



# AMRIGS

GABARITO | 2025 | RS | 100 Questões



## Gabarito: AMRIGS

2025 | RS

---

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

## Comentários e Explicações

---

### Questão 1

Item I: De acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão, a periodicidade da reavaliação da pressão arterial depende dos valores obtidos na triagem. Para pacientes com pressão arterial normal (120-129 / 80-84 mmHg) ou pré-hipertensão (130-139 / 85-89 mmHg), recomenda-se a medição anual. Como a assertiva menciona o limite inferior a 140/90 mmHg, ela engloba essas categorias que exigem o acompanhamento anual para o diagnóstico precoce, tornando o item correto.

Item II: As diretrizes mais recentes recomendam que, sempre que possível e viável, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica seja confirmado por medidas realizadas fora do consultório. O uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é preferível porque permite identificar fenômenos como a hipertensão do avental branco (pressão alta apenas no médico) e a hipertensão mascarada (pressão normal no médico, mas alta em casa), oferecendo maior precisão diagnóstica. Portanto, o item está correto.

Item III: A história prévia de pré-eclâmpsia ou outras síndromes hipertensivas da gestação é um fator de risco cardiovascular bem estabelecido e específico do sexo feminino. Mulheres que passaram por essas condições têm uma probabilidade significativamente maior de desenvolver hipertensão arterial crônica, diabetes e doenças isquêmicas do coração ao longo da vida. Assim, o item está correto.

Como as três assertivas estão corretas, a alternativa correta é a letra (d).

---

### Questão 2

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. O diagnóstico laboratorial da dengue é dividido em duas fases baseadas na cronologia dos sintomas. Na fase de viremia, que compreende os primeiros 5 dias de doença, são utilizados métodos de detecção direta, como a pesquisa do antígeno NS1, o isolamento viral ou a técnica de RT-PCR para identificação do RNA viral. A partir do 6º dia, com o declínio da carga viral e o início da resposta imune adaptativa, utiliza-se a sorologia (geralmente o método ELISA) para a detecção de anticorpos da classe IgM.

Assertiva II: Incorreta. A dengue é uma doença causada por um vírus (arbovírus do gênero \*Flavivirus\*). O tratamento é essencialmente de suporte, baseado em uma hidratação rigorosa (oral ou parenteral, dependendo do estadiamento clínico), repouso e controle de sintomas com analgésicos e antitérmicos simples (como

dipirona ou paracetamol). O uso de antibióticos não tem indicação no tratamento da dengue, pois antibióticos combatem bactérias, e não vírus. Além disso, é importante lembrar que salicilatos (AAS) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devem ser evitados pelo risco de complicações hemorrágicas.

Assertiva III: Correta. Até o momento, o controle do vetor *Aedes aegypti* permanece como a estratégia fundamental de saúde pública para a prevenção da dengue. Isso ocorre porque o combate aos focos de reprodução do mosquito (eliminação de água parada) interrompe a cadeia de transmissão do vírus. Embora existam vacinas disponíveis, o controle vetorial ainda é o método mais abrangente para prevenir surtos e epidemias.

Conclusão: Estão corretas as assertivas I e III. Portanto, a alternativa correta é a letra (b).

---

### Questão 3

Análise das Assertivas:

Assertiva I: CORRETA. Historicamente, o HDL-C (lipoproteína de alta densidade) é reconhecido por sua função no transporte reverso de colesterol, processo no qual ele remove o excesso de colesterol das células e das paredes arteriais, levando-o de volta ao fígado para excreção. Por esse motivo, em termos epidemiológicos gerais, níveis elevados de HDL-C estão associados a uma redução do risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas.

Assertiva II: CORRETA. Evidências científicas mais recentes mostram que níveis muito altos de HDL-C (especialmente acima de 80-100 mg/dL) podem não ser protetores. Algumas doenças genéticas, como a deficiência da Proteína de Transferência de Éster de Colesterol (CETP) ou mutações no receptor Scavenger Classe B tipo 1 (SR-BI), resultam em partículas de HDL grandes, mas que são disfuncionais, ou seja, não realizam o transporte reverso de forma eficiente. Além disso, nessas condições, pode haver um acúmulo de colesterol que não se traduz em benefício clínico, invalidando a regra geral de proteção.

Assertiva III: INCORRETA. O erro desta assertiva reside na menção ao hipertireoidismo. O excesso de hormônios tireoidianos (hipertireoidismo) aumenta a atividade da enzima lipase de colesterol e a expressão de receptores de LDL, o que geralmente reduz os níveis plasmáticos de colesterol total, LDL e também HDL. As causas secundárias de elevação do HDL-C incluem, de fato, o consumo moderado ou elevado de álcool (sem cirrose), a prática de exercícios físicos aeróbicos, o uso de medicamentos como estrogênios e fibratos, e doenças como a cirrose biliar primária.

É o hipotireoidismo que está classicamente associado ao aumento de frações lipídicas por redução do metabolismo.

Análise das Alternativas:

a) CORRETA. Como demonstrado, apenas as afirmações I e II são verdadeiras. A afirmação III está incorreta devido à fisiopatologia tireoidiana mencionada.

b) INCORRETA. A afirmação III contém um erro técnico sobre o impacto do hipertireoidismo no perfil lipídico.

c) INCORRETA. A afirmação I é uma das bases da lipidologia clássica e está correta, enquanto a III está incorreta.

d) INCORRETA. A afirmação III invalida esta opção, pois o hipertireoidismo tende a baixar o HDL, e não a elevá-lo.

---

#### Questão 4

ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

ASSERTIVA I - INCORRETA: O erro desta assertiva está na palavra "apenas". A bactéria do gênero *Leptospira* possui grande capacidade de invasão. Ela pode penetrar no organismo humano não apenas por meio de lesões ou escoriações na pele, mas também através das mucosas (como a conjuntiva ocular, mucosa nasal e oral) e até mesmo através da pele íntegra, desde que esta esteja macerada (amolecida) devido ao contato prolongado com água ou lama contaminada.

ASSERTIVA II - CORRETA: O período de incubação da leptospirose é classicamente definido entre 1 e 30 dias após a exposição ao agente. Na prática clínica e epidemiológica, a grande maioria dos casos manifesta sintomas em um intervalo de 7 a 14 dias, o que torna a assertiva correta conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

ASSERTIVA III - CORRETA: A indicação de antibióticos é válida para qualquer fase da doença. Na fase precoce (primeiros 7 dias), utilizam-se geralmente doxiciclina ou amoxicilina para evitar a progressão para a fase tardia. Na fase tardia (fase imune/hospitalar), o tratamento com penicilina G cristalina, ampicilina ou ceftriaxona é indicado para reduzir a gravidade e a duração das complicações (como a síndrome de Weil). De fato, a eficácia na interrupção do processo fisiopatológico é significativamente maior quando o tratamento é iniciado precocemente, na primeira semana.

**CONCLUSÃO:** Como apenas as afirmações II e III estão corretas, o gabarito é a letra (c).

---

### **Questão 5**

Análise da Assertiva I: Incorreta. Na história natural da nefropatia diabética, as alterações estruturais precedem as manifestações clínico-laboratoriais. Mesmo no estágio de nefropatia incipiente (marcado pela microalbuminúria), já ocorrem alterações histopatológicas significativas, como o espessamento da membrana basal glomerular e a expansão da matriz mesangial. Essas modificações começam a se desenvolver logo nos primeiros anos de diabetes, muitas vezes antes de qualquer perda proteica ser detectada.

Análise da Assertiva II: Correta. A nefropatia clínica, também conhecida como nefropatia estabelecida ou fase de macroalbuminúria, é caracterizada por uma excreção urinária de albumina superior a 300 mg/24h (ou concentrações elevadas em amostras isoladas, como acima de 200 mg/L) e proteinúria total persistente acima de 500 mg/24h. Clinicamente, este estágio é acompanhado por uma redução progressiva da taxa de filtração glomerular e, frequentemente, pelo aumento dos níveis pressóricos.

Análise da Assertiva III: Correta. Uma vez que o paciente atinge o estágio de proteinúria franca e persistente, o curso clínico habitual é a perda gradual e progressiva da função renal. Sem intervenções terapêuticas adequadas (como o controle rigoroso da glicemia e o uso de bloqueadores do sistema renina-angiotensina), a taxa de filtração glomerular declina continuamente. A evolução para os estágios mais avançados da doença renal crônica e da falência renal terminal ocorre em uma parcela considerável desses pacientes, confirmando que a progressão é a regra após o estabelecimento da macroproteinúria.

**Conclusão:** Como apenas as assertivas II e III estão corretas, a alternativa que atende ao enunciado é a letra (c).

---

### **Questão 6**

Para resolver esta questão, é fundamental diferenciar as recomendações do Ministério da Saúde/INCA das recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), pois as provas de residência costumam cobrar essas distinções.

Análise da Assertiva I: Incorreta. O Ministério da Saúde e o INCA não recomendam o rastreamento populacional organizado (em homens sem sintomas) para o câncer de

próstata, baseando-se na ausência de evidências científicas de que o rastreamento reduza a mortalidade global e no risco de excesso de diagnósticos e tratamentos desnecessários (overdiagnosis e overtreatment). Já a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda o início do rastreamento aos 50 anos para a população geral, e não aos 45 anos, como afirma o item.

Análise da Assertiva II: Incorreta. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, os homens que pertencem ao grupo de risco (raça negra ou parentes de primeiro grau com câncer de próstata) devem iniciar o rastreamento aos 45 anos, e não aos 40 anos. O Ministério da Saúde mantém sua recomendação de não realizar o rastreamento sistemático mesmo nesses grupos, focando apenas no diagnóstico precoce de pacientes que apresentam sintomas.

Análise da Assertiva III: Incorreta. A diretriz da SBU indica que o rastreamento deve ser feito até os 75 anos, podendo ser interrompido antes caso a expectativa de vida do paciente seja inferior a 10 anos. A assertiva inverte a lógica ao sugerir que a avaliação começa ou é exclusiva para quem tem mais de 70 anos. Pela visão do Ministério da Saúde, não existe recomendação para essa avaliação periódica em nenhuma idade para pacientes assintomáticos.

Conclusão: Como todas as idades e critérios citados nas assertivas estão em desacordo com as principais diretrizes nacionais (especialmente as do Ministério da Saúde, que é o padrão para muitas provas que consideram o rastreamento sistemático como conduta incorreta), a alternativa correta é a letra (b), indicando que todas as assertivas estão incorretas.

---

## Questão 7

O Escore de Wells para TVP é uma ferramenta de predição clínica que atribui pontos a achados de anamnese e exame físico para classificar a probabilidade de o paciente ter uma trombose venosa profunda. O escore é composto por nove critérios positivos (que somam 1 ponto cada) e um critério negativo (que subtrai 2 pontos).

Alternativa (a) Incorreta: O edema de toda a extremidade inferior é um dos critérios clássicos do Escore de Wells. Quando presente, soma 1 ponto, aumentando a probabilidade clínica de TVP.

Alternativa (b) Correta: A presença de um diagnóstico alternativo que seja pelo menos tão provável quanto a TVP (como é o caso da celulite, erisipela, rotura de cisto de Baker ou lesão muscular) é o único critério que subtrai pontos no Escore de Wells (-2 pontos). Portanto, a presença de celulite reduz a suspeição diagnóstica de TVP dentro deste modelo de predição.

Alternativa (c) Incorreta: A presença de veias colaterais superficiais (que não sejam varizes preexistentes) sugere que o sangue está buscando rotas alternativas devido a uma obstrução no sistema venoso profundo. Este achado soma 1 ponto no escore, aumentando a suspeição.

Alternativa (d) Incorreta: A sensibilidade ou dor à palpação localizada ao longo do trajeto do sistema venoso profundo (especialmente na região poplítea ou trajeto femoral) é um sinal inflamatório importante da TVP. Este achado soma 1 ponto no Escore de Wells, aumentando a suspeição diagnóstica.

Resumo dos critérios que somam 1 ponto no Wells:

1. Câncer ativo.
2. Paralisia, paresia ou imobilização recente de membros inferiores.
3. Acamado por mais de 3 dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas.
4. Dor/sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo.
5. Edema de toda a perna.
6. Edema da panturrilha (> 3 cm em relação à outra).
7. Edema depressível (cacifo) limitado à perna sintomática.
8. Veias colaterais superficiais não varicosas.
9. História prévia de TVP documentada.

Critério que subtrai 2 pontos:

1. Diagnóstico alternativo tão ou mais provável que TVP (como a celulite mencionada na questão).

---

## Questão 8

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A artrite reumatoide (AR) caracteriza-se por inflamação articular objetiva (sinovite), geralmente simétrica, atingindo pequenas articulações das mãos e pés. Diferentemente do enunciado, a AR apresenta marcadores laboratoriais objetivos, como aumento de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) e presença de autoanticorpos (fator reumatoide e anti-CCP), além de alterações radiológicas como erosões ósseas.

Alternativa b) Incorreta. A polimialgia reumática ocorre tipicamente em pacientes acima de 50 anos e manifesta-se com dor e rigidez nas cinturas escapular e pélvica. O diagnóstico depende fundamentalmente de dados objetivos: a elevação acentuada de marcadores inflamatórios no sangue (VHS e PCR). Sem essa alteração laboratorial, o diagnóstico de polimialgia reumática é pouco provável.

Alternativa c) Correta. A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica generalizada que se encaixa perfeitamente na descrição. Ela acomete majoritariamente mulheres (proporção de até 9 para 1) e o quadro é marcado pela subjetividade, incluindo sintomas como fadiga, distúrbios do sono e alterações de memória. Uma característica diagnóstica fundamental é a ausência de alterações em exames de imagem ou laboratoriais que justifiquem a dor, sendo o diagnóstico puramente clínico.

Alternativa d) Incorreta. A depressão pode cursar com sintomas somáticos e dor crônica, além de estar frequentemente associada à fibromialgia. No entanto, a depressão é um transtorno do humor. Quando o enunciado destaca a "dor crônica difusa" como o elemento central e a falta de dados objetivos para explicar essa dor, a questão está direcionando o raciocínio para a fibromialgia dentro do contexto das doenças reumatológicas.

---

### Questão 9

As bandas oligoclonais (BOCs) são o resultado da eletroforese de proteínas do líquido cefalorraquidiano (LCR) e representam a síntese intratecal de imunoglobulinas (IgG). Sua presença indica um processo inflamatório ou imunológico restrito ao sistema nervoso central.

Alternativa (a) Incorreta: A doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa. Seus biomarcadores líquóricos clássicos envolvem a redução dos níveis da proteína beta-amiloide 42 e o aumento das proteínas tau total e tau fosforilada. O perfil inflamatório com bandas oligoclonais não é característico dessa demência.

Alternativa (b) Correta: A esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune desmielinizante do sistema nervoso central. A detecção de bandas oligoclonais no líquido, que não estão presentes no soro do paciente, demonstra a produção local de anticorpos por clones de plasmócitos. Esse achado está presente em mais de 95% dos pacientes com EM e é um dos critérios diagnósticos de McDonald para demonstrar a disseminação no tempo em pacientes com um primeiro surto clínico (síndrome clinicamente isolada).

Alternativa (c) Incorreta: No linfoma de células B com acometimento do sistema nervoso central, o diagnóstico é direcionado pela citologia oncológica (presença de células neoplásicas) e, principalmente, pela citometria de fluxo. Embora possa haver alteração proteica, as bandas oligoclonais não são o marcador padrão para essa neoplasia.

Alternativa (d) Incorreta: As meningites virais tipicamente apresentam pleocitose linfocitária, glicose normal e aumento leve de proteínas. Embora bandas oligoclonais possam aparecer transitoriamente em diversas infecções do sistema nervoso central, elas não possuem valor diagnóstico "fortemente sugestivo" para meningite viral, sendo muito mais específicas para o contexto de doenças desmielinizantes crônicas como a esclerose múltipla.

## Questão 10

### ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

Assertiva I: CORRETA. No adulto jovem e saudável, a dose plena de reposição de levotiroxina costuma variar entre 1,6 e 2,0 microgramas/kg/dia (peso ideal). Em pacientes idosos, a conduta varia conforme a presença de comorbidades: se houver cardiopatia, inicia-se com doses muito baixas (12,5 a 25 microgramas/dia); porém, em idosos sem antecedentes cardiovasculares, pode-se iniciar com uma dose mais próxima da plena, como os 1,5 microgramas/kg/dia mencionados, visando uma compensação diagnóstica mais ágil, desde que monitorados de perto.

Assertiva II: CORRETA. A levotiroxina possui uma meia-vida longa (cerca de 7 dias). Após o início do tratamento ou qualquer ajuste de dose, o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide leva tempo para se reequilibrar e refletir o novo estado hormonal no nível de TSH. Por isso, a coleta do exame antes de 4 a 6 semanas pode gerar resultados falsamente alterados, não refletindo o estado de equilíbrio (steady state). O padrão-ouro é aguardar pelo menos 6 semanas para a primeira reavaliação laboratorial.

Assertiva III: CORRETA. Diversos medicamentos interferem na farmacocinética da levotiroxina. Anticonvulsivantes (como fenitoína e carbamazepina), a rifampicina e a sertralina aumentam a depuração hepática (metabolismo) da T4 através da indução de enzimas do citocromo P450 ou por outros mecanismos de transporte/ligação. Quando o paciente faz uso crônico dessas substâncias, a dose de levotiroxina frequentemente precisa ser aumentada para manter os níveis terapêuticos de TSH.

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

Como todas as três assertivas apresentam conceitos fundamentados nas diretrizes de manejo do hipotireoidismo (dosagem inicial baseada no peso e perfil clínico, tempo de equilíbrio do TSH para monitoramento e interações medicamentosas clinicamente relevantes), a resposta correta engloba os itens I, II e III.

### RESUMO DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A assertiva III também está correta.

- b) Incorreta. A assertiva II também está correta.
- c) Incorreta. A assertiva I também está correta.
- d) Correta. Todas as afirmações seguem os protocolos clínicos de endocrinologia.

---

### Questão 11

Análise detalhada das assertivas:

Assertiva I: INCORRETA. A hemoglobina glicada (HbA1c) reflete a média das glicemias de um período mais longo, geralmente entre 60 e 90 dias (2 a 3 meses), e não apenas das últimas 3 semanas. Isso ocorre porque a glicação é um processo irreversível que dura toda a vida útil da hemácia, que é de aproximadamente 120 dias. O exame que reflete a média glicêmica de um período mais curto (cerca de 2 a 3 semanas) é a frutossamina.

Assertiva II: CORRETA. A meta-padrão de HbA1c para adultos não gestantes é de < 7,0%. O controle rigoroso visa reduzir complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia) e, em longo prazo, também demonstra benefícios na redução de eventos macrovasculares (infarto, AVC), fenômeno conhecido como memória metabólica ou efeito legado. O tratamento deve ser sempre balanceado para evitar o risco de hipoglicemias graves, e as metas devem ser individualizadas, especialmente na população idosa.

Assertiva III: CORRETA. No tratamento de idosos, o princípio da individualização é fundamental. Para idosos frágeis, com múltiplas comorbidades, expectativa de vida limitada ou comprometimento cognitivo/funcional, metas muito rígidas trazem mais riscos (quedas, síncope e arritmias por hipoglicemia) do que benefícios. Nesses casos, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA) recomendam metas mais flexíveis, como HbA1c abaixo de 8,0% ou até 8,5%, priorizando a segurança e a qualidade de vida.

Conclusão: Como as assertivas II e III estão corretas, a alternativa certa é a letra (c).

---

### Questão 12

Análise das assertivas:

ASSERTIVA I: CORRETA. Os derivados do ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), como a mesalazina e a sulfasalazina, representam a primeira linha de tratamento para a retocolite ulcerativa de atividade leve a moderada. Eles atuam topicamente na mucosa intestinal para reduzir a inflamação e são eficazes tanto na indução da remissão durante surtos agudos quanto na terapia de manutenção.

ASSERTIVA II: CORRETA. Quando o paciente não apresenta resposta clínica satisfatória aos compostos de 5-ASA, ou quando o surto já se manifesta de forma moderada a grave, a introdução de corticosteroides (como a prednisona via oral ou a metilprednisolona via endovenosa) é mandatória. O objetivo é utilizar sua potente ação anti-inflamatória sistêmica para induzir a remissão rapidamente.

ASSERTIVA III: CORRETA. Pacientes com colite aguda grave que não respondem à corticoterapia endovenosa após 3 a 5 dias de tratamento são considerados refratários. Nesses casos, para evitar a colectomia (remoção cirúrgica do cólon) de urgência, indica-se a terapia de resgate. A ciclosporina (um inibidor da calcineurina) e o infliximabe (um anticorpo anti-TNF) são as duas principais opções recomendadas pelos consensos internacionais para essa finalidade.

Conclusão sobre as alternativas:

Alternativa a: Incorreta, pois a assertiva III também é verdadeira e deve ser incluída.

Alternativa b: Incorreta, pois a assertiva II também é verdadeira e fundamental na progressão do tratamento.

Alternativa c: Incorreta, pois a assertiva I descreve a base do tratamento inicial, sendo também verdadeira.

Alternativa d: Correta, pois todas as três assertivas descrevem corretamente as etapas do manejo clínico escalonado da retocolite ulcerativa.

---

### Questão 13

A alternativa C está correta porque a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) representa uma ativação generalizada do sistema imune inato, que pode ser desencadeada tanto por agentes infecciosos quanto por insultos não infecciosos. Na pancreatite aguda, a liberação de enzimas pancreáticas causa necrose tecidual e liberação de padrões moleculares associados ao dano (DAMPs), enquanto em queimaduras extensas há destruição celular massiva. Ambos os cenários geram uma cascata de citocinas inflamatórias que preenchem os critérios clínicos de SIRS sem que haja, necessariamente, uma infecção bacteriana, fúngica ou viral instalada.

A alternativa A está incorreta por dois erros fundamentais. Primeiro, o diagnóstico de SIRS exige a presença de pelo menos dois critérios, e não apenas um. Segundo, a definição clássica de sepse é a presença de SIRS acompanhada de um foco infeccioso suspeito ou confirmado. Portanto, a causa subjacente é determinante para o diagnóstico de sepse; se a causa for apenas um trauma ou inflamação pura, não se diagnostica sepse.

A alternativa B está incorreta porque os critérios de SIRS são específicos e não incluem esses biomarcadores. Os parâmetros são: temperatura (maior que 38 graus ou menor que 36 graus), frequência cardíaca (maior que 90 bpm), frequência respiratória (maior que 20 irpm ou PaCO<sub>2</sub> menor que 32 mmHg) e contagem de leucócitos (maior que 12.000, menor que 4.000 ou mais de 10 por cento de bastões). Troponina e creatinina são marcadores de disfunção ou lesão de órgãos-alvo (coração e rim, respectivamente), podendo estar alterados em quadros graves, mas não definem SIRS.

A alternativa D está incorreta pois a hipotensão arterial não é um critério para SIRS. A presença de hipotensão que não responde à reposição volêmica (necessitando de vasopressores) associada à hiperlactatemia define o choque séptico, que é uma condição de disfunção metabólica e circulatória grave. Muitos pacientes em SIRS permanecem normotensos durante todo o curso da resposta inflamatória.

---

## Questão 14

### ANÁLISE DA ASSERTIVA I:

O diagnóstico da malária é fundamentalmente parasitológico. A gota espessa de sangue é considerada o método padrão-ouro no Brasil pela sua alta sensibilidade, sendo capaz de detectar níveis baixos de parasitemia (cerca de 30 vezes mais sensível que o esfregaço delgado). A coleta por punção digital e a coloração pelo método de Walker (ou Giemsa) são as técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a visualização e identificação das espécies de Plasmodium. Portanto, a assertiva está correta.

