



CONSÓRCIO INTERINSTITUCIONAL NORDESTE

TESTE DE PROGRESSO

1º semestre/2026

**GABARITO COMENTADO COM REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

6 de maio de 2026

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia."

1. (C)

Comentários:

O quadro clínico é compatível com insuficiência ovariana prematura (ou insuficiência ovariana primária), caracterizada por amenorreia secundária antes dos 40 anos associada a níveis elevados de FSH em pelo menos duas dosagens com intervalo de 4 a 6 semanas. A presença de sintomas hipoestrogênicos (fogachos, ressecamento vaginal) reforça a hipótese.

A conduta adequada envolve: confirmação laboratorial (repetir FSH), investigação etiológica (autoimune, genética, iatrogênica, infecciosa), aconselhamento sobre fertilidade, considerar terapia hormonal para proteção óssea e cardiovascular

Análise das alternativas: não há indicação de investigação hipofisária com prolactina normal e FSH elevado; teste de progesterona é útil em casos de dúvida diagnóstica inicial, mas aqui já há evidência de falência ovariana; não se deve mascarar o quadro sem investigação etiológica adequada.

Referências:

- FEBRASGO. Tratado de Ginecologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.
- BEREK, J. S. Berek & Novak – Ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
- HALL, J. E. Endocrinologia ginecológica e infertilidade. In: MELMED, S. et al. Williams Tratado de Endocrinologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.
- ACOG. Primary Ovarian Insufficiency in Adolescents and Young Women. Practice Bulletin. Obstetrics & Gynecology, 2020.
- ESHRE Guideline Group on POI. Guideline on management of women with premature ovarian insufficiency. Human Reproduction, 2023.

2. (A)

Comentários:

Trata-se de sangramento uterino anormal agudo (SUA-A) em paciente perimenopáusica com repercussão clínica (anemia e sintomas).

Conduta inicial obrigatória: estabilização hemodinâmica; exclusão de gestação (já feita); controle rápido do sangramento

Terapia de primeira linha em sangramento intenso: estrogênio em alta dose (oral ou EV, conforme gravidade); alternativas: progestagênio em alta dose ou ácido tranexâmico (em casos selecionados).

Referências:

- LASMAR, Ricardo B. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.219. ISBN 9788527732406.
- PASSOS, Eduardo P.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. Rotinas em Ginecologia (Rotinas). 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.84. ISBN 9786558821144.

3. (B)

Comentários:

Letras (A), (C) e (D) não são contraindicações absolutas de anticoncepcionais orais combinados, restando apenas a letra (B).

Referências:

- LASMAR, Ricardo B. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.249. ISBN 9788527732406.

4. (D)

Comentários:

O quadro apresenta os critérios de Amsel clássicos para vaginose bacteriana:

- ✓ Corrimento homogêneo
- ✓ pH > 4,5
- ✓ Teste das aminas positivo
- ✓ Presença de clue cells

A fisiopatologia envolve: redução de Lactobacillus spp, aumento de bactérias anaeróbias (ex.: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus), produção de aminas voláteis → odor característico

Referências:

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>. Acesso em: 14 mar. 2026

5. (B)

Comentários:

O quadro clínico sugere DIP moderada a grave, com febre, dor à mobilização do colo e achados ultrassonográficos sugestivos de acometimento tubário. Critérios para internação incluem febre alta, massa pélvica suspeita, falha terapêutica ambulatorial ou impossibilidade de adesão ao tratamento oral. O tratamento indicado é ceftriaxona 1g IV/dia, doxiciclina 100mg VO 12/12h e metronidazol 500mg IV 8/8h.

Referências:

- Ministério da Saúde (Brasil). (2022). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).
- Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR. Recommendations and Reports, 64(RR-3), 1-137.

6. (D)

Comentários:

Suspeitar de Doença inflamatória pélvica diante de um quadro de dor aguda pélvica e/ou dor a mobilização do colo associada a febre com provas infecciosas e inflamatórias presentes. β -hCG negativo descarta a possibilidade de gravidez ectópica. A adeniose geralmente causa dor crônica e sangramento menstrual aumentado e não costuma cursar com febre ou leucocitose de 30.000. Torção anexial: Embora cause dor aguda, a torção costuma ter um início muito súbito e violento. Além disso, o exame físico menciona "ausência de massas anexiais", enquanto a torção geralmente ocorre em ovários com cistos ou tumores pré-existentes.

Referências:

- LASMAR, Ricardo B. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p.249. ISBN 9788527732406.

7. (A)

Comentários:

Mesmo com tubas pérvias, a infertilidade na endometriose ocorre principalmente por: ambiente inflamatório peritoneal, aumento de citocinas e espécies reativas de oxigênio, alteração da função tubária e da interação ovócito-espermatozoide e comprometimento da qualidade ovocitária. Nessa situação, após falha de baixa complexidade, a FIV é a estratégia mais eficaz, pois contorna fatores peritoneais e tubários funcionais.

Referências:

- EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE). Endometriosis guideline. 2022. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>. Acesso em: 14 mar. 2026.
- PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (ASRM). Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertility and Sterility, v. 98, n. 3, p. 591–598, 2012. Disponível em: <https://www.fertstert.org>. Acesso em: 14 mar. 2026.
- ZUGAIB, Marcelo (org.). Zugaib obstetrícia. 4. ed. Barueri: Manole, 2020

8. (C)

Comentários:

Em pacientes com prolapso significativo de parede anterior associado a prolapso apical (POP-Q com Ba positivo e C ao nível do hímen), o tratamento ideal envolve correção do compartimento anterior associada à cirurgia de suspensão do ápice vaginal, sendo a sacrocolpopexia (promontofixação) laparoscópica a técnica com melhores resultados anatômicos a longo prazo.

Referências:

- HAYLEN, B. T.; MAHER, C. F.; BARBER, M. D. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). Neurourology and Urodynamics, Hoboken, v. 35, n. 2, p. 137–168, 2016. DOI: 10.1002/nau.22922.
- MENEFEE, S. A.; RICHTER, H. E.; MYERS, D.; MOALLI, P.; WEIDNER, A. C.; HARVIE, H. S.; RAHN, D. D.; MERIWETHER, K. V.; PARAISO, M. F. R.; WHITWORTH, R.; MAZLOOMDOOST, D.; THOMAS, S.; NICHD Pelvic Floor Disorders Network. Apical suspension repair for vaginal vault prolapse: a randomized clinical trial. JAMA Surgery, Chicago, v. 159, n. 8, p. 845–855, 2024. DOI: 10.1001/jamasurg.2024.1206.

9. (D)

Comentários:

Trata-se da orientação do Ministério da Saúde do Brasil. Como a paciente tem somente 23 anos, não terá seu exame preventivo marcado. Só quando tiver 25 anos. O Papanicolaou (exame de prevenção do câncer de colo uterino) só deverá ser iniciado com 25 anos de idade. O Papanicolaou só deverá ser iniciado com 25 anos de idade, mesmo que o início da atividade sexual seja antes dessa idade.

Referências:

- BONOMI, IBA; CRUZEIRO, IKDC; PAULA, LB. Manual SOGIMIG de ginecologia e obstetrícia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016

10. (A)

Comentários:

Na Atenção Primária, recomenda-se iniciar rastreamento 10 anos antes da idade do diagnóstico do familiar mais jovem, desde que se respeite o limite mínimo de 30 anos de idade para início da mamografia. No caso apresentada, mãe teve com 45 anos o diagnóstico e a filha deve iniciar o rastreio com 35 anos. Essa conduta é compatível com manejo de risco aumentado, mas sem critérios claros para alto risco como teste genético informando mutação patogênica em alguns genes de alta expressividade e penetrância como BRCA 1 e 2, TP53, PTEN, entre outros.

(B) Está errada, pois a paciente deve iniciar sua mamografia a partir dos 35 anos e anual.

(C) Está errada, pois a mamografia deve ser iniciada antes e ANUAL. E na população geral, o rastreio mudou a partir de 2026 para mulheres sem histórico familiar a partir dos 40 anos e bianal segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE E INCA.

(D) Está errada, pois ultrassonografia das mamas é exame complementar à mamografia e não se presta ao rastreamento. Existem limitações do método e é operador dependente.

Referências:

- BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM et al. Breast Cancer Risk Genes - Association Analysis in More than 113,000 Women. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 384, n. 5, p. 428-439, Feb 2021. DOI 10.1056/NEJMoa1913948. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1913948?articleTools=true>. Acesso em: 26 fevereiro 2026.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil> Acesso em: 26/02/26
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Breast cancer screening. Lyon: IARC, 2016. (IARC handbooks of cancer prevention, v. 15). Disponível em: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>. Acesso em: 15/02/2026
- MIGOWSKI, A.; CORRÊA, F. Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de covid-19 em 2021. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 23, n.1, p.235-240, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33510/22826>. Acesso em: 06 agosto 2021.
- ELIAS.S.; FACINA, G.; NETO, J.T.A Mastologia Condutas Atuais, cap 2 e 19, 2016.
- URBAN, LABD; SCHAEFER MB; DUARTE, DI; SANTOS, RP; MARANHÃO, MNA et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Brasil* 2024.

11. (C)

Comentários:

O diagnóstico da incontinência urinária de esforço é essencialmente clínico, baseado em anamnese e exame físico. A paciente refere perda involuntária de urina aos esforços, como tosse, espirro, riso ou atividade física, e a perda pode ser objetivada ao exame ginecológico durante manobras de aumento da pressão abdominal, com a bexiga moderadamente cheia. Na incontinência urinária de urgência (IUU), o diagnóstico também é essencialmente clínico, baseado na identificação, na anamnese, de episódios de perda involuntária de urina precedidos por urgência miccional súbita e de difícil contenção, frequentemente acompanhados de polaciúria e noctúria. Condições associadas, como prolapso genital significativo e atrofia urogenital, podem contribuir para a exacerbação dos sintomas e devem ser investigadas no exame ginecológico. Quando indicado, o EUD pode evidenciar contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento vesical (hiperatividade detrusora), com ou sem perda urinária associada, embora a ausência desse achado não exclua o diagnóstico clínico de IUU. A identificação do mecanismo fisiopatológico predominante tem implicações diretas na estratégia terapêutica, especialmente no planejamento do tratamento cirúrgico da IUE. Pacientes com deficiência esfinteriana intrínseca tendem a apresentar menor resposta ao tratamento conservador com fisioterapia do assoalho pélvico, eos slings retropúbicos demonstram melhores taxas de sucesso. Nos casos de IUE, a abordagem inicial deve contemplar fisioterapia do assoalho pélvico associada a medidas comportamentais. Nos quadros moderados a graves ou refratários ao tratamento conservador, os slings médio-uretrais constituem o tratamento cirúrgico de primeira escolha, com elevadas taxas de eficácia, devendo a seleção da técnica considerar o mecanismo fisiopatológico predominante e as características individuais da paciente. Terapias medicamentosas não são eficazes no tratamento da IUE. O tratamento da IUU fundamenta-se inicialmente em medidas comportamentais e fisioterapia do assoalho pélvico. Na persistência dos sintomas, indica-se a farmacoterapia, com antimuscarínicos ou agonistas beta-3 adrenérgicos. Nos casos refratários às terapias de primeira e segunda linhas, podem ser consideradas estratégias de terceira linha, como a aplicação de toxina botulínica intravesical e técnicas de neuromodulação, conforme a indicação clínica.

