incorreta. O agonismo de receptores GABA-A é o mecanismo de ação principal de fármacos sedativos e hipnóticos, como os benzodiazepínicos e os compostos Z (Zolpidem). Embora alguns antipsicóticos possam ter efeitos sedativos por outras vias (como o bloqueio histaminérgico H1), eles não atuam como agonistas GABA-A para reduzir sintomas extrapiramidais.

Alternativa B: Correta. Os antipsicóticos de segunda geração são caracterizados como antagonistas da serotonina e da dopamina (SDA). O potente antagonismo dos receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2A</sub> é o que os define. Na via nigroestriatal, a serotonina normalmente inibe a liberação de dopamina. Quando um antipsicótico atípico bloqueia o receptor 5-HT<sub>2A</sub>, ele retira esse freio, aumentando a liberação de dopamina no estriado. Essa dopamina adicional compete com o medicamento pelos receptores D<sub>2</sub>, mitigando o bloqueio excessivo e, conseqüentemente, reduzindo drasticamente a incidência de sintomas extrapiramidais (tremores, rigidez e acatisia) em comparação aos típicos (como o Haloperidol), que bloqueiam o receptor D<sub>2</sub> de forma mais potente e isolada.

Alternativa C: Incorreta. O bloqueio de canais de sódio voltagem-dependentes é o mecanismo de ação de diversos anticonvulsivantes (como Carbamazepina e Fenitoína) e anestésicos locais. Não é a característica que define a atipicidade dos antipsicóticos de segunda geração.

Alternativa D: Incorreta. A inibição da recaptação de glutamato não é o mecanismo primário dos antipsicóticos disponíveis na prática clínica atual. Embora existam

pesquisas sobre a modulação glutamatérgica na esquizofrenia, a diferença clínica entre Risperidona/Quetiapina e os de primeira geração baseia-se na relação entre os receptores D2 e 5-HT2A.

Em resumo, a menor propensão ao parkinsonismo medicamentoso e outras discinesias nos antipsicóticos atípicos deve-se à capacidade de bloquear os receptores 5-HT2A, o que permite uma modulação mais equilibrada da dopamina nas vias motoras do cérebro.

---