### ANALISE DA ASSERTIVA II:

A pesquisa de anticorpos (sorologia) não tem utilidade no diagnóstico da infecção aguda. Isso ocorre porque, em áreas endêmicas, muitas pessoas possuem anticorpos devido a exposições prévias, o que impede a distinção entre uma infecção atual e uma cicatriz sorológica. O uso da sorologia retardaria o início do tratamento adequado, que deve ser baseado na visualização direta do parasito ou em testes rápidos de detecção de antígenos. Sua aplicação fica restrita a inquéritos epidemiológicos e estudos científicos. Portanto, a assertiva está correta.

### ANÁLISE DA ASSERTIVA III:

A primaquina é um medicamento essencial para o tratamento do Plasmodium vivax (visando eliminar os hipnozoítos no fígado), porém é uma droga oxidante. Pacientes com deficiência da enzima glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) estão sujeitos à hemólise grave ao utilizarem fármacos oxidantes. De acordo com os protocolos atuais, indivíduos com atividade da G6PD inferior a 30% são classificados como deficientes e apresentam alto risco de anemia hemolítica aguda, sendo a primaquina

contraindicada no esquema terapêutico padrão para esses casos. Portanto, a assertiva está correta.

#### CONCLUSÃO:

Como as três assertivas estão tecnicamente corretas e alinhadas com os protocolos de saúde pública e a fisiopatologia da doença, a alternativa correta é a (d).

---

### Questão 15

Análise da Assertiva I: Está correta. O raloxifeno pertence à classe dos Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio (SERMs). Ele atua como agonista estrogênico no tecido ósseo, o que ajuda a manter a densidade mineral óssea, mas atua como antagonista no útero e nas mamas. Estudos clínicos demonstraram que o raloxifeno reduz significativamente o risco de fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa. No entanto, ele não mostrou eficácia na redução de fraturas de quadril ou fraturas não vertebrais. Como o medicamento pode induzir ou intensificar fogachos (ondas de calor), ele é indicado preferencialmente para mulheres que já passaram da fase de sintomas climatéricos intensos.

Análise da Assertiva II: Está correta. De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das principais diretrizes de osteoporose, o diagnóstico da doença é feito via densitometria óssea quando o T-score é menor ou igual a -2,5 desvios-padrão (DP). Os sítios oficiais para essa avaliação são a coluna lombar (L1-L4), o colo do fêmur, o fêmur total e o rádio 33% (rádio distal). A presença desse valor em qualquer um desses sítios é um critério clássico para o início da terapia farmacológica, visando à prevenção de fraturas.

Análise da Assertiva III: Está incorreta. A suplementação de vitamina D deve ser baseada nos níveis séricos do paciente e nas suas necessidades individuais. Doses de 50.000 UI por semana são consideradas doses de ataque ou de repleção, utilizadas geralmente por um período curto (de 6 a 8 semanas) para corrigir deficiências graves. O uso contínuo dessa dosagem alta para todas as mulheres na pós-menopausa, sem avaliar a necessidade individual e os níveis de 25-hidroxivitamina D, não é recomendado e pode levar a quadros de hipercalcúria ou hipercalcemia. As doses de manutenção habituais variam geralmente entre 800 UI a 2.000 UI por dia (ou doses semanais equivalentes de 7.000 a 14.000 UI).

Conclusão: Apenas as assertivas I e II apresentam informações tecnicamente precisas e alinhadas com os consensos médicos atuais. Portanto, a alternativa correta é a letra A.

---

## Questão 16

Análise das assertivas:

Item I: Incorreto. O diagnóstico funcional de obstrução ao fluxo aéreo, característico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é estabelecido por uma relação VEF1/CVF pós-broncodilatador inferior a 0,70 (ou 70%). O valor de 80% mencionado na alternativa está incorreto para a definição de obstrução, embora o valor de 80% do previsto seja frequentemente usado como ponto de corte para classificar o VEF1 como "normal" em termos de gravidade, não servindo para definir a presença de obstrução na relação fixa.

Item II: Correto. A deficiência de alfa-1-antitripsina (D-AAT) é uma condição genética que predispõe ao desenvolvimento precoce de enfisema. Diferente do enfisema causado pelo tabagismo (que geralmente é centrolobular e acomete os ápices), o enfisema por D-AAT é classicamente panlobular e apresenta predomínio nas bases pulmonares. A recomendação das diretrizes (como a GOLD) é que todo paciente com diagnóstico de DPOC seja testado pelo menos uma vez na vida para D-AAT, especialmente aqueles que desenvolvem a doença precocemente ou possuem histórico familiar.

Item III: Correto. A teofilina é uma metilxantina que possui efeitos broncodilatadores e anti-inflamatórios modestos, sendo capaz de melhorar a dispneia e a função pulmonar em alguns pacientes. No entanto, ela caiu em desuso como primeira linha de tratamento devido ao seu estreito índice terapêutico. Isso significa que a dose eficaz é muito próxima da dose tóxica, exigindo a monitorização dos níveis séricos (teofilinemia) para evitar efeitos adversos graves, como arritmias cardíacas, convulsões e distúrbios gastrointestinais.

Conclusão:

As assertivas II e III estão corretas, o que torna a alternativa (c) a resposta certa.

---

## Questão 17

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. No paciente idoso, ocorre uma redução fisiológica da massa hepática e do fluxo sanguíneo para o fígado, além de uma diminuição da taxa de filtração glomerular. Essas alterações tornam o metabolismo e a excreção de muitos fármacos mais lentos, e não mais rápidos. Por isso, a recomendação geral em geriatria é iniciar o tratamento com doses baixas e progredir lentamente para evitar toxicidade.

Alternativa b: Incorreta. A dor no idoso é frequentemente subestimada e subtratada, mas não é uma condição normal do envelhecimento. Embora existam alterações na percepção sensorial, a dor crônica é prevalente e impacta diretamente na funcionalidade e na qualidade de vida. O uso de analgésicos é necessário e deve ser feito de forma criteriosa, respeitando as limitações do paciente.

Alternativa c: Correta. A polifarmácia, geralmente definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, é uma das principais preocupações no cuidado geriátrico. Com o aumento de doenças crônicas simultâneas (comorbidades), o risco de interações medicamentosas e reações adversas cresce substancialmente. O médico deve estar atento à cascata iatrogênica, que ocorre quando o efeito colateral de um medicamento é interpretado como uma nova doença e tratado com um novo fármaco.

Alternativa d: Incorreta. O envelhecimento não promove melhora da capacidade cognitiva. Pelo contrário, existe um risco aumentado de declínio cognitivo, que pode variar de perdas leves de memória até quadros demenciais estabelecidos. Essas alterações cognitivas são, na verdade, barreiras que dificultam a compreensão das prescrições e a adesão ao tratamento proposto.

---

### Questão 18

Alternativa a) Incorreta. O angioedema hereditário (AEH) é causado pela deficiência quantitativa ou qualitativa do C1-inibidor (C1-INH), e não do C3. O C1-inibidor é uma proteína que controla a via do sistema complemento e do sistema de contato (cininas). A sua ausência ou mau funcionamento leva à ativação descontrolada da calicreína plasmática, o que gera uma produção excessiva de bradicinina, o mediador final responsável pelo edema.

Alternativa b) Incorreta. Embora os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) sejam, de fato, a causa mais comum de angioedema adquirido mediado por bradicinina, eles não respondem a anti-histamínicos, corticosteroides ou adrenalina. Isso ocorre porque o mecanismo fisiopatológico é o acúmulo de bradicinina (cuja degradação é bloqueada pelo fármaco) e não a liberação de histamina por mastócitos.

Alternativa c) Incorreta. Esta é uma distinção clínica fundamental: o angioedema mediado por bradicinina (como o hereditário ou o induzido por IECA) caracteriza-se justamente pela ausência de resposta ao tratamento convencional para anafilaxia/alergia (anti-histamínicos e corticoides). Esses medicamentos são eficazes apenas no angioedema histaminérgico (alérgico).

Alternativa d) Correta. O diagnóstico do angioedema hereditário depende da demonstração laboratorial da redução dos níveis de C1-inibidor (na forma tipo I) ou da redução de sua atividade funcional (na forma tipo II). Como triagem inicial, costuma-se dosar o C4, que está quase sempre reduzido durante as crises e fora delas, mas a confirmação diagnóstica definitiva exige a dosagem específica do C1-inibidor.

## Questão 19

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro inicial de psicose (alucinações e delírios) e recebeu doses repetidas de haloperidol, um antipsicótico típico de alta potência e forte bloqueador dopaminérgico D2. Após duas horas, desenvolveu um quadro de intensa agitação psicomotora, caracterizada por uma sensação subjetiva de angústia e uma necessidade física irreprimível de se movimentar (não conseguir ficar parado). Este é o quadro clássico de acatisia, um efeito colateral extrapiramidal agudo comum com o uso de neurolépticos.

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

A acatisia é definida por essa dualidade: o componente subjetivo (inquietação interna, desassossego) e o componente objetivo (movimentação constante de membros e tronco). Diferentemente da agitação psicótica, o paciente com acatisia muitas vezes percebe que o incômodo é físico e pede ajuda. O tratamento de escolha envolve a redução da dose do antipsicótico (quando possível) e o uso de betabloqueadores (o propranolol é o padrão-ouro) ou benzodiazepínicos para o controle dos sintomas.

### POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

a) Crise de pânico – administração de benzodiazepínico: Embora o paciente esteja ansioso e angustiado, o quadro surgiu nitidamente após o uso de um bloqueador dopaminérgico e apresenta a característica motora da inquietude física. O pânico costuma vir acompanhado de sintomas autonômicos mais exuberantes (taquicardia, sudorese, sensação de morte iminente) e não é um efeito colateral esperado do haloperidol.

c) Agitação psicótica – administração de antipsicótico: Esta é a "armadilha" diagnóstica mais perigosa. Se o médico interpretar a acatisia como uma piora da psicose e administrar mais haloperidol, os sintomas de acatisia irão se agravar drasticamente, pois a causa é justamente o bloqueio de dopamina na via

nigroestriatal. A agitação psicótica geralmente é direcionada por delírios ou alucinações, enquanto na acatisia a agitação é uma necessidade física de movimento.

d) Delirium hiperativo – administração de antipsicótico: O delirium é uma síndrome confusional aguda que envolve alteração do nível de consciência, desorientação e déficits de atenção, geralmente associada a condições médicas gerais ou toxicidade por substâncias. O paciente do caso mantém a consciência preservada e o quadro é claramente induzido pelo medicamento, o que afasta a hipótese de delirium. Além disso, o tratamento do delirium hiperativo muitas vezes utiliza o próprio haloperidol, o que seria contraproducente aqui.

---

## Questão 20

Análise do caso clínico:

O quadro descrito é um exemplo clássico de delirium, caracterizado por início agudo, curso flutuante, déficit de atenção, alteração do nível de consciência e distúrbios perceptivos (alucinações visuais). A paciente apresenta diversos fatores de risco, como idade avançada, polifarmácia e pós-operatório de cirurgia de grande porte. A questão solicita a identificação da alternativa incorreta.

Alternativa (a) Correta: O delirium é uma emergência médica. O cérebro em sofrimento agudo exige uma investigação rápida para identificar os gatilhos, que podem variar de distúrbios hidroeletrólíticos e infecções até dor ou isquemia miocárdica. O tratamento da causa-base é a medida mais eficaz para a reversão do quadro.

Alternativa (b) Correta: As intervenções não farmacológicas são as estratégias mais eficazes e recomendadas para a prevenção do delirium. Protocolos que focam em manter o paciente orientado (calendários, relógios), preservar o ciclo sono-vigília, garantir que o paciente use seus óculos e aparelhos auditivos, além de estimular a deambulação e hidratação, reduzem significativamente a prevalência da condição.

Alternativa (c) Correta: Os benzodiazepínicos são agentes deliriogênicos, ou seja, podem precipitar ou agravar o delirium, além de aumentar o risco de quedas e depressão respiratória em idosos. Seu uso é desencorajado, exceto em situações muito específicas, como no delirium causado por abstinência de álcool ou de sedativos, onde são a terapia de escolha.

Alternativa (d) Incorreta (Gabarito): Esta é a alternativa incorreta porque não existe indicação para o uso de antipsicóticos na PREVENÇÃO do delirium. Estudos clínicos demonstram que o uso profilático dessas drogas não reduz a incidência da condição.

No tratamento, os antipsicóticos (como o haloperidol) devem ser reservados apenas para o controle de sintomas de agitação grave ou psicose que tragam risco à segurança do paciente ou da equipe, sempre na menor dose possível e pelo menor tempo necessário, não sendo a primeira linha para todos os casos de delirium.

## Questão 21

A prescrição de fluidos e eletrólitos de manutenção no pós-operatório é fundamental para pacientes em jejum (NPO). O objetivo é repor as perdas obrigatórias de água e íons que ocorrem pela urina, fezes, suor e respiração.

Para um adulto saudável, as necessidades basais diárias são calculadas da seguinte forma:

Sódio (Na<sup>+</sup>): 1 a 2 mEq/kg/dia.

Potássio (K<sup>+</sup>): 0,5 a 1 mEq/kg/dia.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O valor sugerido para o sódio (1,3) até estaria dentro de uma faixa aceitável, porém o valor para o potássio (3,4 mEq/kg/dia) é muito superior à necessidade basal, o que poderia causar hipercalemia (excesso de potássio no sangue), uma condição potencialmente fatal devido ao risco de arritmias cardíacas.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa apresenta os valores clássicos ensinados na clínica cirúrgica e médica. O fornecimento de 2,0 mEq/kg de sódio e 1,0 mEq/kg de potássio garante a homeostase eletrolítica na maioria dos pacientes sem perdas extraordinárias ou patologias renais/cardíacas prévias.

Alternativa c) Incorreta. O valor de 3,4 mEq/kg/dia para o sódio é considerado alto para uma manutenção basal de rotina, podendo levar à sobrecarga de volume e hipernatremia. O valor de 1,3 para o potássio também está acima do padrão-ouro de 1,0 mEq/kg/dia.

Alternativa d) Incorreta. Estes valores (19,0 e 22,9) são extremamente elevados e não possuem base clínica. A administração dessas quantidades resultaria em toxicidade grave e imediata.

Resumo: Em um paciente de 70 kg, a necessidade basal seria de aproximadamente 140 mEq de Sódio e 70 mEq de Potássio por dia, o que corresponde exatamente aos índices da alternativa B (2,0 e 1,0 mEq/kg/dia, respectivamente).

## Questão 22

Alternativa a) Incorreta. A inflamação limitada à mucosa e à submucosa superficial é uma característica marcante da Retocolite Ulcerativa. Na Doença de Crohn, o processo inflamatório é mais profundo e atinge camadas além da mucosa.

Alternativa b) Incorreta. A etiologia da Doença de Crohn é considerada multifatorial e não está "sempre" associada a agentes infecciosos. Ela envolve uma interação complexa entre predisposição genética, fatores ambientais (como o tabagismo), desequilíbrios na microbiota intestinal e uma resposta imunológica desregulada.

Alternativa c) Correta. A Doença de Crohn é classicamente definida por apresentar uma inflamação transmural. Isso significa que o processo inflamatório atravessa todas as camadas da parede intestinal: mucosa, submucosa, muscular e serosa. É justamente esse caráter transmural que predispõe o paciente ao desenvolvimento de complicações típicas, como fístulas (comunicações anormais entre órgãos), abscessos e estenoses (estreitamentos do lúmen intestinal).

Alternativa d) Incorreta. Embora o íleo terminal seja o local mais comum de acometimento (frequentemente associado ao ceco), a Doença de Crohn pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, "da boca ao ânus". Além disso, uma característica importante é que o acometimento costuma ser descontínuo, apresentando áreas de mucosa sadia entre as áreas inflamadas, conhecidas como "lesões em salto".

---

## Questão 23

### ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um paciente adulto em período pós-operatório de grande cirurgia, o que representa um dos principais fatores de risco para fenômenos tromboembólicos. A cirurgia de grande porte preenche os critérios da Tríade de Virchow: estase venosa (pela imobilização), lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade. A presença de edema unilateral e dor na panturrilha acentuada à dorsiflexão do pé (descrição clássica do Sinal de Homans) direciona o diagnóstico para uma patologia venosa profunda.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa a) Incorreta. O traumatismo por mobilização excessiva poderia causar dor muscular localizada, mas não justificaria o edema generalizado de todo o membro inferior. Além disso, o contexto de pós-operatório imediato de grande cirurgia torna as complicações vasculares muito mais prováveis e perigosas do que lesões por

movimentação.

Alternativa b) Incorreta. A oclusão arterial aguda apresenta-se com um quadro clínico oposto. Os sinais clássicos são palidez, ausência de pulsos, dor intensa, parestesia, paralisia e diminuição da temperatura do membro (membro frio). Na oclusão arterial, o membro não costuma apresentar o edema generalizado observado no caso, que é uma característica de congestão venosa.

Alternativa c) Correta. A Trombose Venosa Profunda (TVP) é a principal complicação a ser pesquisada em pacientes com dor e edema unilateral de membros inferiores no pós-operatório. O sinal descrito na questão (dor à flexão dorsal do pé) é o Sinal de Homans, que, embora não seja patognomônico, é um achado semiológico clássico da TVP. O edema ocorre devido à obstrução do fluxo de retorno venoso, aumentando a pressão hidrostática capilar e gerando o extravasamento de líquido.

Alternativa d) Incorreta. A tromboangeíte obliterante, também conhecida como Doença de Buerger, é uma doença inflamatória crônica que afeta vasos de pequeno e médio calibre, estando intimamente ligada ao tabagismo. Ela se manifesta por isquemia distal, evoluindo com necrose de extremidades e claudicação, não sendo uma hipótese viável para um quadro agudo e edematoso de membro inferior em situação de pós-operatório.

---

## Questão 24

O câncer colorretal é a principal causa de obstrução intestinal baixa (cólon) em adultos, sendo responsável por cerca de 70% a 80% desses quadros. A localização da obstrução está diretamente relacionada à anatomia do órgão e às características do tumor.

O cólon esquerdo (que inclui o cólon descendente e, principalmente, o sigmoide) é o local mais comum de obstruções neoplásicas por três fatores fundamentais:

1. O diâmetro da luz intestinal no lado esquerdo é significativamente menor e mais estreito do que no lado direito (ceco e cólon ascendente).
2. O conteúdo fecal no cólon esquerdo é mais sólido e volumoso, uma vez que a maior parte da água já foi absorvida, o que facilita a interrupção do trânsito.
3. As neoplasias do cólon esquerdo tendem a apresentar um crescimento do tipo infiltrativo ou anular (conhecido como "em anel de guardanapo"), que reduz a luz do órgão de forma concêntrica.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O ângulo hepático pertence ao cólon direito. Nessa região, o

lúmen é mais largo e o conteúdo fecal é predominantemente líquido, o que permite que tumores cresçam consideravelmente antes de causarem sintomas obstrutivos. Nesses casos, a manifestação clínica mais comum costuma ser a anemia ferropriva por sangramento oculto.

Alternativa b) Incorreta. Embora o ângulo esplênico faça parte da transição para o cólon esquerdo, ele não é, estatisticamente, o local mais frequente de obstruções neoplásicas quando comparado ao segmento descendente e ao sigmoide.

Alternativa c) Incorreta. O cólon transversal possui um diâmetro razoável e grande mobilidade. A incidência de tumores primários nessa localização é menor do que nos segmentos distais do intestino grosso.

Alternativa d) Correta. Conforme exposto, a combinação de uma luz intestinal mais estreita, fezes sólidas e a alta prevalência de lesões estenosantes no sigmoide e cólon descendente torna o cólon esquerdo o sítio principal das obstruções intestinais de etiologia maligna no adulto.

Gabarito: Letra d.

---

## Questão 25

### ANÁLISE DA QUESTÃO

A estenose pilórica no paciente adulto, clinicamente manifestada como uma síndrome de obstrução do trato de saída gástrico, decorre de processos que impedem mecanicamente a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno. Os principais sintomas incluem vômitos progressivos (frequentemente contendo alimentos ingeridos há várias horas), saciedade precoce, dor abdominal e perda de peso.

Alternativa A (Correta): O carcinoma gástrico é a causa mais provável e frequente de estenose pilórica em adultos. Tumores localizados na região do antro distal ou no canal pilórico podem crescer de forma a ocluir completamente o lúmen gástrico. Em provas de residência e na prática clínica atual, diante de um quadro de obstrução de saída gástrica em um adulto, a neoplasia maligna deve ser sempre a primeira hipótese diagnóstica a ser investigada.

Alternativa B (Incorreta): A úlcera péptica (especialmente a duodenal ou a do canal pilórico) foi, historicamente, a principal causa de estenose pilórica devido à inflamação aguda (edema) ou cicatrização crônica (fibrose). Contudo, com o advento dos inibidores de bomba de prótons e a terapia de erradicação do \**Helicobacter*

pylori\*, a incidência de estenose por doença ulcerosa caiu drasticamente, tornando-se menos comum que a causa neoplásica.

Alternativa C (Incorreta): Pólipos gástricos são geralmente pequenos, assintomáticos e encontrados incidentalmente em exames de endoscopia. Embora um pólipó pediculado muito grande pudesse, teoricamente, prolapsar através do piloro (efeito válvula), esta é uma causa extremamente rara de obstrução gástrica, não sendo considerada a hipótese mais provável.

Alternativa D (Incorreta): O fitobezoar gástrico consiste em uma massa compacta de fibras vegetais não digeridas que se acumula no estômago. Costuma ocorrer em pacientes com antecedentes de cirurgia gástrica (como vagotomia) ou distúrbios de motilidade (gastroparesia). Embora possa causar obstrução, sua prevalência é muito menor quando comparada ao carcinoma gástrico.

---

## Questão 26

A alternativa correta é a letra (d).

O quadro clínico descrito é a apresentação clássica da apendicite aguda. O ponto fundamental para o diagnóstico reside na cronologia da dor, conhecida como cronologia de Murphy: a dor inicia-se na região epigástrica ou periumbilical e, após algumas horas, migra para a fossa ilíaca direita. Esse padrão de migração é altamente sugestivo de apendicite. Febre baixa (37,5 °C), náuseas e vômitos são sintomas acompanhantes comuns. No exame físico, o sinal de Blumberg (dor à descompressão súbita no ponto de McBurney) indica irritação peritoneal localizada, reforçando a hipótese. A história de colecistectomia prévia serve para afastar a colecistite aguda como diagnóstico diferencial.

Por que as outras alternativas estão incorretas?

a) Síndrome intestinal inflamatória: este é um termo genérico que engloba condições como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa. Embora possam causar dor abdominal, geralmente apresentam um quadro mais crônico, com episódios de diarreia, muco ou sangue nas fezes e perda de peso, diferindo da evolução aguda e migratória relatada.

b) Doença de Crohn: a doença de Crohn pode acometer o íleo terminal e simular uma apendicite (ileíte terminal). No entanto, o padrão de dor que migra tipicamente do epigástrio para a fossa ilíaca direita, associado ao sinal de Blumberg em um paciente sem histórico prévio de alterações intestinais, torna a apendicite aguda muito mais provável em uma prova de residência.

c) Trombose mesentérica: esta alternativa é o principal distrator da questão. O examinador cita a fibrilação atrial para confundir o candidato, já que esta arritmia é um importante fator de risco para embolia mesentérica. Contudo, a isquemia ou trombose mesentérica costuma apresentar uma dor abdominal intensa e difusa que é desproporcional ao exame físico (abdome inicialmente inocente, sem sinais de irritação peritoneal). O quadro descrito tem localização e migração muito específicas, características da apendicite.

d) Apendicite aguda: como detalhado, a apresentação clínica com dor migratória (do epigástrio para a fossa ilíaca direita), sintomas gastrointestinais e sinal de irritação peritoneal no ponto de McBurney (Blumberg positivo) compõe o diagnóstico clássico desta patologia.

---

### Questão 27

O manejo dos pólipos da vesícula biliar baseia-se na identificação de lesões com potencial de malignização. As indicações para colecistectomia (remoção cirúrgica da vesícula) são fundamentadas em características morfológicas, sintomas e fatores de risco do paciente.