Referências:

- Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: incontinência urinária não neurogênica no adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_incontinenciaurinaria-nao-neurogenica-no-adulto.pdf. Acesso em: 16 fev. 2026.
- MANTILLA TOLOZA, S. C.; VILLAREAL COGOLLO, A. F.; PEÑA GARCÍA, K. M. Pelvic floor training to prevent stress urinary incontinence: a systematic review. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, Barcelona, v. 48, n. 4, p. 319–327, 2024. DOI: 10.1016/j.acuroe.2024.01.007.

12. (C)

Comentários:

Mulheres com menos de 60 anos ou até 10 anos da menopausa, com sintomas vasomotores moderados a intensos e sem contra-indicações, são candidatas à terapia hormonal sistêmica como tratamento mais eficaz para controle dos sintomas. A presença de útero exige associação de progestagênio para proteção endometrial. As terapias não hormonais são alternativas quando há contra-indicação ou recusa à terapia hormonal.

Referências:

- THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, n. 7, p. 767–794, 2022.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Climatério e menopausa: recomendações da FEBRASGO. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 14 mar. 2026.

13. (B)

Comentários:

Referências:

- REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (RBEHG). Pré-eclâmpsia: protocolo assistencial. 2025. Disponível em: <https://rbehg.com.br/wp-content/uploads/2025/04/Protocolo-RBEHG-2025-PDF-2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2026.

14. (D)

Comentários:

O diagnóstico de diabetes gestacional está estabelecido. A conduta inicial consiste em: orientação nutricional individualizada; incentivo à atividade física, se não houver contra-indicação obstétrica; monitorização glicêmica capilar. A insulino-terapia é indicada apenas se não houver controle adequado após medidas não farmacológicas.

(B) Incorreta.

Basta um valor alterado para o diagnóstico de diabetes gestacional, quando consideramos o TOTG 75g. Os pontos de corte são:

- Jejum ≥ 92 mg/dL
- 1h ≥ 180 mg/dL
- 2h ≥ 153 mg/dL

A paciente apresenta dois valores alterados (jejum e 1h), confirmando o diagnóstico. A insulino-terapia não é obrigatória como primeira medida, salvo em casos de hiperglicemia importante ou falha do tratamento dietético. O manejo inicial é clínico-dietético. O protocolo com TOTG 75 g exige apenas um valor alterado para confirmação diagnóstica. Não há necessidade de repetição para confirmação.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Diabetes mellitus gestacional: recomendações FEBRASGO. São Paulo: FEBRASGO, 2023.
- ZUGAIB, Marcelo (org.). Zugaib Obstetrícia. 4. ed. Barueri: Manole, 2023.

15. (A)

Comentários:

A distocia funcional ocorre quando há alteração da dinâmica uterina, com contrações de intensidade ou frequência insuficientes para promover progressão adequada do trabalho de parto. Nessa situação, após excluir desproporção céfalo-pélvica ou sofrimento fetal, a conduta indicada é a correção da atividade uterina, geralmente com ocitocina, para restabelecer contrações eficazes e permitir a evolução do parto. A cesariana é reservada para casos em que não há resposta à correção da dinâmica uterina ou quando existem outras contra-indicações ao parto vaginal.

Referências:

- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

16. (C)

Comentários:

O diagnóstico de NTG é realizado quando há a estabilização (platô) de 4 valores de hCG (variação $< 10\%$) dosados no período de 3 semanas (dias 1, 7, 14 e 21). Como os valores apresentados na questão mantiveram-se entre 1.180 e 1.250 mUI/ml, o critério de platô foi atingido.

O diagnóstico não exige apenas o aumento do hCG; a estabilização por 3 semanas é suficiente para o diagnóstico.

O diagnóstico de NTG no seguimento pós-molar é clínico-hormonal; o US é indicado apenas em casos específicos como sangramento persistente.

Embora o hCG detectável após 6 meses seja um critério, o diagnóstico deve ser feito assim que o critério de platô ou ascensão for identificado para evitar atraso no tratamento.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- EBSEH. Protocolos MEAC (2023). Doença trofoblástica gestacional. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/doenca-trofoblastica-gestacional-pro-med-obs-010.pdf/view>
- BRAGA, A.; REZENDE FILHO, J. Cap. 21 - Doença Trofoblástica Gestacional. in: Rezende Filho, Jorge. *Rezende obstetrícia fundamental*. 15. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024

17. (A)

Comentários:

Os sinais e sintomas mais comumente relacionados ao DPP incluem dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal caracteristicamente escurecido, hipersensibilidade à palpação uterina, hipertonia uterina e alterações na vitalidade fetal.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, embora achados de exames complementares possam ser utilizados como apoio em casos selecionados cujas manifestações clínicas não se façam presentes. Na presença de achados clínicos compatíveis, sua solicitação não deve retardar a abordagem terapêutica.

Gestantes com IG maior ou igual a 24/26 semanas e evidências de sofrimento fetal demandam abordagem de parto imediata. Se a expectativa de tempo para parto superar 20 minutos, o parto cesáreo deve ser preferido.

A placenta prévia geralmente é pautada pela presença de sangramento vermelho vivo, de início e cessar súbitos, indolor, imotivado, recorrente e progressivo. A ultrassonografia transvaginal é considerada o padrão-ouro para confirmação diagnóstica.

Referências:

- Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

18. (D)

Comentários:

A presença de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e antecedente familiar de DM2 configuram fatores de risco para complicações como diabetes gestacional e síndromes hipertensivas. A conduta adequada inclui:

- Avaliação metabólica (glicemia de jejum);
- Atualização vacinal (especialmente rubéola, hepatite B, dT/dTpa, influenza);
- Orientação para perda ponderal e mudança de estilo de vida;
- Suplementação de ácido fólico iniciada antes da concepção.

Essa abordagem está alinhada à recomendação de identificar riscos e otimizar condições clínicas antes da gestação.

Embora a suplementação de ácido fólico seja recomendada universalmente no período pré-concepcional, a paciente apresenta fatores de risco (obesidade e história familiar de doenças crônicas) que exigem avaliação clínica e laboratorial prévias. Segundo o Rezende Obstetrícia, a consulta pré-concepcional deve identificar e intervir sobre fatores modificáveis antes da gestação. Não há indicação de metformina profilática apenas por história familiar. A introdução de medicação deve basear-se em diagnóstico clínico/laboratorial. A prevenção primária nesse contexto é feita por modificação do estilo de vida e rastreio adequado. A idade de 34 anos, isoladamente, não indica encaminhamento imediato para reprodução assistida. A orientação inicial é permitir tentativa espontânea, considerando investigação de infertilidade apenas após 12 meses (ou 6 meses se ≥ 35 anos).

Referências:

- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

19. (B)

Comentários:

A conduta padrão entre 24 e 34 semanas é conduta expectante, com: corticoterapia antenatal, vigilância materno-fetal rigorosa, uso de antibióticos para ampliar o período de latência, monitorização clínica e ultrassonográfica. Tocolíticos devem ser evitados na RPM. O oligoâmnio moderado não é indicação imediata de interrupção; a idade gestacional é precoce e favorece conduta expectante. Amniocentese não é indicada; o diagnóstico já está estabelecido clinicamente.

Referências:

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E OBSTETRAS (ABSO). Prática obstétrica baseada em evidências: condutas em rotura prematura de membranas. São Paulo: ABSO, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (última edição disponibilizada pelo MS). 3)
- CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; et al. Williams Obstetrics. 26. ed. New York: McGraw-Hill, 2022. Capítulo: Prelabor Rupture of Membranes.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Medicina Fetal: Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo. São Paulo: FEBRASGO, 2023.
- RAMOS J.G.L, MARTINS-COSTA S, MAGALHÃES J, P. E, OPPERMAN M.L.R, WENDER M.C.O. Organizadores. Rotinas em Obstetrícia 8ªed Porto Alegre. Artmed 2023
- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. Capítulo: Rotura prematura de membranas.

20. (A)

Comentários:

A paciente evoluiu de fase ativa do primeiro período do trabalho de parto (dilatação) para o segundo período, também chamado período expulsivo, caracterizado por: dilatação cervical completa (10 cm), descida da apresentação fetal (plano +2 de De Lee), presença de puxos involuntários

Nesse momento, a conduta adequada é: orientar puxos maternos coordenados com as contrações, posicionamento adequado da parturiente, preparo para assistência ao nascimento

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- FEBRASGO. Assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.
- STEIBEL, J. A.; TRAPANI, A. Júnior. Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, no. 101).

21. (B)

Comentários:

Trata-se de um provável quadro de tromboflebite pélvica séptica, cujo tratamento é com anticoagulação plena. Na ausência de outros fatores de risco conhecidos para germes multirresistentes, bem como na ausência de imagem sugestiva de abscesso, o diagnóstico mais provável é o de tromboflebite pélvica séptica, não sendo necessário escalonamento de antimicrobiano, mas sim, anticoagulação plena. Tendo em vista a persistência da febre, em vigência de antibiótico de espectro adequado para a infecção, deve-se tomar conduta ativa frente à persistência da febre, aventando-se, inicialmente, a hipótese de abscesso (não confirmado na ultrassonografia), e posteriormente seguindo com a hipótese de Tromboflebite pélvica séptica. Como a paciente não apresenta imagem sugestiva de abscesso que necessite de drenagem, bem como a paciente não apresenta abdome agudo, não é necessário realização de medida tão invasiva como a Laparotomia exploradora.