Alternativa A - INCORRETA: Embora o histórico familiar seja um dado clínico importante, ele não é considerado, isoladamente, uma indicação para tratamento cirúrgico de pólipos da vesícula nas principais diretrizes médicas (como as da ESGAR ou as do consenso europeu). Os fatores de risco individuais mais relevantes são idade superior a 50 ou 60 anos e presença de colangite esclerosante primária.

Alternativa B - CORRETA: O tamanho do pólipo é o preditor mais fidedigno de malignidade. A indicação absoluta de cirurgia ocorre em pólipos maiores ou iguais a 10 milímetros. No entanto, pólipos entre 6 e 9 milímetros (faixa que engloba os 8 milímetros da alternativa) já indicam a necessidade de uma avaliação rigorosa. Em pacientes com fatores de risco associados, lesões desse tamanho podem ter indicação cirúrgica direta ou acompanhamento muito estreito, tornando esta a única alternativa que apresenta um critério técnico de gravidade e decisão terapêutica.

Alternativa C - INCORRETA: A presença de pólipos no cólon não serve como critério para a indicação de colecistectomia. Embora algumas síndromes genéticas possam apresentar pólipos em diferentes órgãos, a conduta para o pólipo da vesícula biliar deve ser decidida a partir das características da própria lesão biliar.

Alternativa D - INCORRETA: A multiplicidade de pólipos costuma ser um sinal de benignidade. Na maioria das vezes, pólipos múltiplos e pequenos (geralmente

menores que 5 mm) são pólipos de colesterol, que não possuem potencial maligno. O maior risco de neoplasia está associado ao achado de um pólipo único (sésil e solitário), e não à presença de vários.

## Questão 28

Esta questão exige o conhecimento da anatomia, da fisiologia e das manifestações clínicas das hérnias de hiato. Para identificar a alternativa incorreta, vamos analisar cada uma delas:

Alternativa (a) CORRETA: De fato, qualquer tipo de hérnia de hiato pode se manifestar com sintomas de refluxo gastroesofágico. Embora a hérnia por deslizamento (Tipo I) seja a mais classicamente associada à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) devido ao deslocamento da transição esofagogástrica para o tórax, as hérnias paraesofágicas (Tipos II, III e IV) também podem cursar com refluxo, especialmente as do tipo misto (Tipo III), que combinam elementos de deslizamento e paraesofágicos.

Alternativa (b) CORRETA: A anatomia da região hiatal define que a membrana frenoesofágica é formada pela fusão da fáscia endoabdominal (principalmente a fáscia do diafragma) com a fáscia própria do esôfago. Essa membrana é fundamental para fixar o esôfago distal ao diafragma, e sua fraqueza ou ruptura é um fator determinante para o desenvolvimento de hérnias.

Alternativa (c) CORRETA: Embora as hérnias paraesofágicas (Tipo II) sejam caracterizadas pela herniação do fundo gástrico mantendo a transição esofagogástrica em sua posição anatômica, na prática clínica, a maioria das hérnias paraesofágicas volumosas é do Tipo III (mistas). Nelas, há um componente de deslizamento associado, o que frequentemente resulta em sintomas de refluxo gastroesofágico, além dos sintomas compressivos ou obstrutivos.

Alternativa (d) INCORRETA (Gabarito): Esta afirmação inverte a fisiologia pressórica do tronco. O tórax possui, fisiologicamente, uma pressão negativa (subatmosférica) em relação à pressão positiva do abdome. É justamente esse gradiente de pressão (pressão positiva abdominal empurrando contra a pressão negativa torácica) que atua como uma força mecânica constante, facilitando a migração das vísceras abdominais para dentro do tórax através de um hiato diafragmático alargado ou enfraquecido. Portanto, a pressão dentro do tórax é negativa, e não positiva.

Resumo do raciocínio: A alternativa D é a incorreta porque afirma que a pressão torácica é positiva, quando, na verdade, a pressão negativa intratorácica é o motor que "aspira" ou favorece a subida do estômago para o mediastino.

## Questão 29

Alternativa a: Esta alternativa está correta. Para a indicação de tratamento cirúrgico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), é necessária uma avaliação pré-operatória completa e multidimensional. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) avalia lesões na mucosa e complicações como o Esôfago de Barrett; a manometria esofágica é fundamental para avaliar o tônus do esfíncter inferior e a peristalse do corpo esofágico, ajudando na escolha da técnica cirúrgica (funduplicatura total ou parcial); a monitorização do pH (pH-metria) confirma objetivamente o refluxo patológico; o esofagograma detalha a anatomia, como a presença de hérnias de hiato; e a cintilografia pode ser utilizada para avaliar o esvaziamento gástrico, o que é importante para o planejamento cirúrgico e para evitar complicações pós-operatórias.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. Os Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) não se ligam de forma reversível. Eles realizam uma ligação covalente irreversível com a enzima H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase (bomba de prótons) na célula parietal gástrica. Isso significa que a secreção ácida só é retomada após a síntese de novas bombas de prótons pela célula, o que explica o efeito prolongado do medicamento.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. Embora a pH-metria de 24 horas tenha sido historicamente chamada de padrão-ouro para documentar o refluxo ácido, o diagnóstico da DRGE é inicialmente clínico. Atualmente, a pH-impedanciometria é considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico em casos de dúvida, pois detecta não apenas o refluxo ácido, mas também o refluxo não ácido e gasoso, oferecendo uma sensibilidade superior à da pH-metria isolada.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O padrão para o manejo inicial dos sintomas da DRGE é o uso de IBP em dose plena (dose-padrão) por um período de 4 a 8 semanas. A estratégia de usar a "dose mínima eficaz" é reservada para a terapia de manutenção a longo prazo, com o objetivo de manter o paciente assintomático após o tratamento inicial bem-sucedido.

---

## Questão 30

Análise das assertivas:

ASSERTIVA I: INCORRETA. A realização de biópsia percutânea (guiada por tomografia ou ultrassonografia) é contraindicada em lesões suspeitas de GIST que são potencialmente ressecáveis. Isso ocorre porque esses tumores são extremamente friáveis e possuem uma cápsula delicada; a punção pode causar a ruptura da cápsula, levando ao extravasamento de células tumorais na cavidade abdominal (disseminação peritoneal ou seeding), além de aumentar o risco de hemorragia. O

diagnóstico definitivo é geralmente obtido após a cirurgia. Se houver necessidade de confirmação prévia (para terapia neoadjuvante), o método de escolha é a ecoendoscopia com punção por agulha fina (FNA).

ASSERTIVA II: CORRETA. A imunoistoquímica é indispensável para confirmar o GIST e diferenciá-lo de outros tumores mesenquimais, como leiomiomas, leiomiossarcomas ou schwannomas. A grande maioria dos GISTs (cerca de 95%) expressa a proteína KIT (CD117). Outro marcador altamente sensível e específico utilizado é o DOG1.

ASSERTIVA III: INCORRETA. Os fatores utilizados para definir o prognóstico e o risco de recidiva no GIST são diferentes dos utilizados no adenocarcinoma gástrico. Para o GIST, os principais preditores de comportamento biológico são: o tamanho do tumor, o índice mitótico (quantidade de mitoses identificadas em 50 campos de grande aumento) e a localização da lesão (tumores gástricos costumam ter melhor prognóstico que os de intestino delgado). Diferente dos carcinomas, o GIST raramente apresenta disseminação linfonodal (menos de 5% dos casos), por isso a linfadenectomia não é realizada de rotina na cirurgia.

Conclusão: Apenas a assertiva II está correta, validando a alternativa (b).

---

### Questão 31

Análise do Item I: Esta afirmativa está correta. O baço é o principal órgão responsável pela filtração de microrganismos da corrente sanguínea e pela produção de anticorpos (opsoninas) contra bactérias encapsuladas. O *Streptococcus pneumoniae*, também conhecido como pneumococo, é o agente mais comumente envolvido na sepse fulminante pós-esplenectomia (conhecida pela sigla OPSI), sendo responsável por mais de 50 por cento dos casos. Outros agentes importantes são o *Haemophilus influenzae* tipo b e a *Neisseria meningitidis*.

Análise do Item II: Esta afirmativa está incorreta. Embora o maior risco estatístico de sepse ocorra nos primeiros dois anos após a retirada do baço, a condição de asplenia (ausência de baço) confere um risco aumentado de infecções graves por bactérias encapsuladas que perdura por toda a vida. Não se pode considerar a ocorrência como muito rara após 12 meses, uma vez que casos fatais são descritos décadas após o procedimento cirúrgico. Por isso, a vacinação e a orientação ao paciente devem ser permanentes.

Análise do Item III: Esta afirmativa é considerada correta em provas de residência baseadas em consensos específicos de cirurgia. Existe uma diferença relevante entre incidência e mortalidade. Pacientes que retiram o baço por doenças hematológicas (como esferocitose ou púrpura) costumam ter uma incidência maior de episódios

infecciosos. No entanto, a mortalidade costuma ser maior no grupo que realizou a cirurgia por trauma. Isso ocorre porque a esplenectomia por doença hematológica é eletiva, permitindo que o paciente seja vacinado cerca de duas semanas antes da operação, o que garante melhor resposta imunológica. No trauma, a cirurgia é de emergência e a vacinação é feita apenas no pós-operatório, muitas vezes com menor adesão ao seguimento médico.

Conclusão: Como as assertivas I e III estão corretas, a alternativa correta é a letra (d).

## Questão 32

### RESUMO DO CASO:

Paciente jovem com nódulo tireoidiano de 2,5 cm, sólido e com função tireoidiana normal (eutireoidismo). O desafio é determinar o próximo passo diagnóstico para afastar malignidade.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A cintilografia de tireoide tem indicação restrita na avaliação inicial de nódulos. Ela deve ser solicitada apenas quando o TSH está baixo (paciente em hipertireoidismo), para verificar se o nódulo é hiperfuncionante (quente). Como a paciente tem provas de função normais, a cintilografia não traria benefício, pois a maioria dos nódulos malignos e muitos benignos são "frios", não permitindo a diferenciação diagnóstica.

Alternativa (b) INCORRETA: A tomografia computadorizada não é o exame de escolha para avaliação inicial de nódulos tireoidianos. O ultrassom é superior na análise de características morfológicas. Além disso, o uso de contraste iodado na tomografia deve ser evitado se houver suspeita de câncer de tireoide, pois o excesso de iodo retarda um possível tratamento ou rastreio com iodo radioativo por vários meses.

Alternativa (c) CORRETA: A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) é o padrão-ouro para a avaliação diagnóstica de nódulos tireoidianos. De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais (como as da ATA — American Thyroid Association), nódulos sólidos maiores que 1 cm em pacientes eutireoidianos devem ser submetidos à avaliação citológica via PAAF para descartar neoplasia, especialmente em um nódulo de 2,5 cm.

Alternativa (d) INCORRETA: A cirurgia é um procedimento invasivo e terapêutico, não devendo ser a primeira escolha diagnóstica sem antes realizar a PAAF. A biópsia por congelamento realizada durante o ato cirúrgico tem limitações importantes, como a dificuldade em diferenciar um adenoma folicular de um carcinoma folicular (que

exige análise da cápsula e vasos em cortes permanentes). O diagnóstico deve ser buscado de forma ambulatorial e menos invasiva primeiramente.

---

### Questão 33

Esta questão aborda o manejo e as características dos Tumores Neuroendócrinos Pancreáticos (TNEp), especificamente os não funcionantes, que são frequentemente diagnosticados de forma incidental em exames de imagem.

Análise das assertivas:

Assertiva I: INCORRETA. A grande maioria dos tumores neuroendócrinos do pâncreas (cerca de 90%) ocorre de forma esporádica. Embora existam associações importantes com síndromes genéticas, como a Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (NEM1), Síndrome de von Hippel-Lindau, Neurofibromatose tipo 1 e Esclerose Tuberosa, estas representam a minoria dos casos (aproximadamente 10%).

Assertiva II: CORRETA. A Cromogranina A é uma glicoproteína presente nos grânulos secretores das células neuroendócrinas. Ela é considerada o biomarcador sérico mais útil e utilizado para o diagnóstico, acompanhamento de resposta terapêutica e vigilância de tumores neuroendócrinos, independentemente de o tumor ser produtor de hormônios específicos ou não (funcionante ou não funcionante).

Assertiva III: INCORRETA. Nem todo tumor neuroendócrino pancreático tem indicação cirúrgica imediata ou é "invariavelmente maligno" com alto risco de metástase a curto prazo. Atualmente, as principais diretrizes (como as da ENETS e NANETS) sugerem que lesões não funcionantes, assintomáticas e menores que 2 cm (como a de 12 mm da paciente) podem ser manejadas com vigilância ativa ("watch and wait"), especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades, devido ao comportamento biológico frequentemente indolente dessas pequenas lesões e aos riscos de uma cirurgia pancreática (como a duodenopancreatectomia, necessária para tumores na cabeça do pâncreas).

Conclusão: Apenas a assertiva II está correta, o que torna a alternativa (b) a resposta correta.

---

### Questão 34

O esôfago de Barrett é uma condição em que o epitélio escamoso normal do esôfago distal é substituído por epitélio colunar metaplásico (metaplasia intestinal), geralmente como consequência da doença do refluxo gastroesofágico crônica. Abaixo, analisamos cada alternativa:

Alternativa A (Correta): A ablação por radiofrequência (RFA) é uma técnica endoscópica consagrada para o tratamento do esôfago de Barrett com displasia. Ela utiliza energia térmica para destruir o epitélio metaplásico e displásico, permitindo a regeneração do epitélio escamoso normal. É altamente eficaz na erradicação da displasia de alto grau, reduzindo significativamente o risco de progressão para o adenocarcinoma.

Alternativa B (Incorreta): O achado de adenocarcinoma não é uma indicação absoluta e imediata de esofagectomia. Casos de adenocarcinoma precoce, restritos à camada mucosa (T1a), podem ser tratados de forma curativa por meio de técnicas endoscópicas, como a ressecção endoscópica da mucosa (EMR) ou a dissecação submucosa endoscópica (ESD). A esofagectomia é um procedimento de alta complexidade e morbidade, reservado para tumores que invadem a submucosa (T1b), casos com suspeita de comprometimento linfonodal ou quando o tratamento endoscópico não é viável.

Alternativa C (Incorreta): A crioterapia é uma modalidade de ablação que utiliza gases frios (como nitrogênio líquido) para causar a descamação do tecido metaplásico. Embora qualquer procedimento ablativo no esôfago possa causar complicações, a crioterapia é conhecida por ter um perfil de segurança favorável, com um risco de estenose esofágica geralmente menor ou comparável ao da radiofrequência, não sendo caracterizada por um risco elevado de estenose na prática clínica atual.

Alternativa D (Incorreta): Embora o esôfago de Barrett seja o principal precursor do adenocarcinoma esofágico e aumente o risco relativo de câncer, o risco absoluto de progressão é considerado baixo. Para pacientes com Barrett sem displasia, a taxa de progressão anual para câncer gira em torno de 0,1% a 0,5%. A maioria dos pacientes diagnosticados com esôfago de Barrett falecerá de outras causas antes de desenvolver neoplasia esofágica maligna.

### Questão 35

Alternativa A: Incorreta. Embora a ausência de lesões na boca e orofaringe não descarte lesões no esôfago, o exame físico é de extrema importância para avaliar o estado hemodinâmico, a patência das vias aéreas e a presença de complicações graves, como sinais de perfuração (peritonite ou enfisema subcutâneo). Além disso, o diagnóstico da ingestão é baseado principalmente na história clínica, enquanto a endoscopia é utilizada para o estadiamento da gravidade e prognóstico.

Alternativa B: Incorreta. O período recomendado para a realização da endoscopia digestiva alta é entre 12 e 24 horas após a ingestão. Realizar o exame após 48 horas é perigoso, pois o tecido esofágico entra na fase de necrose de liquefação e descamação (que dura até cerca de 15 dias), tornando a parede do órgão extremamente friável e aumentando drasticamente o risco de perfuração durante o procedimento.

Alternativa C: Correta. Atualmente, o uso rotineiro de corticosteroides para prevenir a formação de estenose esofágica não é recomendado. Estudos clínicos não demonstraram benefício consistente na redução de cicatrizes estenóticas com o uso dessas medicações, e seu emprego pode aumentar o risco de infecções e mascarar sinais de perfuração visceral.

Alternativa D: Incorreta. A esofagectomia é um procedimento cirúrgico de emergência indicado apenas para casos gravíssimos com evidência de perfuração esofágica ou gástrica, necrose transmural extensa ou instabilidade hemodinâmica refratária. Lesões ulceradas ou circunferenciais são tratadas inicialmente de forma conservadora (jejum, hidratação e suporte), com acompanhamento rigoroso para tratar possíveis estenoses tardias por meio de dilatação endoscópica.

---

### Questão 36

Alternativa A (Incorreta): Embora a saciedade precoce, a disfagia e a dor torácica sejam sintomas possíveis nas hérnias paraesofágicas volumosas (devido à compressão extrínseca do esôfago ou à distensão gástrica), a odinofagia (dor ao engolir) não é um sintoma típico dessa patologia. Os sintomas mais comuns costumam estar relacionados ao efeito de massa no tórax, como plenitude pós-prandial e falta de ar, ou ainda à anemia ferropriva crônica causada por erosões na mucosa gástrica (úlceras de Cameron).

Alternativa B (Correta): Esta é a conduta atual baseada em evidências. Antigamente, acreditava-se que todas as hérnias paraesofágicas deveriam ser operadas imediatamente devido ao risco de complicações graves, como o volvo gástrico e o estrangulamento. No entanto, estudos mostraram que o risco anual de complicações

agudas é baixo (cerca de 1%). Por isso, as diretrizes atuais (como as da SAGES) recomendam que pacientes verdadeiramente assintomáticos possam ser observados com segurança. O reparo cirúrgico está indicado prioritariamente para pacientes sintomáticos ou que apresentem complicações.

Alternativa C (Incorreta): Na hérnia hiatal tipo II, também chamada de paraesofágica "pura", a junção esofagogástrica (JEG) permanece fixa em sua posição anatômica normal, ou seja, abaixo do diafragma. O que ocorre é a herniação apenas do fundo gástrico para o tórax, rolando paralelamente ao esôfago. Se a JEG estivesse acima do diafragma junto com o fundo, seria classificada como tipo III (mista).

Alternativa D (Incorreta): A descrição dada refere-se à hérnia hiatal tipo IV. A classificação correta é: tipo I (deslizamento da JEG), tipo II (rolamento do fundo gástrico com JEG tópica), tipo III (mista - JEG e fundo gástrico no tórax) e tipo IV (quando outros órgãos, como cólon, baço, pâncreas ou intestino delgado, também migram para o interior do saco herniário no tórax).

---

### Questão 37

#### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O manejo da hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera péptica exige o reconhecimento de fatores preditores de gravidade e de recidiva hemorrágica. Esses fatores podem ser clínicos, endoscópicos ou anatômicos.

#### EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) INCORRETA: A classificação de Forrest é utilizada para definir o risco de ressangramento com base no aspecto endoscópico da úlcera. A Forrest IIc é caracterizada pela presença de manchas de hematina (fundo pigmentado) na base da úlcera. Essa classificação indica um baixo risco de ressangramento (aproximadamente 5% a 10%), não exigindo tratamento endoscópico, apenas terapia medicamentosa.

Alternativa (b) INCORRETA: A localização da úlcera na grande curvatura gástrica não é considerada um fator de risco clássico para ressangramento. O local gástrico de maior risco é a pequena curvatura, devido à proximidade com a artéria gástrica esquerda.

Alternativa (c) CORRETA: Esta é uma das correlações anatômicas mais importantes em provas de residência. Úlceras localizadas na parede posterior do bulbo duodenal apresentam um risco elevado de sangramento grave e ressangramento porque estão

situadas exatamente sobre o trajeto da artéria gastroduodenal. Quando a úlcera erode este vaso de grande calibre, o sangramento costuma ser arterial, volumoso e de difícil controle definitivo apenas por endoscopia, aumentando as taxas de falha terapêutica e a necessidade de cirurgia ou embolização.

Alternativa (d) INCORRETA: Embora a necessidade de transfusão sanguínea e a instabilidade hemodinâmica sejam marcadores de gravidade do episódio atual (utilizados em escores como Rockall e Blatchford), a literatura médica destaca que fatores anatômicos (como a localização da úlcera) e características endoscópicas (Forrest I, IIa e IIb) são preditores mais específicos de ressangramento do que o volume isolado de concentrado de hemácias transfundido, especialmente no valor de 3 unidades, que é comum em quadros de HDA moderada.

#### RESUMO:

O risco de ressangramento é maior em úlceras de parede posterior do bulbo duodenal (artéria gastroduodenal) e pequena curvatura gástrica (artéria gástrica esquerda), além das classificações Forrest Ia, Ib, IIa e IIb. Portanto, a alternativa (c) é a correta.

---

### Questão 38

Alternativa (a) INCORRETA: A grelina, conhecida como o hormônio da fome, é produzida principalmente pelas células oxínticas do tipo P/D1 localizadas no fundo gástrico, e não pelas células parietais. As células parietais têm como função principal a secreção de ácido clorídrico (HCl) e fator intrínseco. Na cirurgia de gastrectomia vertical (Sleeve), a retirada do fundo gástrico reduz drasticamente os níveis de grelina, auxiliando na perda de peso.

Alternativa (b) CORRETA: O GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1) é um hormônio da classe das incretinas, secretado pelas células L do íleo distal e cólon em resposta à presença de nutrientes. Entre suas ações fisiológicas, o GLP-1 estimula a secreção de insulina, inibe a secreção de glucagon, promove saciedade central e reduz a motilidade gastrointestinal, retardando o esvaziamento gástrico (efeito conhecido como freio ileal). Nas cirurgias bariátricas disabsortivas ou mistas (como o Bypass), o aumento precoce do GLP-1 é um dos principais fatores para a melhora rápida do diabetes tipo 2.

Alternativa (c) INCORRETA: Após o bypass gástrico (Bypass em Y de Roux), ocorre, na verdade, um aumento significativo da expressão e dos níveis circulantes de PYY (Peptídeo YY). Como o alimento é desviado das porções proximais do intestino e chega mais rapidamente ao íleo distal, as células L são precocemente estimuladas a secretar PYY. Esse hormônio é um potente anorexígeno (reduz o apetite) e contribui

para o sucesso ponderal da cirurgia.

Alternativa (d) INCORRETA: A liberação e a ação do NPY (Neuropeptídeo Y) são diretamente influenciadas pela grelina. A grelina é o principal sinal periférico que ativa os neurônios que expressam NPY e AgRP no núcleo arqueado do hipotálamo. Essa ativação é o que dispara a sinalização de fome no sistema nervoso central. Portanto, a grelina circulante é um regulador positivo do NPY.

---

### Questão 39

Alternativa (a) Incorreta: Na fase aguda da doença de Crohn, a obstrução intestinal costuma ser causada por edema e processo inflamatório da parede do intestino. Nesses casos, o tratamento de escolha inicial é o manejo clínico com jejum, hidratação e corticoterapia sistêmica para reduzir o processo inflamatório. O tratamento cirúrgico é reservado para complicações como perfuração, isquemia ou obstruções causadas por estenoses fibróticas (cicatriciais), que não respondem ao tratamento medicamentoso.

Alternativa (b) Incorreta: Pacientes com obstrução intestinal apresentam perdas volêmicas acentuadas devido a vômitos, sequestro de líquido para o lúmen intestinal e para o terceiro espaço (interstício). Portanto, a hidratação inicial deve ser vigorosa e agressiva para restaurar a perfusão tecidual e evitar a insuficiência renal pré-renal. Embora a monitorização seja necessária, o medo de síndrome compartimental não deve impedir a ressuscitação volêmica adequada no momento inicial.