Referências:

- KNOBEL, Roxana; REHDER, Patrícia Moretti; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Infecção puerperal. In: REZENDE FILHO, Jorge de (ed.). Rezende Obstetrícia Fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. p. 1133–1142.

22. (D)

Comentários:

O quadro clínico sugere descolamento prematuro de placenta (DPP), evidenciado por hipertonia uterina dolorosa, instabilidade hemodinâmica materna e padrão cardiotocográfico não tranquilizador (taquicardia fetal, variabilidade mínima e desacelerações tardias recorrentes), compatível com sofrimento fetal agudo por hipóxia.

Trata-se de emergência obstétrica com risco iminente de morte fetal e materna, sendo indicada cesariana imediata.

Pelas descrições presentes na história, o fórceps não seria considerado de alívio.

Para ser considerado de alívio:

- O escalpe fetal deve encontrar-se visível, sem a necessidade de afastar os grandes lábios.
- A cabeça deve ter atingido o assoalho pélvico.
- A sutura sagital deve estar no diâmetro anteroposterior ou nos diâmetros oblíquos anterior/posterior.
- A rotação não deve exceder 45°.

Referências:

- ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia. 5. ed. Barueri: Manole, 2023. E-book. p.423. ISBN 9786555769340.
- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

23. (B)

Comentários:

Segundo o Ministério da Saúde, a amamentação não deve doer. A presença de dor e fissuras é, quase invariavelmente, sinal de técnica incorreta (posicionamento e/ou pega inadequados).

Sinais de Boa Pega (MS): 1. Boca bem aberta; 2. Lábio inferior voltado para fora (eversão); 3. Queixo tocando a mama; 4. Aréola mais visível acima da boca do bebê do que abaixo.

A dor isolada com fissura não fecha diagnóstico de mastite (que exigiria sinais logísticos como febre e mal-estar) e a amamentação não deve ser suspensa. O Ministério da Saúde desaconselha o uso rotineiro de pomadas e reforça que a amamentação dolorosa não é normal/fisiológica. O uso de mamadeiras causa "confusão de bicos" e é um dos principais fatores de desmame precoce.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. Brasília: MS, 2019.

24. (C)

Comentários:

O consentimento da vítima é soberano. No caso de adultos maiores de 18 anos e capazes, a notificação compulsória para as autoridades de saúde é obrigatória (para fins epidemiológicos), mas a notificação policial depende do consentimento da vítima. O atendimento de saúde não exige boletim de ocorrência.

DISTRATORES

O atendimento em saúde a vítimas de violência sexual é um direito garantido e não pode ser condicionado à denúncia policial ou apresentação de boletim de ocorrência. A assistência deve ser imediata e integral. O médico deve respeitar o sigilo profissional. No caso de adultos capazes, a quebra de sigilo para fins de investigação policial sem o consentimento da paciente fere a autonomia da mulher e o Código de Ética Médica, exceto em casos específicos previstos em lei (como risco de vida imediato ou se a paciente for criança/adolescente). A Norma Técnica de 2015 estabelece que os serviços de saúde podem e devem realizar a coleta de vestígios e a preservação da cadeia de custódia, evitando a revitimização da mulher e garantindo agilidade na assistência.

Referências:

- MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Norma Técnica. ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM REGISTRO DE INFORMAÇÕES E COLETA DE VESTÍGIOS, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência. Brasília, 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

25. (A)

Comentários:

O quadro clínico descrito é típico de otite média aguda, especialmente pela associação de sintomas de infecção de vias aéreas superiores precedentes, febre, irritabilidade e, principalmente, pelos achados otoscópicos característicos, como hiperemia, abaulamento da membrana timpânica e perda do reflexo luminoso, sendo o abaulamento o sinal mais específico para o diagnóstico. Em crianças menores de 2 anos com sintomas sistêmicos e febre, está indicada a antibioticoterapia, sendo a amoxicilina por via oral o tratamento de primeira linha, conforme recomendam diretrizes nacionais e internacionais. As demais alternativas estão incorretas, pois a miringite bolhosa cursa com formação de bolhas na membrana timpânica, o hemotímpano está associado a trauma e apresenta coloração violácea, e a otite externa acomete o conduto auditivo externo, com dor à manipulação do pavilhão auricular, não sendo compatível com os achados descritos.

Referências:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Otite média aguda: guia prático. Rio de Janeiro: SBP, [ano de publicação].
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics, Elk Grove Village, v. 131, n. 3, p. e964–e999, 2013.
- KLIEGMAN, Robert M. et al. Nelson textbook of pediatrics. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

26. (D)

Comentários:

O leite humano contém a enzima lipase, que inicia a digestão das gorduras ainda no estômago, compensando a imaturidade pancreática do bebê. Além disso, possui baixos níveis de sódio, potássio e proteínas (especialmente caseína), o que protege os rins imaturos da sobrecarga de solutos, ao contrário do leite de vaca, que possui excesso desses componentes.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. Brasília: MS, 2019.

27. (D)

Comentários:

O calendário nacional de vacinação estabelece dois esquemas vacinais para COVID19 em crianças: A Vacina COVID-19 Pfizer (Comirnaty®) para crianças entre 6 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias consiste em três doses administradas aos 6, 7 e 9 meses, com intervalo de 4 semanas entre a primeira e a segunda dose e 8 semanas entre a segunda e a terceira dose. E a Vacina Moderna (Spikevax) que pode ser administrada em 2 doses, aos 6 e 7 meses de idade, com intervalo de 4 semanas entre as doses.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Instrução normativa do calendário nacional de vacinação 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

28. (B)

Comentários:

Para interpretar adequadamente os gráficos de crescimento infantil, é fundamental lembrar que existem curvas específicas para sexo e faixa etária, como as curvas para 0–5 anos e 5–19 anos.

Além disso, diferentes indicadores antropométricos podem ser avaliados, como peso para idade, altura para idade e IMC para idade, podendo ser expressos em percentis ou em escore Z.

Diversas instituições já desenvolveram curvas de referência para avaliação do crescimento infantil, entre elas o National Center for Health Statistics (NCHS), o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, as curvas da OMS são as mais utilizadas na prática clínica e nos serviços de saúde.

Para classificar o estado nutricional da criança, deve-se considerar a idade, o indicador utilizado no gráfico e a posição da medida em relação ao percentil ou escore Z correspondente. A tabela a seguir resume os principais pontos de corte utilizados na avaliação nutricional infantil.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes

Valores críticos		Índices antropométricos						
		Crianças de 0 a 5 anos incompletos			Crianças de 5 a 10 anos incompletos			
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore z-3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ percentil 0,1 e < percentil 3	≥ escore z-3 e < escore z-2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ percentil 3 e < percentil 15	≥ escore z-2 e < escore z-1							
≥ percentil 15 e ≤ percentil 85	> escore z-1 e ≤ escore z+1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia		Peso adequado para a idade	Eutrofia	
> percentil 85 e ≤ percentil 97	> escore z+1 e ≤ escore z+2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Estatura adequada para a idade ^b		Sobrepeso	Estatura adequada para a idade ^b
> percentil 97 e ≤ percentil 99,9	> escore z+2 e ≤ escore z+3	Peso elevado para a idade ^a	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade ^a	Obesidade	
> percentil 99,9	> escore z+3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: Manual de orientações. Avaliação nutricional da criança e do adolescente.2021.

A desnutrição é baseada por meio de relação entre o peso do paciente e o peso ideal para este paciente (encontrado no percentil 50). Pode ser usada a classificação de Waterlow ou critério de Gomez.

Referências:

- Manual de orientações. Avaliação nutricional da criança e do adolescente. Departamento de nutrologia. 2ª edição.2021

29. (C)

Comentários:

A ausência de marcos já estabelecidos para a idade anterior (como o controle cervical, esperado aos 3 meses) ou a falta de marcos da idade atual classifica a criança em "Provável Atraso", exigindo encaminhamento para investigação diagnóstica conforme o fluxograma oficial do Ministério da Saúde.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. (Seção: Vigilância do Desenvolvimento Humano).

30. (A)

Comentários:

O manejo da obesidade infantil deve ser multicomponente, envolvendo mudanças na alimentação, atividade física, sono e comportamento sedentário, com foco central no envolvimento da família. Recomenda-se reduzir o tempo de tela para no máximo 2 horas por dia (para maiores de 2 anos) e evitar o hábito de comer em frente às telas, pois isso interfere na percepção da saciedade e piora a qualidade da dieta. As metas devem ser graduais e realistas (pactuadas), e o uso de medicamentos é restrito a casos específicos e geralmente não é a conduta inicial prioritária.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS. Brasília: 2022.
- BMJ BEST PRACTICE. Obesity in children. 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação: Obesidade na infância e adolescência. 3ª Ed., 2019.

31. (B)

Comentários:

O paciente apresenta quadro de diarreia aguda aquosa, sem sangue ou muco, compatível com doença diarreica aguda não invasiva. Nesses casos, é fundamental avaliar o grau de desidratação por meio de parâmetros clínicos como nível de consciência, olhos, mucosas, presença de lágrimas, avidez por líquidos, sinal da prega cutânea, pulso, tempo de enchimento capilar e perda ponderal.

No caso descrito, a criança apresenta sinais compatíveis com desidratação grave, evidenciada por sonolência, incapacidade de ingerir líquidos, tempo de enchimento capilar prolongado, sinal da prega que desaparece muito lentamente, olhos encovados e mucosas secas.

De acordo com as recomendações atuais do Ministério da Saúde, pacientes com desidratação grave devem ser manejados conforme o Plano C, com reposição intravenosa imediata utilizando solução isotônica, como soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato. Para crianças menores de 1 ano de idade, recomenda-se administrar 30 mL/kg na primeira hora, seguidos de 70 mL/kg nas cinco horas subsequentes.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado de hidratação do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Gastroenterologia. Diarreia aguda infecciosa. Guia Prático de Atualização, n. 74, 2023.

32. (C)

Comentários:

A aspiração/biópsia da medula óssea e a punção lombar para exame do líquido cefalorraquidiano devem ser solicitadas, visando avaliar a extensão da doença.

Referências:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de pediatria. 5. ed. Barueri: Manole, 2021. v. 2.