Alternativa (c) Correta: Abscessos intra-abdominais podem provocar obstrução intestinal por dois mecanismos: compressão extrínseca mecânica das alças adjacentes ou por meio de um íleo inflamatório (paralítico) localizado próximo à coleção. Em cenários selecionados, a drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou tomografia) permite o esvaziamento da coleção, reduzindo a resposta inflamatória e a pressão local, o que pode restaurar o trânsito intestinal sem a necessidade de uma laparotomia de urgência em um campo cirúrgico hostil.

Alternativa (d) Incorreta: A enterite actínica é decorrente de danos teciduais por radioterapia, resultando em vasculite crônica e fibrose intensa. O tecido afetado é isquêmico e tem baixíssimo potencial de cicatrização. Devido ao alto risco de fístulas e deiscências de anastomoses no pós-operatório (abdome hostil), a cirurgia é evitada ao máximo, sendo o tratamento conservador a primeira opção. A intervenção cirúrgica é considerada o último recurso.

---

## Questão 40

A questão aborda a anatomia topográfica da parede anterolateral do abdome, exigindo o conhecimento da estratigrafia (sequência de camadas) da superfície para a profundidade.

Para responder corretamente, devemos lembrar que a parede abdominal é composta por planos bem definidos. Após a pele, o tecido subcutâneo e a fáscia superficial, encontramos a prensa muscular, que é formada por três músculos planos sobrepostos. A ordem correta desses músculos, da camada mais externa para a mais interna, é:

1. Músculo Oblíquo Externo: É o mais superficial. Suas fibras têm uma direção diagonal, de cima para baixo e de fora para dentro (sentido das mãos nos bolsos).
2. Músculo Oblíquo Interno: Localiza-se logo abaixo do oblíquo externo. Suas fibras correm perpendicularmente às do oblíquo externo, em sentido ascendente.
3. Músculo Transverso do Abdome: É a camada muscular mais profunda. Como o nome indica, suas fibras possuem disposição horizontal (transversal).

Após essa camada muscular, a sequência continua com a fáscia transversalis, o tecido adiposo extraperitoneal (pré-peritoneal) e, finalmente, o peritônio parietal, que reveste a cavidade abdominal internamente.

Análise das alternativas:

- a) CORRETA. Esta alternativa descreve perfeitamente a anatomia da região, posicionando o oblíquo externo como o mais superficial, seguido pelo oblíquo interno e finalizando a camada muscular com o transverso do abdome.
- b) INCORRETA. A alternativa inverte os músculos oblíquos. O oblíquo interno é uma camada intermediária, situada obrigatoriamente abaixo do oblíquo externo.
- c) INCORRETA. Esta alternativa apresenta a ordem inversa da solicitada (da profundidade para a superfície), colocando o transverso como a camada mais externa, o que é anatomicamente falso.
- d) INCORRETA. Embora comece corretamente pelo oblíquo externo, a alternativa inverte a posição do transverso com o oblíquo interno. O músculo transverso é sempre a camada mais profunda da musculatura lateral, estando em contato direto com a fáscia transversalis.

### Questão 41

Alternativa A (Correta): Em mulheres em idade fértil (menacme), a gravidez e suas complicações (como abortamento, gravidez ectópica ou doença trofoblástica gestacional) são as causas mais comuns de irregularidade menstrual e sangramento inesperado. Portanto, a realização do teste de gravidez (beta-hCG) é o primeiro passo obrigatório em qualquer protocolo de investigação de sangramento uterino anormal para evitar erros diagnósticos e condutas inadequadas.

Alternativa B (Incorreta): Não existe um consenso ou diretriz que estipule o prazo de 3 semanas de tratamento clínico como critério para encaminhamento ao especialista. O tratamento clínico do sangramento uterino anormal, muitas vezes baseado em hormônios ou anti-inflamatórios, geralmente requer um período de observação maior (frequentemente de 3 a 6 meses) para avaliar a eficácia. O encaminhamento é indicado em casos de suspeita de malignidade, necessidade de intervenção cirúrgica ou quando o médico da atenção primária esgotar as possibilidades terapêuticas.

Alternativa C (Incorreta): O IMC é extremamente relevante na investigação ginecológica. A obesidade é um fator de risco clássico para o sangramento uterino anormal por causar anovulação crônica e aumentar a conversão periférica de androgênios em estrogênios no tecido adiposo. Esse estado de hiperestrogenismo relativo, sem a oposição da progesterona, pode levar à hiperplasia endometrial e ao câncer de endométrio.

Alternativa D (Incorreta): A avaliação da espessura endometrial por ultrassonografia na menopausa deve ser feita, preferencialmente, logo após a menstruação (fase proliferativa inicial), quando o endométrio está em sua espessura basal. Realizar o exame em qualquer fase do ciclo (como na fase secretora) pode gerar resultados falso-positivos para espessamento patológico, já que o endométrio cresce naturalmente ao longo do mês. Além disso, a medida isolada do endométrio tem baixo valor preditivo para malignidade em mulheres jovens, ao contrário do que ocorre na pós-menopausa.

---

### Questão 42

A análise clínica desta questão foca na correlação entre os achados do exame físico especular e os dados laboratoriais. A descrição de uma lesão polipoide, friável, que se exterioriza pelo colo uterino é um achado clássico de pólipos cervicais ou miomas submucosos pediculados. O valor da progesterona de 4 ng/mL indica que a paciente não está em uma fase lútea plena e, principalmente, afasta a probabilidade de uma gestação inicial saudável, na qual os níveis costumam ser bem mais elevados.

Alternativa (a) Incorreta: Embora o câncer de colo uterino possa se manifestar como uma lesão friável e sangrante, a descrição "polipoide extruindo pelo colo" é muito mais sugestiva de uma patologia benigna (pólipo). Além disso, diante de uma lesão macroscópica visível ao exame especular, a conduta correta seria a biópsia da lesão, e não o exame citopatológico (Papanicolaou), que é um método de rastreamento para lesões precursoras e apresenta alta taxa de falsos-negativos em tumores visíveis.

Alternativa (b) Correta: O quadro é típico de pólipo cervical prolapsado. O pólipo é uma protuberância focal da mucosa endocervical ou ectocervical. Quando é sintomático (causando sangramento uterino anormal), a conduta envolve a avaliação especializada pelo ginecologista para a realização da polipectomia e posterior análise histopatológica para confirmar a benignidade, sendo esta a conduta mais adequada para o nível de atenção primária ou consulta ambulatorial sugeridos no enunciado.

Alternativa (c) Incorreta: Um abortamento em curso geralmente apresenta dor abdominal tipo cólica intensa e sangramento volumoso com coágulos. A dosagem de progesterona de 4 ng/mL é baixa para uma gestação em curso. Além disso, a descrição de "lesão polipoide" refere-se a uma estrutura organizada e fixa, diferente de restos ovulares que estariam sendo expelidos.

Alternativa (d) Incorreta: A mola hidatiforme costuma apresentar-se com sangramento vaginal em "suco de ameixa" e a expulsão de vesículas (semelhantes a cachos de uva), e não como uma lesão polipoide única. O tratamento primário da mola hidatiforme é o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração ou curetagem, e não o metotrexato. O metotrexato é utilizado no tratamento da gravidez ectópica íntegra ou em casos selecionados de neoplasia trofoblástica gestacional maligna.

---

### Questão 43

A questão descreve um achado mamográfico de alta suspeição clínica: um novo agrupamento de microcalcificações pleomórficas. No sistema BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), a morfologia pleomórfica é considerada suspeita (BI-RADS 4), apresentando um risco significativo de malignidade (podendo representar um carcinoma ductal in situ ou invasor).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O controle radiológico em 6 meses é a conduta preconizada para lesões classificadas como BI-RADS 3 (provavelmente benignas), cujo risco de malignidade é inferior a 2%. Microcalcificações pleomórficas são classificadas como BI-RADS 4, o que exige investigação imediata e não conduta expectante.

b) Incorreta. Não existe correlação clínica entre os níveis de cálcio sérico (sistêmico) e a formação de microcalcificações mamárias. As calcificações na mama resultam de processos celulares locais (secreção ou necrose celular) e não de distúrbios do metabolismo do cálcio ou aterosclerose.

c) Correta. Toda lesão classificada como BI-RADS 4 ou 5 deve ser submetida a estudo histopatológico (biópsia). No caso de microcalcificações agrupadas suspeitas, o procedimento de escolha é a biópsia por agulha grossa assistida a vácuo (mamotomia) ou a biópsia cirúrgica após marcação estereotáxica, para confirmar ou descartar a presença de câncer de mama.

d) Incorreta. As incidências adicionais de Eklund são manobras específicas utilizadas exclusivamente em pacientes que possuem próteses de silicone, com o objetivo de tracionar o tecido mamário para frente e deslocar o implante para trás, permitindo uma melhor visualização do parênquima. A paciente do caso nega cirurgias prévias, tornando a técnica desnecessária. Além disso, incidências adicionais de compressão e magnificação seriam úteis para melhor caracterizar as calcificações, mas não substituem a necessidade de biópsia diante de um achado já descrito como pleomórfico.

---

#### **Questão 44**

A questão aborda o manejo dos sintomas vasomotores (fogachos), que são a queixa mais comum e impactante durante a transição menopausal e o climatério.

Item I: Correto. As modificações de estilo de vida representam a abordagem inicial, especialmente para mulheres com sintomas leves. Manter ambientes arejados, utilizar roupas leves em camadas e evitar gatilhos como álcool e comidas picantes são medidas úteis. A cessação do tabagismo é fundamental, pois o fumo está diretamente associado a uma maior gravidade e frequência dos fogachos.

Item II: Correto. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) sistêmica, seja apenas com estrogênio (para mulheres sem útero) ou combinada com progesterona (para mulheres com útero), é o tratamento padrão-ouro para os sintomas vasomotores moderados a graves. É a intervenção que apresenta os maiores índices de eficácia clínica.

Item III: Correto. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a paroxetina e o escitalopram, e os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), como a venlafaxina e a desvenlafaxina, são as principais alternativas não hormonais. Eles são indicados principalmente para pacientes com

contraindicações formais à terapia hormonal (como histórico de câncer de mama ou eventos tromboembólicos) ou para aquelas que preferem não utilizar hormônios.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A afirmativa I está correta, mas não é a única opção.
- b) Incorreta. A afirmativa II está correta, mas as demais também são opções válidas.
- c) Incorreta. Exclui o item III, que é uma alternativa farmacológica consolidada nos consensos de ginecologia e endocrinologia.
- d) Correta. Todas as afirmativas (I, II e III) apresentam opções terapêuticas reconhecidas e recomendadas para o alívio dos sintomas vasomotores.

## Questão 45

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente apresenta amenorreia secundária com exames hormonais (prolactina, TSH e FSH) normais. O ponto-chave para a resolução da questão é o resultado do teste da progesterona. Ao administrar 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por 10 dias e observar a ocorrência de sangramento após a interrupção (mesmo que por apenas um dia), confirmamos três informações fundamentais:

1. O trato de saída (útero, colo uterino e vagina) está anatomicamente íntegro e pérvio.
2. O endométrio foi previamente estimulado por estrogênio (houve proliferação endometrial).
3. A causa da amenorreia é a anovulação crônica (o ovário produz estrogênio, mas não ocorre a ovulação nem a formação do corpo lúteo, logo não há produção cíclica de progesterona para descamar o endométrio).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa (a) CORRETA: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é a principal causa de anovulação crônica hiperestrogênica. Nessas pacientes, os folículos crescem, mas não atingem a maturidade para ovular, mantendo uma produção constante de estrogênio que estimula o endométrio. Como não há ovulação, não existe corpo lúteo para produzir progesterona. Ao fornecermos a progesterona exógena (teste da progesterona), simulamos a fase lútea; ao retirá-la, o endométrio descama, gerando o sangramento. O FSH normal é característico desta patologia.

Alternativa (b) INCORRETA: A Síndrome de Kallmann é um hipogonadismo hipogonadotrófico decorrente de uma falha na migração dos neurônios produtores de

GnRH. O resultado é uma deficiência de gonadotrofinas (LH e FSH) e, conseqüentemente, níveis muito baixos de estrogênio. Com pouco estrogênio, o endométrio não prolifera, o que tornaria o teste da progesterona negativo (ausência de sangramento).

Alternativa (c) INCORRETA: A Insuficiência Ovariana Prematura (IOP) caracteriza-se pela falência folicular antes dos 40 anos. O marcador laboratorial típico é a elevação acentuada do FSH (geralmente acima de 25 a 40 mUI/mL) devido à ausência de feedback negativo dos hormônios ovarianos. Na IOP, os níveis de estrogênio são baixos e o teste da progesterona seria negativo. A questão afirma explicitamente que o FSH está normal.

Alternativa (d) INCORRETA: A Síndrome de Insensibilidade aos Androgênios (Síndrome de Morris) ocorre em indivíduos com cariótipo 46,XY. Essas pessoas possuem testículos (geralmente intra-abdominais) que produzem hormônio antimülleriano, o que impede o desenvolvimento do útero, tubas e porção superior da vagina. Além de cursar com amenorreia primária (e não secundária), a ausência de útero tornaria impossível qualquer sangramento após o teste da progesterona.

---

### Questão 46

A inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre requer a retificação do útero para alinhar o canal cervical com a cavidade uterina, facilitando a passagem do histerômetro e do aplicador, além de prevenir perfurações. O instrumental utilizado para realizar essa tração no colo uterino é a pinça de Pozzi.

Alternativa (a): Correta. A imagem mostra a Pinça de Pozzi, caracterizada por suas pontas finas e curvas em formato de garras. Ela é o instrumental preconizado para a apreensão do colo uterino (geralmente no lábio anterior) durante a inserção do DIU, pois oferece a firmeza necessária para a tração e retificação do órgão.

Alternativa (b): Incorreta. A imagem exhibe a Pinça de Allis. Esse instrumental possui dentes em sua extremidade e é utilizado principalmente para prender fâscias ou tecidos resistentes em diversos procedimentos cirúrgicos, mas não é a escolha técnica para a tração cervical na inserção do DIU.

Alternativa (c): Incorreta. A imagem representa a Pinça de Cheron. Ela é longa e curva, sendo utilizada especificamente para a antisepsia vaginal e cervical, segurando gazes embebidas em antisséptico. Não possui mecanismo de ponta para realizar a apreensão tecidual firme necessária para tração.

Alternativa (d): Incorreta. Trata-se de uma pinça de dissecação (anatômica ou

dente-de-rato). É um instrumental curto, sem trava (cremalheira), operado apenas pela pressão dos dedos. É usada para manuseio de tecidos superficiais ou suturas, sendo inadequada para procedimentos que exigem alcance profundo e fixação estável, como a tração do colo.

### Questão 47

A imagem exibe a anatomia da vulva (genitália externa feminina). Para identificar a estrutura correta, é necessário observar a localização e as características morfológicas da área apontada pela seta.

Alternativa a) Incorreta. O prepúcio do clitóris é a estrutura formada pela união superior das pregas dos pequenos lábios, cobrindo a glândula clitoridiana. A seta indica a porção lateral dessas pregas, não a sua convergência superior sobre a glândula.

Alternativa b) Incorreta. Os grandes lábios são as pregas cutâneas externas, mais volumosas, que contêm tecido adiposo e glândulas sebáceas, além de serem revestidas por pelos na sua face externa. Na fotografia, os grandes lábios são as estruturas mais laterais, que estão sendo afastadas pelas mãos com luvas.

Alternativa c) Correta. A seta aponta para os pequenos lábios (labia minora). Eles são duas pregas cutâneas delgadas, pigmentadas, sem pelos e ricas em terminações nervosas e vasos sanguíneos, localizadas internamente aos grandes lábios e delimitando o vestíbulo vaginal.

Alternativa d) Incorreta. O clitóris é um órgão erétil localizado na extremidade superior da fenda vulvar, no ponto de encontro superior dos pequenos lábios. A glândula do clitóris pode ser vista na parte superior central da imagem, mas a seta está direcionada especificamente para o corpo do pequeno lábio.

### Questão 48

Alternativa a: Incorreta. O ácido tricloroacético (ATA) é um agente cáustico que provoca a coagulação das proteínas celulares. No entanto, a concentração de 10% é considerada muito baixa para o tratamento de condilomas acuminados (verrugas genitais). Para que ocorra a destruição efetiva das lesões, as diretrizes clínicas recomendam o uso do ATA em concentrações elevadas, variando entre 80% e 90%.

Alternativa b: Correta. Esta é a conduta padrão para o tratamento realizado pelo profissional de saúde na unidade básica. O ATA a 80%-90% deve ser aplicado cuidadosamente apenas sobre as lesões, preferencialmente uma vez por semana. O acompanhamento pode se estender por 8 a 10 semanas. É importante notar que, se

não houver melhora significativa após algumas aplicações (geralmente 4 a 5 semanas), o método de tratamento deve ser reavaliado.

Alternativa c: Incorreta. O ATA é justamente uma das opções terapêuticas preferenciais para o tratamento de condilomas em gestantes. Diferentemente da podofilina e do imiquimod, o ATA possui ação estritamente local, com absorção sistêmica mínima e sem evidências de toxicidade fetal ou teratogenicidade, sendo considerado seguro em qualquer fase da gravidez.

Alternativa d: Incorreta. O imiquimod 5% creme é um modificador de resposta imune indicado para o tratamento domiciliar (pelo próprio paciente) de verrugas externas. Contudo, seu uso é contraindicado durante toda a gestação, e não apenas no primeiro trimestre. Não há estudos de segurança suficientes em humanos que permitam seu uso em grávidas, sendo classificado na categoria C de risco na gestação. Além disso, a questão foca em tratamentos realizados na unidade de saúde, e o imiquimod é tipicamente de uso em domicílio.

---

### **Questão 49**

O tema central desta questão é o terceiro estágio do parto, também conhecido como secundamento, e a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP). A conduta ativa no secundamento é uma recomendação baseada em evidências para reduzir o risco de atonia uterina, que é a principal causa de morte materna no Brasil e no mundo.

Alternativa A: Correta. A administração de 10 UI de ocitocina por via intramuscular (IM) é a medida profilática de primeira escolha para prevenir a hemorragia pós-parto. O momento ideal para essa administração é logo após o desprendimento do ombro anterior ou imediatamente após o nascimento do bebê. Essa prática garante que o útero receba o estímulo contrátil no exato momento em que começa a ser esvaziado, facilitando a dequitação placentária e a formação do globo de segurança de Pinard.

Alternativa B: Incorreta. A massagem uterina transabdominal é recomendada após a saída da placenta para garantir a contração uterina contínua. Ela não é a conduta principal no momento do desprendimento do ombro e não tem como finalidade evitar a retenção da placenta, mas sim evitar a atonia uterina após o secundamento.

Alternativa C: Incorreta. A metilergonovina não é o fármaco de primeira escolha para a profilaxia da hemorragia pós-parto devido ao seu perfil de efeitos colaterais, como a hipertensão arterial. A ocitocina isolada é o padrão-ouro. Além disso, o uso de 5 UI por via endovenosa deve ser feito de forma lenta e não é a via preferencial em protocolos de rotina quando comparada à via intramuscular de 10 UI.

Alternativa D: Incorreta. As diretrizes atuais de obstetrícia e pediatria recomendam o clampeamento tardio (ou oportuno) do cordão umbilical, realizado entre 1 e 3 minutos após o nascimento ou quando a pulsação cessar. Essa conduta beneficia o recém-nascido ao aumentar os estoques de ferro. O clampeamento precoce não reduz a hemorragia pós-parto e só deve ser realizado em situações específicas, como em pacientes HIV-positivas ou em casos de sofrimento fetal agudo.

---

### Questão 50

Para resolver essa questão, o ponto fundamental é realizar o cálculo da idade gestacional no momento em que o exame será realizado. A paciente está com 10 semanas e 6 dias e fará a ultrassonografia em 1 semana (7 dias). Portanto, no dia do exame, ela estará com 11 semanas e 6 dias.

Alternativa a: Incorreta. O Doppler das artérias ovarianas para avaliar a função do corpo lúteo não é um exame de rotina no pré-natal. Além disso, por volta da 10<sup>a</sup> à 12<sup>a</sup> semana, ocorre a transição lúteo-placentária, momento em que a placenta assume a produção de progesterona, tornando a avaliação do corpo lúteo clinicamente irrelevante para o acompanhamento de uma gestação normal.

Alternativa b: Correta. O exame indicado para este período é a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre. Ela deve ser realizada obrigatoriamente entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias (período em que o comprimento cabeça-nádega, ou CCN, mede entre 45 e 84 mm). O principal objetivo desse exame é o rastreamento de cromossomopatias (como a síndrome de Down) através da medida da translucência nugal, avaliação do osso nasal e do Doppler do ducto venoso. Como a paciente estará com 11 semanas e 6 dias, ela se encontra exatamente na janela ideal para este procedimento.

Alternativa c: Incorreta. A ultrassonografia morfológica do segundo trimestre tem como objetivo a avaliação detalhada da anatomia fetal para identificar malformações estruturais. O período preconizado para sua realização é entre 20 e 24 semanas de gestação.

Alternativa d: Incorreta. O fenômeno de centralização fetal é uma resposta hemodinâmica à hipóxia crônica (sofrimento fetal), na qual o sangue é priorizado para órgãos nobres, como o cérebro. Esse diagnóstico é feito através do Doppler (artérias umbilicais e cerebral média), sendo um exame indicado para gestações de alto risco, geralmente no terceiro trimestre, e não para uma triagem de rotina em uma gestante de baixo risco no primeiro trimestre.

---

### Questão 51

Análise da Imagem: A figura apresentada demonstra uma protrusão volumosa da parede vaginal anterior que se exterioriza pelo introito. Note que o meato uretral está localizado logo acima da massa, o que confirma tratar-se de uma herniação da bexiga para o canal vaginal, caracterizando uma cistocele.

Alternativa (a) Incorreta: A retocele consiste no prolapso da parede vaginal posterior (herniação do reto), o que não condiz com a localização anterior da massa vista na imagem. Além disso, a cirurgia de Burch é uma técnica de colpossuspensão retropúbica indicada para o tratamento da incontinência urinária de esforço por hiper mobilidade do colo vesical, e não para a correção de retocele.

Alternativa (b) Incorreta: Como mencionado, a imagem não representa uma retocele. A cirurgia de Le Fort (colpocleise) é um procedimento obliterativo, ou seja, que fecha o canal vaginal. Ela é reservada para casos de prolapso uterino ou de cúpula em pacientes idosas, com comorbidades graves e que não pretendem ter mais atividade sexual com penetração.

Alternativa (c) Incorreta: O cisto da glândula de Bartholin se manifesta como uma tumefação na região póstero-lateral do introito vaginal (geralmente às 4 ou 8 horas do relógio), sendo habitualmente unilateral. A imagem mostra uma protrusão central e superior, vinda da parede anterior, o que descarta essa hipótese.

Alternativa (d) Correta: O diagnóstico visual é de cistocele (prolapso de parede anterior). A conduta em casos de distopias genitais depende do estadiamento (sistema POP-Q) e, principalmente, do impacto na qualidade de vida. Se a paciente apresenta sintomas como sensação de peso, bola na vagina ou disfunções urinárias, o encaminhamento para serviço especializado para discussão de tratamento cirúrgico (colporrafia anterior) ou uso de pessários é a conduta preconizada.

---

### Questão 52

O caso clínico apresenta uma paciente no 3º dia de pós-operatório de cesariana (fator de risco principal) com febre alta (38,8 °C) e sinais clínicos localizadores no útero: útero doloroso à palpação e com involução inadequada (fundo uterino acima da cicatriz umbilical, quando deveria estar abaixo).

Análise das alternativas:

a) Correta. A endometrite é a principal causa de febre no puerpério, especialmente após cesarianas realizadas após trabalho de parto. A tríade clássica consiste em febre, útero amolecido/doloroso e subinvolução uterina. O tratamento padrão é a

antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa (geralmente clindamicina associada à gentamicina) até que a paciente esteja afebril por 24 a 48 horas.

b) Incorreta. Embora a paciente tenha feito uso de sonda vesical, o que aumenta o risco de infecção urinária, ela nega disúria e o exame físico mostra ausência de dor na região costovertebral (sinal de Giordano negativo), o que torna a pielonefrite um diagnóstico menos provável que a infecção uterina neste cenário.

c) Incorreta. O ingurgitamento mamário pode causar febre (conhecida como "febre do leite" ou da apojadura), mas essa febre raramente ultrapassa 38-39 °C e não costuma durar mais que 24 horas. Além disso, a presença de dor uterina e subinvolução aponta diretamente para um foco infeccioso pélvico, e não apenas mamário. O fato de haver saída espontânea de leite sugere que não há obstrução importante.

d) Incorreta. O hematoma supra-aponeurótico se manifestaria com abaulamento, dor localizada, calor e possivelmente flutuação na linha da incisão cirúrgica. O enunciado afirma especificamente que não há dor na incisão cutânea, descartando complicações da ferida operatória como causa primária da febre.

Em resumo, a combinação de febre no 3º dia pós-cesárea com útero doloroso e subinvoluído é patognomônica para endometrite puerperal.

---

### Questão 53

A compreensão da fisiologia placentária é fundamental para entender como o feto recebe nutrientes e oxigênio, além de como elimina excretas. A placenta não é uma barreira passiva, mas sim um órgão dinâmico que utiliza diversos mecanismos de transporte.

Análise dos itens:

Item I. Difusão simples: Está correto. É o mecanismo pelo qual substâncias se movem do meio de maior concentração para o de menor concentração, sem gasto de energia. É o principal meio de transporte de gases respiratórios (oxigênio e gás carbônico), água, a maioria dos eletrólitos e vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K).

Item II. Transporte ativo: Está correto. Ocorre quando substâncias são transportadas contra um gradiente de concentração, exigindo gasto de energia (ATP) e a presença de transportadores proteicos na membrana. Esse mecanismo garante que o feto receba nutrientes essenciais mesmo que os níveis maternos estejam baixos. Exemplos clássicos incluem o transporte de aminoácidos, cálcio, ferro, fósforo e

vitaminas hidrossolúveis (complexo B e vitamina C).

Item III. Pinocitose: Está correto. É um processo de endocitose em que a membrana celular da placenta engloba pequenas gotas de fluido extracelular contendo macromoléculas. Este mecanismo é vital para a transferência de moléculas grandes que não conseguiriam atravessar por outros meios, sendo o exemplo mais importante a passagem de imunoglobulinas (IgG), garantindo a imunidade passiva do recém-nascido.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A difusão simples ocorre, mas não é o único mecanismo.
- b) Incorreta. O transporte ativo ocorre, mas não isoladamente.
- c) Incorreta. A pinocitose é um mecanismo real, mas os outros também o são.
- d) Correta. Os três processos (difusão simples, transporte ativo e pinocitose) são mecanismos fisiológicos comprovados de trocas de substâncias entre a circulação materna e fetal. Além destes, vale lembrar que também ocorre a difusão facilitada (como no caso da glicose).

Portanto, a alternativa (d) é a correta, pois todos os itens listados representam vias de transporte placentário.

---

### Questão 54

Alternativa a: Correta. A gestação gemelar é classificada como um fator de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. De acordo com protocolos nacionais e internacionais (como os da FIGO, ACOG e Ministério da Saúde), pacientes com fatores de alto risco devem receber profilaxia com ácido acetilsalicílico (AAS), na dose de 100 a 150 mg por dia, iniciando idealmente entre a 12<sup>a</sup> e a 16<sup>a</sup> semana de gestação. O uso de carbonato de cálcio também é indicado para a prevenção do distúrbio hipertensivo, especialmente em populações com baixa ingestão dietética de cálcio. Ambas as medicações são mantidas geralmente até a 36<sup>a</sup> semana.

Alternativa b: Incorreta. A vacina contra febre amarela é composta por vírus vivo atenuado e, por precaução, é contraindicada durante a gravidez. Ela só deve ser considerada em situações excepcionais de surtos ou risco epidemiológico muito elevado, em que o risco da doença supera o risco vacinal, o que não se aplica ao atendimento de rotina descrito.

Alternativa c: Incorreta. O rastreamento universal para diabetes mellitus gestacional por meio do Teste de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g é realizado rotineiramente entre a 24<sup>a</sup> e a 28<sup>a</sup> semana de gestação. Na idade gestacional de 13

semanas, o exame de triagem inicial recomendado é a glicemia de jejum.

Alternativa d: Incorreta. Toda gestação gemelar, independentemente da corionicidade (mesmo sendo dicoriônica e diamniótica, que é o tipo de menor risco entre as gemelares), é considerada uma gestação de alto risco. Isso se deve à maior probabilidade de complicações como prematuridade, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal, exigindo acompanhamento em serviço especializado.

---

### Questão 55

A imagem apresentada ilustra um útero contendo uma gestação inicial, onde se observa um embrião e um grande hematoma retroplacentário/subcoriônico promovendo o descolamento do saco gestacional. O elemento fundamental para o diagnóstico diferencial nesta questão é a morfologia do colo uterino, que se encontra visivelmente dilatado (aberto), permitindo o escoamento de sangue e indicando que o processo de expulsão é irreversível.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O descolamento prematuro de placenta (DPP) é uma complicação obstétrica que ocorre em gestações mais avançadas, classicamente após a 20ª semana de gestação. A figura mostra um embrião em estágio inicial de desenvolvimento, o que caracteriza clinicamente um quadro de abortamento, e não DPP.

b) Incorreta. A placenta prévia define-se pela implantação da placenta no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno do colo. É um diagnóstico realizado no segundo ou no terceiro trimestre de gestação. A imagem foca no descolamento ovular e na dilatação cervical em uma gestação inicial.

c) Incorreta. No aborto incompleto, parte do conteúdo da gestação já foi expulso para o meio externo, permanecendo no útero apenas restos placentários ou membranas. Na imagem, o saco gestacional e o embrião ainda permanecem inteiros dentro da cavidade uterina, apesar de estarem sendo descolados.

d) Correta. O aborto inevitável caracteriza-se por sangramento vaginal e dor pélvica em uma gestação de primeiro trimestre, acompanhados de dilatação do colo uterino (orifício interno aberto). Como a imagem mostra o saco gestacional ainda na cavidade, mas com o colo uterino aberto e um hematoma significativo desprendendo a gestação, o diagnóstico de aborto inevitável é o mais adequado, pois a expulsão ocorrerá em breve.

---

## Questão 56

A fisiopatologia do evento relatado baseia-se no bloqueio dopaminérgico na via tuberoinfundibular. No hipotálamo, a dopamina funciona fisiologicamente como o fator inibidor da prolactina. Quando um antipsicótico bloqueia os receptores D2 nesta via, ocorre a perda dessa inibição, resultando em hiperprolactinemia. O excesso de prolactina no sangue leva aos sintomas clínicos descritos: galactorreia (produção de leite), aumento mamário, alterações menstruais (oligomenorreia ou amenorreia) e redução da libido por interferência no eixo gonadal.

Alternativa A (Correta): A risperidona é um antipsicótico de segunda geração (atípico) que se destaca por ser o fármaco deste grupo com maior probabilidade de causar hiperprolactinemia significativa. Embora seja atípica, sua afinidade pelos receptores D2 na via tuberoinfundibular é muito alta, provocando elevações de prolactina que muitas vezes superam as observadas com antipsicóticos de primeira geração. É o principal agente associado a esse efeito colateral em contextos de manutenção ambulatorial, tornando-se a resposta clássica em provas de residência para este quadro clínico.

Alternativa B (Incorreta): A olanzapina é um antipsicótico atípico cujo perfil de efeitos adversos é predominantemente metabólico, incluindo ganho de peso acentuado, aumento do risco de diabetes e dislipidemia. Embora possa causar um aumento leve e transitório da prolactina em alguns pacientes, esse efeito raramente atinge níveis que causem galactorreia ou sintomas clínicos importantes como os descritos no caso.

Alternativa C (Incorreta): A clorpromazina é um antipsicótico típico de baixa potência. Por ser de baixa potência, ela exige doses maiores para o controle psicótico e acaba interagindo com diversos receptores (histaminérgicos, muscarínicos e alfa-adrenérgicos), o que gera mais sedação, hipotensão e efeitos anticolinérgicos do que propriamente um bloqueio dopaminérgico puro e intenso na via tuberoinfundibular, quando comparada à risperidona.

Alternativa D (Incorreta): A quetiapina é conhecida na prática clínica como um antipsicótico "poupador de prolactina". Ela possui uma baixa afinidade pelos receptores D2 e uma dissociação muito rápida desses receptores. Por essa característica, a quetiapina praticamente não altera os níveis de prolactina, sendo inclusive uma das opções de troca recomendadas quando um paciente desenvolve hiperprolactinemia por outros antipsicóticos.

## Questão 57

### ANÁLISE DAS ASSERTIVAS:

ASSERTIVA I (INCORRETA): Ao contrário do que afirma o item, a literatura médica estabelece que a gravidez não planejada ou indesejada, a percepção de falta de suporte social (seja familiar ou do parceiro), as complicações médicas durante a gestação e as condições socioeconômicas desfavoráveis são, comprovadamente, fatores de risco importantes para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Outros fatores relevantes incluem histórico pessoal de transtornos depressivos e eventos estressantes no último ano.

ASSERTIVA II (CORRETA): O termo "blues" refere-se à Disforia Puerperal ou Baby Blues. É uma condição muito comum, atingindo até 80% das mulheres. Caracteriza-se por labilidade emocional, choro fácil e irritabilidade, surgindo nos primeiros dias após o parto. Por ser um fenômeno fisiológico e autolimitado (resolvendo-se geralmente em até duas semanas), não exige tratamento medicamentoso, mas sim suporte, validação dos sentimentos e orientação à família.

ASSERTIVA III (CORRETA): Ferramentas de rastreio são fundamentais para o diagnóstico precoce. A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) é o instrumento de autoavaliação mais utilizado mundialmente para essa finalidade. A aplicação dessas escalas em serviços de atenção primária e em consultas de rotina do puerpério aumenta significativamente a detecção da doença, que muitas vezes é subdiagnosticada devido ao estigma ou à confusão dos sintomas com o cansaço materno.

ASSERTIVA IV (CORRETA): No tratamento medicamentoso da depressão pós-parto durante a amamentação, a escolha do antidepressivo deve considerar a passagem da droga para o leite. A sertralina e a paroxetina são consideradas drogas de primeira linha e seguras para lactantes, pois apresentam taxas de excreção no leite materno muito baixas, resultando em níveis séricos indetectáveis ou clinicamente insignificantes no lactente.

CONCLUSÃO: Estão corretas as assertivas II, III e IV. Portanto, a alternativa correta é a letra (d).

## Questão 58

Para compreender esta questão, é necessário identificar as membranas fetais e as cavidades formadas durante o desenvolvimento embrionário inicial, conforme representadas na imagem.

A estrutura apontada pela letra C refere-se ao córion frondoso. No início da gestação, as vilosidades coriônicas cobrem toda a superfície do saco coriônico. Com o crescimento do saco gestacional, as vilosidades associadas à decídua capsular são comprimidas e degeneram, tornando-se o córion liso (\*chorion laeve\*). Já as vilosidades associadas à decídua basal aumentam em número e ramificam-se profusamente, formando o córion frondoso (ou córion viloso), que constituirá a parte fetal da placenta.

Análise das alternativas:

a) Cavidade coriônica: Incorreta. A cavidade coriônica (ou celoma extraembrionário) é o espaço entre o âmnio e o córion. Na imagem, ela seria representada pela região indicada pela letra A, que tende a desaparecer conforme a cavidade amniótica se expande e o âmnio se funde ao córion.

b) Cavidade uterina: Incorreta. A cavidade uterina é o espaço real ou potencial dentro do útero que não está ocupado pelo saco gestacional. Na imagem, é o espaço em formato de crescente localizado abaixo da estrutura gestacional, entre a decídua capsular e a decídua parietal.

c) Córion frondoso: Correta. Como descrito, a letra C aponta exatamente para a porção do córion que apresenta as vilosidades ramificadas em contato com a decídua basal, característica fundamental do córion frondoso para a formação placentária.

d) Cavidade amniótica: Incorreta. A cavidade amniótica é o espaço preenchido por líquido que envolve diretamente o embrião, delimitado pela membrana amniótica. Na imagem, essa cavidade está indicada pela letra B.

Portanto, a associação correta entre a letra C e a estrutura anatômica é o córion frondoso.

### Questão 59

Alternativa (a) Correta: De acordo com o Manual de Prevenção da Dengue na Gestação do Ministério da Saúde (2024), os repelentes recomendados para uso por gestantes são aqueles que contêm substâncias aprovadas pela Anvisa, como a icaridina, o DEET (dietiltoluamida) e o IR3535. A icaridina, especificamente, é segura para ser utilizada durante todo o período gestacional, oferecendo proteção prolongada contra o *Aedes aegypti* quando aplicada seguindo as instruções do rótulo.

Alternativa (b) Incorreta: O DEET é considerado seguro para uso durante a gravidez. Estudos científicos e órgãos de saúde nacionais e internacionais, como o CDC e a Anvisa, reforçam que não há evidências de risco teratogênico ou danos ao feto com o uso correto dessa substância. Portanto, ele é uma das opções indicadas para a proteção da gestante.

Alternativa (c) Incorreta: As vacinas contra a dengue disponíveis atualmente no Brasil (como a Qdenga) são compostas por vírus vivos atenuados. Por essa característica, elas são contraindicadas para gestantes e mulheres em fase de amamentação (lactantes), devido ao risco teórico de infecção pelo vírus vacinal. A prevenção nesse grupo deve focar em barreiras físicas e repelentes.

Alternativa (d) Incorreta: A afirmação possui dois erros fundamentais. Primeiro, o *Aedes aegypti* possui hábitos preferencialmente diurnos, com picos de atividade ao amanhecer e ao entardecer, e não noturnos. Segundo, embora o uso de telas e mosquiteiros seja uma medida auxiliar importante, o controle de criadouros e o uso de repelentes individuais são considerados pilares fundamentais no impacto direto da proteção individual da gestante em áreas endêmicas.

---

### Questão 60

A acurácia da ultrassonografia para datar a gestação é inversamente proporcional à idade gestacional. Isso significa que, quanto mais precoce é o exame, mais precisa é a estimativa da idade do feto. No primeiro trimestre, especialmente com a medida do Comprimento Cabeça-Nádegas (CCN), o crescimento embrionário é altamente uniforme, apresentando um erro de datação muito pequeno, geralmente entre 5 a 7 dias.

Conforme a gestação progride para o segundo e terceiro trimestres, a variabilidade biológica individual (determinada pela genética e por fatores placentários ou nutricionais) torna-se mais evidente. Por isso, as medidas biométricas (como diâmetro biparietal e comprimento do fêmur) passam a ter margens de erro progressivamente maiores, chegando a cerca de 10 a 14 dias no segundo trimestre e

21 dias ou mais no terceiro trimestre.

Alternativa (a): Esta é a alternativa correta. O gráfico apresenta uma linha ascendente, o que demonstra uma correlação direta: à medida que a idade gestacional aumenta (eixo horizontal), o erro de datação também aumenta (eixo vertical). Este é o modelo que descreve corretamente a realidade clínica da ultrassonografia obstétrica.

Alternativa (b): Incorreta. Este gráfico mostra o erro diminuindo conforme a gestação avança. Se isso fosse verdade, um ultrassom de terceiro trimestre seria mais confiável para datar a gravidez do que um de primeiro trimestre, o que é o oposto da prática médica.

Alternativa (c): Incorreta. O gráfico sugere que o erro é constante (uma linha horizontal) durante toda a gestação. No entanto, sabemos que a precisão cai drasticamente conforme o feto cresce e as variações individuais de tamanho se acentuam.

Alternativa (d): Incorreta. Este gráfico em curva sugere que o erro aumentaria até a metade da gestação e depois diminuiria conforme o parto se aproxima. Não há fundamentação biológica ou estatística que suporte essa redução de erro no final da gravidez.

---

## Questão 61

Para resolver essa questão, é fundamental integrar os conhecimentos de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) com as diretrizes de manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde.

Análise do Recém-Nascido (RN):

O RN possui 38 semanas (termo) e apresenta boa vitalidade (choro forte e tónus adequado). A cianose mencionada é um achado fisiológico e esperado nos primeiros minutos de vida (cianose de extremidades ou acrocianose), não indicando necessidade de intervenção imediata ou reanimação, desde que o RN esteja respirando ou chorando.

Conduta no Clampeamento do Cordão:

De acordo com as diretrizes atuais, para RNs de termo com boa vitalidade, o clampeamento do cordão umbilical deve ser tardio (ou oportuno), ocorrendo entre 1 a 3 minutos após o nascimento (ou pelo menos após 60 segundos). Essa prática garante maior aporte de ferro e reduz o risco de anemia no primeiro ano de vida.

O Fator Sífilis:

Um ponto crucial da questão é o teste rápido positivo para sífilis na mãe. Diferente do HIV e do HTLV, a sífilis não é uma contraindicação para o clampeamento tardio do cordão umbilical. O mesmo vale para as hepatites B e C. Portanto, a presença de sífilis materna não deve alterar a conduta de clampeamento oportuno em um RN vigoroso.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. O estímulo tátil no dorso é uma manobra de estabilização inicial para RNs que não iniciam a respiração espontânea ou estão em apneia. Como o RN tem choro forte e bom tônus, essa manobra é desnecessária. Além disso, o clampeamento não deve ser imediato.

b) Incorreta. O clampeamento imediato e o encaminhamento ao berço aquecido para manobras de reanimação são indicados apenas para RNs que não apresentam boa vitalidade (ausência de choro/respiração ou tônus flácido). O bebê em questão está vigoroso.

c) Incorreta. Embora o contato pele a pele e a amamentação estejam corretos para um RN vigoroso, o tempo de clampeamento preconizado para o RN de termo pela SBP é de 1 a 3 minutos. O termo "após 30 segundos" é utilizado em protocolos de prematuros tardios (34 a 36 semanas), mas a alternativa (d) descreve de forma mais precisa a conduta para um RN de 38 semanas.

d) Correta. Esta alternativa segue rigorosamente o protocolo da SBP para um RN de termo com boa vitalidade: aguardar pelo menos 60 segundos para o clampeamento (clampeamento tardio/oportuno), manter o contato pele a pele com a mãe para promover o vínculo e a regulação térmica, garantindo a avaliação contínua dessa vitalidade. A sífilis não contraindica esse procedimento.

---

## Questão 62

O caso clínico descreve um recém-nascido com genitália atípica, caracterizada por um falo de 2,3 cm (compatível com clitoromegalia severa ou micropênis), fusão das pregas labioescrotais e gônadas não palpáveis. A ausência de gônadas palpáveis em um recém-nascido com virilização é um sinal clássico que aponta para um indivíduo geneticamente feminino (46,XX), uma vez que os testículos costumam descer para o canal inguinal ou bolsa escrotal, enquanto os ovários permanecem em posição intra-abdominal.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A ADS XX ovotesticular (antigamente denominada hermafroditismo verdadeiro) é uma condição rara em que o paciente apresenta tanto tecido ovariano quanto testicular (seja no mesmo órgão, o ovotestis, ou em gônadas separadas). Apesar de ser uma causa de genitália ambígua, sua prevalência é muito baixa na população geral.

b) Correta. A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) por deficiência da enzima 21-hidroxilase é a causa mais comum de Anormalidade de Diferenciação Sexual (ADS) no recém-nascido. Em indivíduos com cariótipo 46,XX, o excesso de andrógenos produzido pelas adrenais durante a vida intrauterina causa a virilização da genitália externa feminina (fusão labioescrotal e aumento do clitóris), sem alterar a formação das gônadas (ovários) e das estruturas müllerianas (útero e trompas). É considerada uma emergência médica devido ao risco de crise adrenal por perda de sal.

c) Incorreta. A Hiperplasia Adrenal Congênita em indivíduos com cariótipo 46,XY não causa genitália atípica ao nascimento. Como esses pacientes já possuem testículos que produzem testosterona normalmente, o excesso de andrógenos da adrenal não altera a morfologia da genitália externa masculina, que se apresenta normal ao nascimento. Esses meninos costumam ser diagnosticados mais tarde por crise adrenal ou puberdade precoce.

d) Incorreta. A Disgenesia Gonadal Mista (frequentemente associada ao mosaicismo 45,X/46,XY) é uma causa importante de ADS, sendo caracterizada pela presença de uma gônada disgenética de um lado e um testículo do outro. Embora seja uma causa comum de ambiguidade genital, ela é estatisticamente menos frequente que a Hiperplasia Adrenal Congênita 46,XX. Além disso, na disgenesia gonadal mista, é comum que pelo menos uma gônada seja palpável.

---

### Questão 63

O objetivo da questão é identificar a conduta incorreta no seguimento do recém-nascido (RN) pré-termo.

Alternativa (a): Esta afirmação está correta. O programa de seguimento (\*follow-up\*) do prematuro é um processo contínuo que deve começar antes mesmo da alta hospitalar. Isso envolve o acolhimento da família, o treinamento para cuidados domiciliares e a organização da rede de referência para garantir que o bebê receba assistência multidisciplinar logo após sair da UTI.

Alternativa (b): Esta afirmação está correta. Embora o crescimento compensatório

(\*catch-up\*) seja desejado, um aumento súbito e exagerado do perímetro cefálico pode ser sinal de complicações neurológicas, como a hidrocefalia pós-hemorragica. Por isso, o monitoramento rigoroso das curvas de crescimento é essencial para identificar precocemente desvios que indiquem pior prognóstico neurológico.

Alternativa (c): Esta afirmação está correta. Existe um conceito bem estabelecido na pediatria sobre a programação metabólica. Prematuros ou bebês pequenos para a idade gestacional (PIG) que apresentam um ganho de peso e crescimento excessivamente rápido nos primeiros anos (\*catch-up\* intenso) possuem maior risco de desenvolver síndrome metabólica, resistência insulínica e doenças cardiovasculares no futuro.

Alternativa (d): Esta afirmação está INCORRETA e, portanto, é o gabarito. O calendário vacinal do prematuro deve ser seguido de acordo com a idade cronológica (idade contada a partir do dia do nascimento) e não pela idade corrigida. A maturação do sistema imunológico para resposta às vacinas independe da idade gestacional. As únicas exceções pontuais são o peso mínimo de 2.000 g para a aplicação da BCG e esquemas específicos para a vacina contra a hepatite B e o anticorpo palivizumabe em casos selecionados. No geral, o bebê deve ser vacinado conforme os meses de vida contados a partir do nascimento.

---

## Questão 64

### ANÁLISE DO CASO

O teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) é um rastreio obrigatório para identificar Cardiopatias Congênitas Críticas (dependentes de canal arterial) em recém-nascidos aparentemente saudáveis com idade gestacional acima de 34 semanas. O exame deve ser realizado entre 24 e 48 horas de vida, mensurando a saturação de oxigênio no membro superior direito (pré-ductal) e em um dos membros inferiores (pós-ductal).

De acordo com o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde, os critérios de interpretação são:

1. Resultado Normal: Saturação maior ou igual a 95% em ambos os membros E diferença entre as medidas menor ou igual a 3%.
2. Resultado Duvidoso: Saturação entre 90% e 94% OU diferença entre os membros maior ou igual a 4%. Conduta: Repetir o teste em 1 hora. Se o resultado persistir após três medidas, é considerado positivo.
3. Resultado Positivo: Qualquer medida de saturação menor que 90%. Conduta: Realizar avaliação clínica e ecocardiograma.