33. (D)

Comentários:

O impetigo crostoso se caracteriza por lesões de 1-2cm com crescimento centrífugo que podem coalescer, formando crostas na face e membros. A cefalexina está indicada para o tratamento dos pacientes com um maior número de lesões. O impetigo bolhoso se inicia com pequenas vesículas que se transformam em bolhas flácidas com paredes finas. Essas bolhas se rompem com facilidade, deixando uma erosão rara rodeada por restos de bolha, como é possível ver na imagem. Os principais agentes são o *S. Aureus* e o *Estreptococo beta-hemolítico* do grupo A. Mupirocina é uma das opções de escolha para lesões localizadas.

Foliculite se refere a uma inflamação dos folículos pilosos, geralmente percebida no óstio folicular com pústulas branco-amareladas. O tratamento nos casos leves pode ser realizado apenas com sabonete. Celulite é uma lesão que envolve tecidos subcutâneos com eritema, edema e dor. O eritema não delimita bem a lesão. Nos casos em que a lesão é extensa ou há acometimento do estado geral, está indicada a internação com oxacilina endovenosa.

Referências:

- Tratado de Pediatria. 6ª Ed. Volume 1. Cap.3 -Piodermites.

34. (C)

Comentários:

De acordo com os aspectos clínicos e medida da saturação de oxigênio, o documento da GINA em sua versão de 2025, classifica a crise de asma em:

Leve - Fala frases completas, consciente, sem uso de musculatura acessória, sem cianose central, sibilos audíveis, saturação de oxigênio maior que 94%, FC < 100 bpm, FR < 40 ipm

Grave - Não consegue falar frases completas, agitado, sonolento ou irritado, uso da musculatura acessória, cianose central, tórax silencioso, saturação de oxigênio < 92%, FC > 180 (0-3 anos) ou 150 (4 a 5 anos) bpm, FR > 40 ipm. Basta uma dessas características para classificar como asma grave. O paciente em questão preenche 5 critérios, portanto, trata-se de crise grave.

Referências:

- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global strategy for asthma management and prevention: 2025 update. 2025. Disponível em: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA - Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA_-_Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf). Acesso em: 14 mar. 2026.

35. (A)

Comentários:

Análise integrada dos achados clínicos — idade < 6 meses, taquipneia significativa, hipoxemia limitrofe (SatO₂ 92%) e dificuldade alimentar — reconhecendo-os como critérios de gravidade na bronquiolite viral aguda.

Febre baixa (37,8°C) nas primeiras 24 horas é compatível com infecção viral de vias aéreas superiores e não sugere, por si só, infecção bacteriana secundária. O quadro clínico é típico de bronquiolite viral, sem sinais de toxemia, consolidação pulmonar focal ou alteração sistêmica que indiquem pneumonia bacteriana. Dessa forma, não há fundamento clínico para antibioticoterapia empírica nem para internação com essa justificativa.

Os sibilos difusos e a hiperinsuflação radiológica são achados típicos da bronquiolite viral aguda e, isoladamente, não configuram critério de gravidade nem indicação obrigatória de internação.

Em lactentes, o fígado palpável até 1-2 cm abaixo do rebordo costal direito pode representar achado fisiológico, especialmente em contexto de hiperinsuflação pulmonar, que desloca o diafragma inferiormente. Não há no caso sinais clínicos de insuficiência cardíaca, como taquicardia desproporcional, hepatomegalia significativa e dolorosa, sudorese às mamas, sopro cardíaco patológico ou sinais de congestão sistêmica. A alternativa incorre em erro ao interpretar um achado anatômico esperado como marcador patológico sem integração adequada do contexto clínico.

Referências:

- Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025, Seção 29 (Pneumologia), Capítulo 2 (Bronquiolite Viral Aguda).
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) – 2017. Departamentos Científicos de Cardiologia, Imunizações, Infectologia, Neonatologia e Pneumologia. Coordenadores: Renato de Ávila Kfourí, Lillian dos Santos Rodrigues Sadeck. São Paulo: SBP, 2017

36. (D)

Comentários:

O diagnóstico de insuficiência cardíaca é clínico. A sensibilidade de crepitações pulmonares para congestão na insuficiência cardíaca crônica é de 30%. Sua ausência não descarta congestão. A turgência jugular e refluxo hepatojugular são os sinais clínicos com mais sensibilidade para a detecção de congestão. A diferenciação de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e reduzida não é possível pelo exame clínico, sendo mandatório a realização do ecocardiograma transtorácico para ajuste terapêutico.

Referências:

- MARCONDES-BRAGA, Fabiana Goulart et al. Atualização de tópicos emergentes da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 6, p. 1174-1212, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021/>. Acesso em: 14 mar. 2026.

37. (B)

Comentários:

A hidratação oral com 75 mL/kg em 4 horas faz parte do Plano B de reidratação, indicado para crianças com desidratação. A administração de sais de reidratação oral, com a observação da criança na unidade de saúde, permite monitorar a resposta ao tratamento, sem necessidade de intervenções mais agressivas, como hidratação venosa ou medicações. Essa conduta é eficaz na maioria dos casos de desidratação leve ou moderada e deve ser realizada com cuidado para garantir que a criança tolere o volume de líquidos.

O aleitamento materno nunca deve ser suspenso, mesmo em episódios de vômitos ou diarreia. Pelo contrário, ele deve ser mantido sempre que possível, pois contribui para a recuperação nutricional e imunológica da criança. Essa alternativa contraria recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.

A hidratação venosa com 30 mL/kg de SF é conduta do Plano C, indicada para casos de desidratação grave (letargia, pulso fraco, extremidades frias, hipotensão mantida). Não é o caso aqui.

O paciente não apresenta sinais de choque hipovolêmico descompensado. O estado geral está regular, mas não comprometido/grave, e os pulsos estão cheios, o que afasta choque hipovolêmico. A punção intraóssea e antibioticoterapia não são indicadas nesse contexto.

Referências:

- Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025, Seção 17 (Gastroenterologia), Capítulo 4 (Diarreia Aguda e Persistente).
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. Diarreia Aguda Infecçiosa. [Relatores: Lustosa AMP, Melo MCB, Tófoli MHC, Morais MB, Fragoso RP]. Guia Prático de Atualização, n. 74, 6 jun. 2023.

38. (D)

Comentários:

a antibioticoterapia deve ser iniciada imediatamente após a coleta da urina, pois a demora para começar o tratamento é fator de risco para o aparecimento de lesão renal. A decisão por internação para utilização da via endovenosa ou tratamento ambulatorial depende da idade da criança e da gravidade da infecção. Crianças maiores de 3 meses de vida, sem sinais de toxemia, com estado geral preservado, hidratadas e capazes de ingestão oral podem receber tratamento ambulatorial. Naquelas com febre alta, toxemias, desidratadas e com vômitos persistentes, o tratamento inicial deve ser com a criança hospitalizada. Independentemente da sintomatologia, os recém-nascidos e os lactentes jovens são considerados portadores de ITU complicada ou potencialmente grave.

Referências:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de pediatria. 5. ed. Barueri: Manole, 2021. v. 2.

39. (A)

Comentários:

A anafilaxia é uma emergência médica com risco iminente de morte. A adrenalina intramuscular, aplicada na face anterolateral da coxa, é a conduta prioritária e imediata, pois promove broncodilatação, vasoconstrição periférica e reversão rápida do choque e do edema de vias aéreas. Nenhuma outra medicação substitui ou deve preceder a adrenalina nesse cenário.

Anti-histamínico H1 intravenoso atua apenas em sintomas cutâneos. Não reverte broncoespasmo, choque ou edema de vias aéreas. É tratamento adjuvante, nunca inicial. A infusão rápida de cristalóide é importante no choque anafilático, mas não deve preceder a adrenalina. O corticoide intravenoso não tem efeito imediato, atua na prevenção de reações tardias ou bifásicas, sem papel na reversão aguda do quadro ameaçador à vida.

Referências:

- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Alergia. Guia prático de atualização 2021.
- Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Anafilaxia: o que você precisa saber. 2021. Recife-PE.

40. (A)

Comentários:

O quadro é clássico de cetoacidose diabética (CAD), provável manifestação inicial de diabetes mellitus tipo 1.

Elementos-chave:

- poliúria, polidipsia, perda de peso
- acidose metabólica (pH 7,15; HCO_3^- 7)
- taquidispneia (respiração de Kussmaul)
- desidratação
- sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômitos)

Referências:

- Endocrinologia: casos clínicos comentados / editor Lucio Vilar ... [et al.]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023
- Guia prático de cetoacidose diabética em pacientes pediátricos/ Maria Goretti Policarpo Barreto... [et al.]. -- 3ª. edição --Fortaleza, CE : Ed. dos Autores, 2025.Outros autores: João Joaquim Freitas do Amaral, Fernanda Maria Queiroz Pereira, Livia Vasconcelos Martins, Luciana Felipe Ferrer Aragão, Euzenir Pires Moura.

41. (C)

Comentários:

Quadro 2 - Critérios de Jones revisados para Aritmias Focais Possíveis		
Critério de Jones (1992)		Critérios de Jones (2016)
População de baixo risco	População de alto risco	
Critérios maiores		
Poliartrite	Poliartrite	Poliartrite, monoartrite/poliartralgia
Cardite (clínica)	Cardite (clínica ou subclínica)	Cardite (clínica ou subclínica)
Coreia	Coreia	Coreia
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos
Eritema marginado	Eritema marginado	Eritema marginado

Referências:

- PEDIATRIA, Sociedade Brasileira de. Tratado de pediatria. 6. ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. p.v2-796. ISBN 9788520458679. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458679/>. Acesso em: 15 mar. 2026.

42. (B)

Comentários:

Na suspeita de meningite bacteriana, a prioridade é não atrasar o início da antibioticoterapia. A conduta recomendada é: Coletar hemoculturas; Realizar punção lombar quando não houver contraindicações (como déficit focal, papiledema ou rebaixamento importante do nível de consciência); Iniciar antibioticoterapia empírica imediatamente após a coleta dos exames.

A tomografia de crânio antes da punção lombar é indicada apenas quando existem sinais de risco para hipertensão intracraniana ou lesão expansiva, o que não está presente no caso descrito. Aguardar cultura ou iniciar apenas antiviral atrasaria o tratamento adequado e aumentaria a mortalidade.

Referências:

- HASBUN, Rodrigo; TUNKEL, Allan R.; WHITE, Nicole. Clinical features and diagnosis of acute bacterial meningitis in adults. UpToDate, Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 11 fev. 2026.

43. (C)

Comentários:

A criança descrita apresenta quadro compatível com convulsão febril simples, caracterizada por crise tônico-clônica generalizada associada à febre, em paciente previamente hígida, sem história neurológica prévia e sem sinais de focalidade. No momento da avaliação médica, a crise apresenta duração aproximada de 3 minutos.

De acordo com a 6ª edição do Tratado Brasileiro de Pediatria, no episódio agudo em pronto-socorro, as indicações para administração de fármacos anticrise são: convulsões com duração superior a 5 minutos, convulsões recorrentes ou estado de mal epiléptico.

Dessa forma, diante de crise com menos de 5 minutos de duração e em paciente estável sob suporte adequado, a conduta indicada é manter suporte clínico e observação, sem administração imediata de anticonvulsivante, tornando correta a alternativa (C).

Quando há indicação de tratamento farmacológico, os benzodiazepínicos constituem a primeira linha terapêutica, podendo ser administrados por via endovenosa, retal ou intranasal, conforme disponibilidade e acesso.

(A) Está incorreta porque o fenobarbital não constitui primeira linha no manejo inicial de crise convulsiva febril e é reservado para situações específicas, como falha terapêutica após benzodiazepínicos.

(B) Está incorreta tanto pela ausência de indicação de tratamento neste momento quanto pelo fato de o diazepam por via intramuscular não ser recomendado, devido à absorção errática.

(D) Está incorreta porque, embora o midazolam seja fármaco de escolha quando há indicação de tratamento, neste caso a crise ainda não atingiu o tempo mínimo recomendado para intervenção medicamentosa.

Referências:

- SILVA, Eduardo Jorge Custodio da. Crise febril. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado Brasileiro de Pediatria. 6. ed. Barueri: Manole, 2024. v. 2, seção 23, cap. 1.

44. (B)

Comentários:

O caso clínico descreve uma criança com 2 anos e 8 meses que apresenta as três dimensões

classicamente afetadas no Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 e as diretrizes do Ministério da Saúde para identificação na Atenção Primária.

Manifestações Clínicas do TEA Presentes no Caso:

- Déficit Persistente na Comunicação Social e Interação Social (Critério A do DSM-5):
- Isolamento social: "não brinca com outras crianças".
- Alteração de contato visual: "não mantém contato visual".
- Falta de reciprocidade socioemocional: "nem sempre atende quando chamado pelo nome" (apesar de audição normal).
- Déficit em comportamentos não-verbais: "não aponta" – o apontar protodeclarativo (compartilhar interesse) é um marco social importante que está ausente.
- Padrões Restritos e Repetitivos de Comportamento, Interesses ou Atividades (Critério B do DSM-5):
 - Movimentos motores estereotipados: "balançando-o (carrinho) várias vezes diante dos olhos".
 - Insistência nas mesmas coisas/adesão a rotinas: "enfileirando carrinhos ou bolinhas de papel"
 - Interesses fixos e intensos (hiperfoco): "fixação por um carrinho".
- Sintomas Presentes Precocemente: Embora a mãe refira que ele começou a falar algumas palavras aos 18 meses, há um atraso de habilidades linguísticas (atualmente algumas palavras e uso não muito funcional da linguagem expressiva) e a qualidade da comunicação é alterada – ele não utiliza a fala, normalmente, para interagir.

Detalhamento dos itens:

- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, caracterizado por déficit pontual de linguagem expressiva, com compreensiva preservada e comportamento desatento e hiperativo → paciente não tem sinais e sintomas que preenchem critérios para TDAH, reforçando que atraso de linguagem não é critério de TDAH.
- Síndrome genética com déficit intelectual, caracterizada pela hipotonia leve, atraso de linguagem, comportamentos infantilizados (como brincar com papel) e atraso de aprendizado → o paciente não tem alterações faciais sugestivas de síndrome e ele não apresenta aparente atraso de aprendizado e sim de comunicação. Não há parâmetros suficientes para falar sobre déficit intelectual, sendo extremamente difícil afirmar esse quadro nessa faixa etária
- Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem, caracterizado pelo atraso da fala com compreensão preservada (responde quando chamado) e dificuldade de interação social → o Transtorno do desenvolvimento da linguagem envolve dificuldades persistentes na aquisição e uso da linguagem (falada, escrita ou sinais) devido a déficits na compreensão ou produção. As capacidades linguísticas situam-se significativamente abaixo do esperado para a idade, limitando a comunicação social e acadêmica, com início precoce no desenvolvimento.

Referências:

- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5

- Jeffery N Epstein, Richard E A Loren. Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important. *Neuropsychiatry* (London). Author manuscript; available in PMC: 2014 Oct 1.
- Diagnóstico Etiológico da Deficiência intelectual. Ministério da Saúde. Portaria conjunta SAES/SCTIE. 2020.

45. (A)

Comentários:

Trata-se de um recém-nascido com boas condições de nascimento, sem comorbidades, portanto sem risco aumentado para icterícia patológica (considerado de baixo-risco para neurotoxicidade). Além disso, no gráfico, o paciente não atinge níveis de fototerapia (o nível para o paciente seria de 22mg/dL), reforçando a hipótese de icterícia fisiológica. Nesse caso, basta realizar orientações e reforçar sobre o bom prognóstico. Lembrando que para os fatores de risco para neurotoxicidade incluem idade gestacional < 38 semanas; albumina < 3g/dL; doença hemolítica isoimune; deficiência de G6PD ou outras condições hemolíticas; sepses ou qualquer instabilidade clínica significativa nas 24 horas anteriores. Apesar de a icterícia do leite materno ser um diagnóstico de exclusão, o paciente não atinge níveis de fototerapia, portanto não tem indicação de internação para fototerapia. Trata-se de uma provável icterícia fisiológica, então a icterícia do leite materno não entraria no diagnóstico diferencial. A isoimunização materno-fetal Rh deve ser lembrada naqueles pacientes em que a mãe é Rh negativo e o recém-nascido é Rh positivo, e não o contrário. O paciente possui bilirrubina direta inferior a 1 mg/dL, portanto não tem indicação de investigar colestase.

Referências:

- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/3/e20220588/59/188726/Clinical-Practice-Guideline-Revision-Management-of?autologincheck=redirected>

46. (D)

Comentários:

Paciente com transtorno depressivo maior, episódio atual moderado a grave, mas risco baixo de suicídio. Tem suporte familiar adequado e possibilidade de tratamento ambulatorial no posto de saúde.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com comportamento suicida na rede de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Washington, DC: APA Publishing, 2023.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

47. (B)

Comentários:

Os detergentes domésticos comuns são, em geral, tensoativos aniônicos ou não iônicos, com baixa toxicidade sistêmica e ação predominantemente irritativa local. O principal risco na ingestão é:

- Irritação gastrointestinal (náuseas, vômitos, sialorreia)
- Broncoaspiração por espuma (principal complicação)
- O manejo inicial recomendado inclui:
- Avaliação ABC e observação clínica
- Evitar lavagem gástrica e carvão ativado, pois não trazem benefício e aumentam risco de aspiração
- Não induzir vômitos
- Não administrar neutralizantes
- Considerar diluição oral apenas se assintomático e sem risco de aspiração (conduta controversa; não é rotina)
- EDA é reservada para: suspeita de substância cáustica
- Sintomas persistentes importantes (odinofagia intensa, disfagia, hematêmese)

Assim, a alternativa correta é a que prioriza suporte e vigilância clínica, evitando intervenções desnecessárias.

Referências:

- PEDIATRIA, Sociedade Brasileira de. Tratado de pediatria. 6. ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. p.v2-796. ISBN 9788520458679. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458679/>. Acesso em: 15 mar. 2026.

48. (C)

Comentários:

O quadro clínico apresentado é altamente sugestivo de trauma não acidental (maus-tratos infantis). A presença de lesões incompatíveis ou desproporcionais ao mecanismo relatado — como fratura craniana, fratura de úmero e múltiplos hematomas em diferentes regiões do corpo, associadas a história inconsistente fornecida pelo cuidador — constitui forte sinal de alerta para violência física contra a criança. Em lactentes, quedas de baixa altura (como do sofá) raramente justificam lesões graves e múltiplas, devendo sempre levantar suspeita de abuso. Diante da suspeita de maus-tratos, a conduta médica prioritária envolve garantir a proteção imediata da criança e realizar a notificação obrigatória às autoridades competentes. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com orientações do Conselho Federal de Medicina, profissionais de saúde têm obrigação legal de comunicar casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, independentemente de confirmação definitiva do diagnóstico.

Nesse contexto, além da notificação, pode ser necessário acionar a Vara da Infância e Juventude ou outras instâncias de proteção, especialmente quando há risco de que a criança retorne ao ambiente potencialmente agressor ou quando se faz necessária medida protetiva imediata, como a permanência da criança em ambiente seguro dentro da unidade hospitalar até avaliação das autoridades competentes.

Referências:

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 14 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência. 2. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

49. (A)**Comentários:**

(A) Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda 2018- Página 491

2.2.1. Diuréticos para controle da congestão O alvo terapêutico principal na IC aguda é a redução da congestão, que está presente em cerca de 85% dos pacientes. A furosemida é o principal diurético utilizado, devendo ser utilizado de forma intensa e com início precoce, para promover a descongestão de forma eficaz, com resultados de melhora clínica, redução do tempo de internação e reinternação por IC.

(B) A utilização do suporte terapêutico com agentes inotrópicos ou vasoconstrictores aplica-se para os pacientes com hipotensão arterial sintomática, baixo débito cardíaco com disfunção orgânica ou no choque cardiogênico. Os inotrópicos têm como objetivos a melhora do débito cardíaco, a manutenção da pressão de perfusão e o fluxo adequado para os órgãos. A dobutamina segue sendo o agente inotrópico mais usado. Porém o paciente em questão não se encontra hipotenso ou com baixo débito cardíaco, não se beneficiando da dobutamina.

(C) Os medicamentos orais podem ser mantidos ou iniciados nos pacientes com IC aguda que apresentem estabilidade hemodinâmica, sem necessidade do uso de inotrópicos ou vasodilatadores intravenosos. Os pacientes com modelo clínico hemodinâmico quente-congesto com pressão arterial normal ou hipertensão são os mais comumente indicados para a manutenção ou o início dos medicamentos orais, que podem estar associados à furosemida intravenosa. Os vasodilatadores e BB devem ser iniciados com cautela, pelo potencial de induzir a hipotensão arterial ou a disfunção renal. Portanto, não há recomendação para prescrever betabloqueador em dose máxima.