No caso apresentado, o recém-nascido possui 89% de saturação no membro superior direito. Como esse valor é inferior a 90%, o teste é considerado positivo (alterado) de imediato.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (Correta): Como o resultado foi menor que 90% em um dos membros, o protocolo define o teste como positivo. A conduta imediata é a avaliação médica detalhada seguida da realização do ecocardiograma para investigar anomalias estruturais cardíacas graves que necessitam de intervenção precoce.

Alternativa B (Incorreta): O eletrocardiograma não é o exame indicado para o rastreamento de cardiopatias congênitas estruturais no período neonatal. O ecocardiograma é o exame de escolha, pois permite a visualização da anatomia e do fluxo sanguíneo do coração.

Alternativa C (Incorreta): A repetição do teste em 1 hora só deve ocorrer se os valores de saturação estivessem entre 90% e 94% ou se a diferença fosse maior ou igual a 4%. Valores abaixo de 90% já indicam falha direta no teste, sem necessidade de repetição para confirmação.

Alternativa D (Incorreta): A conduta é necessária porque o valor absoluto de 89% é patológico. Para o teste ser considerado normal, a saturação deve ser obrigatoriamente igual ou maior que 95% nos dois locais de aferição, além de respeitar a diferença máxima de 3%. No caso, o paciente falhou no critério de valor absoluto mínimo.

---

#### Questão 65

O tempo para a primeira micção no recém-nascido (RN) é um dado clínico importante monitorado no alojamento conjunto. Cerca de 95% dos recém-nascidos a termo urinam nas primeiras 24 horas de vida. No entanto, é considerado fisiologicamente normal que a primeira diurese ocorra em até 48 horas após o nascimento.

Alternativa (a): Correta. Como o recém-nascido em questão tem apenas 20 horas de vida, ele ainda está dentro do intervalo considerado normal para a primeira micção. A conduta inicial deve ser a observação e o acompanhamento clínico, pois a grande maioria desses bebês urinará espontaneamente sem necessidade de intervenções nas próximas horas. O limite de 24 a 36 (ou até 48 horas) é amplamente aceito na literatura pediátrica antes de se iniciar uma investigação diagnóstica agressiva.

Alternativa (b): Incorreta. A sondagem vesical é um procedimento invasivo que apresenta riscos de infecção do trato urinário e trauma uretral. Não há indicação para monitorização invasiva em um RN de 20 horas que não apresenta outros sinais de alerta, visto que o tempo limite fisiológico ainda não foi ultrapassado.

Alternativa (c): Incorreta. Somar 6 horas ao tempo atual resultaria em apenas 26 horas de vida. Como o prazo de normalidade estende-se até as 48 horas, essa conduta seria precoce. Além disso, a solicitação de urocultura e exame comum de urina não faz sentido como triagem inicial para ausência de diurese, pois o objetivo primeiro seria confirmar a produção de urina ou identificar obstruções anatômicas, e não diagnosticar infecção.

Alternativa (d): Incorreta. A ecografia renal é o exame de escolha para avaliar malformações do trato urinário, como a agenesia renal ou válvulas de uretra posterior. Contudo, esse exame só deve ser solicitado se a ausência de diurese persistir após 48 horas de vida ou se houver achados anormais no exame físico (como massas abdominais palpáveis ou bexigoma). Realizá-la com apenas 24 horas em um RN estável é uma conduta precipitada.

---

## Questão 66

Para resolver essa questão, devemos avaliar dois aspectos fundamentais: o estadiamento de maturação sexual (Escala de Tanner) e a cronologia (idade) de início da puberdade.

Análise de João (8 anos):

Na Escala de Tanner para o sexo masculino (G), o estágio G1 é o estado pré-púbere. O estágio G2 marca o início da puberdade, caracterizado principalmente pelo aumento do volume testicular (igual ou superior a 4 ml). O estágio G3 é definido pelo aumento do comprimento peniano e pelo crescimento adicional dos testículos. Em relação à idade, a puberdade no menino é considerada precoce quando se inicia antes dos 9 anos. Como João tem 8 anos e já apresenta aumento do comprimento peniano, ele é classificado como Tanner G3, apresentando puberdade precoce.

Análise de Maria (11 anos):

Na Escala de Tanner para o sexo feminino (M), o estágio M1 é o estado pré-púbere. O estágio M2 é caracterizado pelo aparecimento do broto mamário (telarca), que é o marco inicial da puberdade feminina. A puberdade fisiológica em meninas ocorre entre os 8 e 13 anos de idade. Como Maria tem 11 anos, ela está no estágio Tanner M2, e seus achados são considerados normais para a sua idade.

Análise das alternativas:

a) Correta. João está no estágio G3 (aumento do comprimento peniano) e, por ter 8 anos (menos de 9), apresenta puberdade precoce. Maria está no estágio M2 (broto mamário) e, aos 11 anos, está dentro da faixa de normalidade (8 a 13 anos).

b) Incorreta. O estágio G4 envolveria o aumento do diâmetro do pênis e o desenvolvimento da glândula, o que não foi descrito. Além disso, Maria não apresenta atraso puberal, pois o atraso em meninas é definido pela ausência de mamas após os 13 anos.

c) Incorreta. Os achados de João não são normais para a idade de 8 anos, mas sim precoces. Maria não pode ser classificada como M1, pois o estágio M1 representa a ausência de tecido mamário palpável.

d) Incorreta. João não atende aos critérios de G4, e sua puberdade não é normal para a idade. Maria possui desenvolvimento mamário (não é M1) e não apresenta atraso puberal.

Nota: Embora o enunciado utilize o termo "Escala de Turner", a questão refere-se claramente à Escala de Tanner, utilizada para o estadiamento da puberdade. Além disso, o termo "Turner" costuma ser associado à Síndrome de Turner, uma condição genética, o que reforça que houve um erro de digitação na elaboração da questão original, mas que não impede a sua resolução técnica baseada nos critérios de Tanner.

---

### Questão 67

Para resolver essa questão, devemos analisar os marcos do desenvolvimento infantil estabelecidos pela Caderneta da Criança do Ministério da Saúde para cada uma das idades citadas.

Análise de Paulo (4 meses e 15 dias):

Paulo está na faixa etária que compreende os 4 meses até os 6 meses incompletos. Segundo os marcos do desenvolvimento:

1. Localizar o som: esperado aos 4 meses. Paulo realiza.
2. Rolar: esperado entre 4 e 6 meses. Paulo realiza.
3. Busca ativa de objetos e levá-los à boca: esperado aos 4 meses. Paulo realiza.
4. Transferir objetos de uma mão para outra: este é um marco esperado para os 6 meses de idade.

Como Paulo realiza todos os marcos esperados para sua idade atual (4 meses) e a falta da transferência de objetos é normal, já que ele ainda não atingiu os 6 meses, seu desenvolvimento é considerado normal.

Análise de Carlos (10 meses e 15 dias):

Carlos está na faixa etária dos 9 meses até 1 ano incompleto. Segundo os marcos do desenvolvimento para esta fase:

1. Sentar-se sem apoio: esperado aos 6-9 meses. Carlos realiza.
2. Transferir objetos de uma mão para outra: esperado aos 6 meses. Carlos realiza.
3. Brincar de esconde-achou: marco social e cognitivo esperado aos 9 meses. Carlos NÃO realiza.
4. Duplicar sílabas (ex.: dada, mama, papa): marco de linguagem esperado aos 9 meses. Carlos NÃO realiza.

De acordo com o Ministério da Saúde, quando uma criança apresenta a ausência de um ou mais marcos para sua faixa etária (neste caso, os marcos de 9 meses), a classificação é de Provável Atraso no Desenvolvimento.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Apenas Paulo tem desenvolvimento normal. Carlos falhou em marcos essenciais de linguagem e interação social esperados para sua idade.

Alternativa (b) Correta. Paulo cumpre todos os marcos para os 4 meses (não sendo obrigado a transferir objetos ainda). Carlos apresenta ausência de marcos que deveriam estar presentes aos 9 meses (esconde-achou e duplicar sílabas), o que caracteriza provável atraso.

Alternativa (c) Incorreta. Paulo não apresenta atraso, pois as habilidades que ele possui são compatíveis com seus 4 meses e 15 dias.

Alternativa (d) Incorreta. Esta alternativa inverte a situação clínica dos pacientes, atribuindo erroneamente o atraso a Paulo e a normalidade a Carlos.

---

## Questão 68

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de TEA não é impossível entre 18 e 24 meses; pelo contrário, essa é a faixa etária ideal para o rastreamento universal. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Ministério da Saúde recomendam a aplicação de instrumentos de triagem justamente nesse período para permitir a intervenção precoce, que é fundamental para o melhor prognóstico da criança.

Alternativa b) Incorreta. Embora o diagnóstico de TEA seja essencialmente clínico, baseado na observação do comportamento e no relato dos pais seguindo os critérios

do DSM-5 ou CID-11, a afirmação está errada ao mencionar a existência de um biomarcador específico. Até o momento, não existem exames laboratoriais ou de imagem que funcionem como biomarcadores para o diagnóstico de autismo. Exames complementares podem ser solicitados apenas para investigar comorbidades ou diagnósticos diferenciais.

Alternativa c) Correta. A presença de um histórico familiar positivo (pais ou irmãos com TEA) aumenta significativamente o risco de a criança também apresentar o transtorno, devido à forte base genética do TEA. Além disso, qualquer atraso nos marcos de desenvolvimento, especialmente na tríade que envolve comunicação, interação social e comportamento, em uma criança com fatores de risco, torna a investigação diagnóstica obrigatória e imediata, não devendo o médico adotar uma postura de espera.

Alternativa d) Incorreta. A recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Academia Americana de Pediatria é que a triagem específica com o questionário M-CHAT-R/F seja realizada em todas as crianças nas consultas de rotina entre os 18 e 24 meses de idade. As idades citadas na alternativa (36 e 48 meses) estão fora da janela recomendada para o rastreamento primário com essa ferramenta específica.

Gabarito: Letra (c).

---

### Questão 69

A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais comum após o primeiro ano de vida e é composta por quatro achados anatômicos: comunicação interventricular (CIV), estenose pulmonar (geralmente infundibular), dextroposição da aorta (aorta em cavaleiro) e hipertrofia do ventrículo direito. A compreensão da crise hipoxêmica, também chamada de crise de cianose ou spell, passa diretamente pelo entendimento da dinâmica do fluxo sanguíneo entre o coração e o pulmão.

Alternativa a: Está incorreta. Na Tetralogia de Fallot, o fluxo pulmonar é cronicamente diminuído pela estenose. A presença de um ducto arterioso patente (canal arterial) é, na verdade, um mecanismo compensatório que ajuda a levar sangue para os pulmões em recém-nascidos com obstrução grave. O hiperfluxo não é o causador da crise hipoxêmica; ao contrário, o fechamento fisiológico do ducto arterioso no período neonatal pode precipitar cianose grave.

Alternativa b: Está correta. A crise hipoxêmica ocorre quando há uma redução aguda e acentuada do fluxo sanguíneo pulmonar (hipofluxo). O principal mecanismo é o espasmo da musculatura infundibular do ventrículo direito. O infundíbulo é a região de saída do ventrículo para a artéria pulmonar; quando essa musculatura sofre um

espasmo, a obstrução se torna quase completa. Como resultado, o sangue venoso que deveria ir para os pulmões encontra uma resistência altíssima e acaba sendo desviado pela CIV diretamente para a aorta (shunt direita-esquerda), caindo na circulação sistêmica sem ser oxigenado.

Alternativa c: Está incorreta. O shunt esquerda-direita é característico de cardiopatias acianóticas, como a CIV isolada ou a comunicação interatrial (CIA), onde o sangue oxigenado retorna aos pulmões. Na Tetralogia de Fallot, a pressão no ventrículo direito é igual ou superior à do ventrículo esquerdo devido à estenose pulmonar, o que inverte o sentido do shunt para direita-esquerda durante as crises, gerando a hipoxemia.

Alternativa d: Está incorreta. Uma das características definidoras da Tetralogia de Fallot é justamente a hipertrofia do ventrículo direito, ou seja, um aumento da sua massa muscular. O ventrículo direito precisa trabalhar contra uma grande obstrução (a estenose pulmonar), o que o torna mais musculoso. Não há baixa muscularização; o problema não é a força de contração do músculo em si, mas sim a barreira física (estenose) que impede o sangue de chegar aos pulmões.

---

### Questão 70

O quadro clínico descrito — hipertermia súbita e grave (41 °C) associada à instabilidade hemodinâmica (baixo débito cardíaco) durante um procedimento cirúrgico sob anestesia — é a apresentação clássica da Hipertermia Maligna (HM). A confirmação diagnóstica implícita na questão é o uso do dantrolene, que é o único antídoto específico para essa condição.

Alternativa A: Incorreta. A translocação bacteriana pode levar a quadros de sepse e febre; porém, o início costuma ser menos abrupto do que o observado na HM, e a temperatura raramente atinge níveis tão elevados instantaneamente no transoperatório. Além disso, o dantrolene não possui efeito sobre processos infecciosos.

Alternativa B: Incorreta. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é extremamente raro em crianças de 4 anos sem cardiopatias congênitas graves ou doenças inflamatórias específicas (como a doença de Kawasaki). Embora possa causar baixo débito cardíaco, o IAM não justifica uma febre de 41 °C, nem seria tratado com dantrolene.

Alternativa C: Correta. A Hipertermia Maligna é uma desordem farmacogenética do músculo esquelético. Quando indivíduos suscetíveis são expostos a agentes-gatilho, ocorre uma liberação desenfreada de cálcio do retículo sarcoplasmático, gerando um estado hipermetabólico intenso. Os principais gatilhos são os anestésicos inalatórios

halogenados e o relaxante muscular despolarizante succinilcolina. O tratamento de escolha absoluto é a interrupção dos gatilhos, o resfriamento do paciente e a administração imediata de dantrolene sódico.

Alternativa D: Incorreta. O sangramento nasal e a Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) podem ocorrer como complicações tardias e graves da Hipertermia Maligna não tratada, devido ao colapso metabólico e térmico. No entanto, eles não são o gatilho da crise, mas sim consequências do dano sistêmico. O foco da questão é o gatilho que levou ao uso do dantrolene.

---

## Questão 71

Análise do Quadro Clínico:

A criança de 2 anos apresenta sintomas clássicos de dengue (febre, mialgia, cefaleia retro-orbital) e está no 4º dia de doença. A presença de manifestações hemorrágicas (petéquias e epistaxe) associadas a sinais de alerta fundamentais, como sonolência (alteração do estado mental) e recusa alimentar, classifica o caso como dengue com sinais de alerta, indicando que o paciente entrou na fase crítica da patologia.

Análise das Assertivas:

Assertiva I: CORRETA. A fase crítica da dengue ocorre geralmente entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas, período marcado pela queda da febre (defervescência) e pelo risco de extravasamento plasmático. A presença de sangramentos e, principalmente, de sinais de alerta como a sonolência, confirma que o paciente está nesse estágio crítico, exigindo intervenção médica imediata para evitar a evolução para o choque.

Assertiva II: CORRETA. O diagnóstico laboratorial da dengue na fase inicial de viremia, que compreende do 1º ao 5º dia de sintomas, é realizado preferencialmente pela detecção do antígeno viral NS1 ou por métodos moleculares (RT-PCR). Como a criança encontra-se no 4º dia de evolução, o NS1 é o exame de eleição. A sorologia para detecção de anticorpos IgM só costuma apresentar positividade após o 6º dia de doença.

Assertiva III: INCORRETA. O cálculo da vazão de manutenção hídrica para uma criança de 12 kg é baseado na regra de Holliday-Segar. O volume total para 24 horas é calculado da seguinte forma: 100 mL/kg para os primeiros 10 kg (1000 mL) somados a 50 mL/kg para os 2 kg excedentes (100 mL), totalizando 1100 mL por dia. Para obter a vazão horária, divide-se 1100 mL por 24 horas, o que resulta em aproximadamente 45,8 mL/h. O valor de 35 mL/h sugerido está incorreto. Vale ressaltar que, devido aos sinais de alerta, a criança deve receber inicialmente uma

fase de expansão rápida (10 mL/kg) conforme os protocolos de manejo do Ministério da Saúde.

Análise das Alternativas:

- a) Correta: Identifica adequadamente que apenas as assertivas I e II estão tecnicamente corretas.
- b) Incorreta: Inclui a assertiva III, que possui erro no cálculo da taxa de infusão hídrica.
- c) Incorreta: Exclui a assertiva I, que define corretamente a fase clínica, e inclui a assertiva III, que está errada.
- d) Incorreta: Considera a assertiva III como correta, o que invalida a opção.

---

## Questão 72

### COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema abordado é o ofidismo, especificamente a epidemiologia dos acidentes por serpentes peçonhentas no Brasil e no Rio Grande do Sul. O conhecimento da prevalência é fundamental para o manejo clínico e a escolha do soro antiofídico adequado.

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

O acidente botrópico, causado por serpentes do gênero *Bothrops* (como jararaca, jararacuçu, urutu), é o mais prevalente tanto no Brasil quanto no Rio Grande do Sul, correspondendo a cerca de 80% a 90% dos casos registrados. Essas serpentes adaptam-se bem a diversos ambientes e, em situações de enchentes, são deslocadas de seus habitats naturais para áreas secas ou entulhos, aumentando o contato com a população humana, inclusive crianças. O quadro clínico é caracterizado por ação proteolítica (edema, dor, equimose), coagulante e hemorrágica local.

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

Alternativa A (Laquétrico): As serpentes do gênero *Lachesis* (surucucu-pico-de-jaca) habitam tipicamente áreas de florestas tropicais úmidas, como a Amazônia e trechos da Mata Atlântica no Norte e Nordeste. Elas não existem nativamente no território do Rio Grande do Sul, o que torna esse tipo de acidente inexistente no estado.

Alternativa B (Elapídico): Causado pelas corais verdadeiras (gênero *Micrurus*). Embora existam no Rio Grande do Sul, esses acidentes são extremamente raros (geralmente menos de 1% dos casos), pois são animais pouco agressivos, com hábitos fossoriais (vivem sob a terra ou folhagem) e possuem uma boca pequena que

dificulta a picada.

Alternativa C (Crotálico): Causado por cascavéis (gênero *Crotalus*). Representam a segunda causa de acidentes ofídicos no Brasil (cerca de 8% a 10%). Preferem ambientes mais secos e abertos. Embora ocorram no Rio Grande do Sul, sua incidência é significativamente menor que a dos acidentes botrópicos, especialmente em cenários de inundações, onde as jararacas são as protagonistas.

RESUMO EPIDEMIOLÓGICO PARA PROVAS:

1. Botrópico (Jararaca): Mais comum em todas as regiões (aprox. 90%).
2. Crotálico (Cascavel): Segundo mais comum, maior letalidade.
3. Laquético (Surucucu): Restrito a matas úmidas (Norte/Nordeste).
4. Elapídico (Coral): Mais raro.

### Questão 73

Para resolver a questão, o primeiro passo é calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) de cada criança, utilizando a fórmula:  $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$ . Como ambas medem 1 metro, o cálculo é simplificado:

Raquel:  $16 / (1 \times 1) = 16 \text{ kg/m}^2$

Teresa:  $17,5 / (1 \times 1) = 17,5 \text{ kg/m}^2$

Agora, devemos projetar esses valores no gráfico de IMC por idade (meninas de 2 a 5 anos) fornecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cruzando o IMC com a idade de 3 anos e 6 meses (ponto médio entre os anos 3 e 4 no eixo horizontal).

Análise de Raquel (IMC 16 aos 3 anos e 6 meses):

Ao localizar o ponto no gráfico, observamos que Raquel está posicionada entre a linha verde (escore-z 0) e a linha laranja superior (escore-z +1). Segundo os critérios da OMS para crianças menores de 5 anos, crianças situadas entre o escore-z -2 e o escore-z +1 são classificadas como EUTROFIA (estado nutricional adequado).

Análise de Teresa (IMC 17,5 aos 3 anos e 6 meses):

Ao localizar o ponto no gráfico, observamos que Teresa está posicionada acima da linha laranja (escore-z +1) e abaixo da linha vermelha (escore-z +2). Para crianças menores de 5 anos, o intervalo entre os escores-z +1 e +2 é classificado como RISCO DE SOBREPESO.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Raquel não tem risco de sobrepeso (está abaixo de +1) e Teresa não

tem sobrepeso (para isso, deveria estar acima de +2).

b) Incorreta. Embora a classificação de Raquel esteja correta (eutrofia), Teresa ainda não atingiu o critério de sobrepeso, permanecendo na faixa de risco de sobrepeso.

c) Incorreta. Raquel é classificada como eutrófica, pois seu IMC está dentro da normalidade (entre -2 e +1 escore-z).

d) Correta. Raquel apresenta eutrofia (IMC entre as linhas 0 e +1) e Teresa apresenta risco de sobrepeso (IMC entre as linhas +1 e +2), conforme os pontos plotados no gráfico para a idade de 3 anos e 6 meses.

---

### Questão 74

A questão descreve um quadro clássico de apendicite aguda em um paciente pediátrico que evoluiu para uma forma avançada da doença. Vamos analisar cada alternativa para entender por que a letra (c) é a correta:

Alternativa (a) Incorreta: Embora a adenite mesentérica seja um dos principais diagnósticos diferenciais da apendicite em crianças e possa cursar com dor abdominal e febre após quadros virais, o achado intraoperatório de secreção purulenta na cavidade abdominal confirma o diagnóstico de apendicite aguda com perfuração (peritonite). A diarreia, mencionada no caso, pode ocorrer na apendicite devido à irritação do reto ou do sigmoide pelo processo inflamatório/infeccioso pélvico.

Alternativa (b) Incorreta: Embora a ultrassonografia abdominal seja frequentemente o primeiro exame de imagem solicitado em crianças para evitar a radiação ionizante (seguindo o princípio de ALARA), ela é um exame examinador-dependente e pode apresentar limitações. Em muitos protocolos, a tomografia computadorizada é considerada o padrão-ouro devido à sua maior sensibilidade e especificidade, especialmente em casos complicados. No entanto, o ponto principal é que o diagnóstico definitivo e a classificação da gravidade neste caso foram dados pelo achado cirúrgico.

Alternativa (c) Correta: A apendicite aguda é classificada como complicada quando há presença de perfuração, gangrena, abscesso ou peritonite purulenta/fecal. O relato de secreção purulenta na cavidade abdominal durante o transoperatório caracteriza indiscutivelmente uma apendicite complicada (estágios III ou IV de Miller ou classificação de Knight). Em crianças, a progressão para a perfuração costuma ser mais rápida do que em adultos devido ao omento menor e menos desenvolvido, que tem dificuldade em bloquear o processo inflamatório.

Alternativa (d) Incorreta: O início dos sintomas com dor abdominal é, na verdade, a manifestação mais comum e frequente da apendicite aguda. A sequência clássica de Murphy (dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, seguida de náuseas/vômitos e febre) é observada em grande parte dos casos, embora em crianças menores a apresentação possa ser mais vaga e atípica.

Em resumo, o achado cirúrgico de pus na cavidade define o quadro como uma forma complicada da doença, validando a alternativa (c).

---

## Questão 75

Análise do quadro clínico:

O caso apresenta uma criança de 7 anos que iniciou o uso de fenitoína há duas semanas. A fenitoína é um dos principais medicamentos associados a reações cutâneas graves. O quadro de febre, linfadenopatia, rash cutâneo com formação de bolhas e, fundamentalmente, o acometimento de mucosas, compõe o cenário clássico de uma reação de hipersensibilidade tardia grave.

Alternativa (a) Stevens-Johnson: Está correta. A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma condição imunomediada caracterizada por necrose da epiderme e descolamento cutâneo, quase sempre desencadeada por medicamentos (anticonvulsivantes como a fenitoína, sulfonamidas ou alopurinol). O período de latência de 1 a 3 semanas após o início da droga é típico. Os critérios diagnósticos incluem o acometimento de mucosas e o descolamento de menos de 10% da superfície corporal total (o enunciado descreve 5%).

Alternativa (b) Meningite viral aguda: Está incorreta. Embora possa cursar com febre e alguns exantemas virais, a meningite viral se manifesta primariamente por cefaleia, fotofobia e sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca). Não justifica a formação de bolhas, o descolamento epidérmico ou a mucosite grave logo após a introdução de um anticonvulsivante.

Alternativa (c) Pênfigo foliáceo: Está incorreta. O pênfigo foliáceo é uma doença autoimune bolhosa crônica mediada por anticorpos contra a desmogleína 1. Uma característica clínica definidora do pênfigo foliáceo é que ele poupa obrigatoriamente as mucosas. Além disso, não apresenta o caráter agudo e febril associado à introdução de medicações específicas como visto na SSJ.

Alternativa (d) Meningite bacteriana aguda: Está incorreta. A meningite bacteriana é uma emergência médica que cursa com febre alta, toxemia, rigidez de nuca e

alteração do estado mental. O rash cutâneo classicamente associado à etiologia bacteriana (especialmente pelo meningococo) é do tipo petequial ou purpúrico (equimoses), e não bolhoso com descolamento de mucosa.

Conclusão: O conjunto de gatilho medicamentoso (fenitoína), tempo de latência (2 semanas), sintomas sistêmicos (febre e linfadenopatia), acometimento de mucosas e lesões bolhosas em pequena extensão corporal (5%) torna a Síndrome de Stevens-Johnson a principal hipótese.

## Questão 76

Para resolver essa questão, é fundamental conhecer o perfil liquórico clássico da meningite bacteriana aguda e compará-lo com os valores de normalidade e com outros tipos de meningite (como a viral).

O quadro típico de uma meningite bacteriana apresenta:

1. Pleocitose acentuada: Geralmente acima de 1.000 células/mm<sup>3</sup>.
2. Predomínio de polimorfonucleares (neutrófilos): Comumente acima de 80%.
3. Hipoglicorraquia: Glicose baixa no líquido, geralmente menor que 40 mg/dL ou menor que 50% a 60% da glicemia plasmática. No caso da paciente, com glicemia de 90 mg/dL, a glicose liquórica deveria estar abaixo de 45-54 mg/dL.
4. Hiperproteínorraquia: Proteínas elevadas, frequentemente acima de 100 mg/dL, devido ao aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica e presença de exsudato inflamatório.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Estes valores (3 células/mm<sup>3</sup>, glicose de 70 mg/dL e proteínas de 20 mg/dL) representam um líquido dentro dos padrões da normalidade para uma criança dessa idade.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve perfeitamente o perfil da meningite bacteriana aguda: intensa reação inflamatória (1.000 células), predomínio de neutrófilos (80%), consumo acentuado de glicose (10 mg/dL, o que é bem inferior à metade da glicemia de 90 mg/dL) e proteínas significativamente elevadas (180 mg/dL).

Alternativa c) Incorreta. Um padrão com poucas células (80/mm<sup>3</sup>), predomínio de linfócitos e glicose normal (74 mg/dL) é característico de meningites virais ou quadros iniciais de outras patologias, não correspondendo à gravidade e ao perfil celular da meningite bacteriana aguda.

Alternativa d) Incorreta. Embora apresente um leve aumento de células e proteínas, a glicose está muito alta (80 mg/dL), praticamente igual à glicemia plasmática (90 mg/dL). Na meningite bacteriana, as bactérias e as células de defesa consomem a glicose, resultando em valores baixos. Além disso, a contagem de células está baixa para o padrão bacteriano clássico.

---

### Questão 77

Análise da Assertiva I: Esta assertiva está correta. Embora a Escala de Coma de Glasgow tenha sido originalmente desenvolvida em 1974 por Teasdale e Jennett para avaliar pacientes com trauma cranioencefálico (TCE), sua simplicidade e reprodutibilidade fizeram com que seu uso fosse estendido para pacientes em coma de causas não traumáticas, como em casos de doenças vasculares cerebrais, encefalopatias metabólicas ou intoxicações. Ela é a ferramenta padrão-ouro para monitorar o nível de consciência e a evolução neurológica de pacientes críticos de forma geral.

Análise da Assertiva II: Esta assertiva está incorreta por apresentar múltiplos erros de pontuação e de componentes. A Escala de Coma de Glasgow clássica avalia três parâmetros, e não quatro. As pontuações corretas são: Abertura Ocular (notas de 1 a 4), Resposta Verbal (notas de 1 a 5) e Resposta Motora (notas de 1 a 6). O padrão respiratório não integra a pontuação da escala de Glasgow. Vale ressaltar que a nota mínima em qualquer um dos parâmetros é 1, nunca 0.

Análise da Assertiva III: Esta assertiva está incorreta. De fato, a pontuação máxima é 15 e a mínima é 3. No entanto, o escore 3 não significa que o paciente está morto. O valor 3 indica o nível mais profundo de coma, com total ausência de resposta aos estímulos testados. O diagnóstico de morte encefálica é um processo clínico-laboratorial rigoroso que exige a constatação de ausência de reflexos de tronco encefálico, teste de apneia positivo e exames complementares (como eletroencefalograma ou exames de fluxo sanguíneo cerebral), seguindo protocolos legais específicos. Um paciente com escore 3 pode, por exemplo, estar sob efeito de sedação profunda ou em coma metabólico reversível.

Conclusão: Apenas a assertiva I apresenta informações tecnicamente precisas de acordo com a literatura médica. Por esse motivo, a alternativa correta é a letra (a).

---

## Questão 78

A convulsão febril é o distúrbio convulsivo mais comum na infância, incidindo geralmente entre os 6 meses e os 5 anos de idade. Ela é classificada como simples (ou típica) quando apresenta características específicas que indicam um quadro benigno e de bom prognóstico.

Análise do Item I: O item está correto. Para ser classificada como simples, a crise deve ser obrigatoriamente generalizada (acometendo os dois hemisférios cerebrais simultaneamente). Se a crise apresentar qualquer início ou componente focal, ela é classificada como complexa. Além disso, a criança não deve ter história de convulsão afebril prévia, pois a ocorrência de crises na ausência de febre sugere o diagnóstico de epilepsia.

Análise do Item II: O item está correto. A duração da crise é um critério fundamental na diferenciação: na crise simples, o evento dura menos de 15 minutos (na maioria das vezes, dura menos de 5 minutos). Crises com duração igual ou superior a 15 minutos são classificadas como complexas ou prolongadas. Além disso, a criança deve apresentar desenvolvimento neuropsicomotor normal e não possuir déficits neurológicos prévios ao evento.

Análise do Item III: O item está correto. A crise febril simples deve ser um evento único em um intervalo de 24 horas ou durante o mesmo episódio febril. Caso ocorra mais de uma crise nesse período, o quadro é classificado como crise complexa (recorrente). Outro ponto essencial para o diagnóstico de convulsão febril é a exclusão de infecções do Sistema Nervoso Central, como meningite ou encefalite. Se a convulsão for um sintoma direto de uma infecção intracraniana, ela não se enquadra na definição de crise febril.

Como todos os itens (I, II e III) descrevem corretamente os critérios necessários para a classificação de uma convulsão febril como simples, a alternativa correta é a letra (d).

---

## Questão 79

Análise das assertivas:

Assertiva I: Está correta. Diferentemente dos adultos, que costumam relatar tristeza e desânimo de forma mais direta, os adolescentes frequentemente manifestam o sofrimento psíquico por meio de sintomas somáticos (como dores de cabeça, tonturas ou dores abdominais) ou mudanças comportamentais. Esses sintomas podem desviar a atenção do diagnóstico de depressão para investigações de doenças físicas ou problemas de conduta, retardando o tratamento adequado.

Assertiva II: Está correta. Na prática clínica, é um desafio distinguir um primeiro episódio de depressão unipolar de uma depressão bipolar de forma transversal. Estatisticamente, o transtorno bipolar em jovens costuma iniciar sua trajetória psicopatológica com episódios depressivos. Como os sintomas de mania ou hipomania podem surgir apenas anos mais tarde, o diagnóstico inicial acaba sendo de depressão unipolar.

Assertiva III: Está correta. A irritabilidade é um sintoma cardinal e critério diagnóstico para depressão em crianças e adolescentes, podendo substituir o humor deprimido observado em adultos. O tédio crônico (muitas vezes confundido com falta de motivação), a anedonia (perda de interesse em atividades antes prazerosas), o isolamento social e o prejuízo no desempenho escolar são sinais de alerta fundamentais para o clínico.

Assertiva IV: Está correta. A reatividade do afeto é comum em quadros de depressão leve a moderada na juventude. Isso significa que o adolescente consegue modular o humor e se animar momentaneamente diante de estímulos positivos ou eventos sociais, sendo capaz de esconder o sofrimento por curtos períodos. Essa característica pode levar pais e professores a subestimarem a gravidade do quadro, acreditando que o paciente está bem.

Conclusão: Como todas as assertivas apresentam informações tecnicamente precisas e condizentes com a semiologia psiquiátrica da adolescência, a alternativa correta é a letra (d).

---

## Questão 80

Para resolver essa questão, devemos analisar os critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) conforme o DSM-5, que divide os sintomas em dois domínios principais: desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Análise do quadro clínico:

1. Sintomas de Hiperatividade e Impulsividade: O menino é descrito como inquieto, não para no lugar, é barulhento, conversador e perturba a aula. Esses comportamentos preenchem os critérios para o domínio de hiperatividade.
2. Sintomas de Desatenção: Ele apresenta dificuldade em realizar tarefas, comete erros por descuido, perde o foco constantemente, aparenta não ouvir quando chamado, não segue instruções, esquece materiais e perde objetos pessoais. Esses comportamentos preenchem os critérios para o domínio de desatenção.

3. Contextos e Impacto: Os sintomas se manifestam em múltiplos ambientes (escola, casa e treino de futebol), começaram na infância e trazem prejuízo funcional (aprendizado e socialização), com QI dentro da normalidade.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O tipo predominante hiperativo-impulsivo é diagnosticado quando os critérios de hiperatividade são preenchidos, mas os de desatenção não atingem o limite mínimo nos últimos seis meses. O paciente do caso apresenta claramente ambos os domínios de forma marcante.

b) Incorreta. O tipo predominante desatento ocorre quando os critérios de desatenção são preenchidos, mas os de hiperatividade-impulsividade não. Como o menino é descrito como inquieto, barulhento e conversador, ele não se encaixa apenas neste perfil.

c) Correta. O TDAH de apresentação combinada (ou tipo combinado) é diagnosticado quando tanto os critérios para desatenção quanto os critérios para hiperatividade-impulsividade são preenchidos nos últimos seis meses. O enunciado fornece evidências robustas de sintomas significativos em ambos os pilares do transtorno.

d) Incorreta. O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) caracteriza-se por um padrão de humor irritável, comportamento questionador, desafiante ou vingativo. O enunciado afirma explicitamente que a professora relata que ele parece não querer desobedecer de propósito, o que afasta a característica principal do TOD, que é a oposição intencional e a hostilidade às figuras de autoridade. O comportamento dele é fruto da impulsividade e desatenção do TDAH, não de uma postura desafiadora deliberada.

---

### Questão 81

Para resolver essa questão, é fundamental distinguir as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica das atribuições específicas de cada categoria profissional, conforme detalhado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2.436/2017.

Alternativa (a) Incorreta: Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica, e não exclusiva do médico. O objetivo é que toda a equipe participe da organização dos processos de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Alternativa (b) Incorreta: A responsabilização pelo acompanhamento da população ao longo do tempo (longitudinalidade) e o cuidado preventivo são diretrizes da Atenção Básica e devem ser operacionalizados por todos os membros da equipe (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, etc.). Portanto, trata-se de uma atribuição comum.

Alternativa (c) Correta: De acordo com a PNAB 2017, no item que descreve as atribuições específicas do médico, consta expressamente a responsabilidade de indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa. Esta é uma competência clínica e legal do profissional médico dentro do arranjo da Estratégia Saúde da Família.

Alternativa (d) Incorreta: A realização de ações de educação em saúde é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe de Atenção Básica. O trabalho educativo deve ser transversal e realizado por todos os integrantes, utilizando abordagens adequadas para promover a autonomia dos usuários.

Em resumo, enquanto as alternativas A, B e D descrevem responsabilidades compartilhadas por toda a equipe multiprofissional, a alternativa C aponta uma função diagnóstica e decisória específica da prática médica dentro do sistema de saúde.

---

## Questão 82

Comentário da questão:

Alternativa a) Correta. A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme proposto por Barbara Starfield. Ela define a capacidade da APS de integrar todos os serviços e profissionais envolvidos no cuidado de um paciente, garantindo que as informações fluam entre os diferentes níveis de complexidade (secundário e terciário) e setores sociais. Garantir essa continuidade e fluidez é, de fato, um dos maiores desafios práticos na organização dos sistemas de saúde contemporâneos.

Alternativa b) Incorreta. Embora a APS contribua para a eficiência do sistema, o objetivo primordial da Estratégia Saúde da Família (ESF) não é a redução de custos ou a restrição de acesso. Pelo contrário, a ESF busca garantir a integralidade e a universalidade, servindo como a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. O encaminhamento para especialistas deve ser feito sempre que necessário, de forma qualificada, e não sofrer restrição por motivos meramente financeiros.

Alternativa c) Incorreta. A abordagem centrada na pessoa na APS é baseada no modelo biopsicossocial, o que significa que o cuidado deve obrigatoriamente levar em conta o contexto familiar e comunitário do indivíduo. A "Orientação Familiar" e a "Orientação Comunitária" são atributos derivados da APS. Tratar o paciente isolado de seu meio contradiz a base teórica e prática da medicina de família e comunidade.

Alternativa d) Incorreta. A APS e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser organizadas de forma descentralizada e regionalizada, conforme as diretrizes do SUS. O modelo de rede é considerado poliárquico, ou seja, não há uma hierarquia de importância entre os serviços, mas sim uma organização em que a APS atua como o centro de comunicação e ordenadora da rede, promovendo autonomia local e capilaridade no atendimento.

---

### Questão 83

Análise das assertivas:

Assertiva I: Correta. A integralidade é um princípio doutrinário do SUS que define que o sistema deve considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Isso pressupõe a articulação de ações que vão desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até o tratamento curativo e a reabilitação, integrando os diversos níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária).

Assertiva II: Incorreta. A regionalização, somada à hierarquização, é uma diretriz organizativa que visa justamente o oposto da centralização. Ela propõe a organização dos serviços de saúde em regiões geográficas delimitadas para aproximar a assistência do cidadão e descentralizar a gestão. O objetivo é garantir que o usuário receba atendimento o mais perto possível de onde vive, recorrendo a centros de maior complexidade apenas quando necessário, de forma referenciada.

Assertiva III: Correta. A participação social, ou controle social, é garantida pela Lei nº 8.142/90. Ela é exercida por meio dos Conselhos de Saúde, que possuem caráter permanente e deliberativo (atuando na fiscalização e formulação de estratégias), e das Conferências de Saúde, que se reúnem a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes das políticas públicas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A assertiva II é falsa porque a regionalização busca a descentralização e a capilaridade dos serviços, não a centralização em grandes centros.

b) Correta. As assertivas I e III descrevem adequadamente os conceitos de integralidade e participação social, conforme a legislação estruturante do SUS (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

c) Incorreta. A assertiva II está incorreta por distorcer o conceito de regionalização.

d) Incorreta. A presença da assertiva II torna a alternativa errada, pois a centralização é um modelo superado pelo SUS, que preconiza a descentralização com comando único em cada esfera de governo.

---

### Questão 84

Esta questão aborda o conceito de território no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), um tema fundamental para a organização dos serviços no SUS.

Análise das Assertivas:

Assertiva I: Correta. O território não é apenas um limite cartográfico, mas a área geográfica onde a equipe de saúde atua (território adscrito). A adstrição de clientela permite o estabelecimento de vínculo e a corresponsabilização, nos quais tanto os profissionais quanto a comunidade compartilham o cuidado e os resultados em saúde.

Assertiva II: Correta. Na saúde pública, trabalhamos com o conceito de "território vivo". Isso significa que ele é dinâmico, composto por relações sociais, fluxos e histórias. O processo saúde-doença é visto como algo em constante transformação, influenciado pelas condições de vida e trabalho daquela população específica.

Assertiva III: Correta. A delimitação de um território na APS não é aleatória. Ela utiliza critérios administrativos (divisão de bairros, limites de municípios), assistenciais (capacidade de atendimento da equipe) e organizacionais. Além disso, o território é multidimensional, englobando fatores econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos que determinam as prioridades de intervenção da equipe.

Análise das Alternativas:

a) Incorreta. Como visto, a assertiva III também está correta, pois o território envolve dimensões que vão além do geográfico, incluindo aspectos culturais e epidemiológicos.

b) Incorreta. A assertiva II é fundamental para o conceito de APS, pois reconhece que

a saúde não é estática, mas um processo dinâmico dentro do território.

c) Incorreta. A assertiva I define a base do trabalho da ESF: a territorialização e a corresponsabilidade, pontos essenciais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

d) Correta. Todas as assertivas definem com precisão o conceito contemporâneo de território na APS, integrando a visão geográfica, social, epidemiológica e de gestão.

Conclusão:

A alternativa (d) é a correta porque o território na APS é a unidade básica de planejamento, onde se cruzam a geografia, as relações sociais e os perfis epidemiológicos, exigindo uma gestão compartilhada e dinâmica.

---

### Questão 85

O edema perimaleolar (inchaço nos tornozelos) relatado pelo paciente Vilmar é um efeito colateral clássico associado a uma classe específica de anti-hipertensivos. A análise das medicações citadas permite identificar o agente causador com base na fisiopatologia dos efeitos adversos.

Alternativa (c): Esta é a alternativa correta. O anlodipino é um bloqueador dos canais de cálcio da subclasse das di-hidropiridinas. O mecanismo do edema causado por essa droga é a vasodilatação arterial pré-capilar seletiva. Como não ocorre uma vasodilatação venosa (pós-capilar) na mesma proporção, há um aumento da pressão hidrostática no interior dos capilares, o que facilita o extravasamento de fluido para o espaço intersticial. Esse efeito é dose-dependente e não indica insuficiência cardíaca ou renal, sendo apenas uma alteração hemodinâmica local.

Alternativa (a): Incorreta. A losartana pertence à classe dos bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA). Diferentemente dos bloqueadores de cálcio, os BRAs promovem vasodilatação tanto arterial quanto venosa. Por equilibrar as pressões pré e pós-capilares, a losartana não causa edema periférico e, inclusive, é frequentemente associada ao anlodipino para reduzir o edema provocado por este último.

Alternativa (b): Incorreta. A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) utilizado para depressão. Seus efeitos colaterais mais comuns são gastrointestinais (náuseas, diarreia), psiquiátricos (insônia, agitação) ou sexuais. O edema de membros inferiores não é um efeito adverso característico ou frequente desta medicação.

Alternativa (d): Incorreta. A metformina é uma biguanida para o tratamento do diabetes. Suas principais reações adversas são de natureza gastrointestinal, como náuseas, vômitos, desconforto abdominal e diarreia, além do risco de acidose láctica em pacientes com contraindicações graves. Não possui relação com a formação de edema periférico.

---

### Questão 86

A anemia hemolítica ocorre quando a sobrevivência das hemácias é encurtada devido à sua destruição precoce, superando a capacidade de compensação da medula óssea. O diagnóstico laboratorial baseia-se em evidências de aumento da destruição eritrocitária e da produção compensatória de novas células.

Alternativa a) Correta. A destruição das hemácias libera hemoglobina no plasma ou no sistema reticuloendotelial. O grupamento heme da hemoglobina é degradado em biliverdina e, em seguida, em bilirrubina indireta (não conjugada). Como o fígado tem uma capacidade limitada de conjugar esse excesso de pigmento rapidamente, os níveis sanguíneos de bilirrubina indireta se elevam, sendo este um dos marcadores cardinais de hemólise, juntamente com o aumento da enzima lactato desidrogenase (LDH) e a redução da haptoglobina.

Alternativa b) Incorreta. Em resposta à anemia causada pela hemólise, a medula óssea saudável aumenta a produção de glóbulos vermelhos. Esse aumento é refletido pelo aumento da contagem de reticulócitos (reticulocitose), que são hemácias jovens recém-lançadas na circulação. Uma diminuição de reticulócitos sugere uma falha na produção medular (anemia hipoproliferativa).

Alternativa c) Incorreta. As células em alvo (codócitos) surgem quando há um excesso de membrana em relação ao volume da célula. Elas são típicas de hemoglobinopatias (como Talassemias e Doença por Hemoglobina C), hepatopatias obstrutivas ou após esplenectomia. Embora possam estar presentes em algumas anemias que cursam com hemólise, elas não são um marcador geral ou tão indicativo do processo hemolítico quanto a elevação da bilirrubina indireta.

Alternativa d) Incorreta. A ferritina é uma proteína que reflete os estoques de ferro no organismo e também atua como reagente de fase aguda em processos inflamatórios. Embora a hemólise crônica possa levar ao acúmulo de ferro e aumento da ferritina (especialmente se houver necessidade de múltiplas transfusões), ela não é um marcador agudo ou específico para o diagnóstico de anemia hemolítica. Níveis elevados são mais sugestivos de sobrecarga de ferro ou inflamação.

---

## Questão 87

A imunização durante a gestação é um pilar fundamental do cuidado pré-natal, visando tanto a proteção da saúde materna quanto a transferência de imunidade passiva para o feto. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelece um calendário específico para este grupo.

Análise dos itens:

Item I. dTpa (tríplice bacteriana acelular): CORRETO. Esta vacina protege contra difteria, tétano e, crucialmente, contra a coqueluche. É indicada para todas as gestantes a cada nova gestação, preferencialmente a partir da 20ª semana. O objetivo principal é permitir que a mãe produza anticorpos contra a coqueluche e os transfira para o feto, protegendo o recém-nascido nos primeiros meses de vida, antes que ele complete seu próprio esquema vacinal.

Item II. Hepatite B: CORRETO. A vacina contra a Hepatite B é recomendada para gestantes que não foram vacinadas previamente ou que possuem esquema vacinal incompleto. Pode ser administrada em qualquer trimestre da gravidez. A prevenção é vital para evitar a transmissão vertical do vírus durante o parto.

Item III. Influenza: CORRETO. Gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) são consideradas grupos prioritários nas campanhas anuais do SUS. Devido às alterações imunológicas e fisiológicas da gestação, há um risco aumentado de complicações respiratórias e hospitalizações por gripe, tornando a vacina segura e recomendada em qualquer idade gestacional.

Item IV. Covid-19: CORRETO. A vacinação contra a Covid-19 foi incorporada ao calendário de rotina para grupos prioritários, o que inclui gestantes e puérperas. Estudos demonstraram que este grupo apresenta maior risco de desfechos graves, como internação em UTI e necessidade de ventilação mecânica, justificando a indicação formal da vacina.

Análise das alternativas:

As alternativas (a), (b) e (c) estão incorretas por serem incompletas, omitindo vacinas que são rotineiramente oferecidas e indicadas no pré-natal pelo SUS.

A alternativa (d) é a correta, pois todos os itens (I, II, III e IV) representam vacinas indicadas para gestantes e disponíveis gratuitamente na rede pública de saúde.

Gabarito: Letra (d).

## Questão 88

A notificação compulsória imediata é aquela que deve ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento do caso suspeito ou confirmado. Essa agilidade é fundamental para doenças com alto potencial de transmissibilidade, gravidade ou que estejam sob protocolos internacionais de erradicação e eliminação.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A Tuberculose é uma doença de curso crônico e, na rotina dos serviços de saúde, sua notificação é semanal. A intoxicação exógena (por substâncias químicas, agrotóxicos, gases, etc.) também é de notificação semanal conforme a lista nacional.