(D) Em paciente com perfil clínico-hemodinâmico quente e congesto, a reposição volêmica pode piorar a congestão e portanto não está indicada neste momento.

Referências:

- Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda 2018.

50. (D)**Comentários:**

Paciente com quadro clínico típico de síndrome coronariana aguda (SCA), tem ECG não diagnóstico, como a maior parte das SCAs, mas tem troponina colhida após cinco horas de dor bastante elevada, confirmando o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST. Precisa ficar internado, fazer uso do AAS, heparina, fazer cateterismo de menos de 24 horas por ser alto risco. O segundo antiagregante deve ser administrado após cateterismo e avaliação de necessidade de cirurgia. Paciente já tem diagnóstico confirmado de SCA e precisa ser tratado. SCA em paciente de alto risco, precisa ficar internado. Medicações fibrinolíticas são usadas para IAM com supradesnivelamento do segmento ST.

Referências:

- de Barros e Silva et al; Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025; Arq Bras Cardiol.
- HAJJAR, Ludhmila A.; NETO, Rodrigo Antonio B.; MARINO, Lucas O.; AL, et. Medicina de emergência: abordagem prática. 19. ed. Barueri: Manole, 2025. E-book. p.421. ISBN 9788520467978. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520467978/>. Acesso em: 01 mar. 2026.

51. (A)**Comentários:**

O quadro clínico acima tem como diagnóstico anemia por deficiência de folato. Paciente vegetariana, diabética em uso de metformina e antiepiléticos (drogas que reduzem níveis de folato, induzindo a anemia megaloblástica)

Referências:

- JAMESON, J. Larry; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L. et al. Medicina interna de Harrison. Porto Alegre: AMGH, 2022.

52. (B)**Comentários:**

A paciente apresenta hipertensão estágio 2 (PAS entre 160–179 mmHg ou PAD entre 100–109 mmHg — neste caso, PAS de 168 mmHg já se enquadra no estágio 2), sem critérios para monoterapia inicial (não é frágil, não tem ≥ 80 anos, não tem hipotensão ortostática). Portanto, a diretriz indica associação dupla como estratégia inicial para a maioria dos pacientes. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 recomenda que o tratamento da HA seja iniciado com associação de dois medicamentos em doses baixas, preferencialmente em comprimido único. As associações preferidas incluem um IECA ou BRA com um BCC ou com um diurético tiazídico, combinações sustentadas por evidências que demonstram maior redução pressórica, menor incidência de efeitos colaterais, melhor adesão e controle mais precoce da PA.

Análise dos distratores:

A monoterapia inicial com diurético tiazídico seria excepcional e reservada a situações específicas (idosos ≥ 80 anos, frágeis, hipotensão ortostática sintomática ou HA estágio 1 de baixo risco a critério médico). Esta paciente de 50 anos com HA estágio 2 não se enquadra nesses critérios. Os betabloqueadores não são classe de primeira escolha para hipertensão primária não complicada. A diretriz os indica como escolha inicial apenas em situações específicas (IC, pós-IAM, FA, arritmias, DAC). A associação de IECA com BRA é expressamente contraindicada pela diretriz, pois promove aumento de efeitos adversos sem redução de desfechos, conforme evidenciado principalmente pelo estudo ONTARGET.

Referências:

- Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Nadruz W, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial –2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20250624>.

53. (D)

Comentários:

O paciente não se encontra em instabilidade clínica e portanto não necessita de cardioversão elétrica imediata.

Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial 2025 Página 52

7.2.1. Betabloqueadores

Os betabloqueadores, antiarrítmicos de classe II na classificação de Vaughan-Williams, são os agentes preferenciais utilizados para o controle de FC, tanto na fase aguda como no acompanhamento ambulatorial. Esses fármacos bloqueiam predominantemente os receptores beta-adrenérgicos, embora possam exercer bloqueio alfa-adrenérgico causando vasodilatação periférica, efeito menos pronunciado quanto maior a cardiosseletividade de cada agente.

A propafenona é droga antiarrítmica que serve para o controle e manutenção do RITMO cardíaco sinusal e não para controle da frequência cardíaca.

A ablação do nó AV deve ser considerada para o controle da FC em pacientes que não responderam ou são intolerantes a estratégia de controle do ritmo ou da FC e não são elegíveis a ablação por cateter de FA.

Referências:

- Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial 2025

54. (C)

Comentários:

Trata-se de paciente com alta suspeição de trombose venosa profunda (internamento recente, cirurgia obstétrica, edema assimétrico de toda a perna, varicosidades), com pontuação de escore de wells de pelo menos três pontos, edema de atinge região proximal da coxa. Não há sinais flogísticos que justifiquem quadro infeccioso. Segundo a diretriz sobre trombose venosa da sociedade brasileira de angiologia e cirurgia vascular, pacientes com alta suspeição de tvp devem ser anticoagulados mesmo antes da confirmação com doppler

Referências:

- Diretriz da sociedade brasileira de angiologia e cirurgia vascular, 2024, Jornal Vascular Brasileiro.
- Diagnosis and Treatment of Lower Extremity Venous Thromboembolism: A Review.
- The Journal of the American Medical Association. 2020. Chopard R, Albertsen IE, Piazza G.

55. (C)

Comentários:

O problema central NÃO é falta de volume, nem retenção isolada — é baixo débito cardíaco com congestão.

- A LRA é funcional (pré-renal) por hipoperfusão renal
- Há sinais claros de choque cardiogênico (perfil “frio e úmido”)
- O rim está sofrendo por baixo fluxo efetivo, não por hipovolemia

Portanto, a prioridade é:

Aumentar o débito cardíaco → melhorar perfusão renal → reverter LRA

Inotrópicos (ex: dobutamina) aumentam:

- contratilidade
- débito cardíaco
- perfusão renal

As indicações de hemodiálise seriam: acidose grave, hipercalemia grave ou sobrecarga refratária com instabilidade respiratória grave. Diurético é útil em congestão, mas só após estabilização hemodinâmica. Expansão volêmica com cristalóide pode agravar congestão pulmonar e choque.

Referências:

- MCDONAGH, Theresa A. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, v. 42, n. 36, p. 3599–3726, 2021.
- HEIDENREICH, Paul A. et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation, v. 145, n. 18, e895–e1032, 2022.
- ANDRADE, Luiz et al. Síndrome cardiorenal: fisiopatologia e abordagem clínica. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 43, n. 3, p. 386-395, 2021.

56. (B)

Comentários:

O quadro clínico descrito de febre, dor lombar e urgência miccional é altamente sugestivo de pielonefrite aguda, e não de cistite simples. A pielonefrite aguda caracteriza-se por:

- Febre
- Dor em flanco ou dor lombar
- Sintomas urinários baixos (disúria, urgência, polaciúria)
- Pode haver ou não alterações laboratoriais iniciais significativas

A presença de dor lombar associada à febre indica comprometimento do trato urinário superior. Em relação ao tratamento, a pielonefrite aguda requer antibioticoterapia sistêmica com boa penetração renal. As Fluoroquinolonas são consideradas primeira linha para tratamento ambulatorial, quando a paciente está estável, sem sinais de sepse e consegue uso oral (como no caso clínico descrito). O esquema recomendado: ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h por 7 dias, em regiões com baixa resistência.

Sobre as alternativas incorretas:

Fosfomicina (dose única) - Indicada apenas para cistite não complicada, não atinge níveis renais adequados para pielonefrite.

Nitrofurantoína - Não alcança concentrações terapêuticas no parênquima renal, assim não deve ser usada em pielonefrite.

Ceftriaxone 2g dose única - Pode ser utilizada como dose inicial parenteral em casos selecionados, mas não como tratamento completo isolado, além da paciente não apresentar indicação de internamento hospitalar.

Referências:

- LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.2562. ISBN 9786558040231.

57. (A)

Comentários:

Classificação GOLD (atual)

Sintomático (dispneia aos esforços)

≥1 exacerbação moderada (sem internação)

Grupo B (GOLD ABE)

Tratamento inicial

Grupo B → LABA + LAMA (preferencial)

Monoterapia (LAMA isolado) é inferior

Corticoide inalatório (ICS)

Indicado se:

- eosinófilos ≥ 300
- ou exacerbações frequentes

Paciente com 150 células/μL → NÃO indicado inicialmente

Imunização (GOLD recente)

Além de:

- Influenza
- Pneumococo

Inclui também:

- VSR (vírus sincicial respiratório) em idosos

Análise dos distratores

(B) Subtrata tratamento (monoterapia inadequada para Grupo B)

(C) Escalonamento excessivo (ICS sem indicação)

(D) Classificação errada (não é Grupo A)

Referências:

- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report. Disponível em: <https://goldcopd.org>. Acesso em: 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- TARANTINO, Antonio Beraldo. Doenças pulmonares. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

58. (D)

Comentários:

Paciente com DM2, HAS, dislipidemia e exames laboratoriais (TFGe e RAC) definindo quadro de DRC, deve iniciar iSGLT2 pelo seu benefício tanto no controle glicêmico como no tratamento da DRC, além do próprio benefício cardiovascular, pois o mesmo também é um paciente de alto RCV.

Referências:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2025. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br>. Acesso em: 14 mar. 2026.

59. (A)

Comentários:

Nódulos TIRADS 3 são considerados de risco baixo a intermediário para malignidade (aproximadamente 5-10%). Para nódulos TIRADS 3 com 1,3 cm, a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) geralmente não é indicada na avaliação inicial, pois a maioria dos sistemas de estratificação recomenda PAAF para nódulos TIRADS 3 apenas quando atingem $\geq 2,5$ cm. Alguns protocolos mais conservadores sugerem PAAF a partir de 1,5 cm, mas há tendência atual de aumentar esse limiar para reduzir biópsias desnecessárias. Contudo, nódulos com essas características requerem seguimento ultrassonográfico. A recomendação é realizar ultrassonografia de controle (entre 6-12 meses, de acordo com alguns guidelines, entre 12-24 meses, em outros) após a avaliação inicial, com objetivo de detectar crescimento significativo ou desenvolvimento de características ultrassonográficas suspeitas.

Referências:

- Alexander EK, Cibas ES. Diagnosis of Thyroid Nodules. The Lancet. Diabetes & Endocrinology. 2022.

60. (C)

Comentários:

O paciente está assintomático, apresentando relato de uso de suplementos e intensificadores de performance intramusculares (possível uso de anabolizantes/esteroides androgênicos). O padrão predominante é hepatocelular, caracterizado por:

- Elevação acentuada de transaminases (TGO/TGP)
- Elevação discreta de FA e GGT
- Bilirrubina praticamente normal
- Coagulação preservada

O uso de esteroides anabolizantes, suplementos hormonais e "intensificadores de performance" injetáveis está classicamente associado a lesão hepática induzida por drogas (Drug-Induced Liver Injury – DILI). Os anabolizantes podem causar lesão hepatocelular, lesão colestática, padrões mistos e em casos graves, adenomas hepáticos ou colestase prolongada.

Sobre as alternativas incorretas:

Hepatite viral

Apesar de possível, o paciente: Está vacinado contra hepatite A e B, não apresenta icterícia significativa e não há relato de sintomas sistêmicos (astenia, náuseas, febre). Hepatite C ainda poderia ser investigada, mas o principal fator de risco apresentado no caso é o uso de substâncias hepatotóxicas.

Elevação de canaliculares por hepatite autoimune

A hepatite autoimune costuma ocorrer mais frequentemente em mulheres, podendo ter autoanticorpos positivos. Geralmente apresenta padrão hepatocelular, não predominantemente canalicular. Mas faltam indícios para ser considerada a principal hipótese diagnóstica.

Doença de Gilbert

A Síndrome de Gilbert caracteriza-se por hiperbilirrubinemia indolente isolada e transaminases normais, sendo uma condição benigna. O paciente apresenta transaminases muito elevadas, o que exclui essa hipótese.

Referências:

- LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.2564. ISBN 9786558040231.

61. (B)

Comentários:

Paciente adulto com quadro de dor abdominal em andar superior do abdome, associado a náuseas e vômitos deve levar a suspeição para doenças inflamatórias de órgãos intra-abdominais. O início rápido no andar superior do abdome associado a irradiação para o dorso também chama a atenção. Embora não referido, alguns pacientes também podem caracterizar a dor como "em barra" (ou "em faixa") no andar superior do abdome. Em paciente com fatores de risco para doenças cardiovasculares, dor epigástrica também pode levar a suspeição de síndrome coronariana aguda em algumas situações. No entanto, os exames laboratoriais do paciente evidenciam leucocitose e importante aumento de enzimas pancreáticas, que associado ao quadro clínico levam à pancreatite aguda como diagnóstico mais provável. Embora não seja o objetivo da questão, destaca-se ainda que o paciente tem dor recorrente desencadeada por alimentação rica de gorduras, podendo ainda se pensar na etiologia biliar para a pancreatite aguda deste paciente.

Referências:

- Tenner, Scott MD, MPH, JD, FACG1; Vege, Santhi Swaroop MD, MACG2; Sheth, Sunil G. MD3; Sauer, Bryan MD, MSc, FACG4; Yang, Allison MD, MPH5; Conwell, Darwin L. MD, MSc, FACG6; Yadlapati, Rena H. MD, MHS, FACG7; Gardner, Timothy B. MD, FACG8. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology 119(3):p 419-437, March 2024. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000002645.

62. (D)

Comentários:

O paciente apresenta um escore CURB-65 de 2 pontos: Idade 65 anos (0 pontos - ele tem 60); Ureia >42 mg/dL ou 7 mmol/L (1 ponto - ele tem 48 mg/dL); Frequência Respiratória de 30 irpm (1 ponto - ele tem 34 irpm); Pressão Arterial sistólica <90 ou diastólica ≤ 60 mmHg (0 pontos - ele tem 105/65); Confusão mental (0 pontos - ele está orientado). Conforme as diretrizes, um escore de 2 pontos indica gravidade moderada, e a conduta recomendada é a internação hospitalar (enfermaria) para tratamento e monitorização. O tratamento ambulatorial é reservado para escores de 0 a 1. Com 2 pontos, o risco de mortalidade em 30 dias aumenta significativamente, exigindo suporte intra-hospitalar. A internação em UTI é geralmente indicada para escores de 4 ou 5, ou caso o paciente preencha critérios de pneumonia grave (como necessidade de ventilação mecânica ou choque séptico), o que não é o caso atual (estabilidade hemodinâmica relativa e sem confusão). Para um CURB-65 de 2, a recomendação formal é a admissão hospitalar, não apenas observação temporária.

Referências:

- Klompas M. Clinical evaluation and diagnostic testing for community-acquired pneumonia in adults. UpToDate, Nov 2025.

63. (B)

Comentários:

O paciente apresenta AVC isquêmico agudo dentro da janela terapêutica, com déficit neurológico moderado (NIHSS 12) e oclusão de grande vaso na circulação anterior (ACM M1), com ASPECTS 7, quadro em que há benefício comprovado da trombectomia mecânica.

O paciente possui história de cirurgia intracraniana recente (clipagem de aneurisma há 2 meses), situação considerada contraindicação à trombólise intravenosa, devido ao risco aumentado de hemorragia intracraniana. Assim, a conduta recomendada é encaminhamento imediato para tratamento endovascular com trombectomia mecânica, sem administração prévia de trombolítico.

Referências:

- Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrisson KS, Adeoye O, et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2026. doi:10.1161/STR.0000000000000513.

64. (D)

Comentários:

Na abordagem inicial da crise convulsiva na emergência, a prioridade é:

- ABDCE (suporte básico de vida) e estabilização clínica
- Identificação de causas reversíveis imediatas, especialmente hipoglicemia
- Investigação etiológica inicial

Assim, após estabilização, recomenda-se:

Glicemia capilar, Exames laboratoriais (eletrólitos, função renal, cálcio, magnésio, hemograma, eventualmente toxicológico) e Neuroimagem urgente, geralmente TC de crânio sem contraste, exame mais rápido e mais acessível na emergência, para excluir causas estruturais agudas (hemorragia, tumor, abscesso, trombose venosa cerebral etc.).

Anticonvulsivantes não devem ser iniciados rotineiramente após primeira crise sem avaliação etiológica e risco de recorrência.

Punção lombar é indicada apenas quando houver suspeita de infecção do SNC, febre, imunossupressão ou sinais meníngeos.

Pacientes com primeira crise convulsiva geralmente necessitam investigação na emergência e não devem ser simplesmente liberados sem avaliação adequada.

Referências:

- Krumholz, A, et al. Evidence-based guideline: Management of an unprovoked first seizure in adults. *Neurology*. 2015; 84:1705-13.
- Pohlmann-Eden B, et al. The first seizure and its management in adults and children. *The British Medical Journal*. 2006; 332:339-42.
- Smith PEM. Initial management of seizure in adults. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(3):251-63.
- Wirrel E. Evaluation of first seizure and newly diagnosed epilepsy. *Continuum (Minneap Min)*. 2022;28(2)230-60.

65. (A)

Comentários:

- O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM), segundo o DSM-5-TR, requer:
- Presença de cinco ou mais sintomas durante o mesmo período de duas semanas, representando mudança do funcionamento prévio;
- Pelo menos um dos sintomas deve ser:
- Humor deprimido, ou
- Perda de interesse ou prazer (anedonia);
- Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional;
- Não serem atribuíveis a condição médica ou substância;
- Exclusão de episódio maníaco ou hipomaníaco prévio.

No caso descrito, a paciente apresenta:

- Humor deprimido
- Anedonia
- Fadiga
- Insônia
- Perda de peso/apetite
- Sentimentos de inutilidade
- Dificuldade de concentração

Ou seja, mais de cinco critérios por período superior a duas semanas, com prejuízo funcional — preenchendo os critérios diagnósticos.

Referências:

- Kaplan & Sadock

66. (A)

Comentários:

O caso descrito refere-se a uma paciente com lesões características da forma tuberculoide (lesões anulares, com centro hipocrômico e bordas papulosas, com alteração de sensibilidade térmica e dolorosa). Considerando a classificação operacional da OMS, como temos até 5 lesões, o caso é considerando paucibacilar.

(A) Correto. De acordo com o Ministério da Saúde, o diagnóstico da Hanseníase é eminentemente clínico, baseado na presença de pelo menos um dos sinais cardinais: 1) Lesões de pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e /ou tátil; 2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e /ou motoras e /ou autonômicas; 3) Presença do M. leprae, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou biópsia de pele. No caso descrito, temos o diagnóstico firmado pelo item 1, sem necessidade de exames adicionais. Como existem até 5 lesões, sem outros comemorativos, o caso é definido como paucibacilar e deve-se iniciar o tratamento imediatamente com PQT-U (rifampicina, dapsona e clofazimina) totalizando 6 cartelas em até 9 meses.

(B) Incorreto. O diagnóstico de Hanseníase é clínico, sendo a baciloscopia indicada nos casos de dúvida diagnóstica, diagnóstico diferencial e nos casos suspeitos de recidiva.

(C) Incorreto. O diagnóstico de Hanseníase é clínico e o exame histopatológico está indicado nos casos de dúvida diagnóstica.

(D) Incorreto. O caso é classificado como paucibacilar, portanto o tempo de tratamento é de 6 cartelas em até 9 meses.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 16 mar. 2026

67. (D)

Comentários:

O PCDT estabelece que a PrEP é uma estratégia de prevenção combinada indicada para pessoas com risco aumentado de infecção pelo HIV. O PCDT 2025 amplia sua indicação para todas as pessoas sexualmente ativas com risco de exposição ao HIV, não restrita apenas às populações-chave.

O protocolo reforça que: A PrEP não substitui o uso do preservativo, mas é uma estratégia adicional dentro da prevenção combinada. A indicação deve considerar avaliação individualizada do risco e a autonomia do paciente. Sua prescrição não deve ter caráter moralizador, mas sim técnico e baseado em evidências.

O caso descrito é de um homem de 27 anos que reconhece possibilidade de exposição sexual desprotegida durante viagem e sem contra-indicações clínicas aparentes, além de não possuir o diagnóstico de HIV. Portanto, há critério para avaliação e possível indicação de PrEP, associada à orientação sobre preservativo e demais medidas de prevenção.

Sobre as alternativas incorretas:

(A) Reforçar que comportamento sexual de risco não é prática aceitável

O PCDT orienta abordagem não julgadora, acolhedora e baseada em evidências, evitando moralização da conduta sexual.