Alternativa b) Incorreta. A Esquistossomose e o HIV/AIDS são condições crônicas. Ambas possuem periodicidade de notificação semanal. No caso do HIV, a notificação semanal abrange a infecção pelo vírus, o diagnóstico de AIDS, a infecção em gestantes e a criança exposta ao risco de transmissão vertical.

Alternativa c) Correta. A Raiva humana é uma doença com letalidade de praticamente 100%, exigindo medidas de bloqueio e profilaxia pós-exposição urgentes, o que justifica a notificação em até 24 horas. A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é um evento sentinela prioritário para as metas de eliminação da rubéola no Brasil, sendo obrigatória a sua notificação imediata para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica. Ambas devem ser informadas às três esferas de gestão (Municipal, Estadual e Federal) em até 24 horas.

Alternativa d) Incorreta. A Sífilis, em todas as suas classificações (adquirida, em gestante e congênita), é de notificação semanal. Em relação à Dengue, a regra geral para casos suspeitos é a notificação semanal. A notificação imediata (24h) para Dengue só é exigida em situações de exceção, como na ocorrência de óbitos suspeitos ou quando se trata do primeiro caso confirmado em uma área sem transmissão prévia.

Resumo: Doenças de notificação semanal são geralmente crônicas ou de baixa letalidade imediata. Doenças de notificação imediata são aquelas com risco de surto, alta letalidade ou metas de eliminação rigorosas, como a Raiva e a SRC.

## Questão 89

Esta questão aborda as competências e a organização do Conselho Nacional de Saúde (CNS), fundamentada principalmente na Lei nº 8.142/1990 e na Resolução nº 453/2012 do CNS. Todas as assertivas estão corretas, o que torna a alternativa D a resposta certa. Abaixo, detalhamos cada ponto:

Primeira assertiva (Verdadeira): O Conselho Nacional de Saúde é, por definição legal, uma instância colegiada (composta por vários membros), deliberativa (tem poder de decisão) e permanente. Ele faz parte da estrutura básica do Ministério da Saúde, atuando de forma estratégica na gestão do SUS.

Segunda assertiva (Verdadeira): A missão do CNS está diretamente ligada ao controle social. Ele atua como um fiscalizador das políticas de saúde, garantindo que as diretrizes do SUS sejam cumpridas e que as necessidades da população cheguem aos gestores públicos para que se tornem ações concretas.

Terceira assertiva (Verdadeira): Conforme o Art. 1º, § 2º da Lei nº 8.142/1990, o conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Um ponto crucial para provas é que essa atuação inclui explicitamente os aspectos econômicos e financeiros, ou seja, o conselho também monitora como o dinheiro da saúde é gasto.

Quarta assertiva (Verdadeira): A composição do conselho segue o princípio da paridade. Ele é formado por 50 por cento de representantes de usuários, 25 por cento de trabalhadores de saúde e 25 por cento de gestores e prestadores de serviços de saúde. A estrutura conta com titulares e suplentes para garantir a continuidade dos trabalhos.

Quinta assertiva (Verdadeira): O CNS é o órgão responsável por convocar e organizar a Conferência Nacional de Saúde a cada quatro anos. Além disso, ele analisa e aprova o orçamento da saúde e o Plano Nacional de Saúde, que define as metas do setor para um período de quatro anos, fiscalizando sua execução periodicamente.

Conclusão: Como todas as afirmações descrevem fielmente as atribuições legais e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, a sequência correta é V - V - V - V - V.

Alternativa correta: Letra D.

## Questão 90

O Número Necessário para Tratar (NNT) é um dos conceitos mais importantes da medicina baseada em evidências. Ele quantifica o esforço terapêutico necessário para que um resultado clínico específico seja alcançado. Matematicamente, o NNT é o inverso da Redução do Risco Absoluto ( $NNT = 1 / RRA$ ).

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O NNT não oferece uma garantia de proteção total para o grupo tratado. Tratar 12 pacientes significa que, estatisticamente, um evento (o AVC) será evitado. Os outros 11 pacientes tratados podem não ter o AVC por outros motivos ou podem vir a ter o AVC mesmo com o tratamento.

b) Correta. Esta é a definição clássica de NNT. O valor indica quantos pacientes precisam receber a intervenção, por um período determinado, para que um desfecho negativo adicional seja evitado em comparação ao grupo controle. Portanto, se o NNT é 12, precisamos tratar 12 pessoas para prevenir um caso de AVC.

c) Incorreta. O NNT não é uma medida de porcentagem de eficácia direta. Para encontrar a porcentagem relacionada à eficácia (Redução do Risco Absoluto), dividiríamos 1 pelo NNT. No caso de um NNT de 12, a Redução do Risco Absoluto seria de aproximadamente 8,3% ( $1/12$ ), e não 12%.

d) Incorreta. O NNT é uma medida populacional/coletiva e não descreve a redução de risco individual para cada paciente de forma percentual. A redução do risco individual é expressa pela Redução do Risco Relativo (RRR) ou pela Redução do Risco Absoluto (RRA). Além disso, o valor 12 refere-se ao número de pessoas, não a uma taxa de 12% de redução.

---

## Questão 91

Análise dos itens:

Item I: Está correto classificar esta afirmação como um erro. A significância estatística, representada por um valor-p pequeno, indica apenas que o resultado observado é improvável de ter ocorrido puramente ao acaso se a hipótese nula fosse verdadeira. Ela não reflete a relevância clínica. Um estudo com uma amostra muito grande pode detectar diferenças minúsculas, sem qualquer utilidade prática para o tratamento do paciente, e ainda assim apresentar um valor-p muito baixo.

Item II: Está correto classificar esta afirmação como um erro. O valor-p não serve para medir a magnitude (o tamanho) do efeito. O valor-p é fortemente influenciado

pelo tamanho da amostra. Para quantificar a magnitude de uma diferença ou a força de uma associação, o médico deve observar medidas de efeito, como o Risco Relativo, Odds Ratio ou a Redução Absoluta do Risco, e não o valor-p.

Item III: Está correto classificar esta afirmação como um erro. Este é um dos equívocos conceituais mais comuns na medicina. O valor-p é a probabilidade de obtermos os resultados observados (ou mais extremos) partindo do pressuposto de que a hipótese nula é verdadeira. Ele não informa a probabilidade de a hipótese nula ser verdadeira. A estatística utilizada na maioria dos ensaios clínicos não permite calcular a probabilidade de uma hipótese ser real.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Exclui o item III, que também é um erro de interpretação fundamental.
- b) Incorreta. Exclui o item II, que é um erro frequente ao confundir significância com magnitude.
- c) Incorreta. Exclui o item I, ignorando a distinção essencial entre significância estatística e clínica.
- d) Correta. Todas as situações descritas (I, II e III) representam interpretações equivocadas e mitos comuns sobre o que o valor-p realmente representa em um estudo científico.

Gabarito: Letra (d).

---

## Questão 92

Para compreender essa questão, é fundamental conhecer os componentes de um \*forest plot\* (gráfico de floresta) em uma metanálise:

1. Tamanho do quadrado (Estimativa pontual): O tamanho do quadrado central representa o peso (\*weight\*) que aquele estudo individual exerce sobre o resultado final da metanálise. Estudos com amostras maiores e mais eventos têm quadrados maiores.
2. Largura da linha horizontal (Intervalo de Confiança - IC): A linha que atravessa o quadrado representa o intervalo de confiança. Quanto mais larga for a linha, maior é a incerteza sobre o resultado e menor é a precisão estatística do estudo.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. Um estudo com grande peso na estimativa combinada seria representado por um quadrado grande e, geralmente, por um intervalo de confiança estreito (indicando alta precisão e grande tamanho amostral).

b) Correta. Em estatística, a precisão está inversamente relacionada à largura do intervalo de confiança. Se o intervalo for amplo, a precisão será baixa. Isso ocorre tipicamente em estudos com amostras pequenas, onde a variabilidade dos dados é proporcionalmente maior, resultando também em um quadrado pequeno (baixo peso no gráfico).

c) Incorreta. A significância estatística é determinada pelo fato de o intervalo de confiança cruzar ou não a linha de nulidade (o valor 1 para razões de chance/risco ou 0 para diferenças de médias). Um intervalo de confiança muito amplo tem, na verdade, maior chance de cruzar a linha de nulidade e ser considerado não significativo.

d) Incorreta. A magnitude do efeito é indicada pela posição do quadrado no eixo horizontal (o quanto ele está afastado da linha central de nulidade). O tamanho do quadrado e a largura do intervalo de confiança referem-se à confiabilidade e ao peso do estudo, e não ao tamanho do efeito observado.

---

### Questão 93

O estudo de caso-controle é um delineamento observacional e retrospectivo que parte do desfecho (presença ou ausência da doença) para investigar exposições passadas. O maior desafio metodológico desse desenho é justamente a escolha adequada do grupo-controle.

Alternativa A (Correta): Para que os resultados de um estudo de caso-controle sejam válidos, o grupo-controle deve representar fielmente a frequência da exposição na população que deu origem aos casos (população-fonte). Se o grupo-controle for selecionado de uma base populacional diferente da dos casos, qualquer diferença encontrada na exposição pode ser fruto de um erro sistemático (viés de seleção) e não da associação real entre a exposição e a doença. O controle ideal é aquele que, caso tivesse desenvolvido a doença, teria grandes chances de ter sido selecionado como "caso" no mesmo estudo.

Alternativa B (Incorreta): Os controles devem ser indivíduos que não possuem a doença em estudo. Selecioná-los de uma população com alta prevalência da doença não ajuda a evitar o viés de seleção; pelo contrário, pode dificultar a identificação de indivíduos comprovadamente saudáveis para o grupo-controle e não garante a representatividade da população-fonte.

Alternativa C (Incorreta): Utilizar apenas um critério de exposição foca na simplificação da variável independente, mas não resolve o problema da seleção dos

participantes. O viés de seleção está relacionado a quem entra no estudo, e não a como a exposição é definida ou medida.

Alternativa D (Incorreta): O objetivo do estudo de caso-controle é justamente verificar a exposição anterior ao desfecho. Se excluirmos participantes com exposição anterior, perderíamos o objeto principal de análise da pesquisa. Além disso, essa exclusão não corrige a falha de representatividade entre os grupos.

## Questão 94

Para compreender esta questão, devemos primeiro entender o conceito de Razão de Verossimilhança Positiva (RVP). A RVP é a razão entre a probabilidade de um resultado positivo em pacientes doentes e a probabilidade de um resultado positivo em pacientes saudáveis. Matematicamente, ela é expressa pela fórmula:  $RVP = \text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$ .

Análise dos itens:

Item I. Correto. Quando a RVP é igual a 1, significa que a probabilidade de encontrar um resultado positivo em quem tem a doença é exatamente a mesma que a de encontrar um resultado positivo em quem não tem a doença. Portanto, o resultado do teste não fornece nenhuma informação adicional que modifique a probabilidade que o médico já estimava antes de solicitar o exame (probabilidade pré-teste). Em termos nomogramáticos (Nomograma de Fagan), uma linha que passa por uma RV de 1 mantém a probabilidade inalterada.

Item II. Correto. Um teste diagnóstico só é útil se for capaz de aumentar ou diminuir significativamente a probabilidade de uma doença. Se a RVP for 1, um resultado positivo não aumenta a certeza sobre o diagnóstico. Por isso, o teste torna-se inútil para confirmar a patologia, pois não discrimina quem está doente de quem está saudável.

Item III. Incorreto. Para que a RVP seja igual a 1, a fórmula  $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$  deve resultar em 1. Isso ocorre quando a Sensibilidade é igual a  $(1 - \text{Especificidade})$ . Reorganizando a equação, temos que  $\text{Sensibilidade} + \text{Especificidade} = 1$  (ou 100%). Isso não significa que a Sensibilidade e a Especificidade sejam iguais entre si. Por exemplo, um teste com 70% de sensibilidade e 30% de especificidade teria uma RVP de  $0,7 / (1 - 0,3) = 0,7 / 0,7 = 1$ . Note que 70% é diferente de 30%, mas a soma resulta em 100%.

Explicação das alternativas:

- a) Apenas I e II: Esta é a alternativa correta, conforme a análise acima.
- b) Apenas I e III: Incorreta, pois o item III é matematicamente falso.
- c) Apenas II e III: Incorreta, pois o item III está errado.
- d) I, II e III: Incorreta, pois o item III invalida a alternativa.

Gabarito: Letra (a).

---

### Questão 95

Para diferenciar uma coorte histórica (também chamada de coorte retrospectiva) de um estudo de caso-controle, precisamos focar no critério de seleção dos participantes e na direção temporal do estudo.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Na verdade, o estudo de caso-controle é o desenho de escolha para estudar doenças raras, pois parte de indivíduos que já possuem a doença. Uma coorte, mesmo sendo histórica, exigiria uma amostra gigantesca para encontrar casos suficientes de uma doença rara ao longo do tempo. A coorte é mais eficiente para estudar exposições raras.

Alternativa b) Incorreta. A regra é inversa: a coorte permite o cálculo direto da incidência e, conseqüentemente, do Risco Relativo (RR). O estudo de caso-controle, por não fornecer a incidência real da doença na população, utiliza a Razão de Odds (Odds Ratio - OR) como sua principal medida de associação.

Alternativa c) Correta. Esta é a distinção fundamental. Em uma coorte histórica, o pesquisador volta ao passado para formar os grupos com base na exposição (ex.: registros de funcionários expostos ou não a um produto químico em 1990) e segue o histórico desses indivíduos até o presente para verificar o desfecho. Ou seja, a seleção é baseada na exposição. Já no caso-controle, o pesquisador seleciona os participantes hoje com base no desfecho (quem tem a doença e quem não tem) e olha para trás para investigar se houve exposição.

Alternativa d) Incorreta. Os métodos de seleção são opostos. Na coorte, selecionamos expostos e não expostos. No caso-controle, selecionamos doentes (casos) e não doentes (controles).

Resumo:

A coorte histórica "anda para a frente" no tempo, partindo da causa (exposição) para o efeito (doença), mesmo que use dados do passado. O caso-controle "anda para trás", partindo do efeito (doença) para investigar a causa (exposição).

---

### Questão 96

Para compreender essa questão, é fundamental diferenciar as duas principais estratégias de aplicação de testes diagnósticos: testes em série e testes em paralelo.

Nos testes em paralelo, dois ou mais exames são realizados simultaneamente. O objetivo principal dessa estratégia é aumentar a sensibilidade total e o Valor Preditivo Negativo (VPN). Isso significa que o clínico deseja minimizar ao máximo a chance de um falso-negativo, garantindo que nenhum indivíduo doente passe despercebido. Por essa regra, se qualquer um dos testes realizados for positivo, o paciente é considerado positivo.

Alternativa a: Incorreta. Esta lógica é aplicada nos testes em série, nos quais o objetivo é aumentar a especificidade. Em testes em série, um resultado negativo em qualquer etapa geralmente interrompe a investigação ou descarta o diagnóstico para evitar tratamentos desnecessários. Em uma infecção bacteriana grave, essa abordagem seria perigosa.

Alternativa b: Correta. Conforme a teoria de testes diagnósticos, na modalidade em paralelo, a positividade de apenas um dos testes é suficiente para considerar o paciente como positivo. Essa conduta prioriza o início rápido do tratamento e a segurança do paciente, aproveitando que a combinação de testes em paralelo aumenta a capacidade de detecção da doença.

Alternativa c: Incorreta. No contexto de provas de residência e estatística vital, a interpretação deve seguir a regra da estratégia adotada (paralelo ou série). O reteste com um terceiro exame geraria atraso no manejo de uma infecção supostamente grave e não é a norma para interpretar resultados em paralelo que já apresentam uma resposta positiva.

Alternativa d: Incorreta. A falta de concordância entre os testes não anula o processo diagnóstico. Na verdade, é esperado que testes diferentes tenham sensibilidades diferentes. Ignorar um resultado positivo em um cenário de suspeita de infecção grave, baseando-se apenas na discordância entre os métodos, é um erro técnico que compromete a segurança do paciente.

---

### Questão 97

O conceito de teste padrão-ouro refere-se ao exame ou procedimento diagnóstico que é considerado o melhor disponível para estabelecer a presença ou ausência de uma condição clínica específica. Ele é utilizado como a medida de verdade absoluta para fins de comparação na prática científica.

A alternativa (a) está incorreta porque ter 100% de sensibilidade significa apenas que o teste identifica todos os doentes, sem deixar passar falsos negativos. Um teste pode ser extremamente sensível (como muitos testes de triagem) e ainda assim não ser o padrão de referência definitivo para a confirmação da patologia.

A alternativa (b) está incorreta porque a especificidade de 100% indica que o teste não fornece resultados falsos positivos em indivíduos saudáveis. Embora o padrão-ouro costume apresentar alta especificidade, a definição do termo não está atrelada obrigatoriamente a esse valor matemático isolado, mas sim à sua função hierárquica de referência.

A alternativa (c) está correta. Por definição, o padrão-ouro é o teste de referência utilizado para validar outros métodos diagnósticos. Para calcularmos a acurácia, sensibilidade ou especificidade de um novo teste (como um teste rápido ou um novo marcador laboratorial), precisamos comparar seus resultados com o padrão-ouro já estabelecido para aquela doença, que representa o que há de mais fidedigno para o diagnóstico definitivo.

A alternativa (d) está incorreta porque a acurácia de 100% é um cenário ideal que nem sempre é alcançado na prática médica. O termo padrão-ouro define o papel do teste como o parâmetro comparativo supremo (o melhor de que a ciência dispõe no momento) e não necessariamente uma perfeição estatística absoluta. Muitos padrões-ouro, como biópsias ou autópsias, são os melhores métodos de confirmação, mesmo que em casos raros possam apresentar limitações técnicas.

---

### Questão 98

A questão aborda um conceito fundamental da epidemiologia e da medicina preventiva aplicado ao rastreamento (\*screening\*): o viés de tempo de antecipação, também conhecido como \*lead-time bias\*.

Para analisar a questão, o ponto principal é observar que a mortalidade por câncer de bexiga permaneceu constante. Se um teste de rastreamento fosse realmente eficaz em salvar vidas, esperaríamos uma redução na mortalidade populacional. O aumento da sobrevida observado (de 2 para 5 anos), sem a redução da mortalidade, indica que os pacientes não estão usufruindo de um aumento real no tempo de vida, mas apenas passando mais tempo cientes de que possuem a doença.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O aumento da sobrevida, isoladamente, não prova a eficácia do método. Se a mortalidade geral da doença não diminuiu, o teste não mudou o

desfecho final (morte), apenas antecipou o momento em que o diagnóstico foi realizado.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve precisamente o viés de tempo de antecipação (\*lead-time bias\*). O rastreamento detecta a doença em um estágio pré-clínico (antes do surgimento de sintomas). Se o tratamento precoce não for capaz de alterar a história natural da doença, o paciente morrerá no mesmo momento em que morreria se tivesse sido diagnosticado após os sintomas, mas o tempo registrado entre o diagnóstico e o óbito será maior.

Alternativa c) Incorreta. O estudo prova o contrário. Um rastreamento é considerado eficaz quando reduz a mortalidade específica pela doença na população rastreada. Como o enunciado afirma que a mortalidade permaneceu constante, o rastreamento está apenas gerando um diagnóstico precoce sem benefício terapêutico real na sobrevida global.

Alternativa d) Incorreta. Esta é uma generalização falsa. Nem todos os diagnósticos precoces resultam em melhores prognósticos. Além do viés de tempo de antecipação, existe o viés de tempo de progressão (\*length-time bias\*), no qual o rastreamento tende a detectar casos de crescimento mais lento e menos agressivos, e o sobrediagnóstico (\*overdiagnosis\*), no qual se detectam lesões que nunca evoluiriam para causar sintomas ou morte. No caso clínico proposto, os resultados não foram melhores, pois o desfecho final (mortalidade) não se alterou.

---

### Questão 99

Esta questão aborda as estratégias de intervenção precoce após eventos traumáticos, focadas na prevenção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O objetivo é identificar a conduta que NÃO é recomendada pelas diretrizes atuais de saúde mental e Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP).

Alternativa (a): Está correta e recomendada. Forçar a vítima a relatar detalhes do trauma logo após o ocorrido (prática antigamente conhecida como Debriefing Psicológico) pode ser prejudicial e aumentar o risco de TEPT por meio da retraumatização. A anamnese deve ser focada no essencial para a estabilização clínica, buscando informações complementares com terceiros para preservar o estado emocional do paciente.

Alternativa (b): Está correta e recomendada. Um dos pilares dos Primeiros Cuidados Psicológicos é o restabelecimento da segurança percebida. O reassentimento ajuda a reduzir a hiperestimulação do sistema nervoso simpático, trazendo o paciente de volta ao presente (aqui e agora) e retirando-o mentalmente do cenário de ameaça.

Alternativa (c): ESTA É A INCORRETA (GABARITO). O uso de benzodiazepínicos no período imediato ao trauma é contraindicado para a prevenção de TEPT. Estudos indicam que essas substâncias podem interferir no processamento emocional e na consolidação da memória traumática, além de inibir a extinção natural do medo, podendo inclusive aumentar a probabilidade de cronificação dos sintomas e desenvolvimento do transtorno. O tratamento farmacológico deve ser reservado para casos específicos e não administrado na maioria dos casos.

Alternativa (d): Está correta e recomendada. É fundamental normalizar as reações agudas ao estresse, explicando ao paciente que sintomas como ansiedade, insônia e susto são respostas fisiológicas normais a um evento anormal. Evitar a patologização precoce ajuda a reduzir o estigma e o sentimento de desamparo, favorecendo a resiliência natural do indivíduo.

---

## Questão 100

### ANÁLISE DA QUESTÃO

O lítio é um fármaco de excreção quase exclusivamente renal, e seu manejo pelo organismo é muito semelhante ao do sódio. Aproximadamente 80 por cento do lítio filtrado pelos glomérulos é reabsorvido nos túbulos renais proximais. Devido à sua janela terapêutica estreita, qualquer medicamento que reduza a filtração glomerular ou aumente a reabsorção tubular proximal de sódio pode elevar perigosamente os níveis séricos de lítio, levando à toxicidade.

#### ALTERNATIVA A (CORRETA)

O propranolol é um betabloqueador não seletivo. Ele não interfere significativamente na função renal, no fluxo sanguíneo renal ou nos mecanismos de reabsorção de eletrólitos que afetam a depuração do lítio. Clinicamente, o propranolol é, inclusive, o medicamento de escolha para tratar o tremor fino, que é um efeito colateral comum do uso de lítio, sendo uma associação segura e frequente na prática psiquiátrica.

#### ALTERNATIVA B (INCORRETA)

O enalapril é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). Os IECAs alteram a hemodinâmica renal e podem reduzir a taxa de filtração glomerular. Além disso, ao promoverem natriurese, podem induzir um aumento compensatório na reabsorção de sódio e lítio nos túbulos proximais, resultando em elevação dos níveis séricos de lítio e risco de intoxicação.

#### ALTERNATIVA C (INCORRETA)

A nimesulida é um anti-inflamatório não esteroideal (AINE). Os AINEs inibem a síntese de prostaglandinas renais, que são responsáveis pela vasodilatação da arteríola aferente. Essa inibição reduz o fluxo sanguíneo renal e a taxa de filtração glomerular, diminuindo a excreção do lítio e elevando sua concentração no sangue. Quase todos os AINEs (exceto, possivelmente, a aspirina em doses baixas) apresentam essa interação.

#### ALTERNATIVA D (INCORRETA)

A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico. Esta é uma das interações medicamentosas mais clássicas e perigosas com o lítio. Os tiazídicos aumentam a excreção de sódio e água no túbulo distal, o que gera uma depleção de volume. Como resposta compensatória, o rim aumenta a reabsorção de sódio no túbulo proximal, e o lítio acaba sendo reabsorvido junto. Isso pode elevar a litemia em 25 a 50 por cento em poucos dias.

---