(B) Sugerir celibato como forma de prevenção primária

O PCDT não recomenda abstinência como estratégia prioritária. A abordagem deve ser baseada em redução de danos e prevenção combinada, respeitando a autonomia do paciente.

(C) Prescrever benzatril mensal

A penicilina benzatina não é medida preventiva para IST de forma indiscriminada e não possui indicação para prevenção de HIV ou outras IST nesse contexto.

Referências:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PREP – Brasília, DF 2025.

68. (C)

Comentários:

O paciente apresenta sepse (infecção confirmada (celulite de MSE) + disfunção orgânica (hipotensão, lactato >2 mmol/L, perfusão periférica comprometida).

Segundo o Surviving Sepsis Campaign 2021:

Antibiótico deve ser administrado dentro da primeira hora. Culturas devem ser colhidas antes do antibiótico, sem atrasar o tratamento. Deve-se iniciar reposição volêmica com 30 mL/kg de cristalóide nas primeiras 3 horas em pacientes com hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/L (e também quando há hipoperfusão, como neste caso). O paciente ainda não apresenta choque refratário. O uso de vasopressor (noradrenalina) é indicado se, após adequada reposição volêmica, persistir hipotensão (PAS <90 ou PAM <65 mmHg). Neste momento, o paciente necessita inicialmente de volume. Não há indicação imediata de vasopressor antes da ressuscitação volêmica adequada. Exames de imagem não devem atrasar a administração precoce de antibióticos e a ressuscitação volêmica em paciente com sepse. Mesmo que a fascíte necrotizante deva ser considerada, a prioridade é estabilização hemodinâmica e antibiótico precoce.

Referências:

- Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021.

69. (B)

Comentários:

O quadro clínico é compatível com um idoso, evoluindo com alteração progressiva de marcha, incontinência urinária e síndrome demencial (declínio em 2 domínio cognitivos com prejuízo funcional). Essa tríade sugere Hidrocefalia de Pressão Normal, fazendo diagnóstico diferencial com outras causas de demência por doenças neurodegenerativas. Na Doença de Alzheimer, o quadro típico é de de prejuízo na memória e orientação. Na Demência com Corpos de Lewy, mais comum é uma síndrome demencial com alucinações e parkinsonismo. E na Demência Frontotemporal, marcha e alteração urinária não são alterações comuns que marcam o quadro clínico. A conduta adequada inclui: neuroimagem (TC ou RM de crânio) para avaliar ventriculomegalia e teste de drenagem líquórica (tap test) como preditor de resposta à derivação.

Referências:

- Academia Brasileira de Neurologia. Recomendações para o diagnóstico e manejo da hidrocefalia de pressão normal. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 80, n. 6, p. 614-624, 2022.
- Graff-Radford NR, Jones DT. Normal Pressure Hydrocephalus. Continuum (Minneapolis Minn). 2019;25(1):165-186.
- Nakajima M, Yamada S, Miyajima M, et al. Guidelines for Management of Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus (Third Edition). Neurologia Medico-Chirurgica. 2021;61:63-97.

70. (C)

Comentários:

O tratamento de escolha é algum bisfosfonato.

Referências:

- PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 22, DE 22 DE OUTUBRO DE 2025. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose.

71. (C)

Comentários:

A bradicinesia é definida como lentificação dos movimentos voluntários, frequentemente acompanhada de redução progressiva da amplitude durante movimentos repetitivos. Trata-se do principal sinal cardinal da doença de Parkinson e elemento essencial para o diagnóstico clínico do parkinsonismo.

Referências:

- TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – 4ª ED.

72. (B)

Comentários:

A paciente apresenta quadro clínico compatível com leptospirose na fase inicial, associado a alterações laboratoriais que sugerem início de comprometimento sistêmico:

- Leucocitose com neutrofilia (achado comum na leptospirose)
- Plaquetopenia leve
- PCR elevada
- -Creatinina elevada (1,6 mg/dL) → possível lesão renal aguda inicial
- Hipercalemia (5,6 mEq/L) → sinal de disfunção renal
- Esses achados indicam risco de evolução para forma grave (possível evolução para síndrome de Weil), mesmo sem icterícia no momento. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2023) e o Manual de Leptospirose (MS, 2022):
- O diagnóstico na fase inicial é clínico-epidemiológico.
- Não se deve aguardar sorologia para iniciar antibiótico.
- Alterações renais e distúrbios eletrolíticos configuram critério de encaminhamento hospitalar ou Hemodiálise.

Recomendação de hidratação e antibioticoterapia.

A notificação é compulsória imediata.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6ª ed. Brasília: MS, 2023. Capítulo: Leptospirose.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância da Leptospirose. Brasília: MS, 2022.
- Organização Mundial da Saúde (WHO). Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group (LERG) – Technical Report, atualização mais recente.
- Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). Diretrizes para manejo clínico da leptospirose, 2023.

73. (A)**Comentários:**

A alternativa (A) está correta e integra recomendações atuais de sociedades como ASA e diretrizes perioperatórias contemporâneas:

- Jejum: sólidos por 6–8 horas e líquidos claros até 2 horas antes reduzem risco de broncoaspiração sem aumentar complicações.
- Anticoagulação (apixabana): em cirurgias com risco moderado de sangramento, recomenda-se suspensão cerca de 48 horas antes (com função renal normal).
- Anti-hipertensivos: em geral mantidos, exceto diuréticos (risco de hipovolemia/hipocalemia). IECA/BRAS podem ser individualizados, mas frequentemente suspensos no dia.
- Metformina: suspensa no dia da cirurgia pelo risco de acidose láctica em situações de instabilidade.
- Insulina basal: deve ser ajustada (geralmente redução de dose), não suspensa completamente.

Referências:

- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiology, 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. Diretrizes para jejum pré-operatório. São Paulo: SBA, 2022.
- FLEISHER, L. A. et al. 2022 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Management. Journal of the American College of Cardiology, 2022.
- MILLER, R. D. Miller's Anesthesia. 9. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

74. (B)**Comentários:**

O histórico de IAM (> 3 meses) e o Diabetes mal controlado definem o paciente como ASA III (doença sistêmica grave, mas não uma ameaça constante à vida). A carga tabágica elevada e a interrupção recente aumentam o risco de complicações respiratórias. Estatisticamente, pacientes ASA III têm prognóstico de morbimortalidade significativamente maior que pacientes ASA I ou II.

Doenças com controle inadequado (Diabetes) ou histórico de infarto miocárdico não são classificadas como ASA II (doença leve). O prognóstico de complicações é superior ao de um paciente hígido (ASA I). O paciente não é ASA IV, pois não apresenta uma "ameaça constante à vida" (como um IAM há menos de 3 meses). Além disso, a afirmação de que o risco é "estável" é contraditória para uma classificação ASA IV, que por definição indica alto risco de instabilidade. ASA V é reservado para pacientes moribundos que não devem sobreviver sem a cirurgia (ex: aneurisma de aorta roto em choque). O paciente em questão está assintomático e para uma cirurgia eletiva.

Referências:

- American Society of Anesthesiologists. Statement on ASA Physical Status Classification System [Internet]. Schaumburg: American Society of Anesthesiologists; 2025 [citado (23/02/2026)]. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>.

75. (D)**Comentários:**

O toque retal alterado (presença de nódulo endurecido) é altamente suspeito para câncer de próstata, independentemente do valor do PSA. Mesmo com PSA abaixo de 4 ng/mL, a presença de alteração ao exame físico indica investigação com biópsia prostática.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado do câncer de próstata no SUS. Brasília: MS, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Diretrizes sobre câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU, 2023.
- NCCN. Prostate Cancer Early Detection Guidelines. Version 2024.
- MOORE, C. M. et al. MRI-targeted biopsy for prostate-cancer diagnosis. New England Journal of Medicine, 2021.
- PARTIN, A. W. et al. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

76. (D)**Comentários:**

A retossigmoidectomia para tratamento de neoplasia é classificada como uma cirurgia de grande porte devido à extensão da dissecação, tempo cirúrgico e potencial de perda volêmica. O paciente também apresenta inúmeros fatores de risco - idade (>60 anos), tabagista, malignidade ativa e cirurgia de grande porte. Portanto, a profilaxia combinada (farmacológica e mecânica) é indicada.

Referências:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR (SBACV). Consenso e Atualização na Profilaxia e no Tratamento do Tromboembolismo Venoso. São Paulo: SBACV, 2021. Disponível em: <https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-e-atualizacao-no-tratamento-do-tev.pdf>.

77. (A)

Comentários:

Suspender após a dose inicial, sem necessidade de doses adicionais.

A Nota Técnica da ANVISA (Profilaxia Antimicrobiana em Procedimentos Cirúrgicos, 2023/2024) estabelece:

- A profilaxia antimicrobiana deve ser de dose única na grande maioria das cirurgias limpas e potencialmente contaminadas, incluindo histerectomia abdominal.
- Não há benefício comprovado na manutenção do antibiótico após o fechamento da incisão.
- O uso prolongado aumenta risco de infecção por *Clostridioides difficile*, resistência bacteriana e efeitos adversos.

“A profilaxia antimicrobiana deve ser administrada em dose única ou por tempo máximo inferior a 24 horas. A continuidade após o término da cirurgia não reduz a incidência de ISC.” (ANVISA, Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgia, 2023, p. 12–14).

“Profilaxia NÃO deve ser prolongada por vários dias... não há evidência de benefício e há aumento significativo de eventos adversos e resistência” (ANVISA, 2023, p. 14). Manter antibiótico por 5 dias configura tratamento, não profilaxia. É prática desatualizada e contraindicada. A duração da profilaxia deve ser a menor possível. A dose única já é suficiente para a maioria dos procedimentos. (ANVISA, 2023, p. 11). Mesmo esquemas de 24h são restritos a raras exceções, e histerectomia não exige manutenção por 24 horas. A permanência de drenos não é indicação para manutenção de antimicrobianos (ANVISA, 2023, p. 15). Não há relação entre duração do uso de drenos e profilaxia antimicrobiana. Portanto, após a dose inicial dentro do tempo recomendado, não há indicação de manter antibiótico.

Referências:

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS /GGTES /ANVISA nº 01/2023. Profilaxia antimicrobiana em cirurgia. Brasília: ANVISA, 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Diretrizes para profilaxia antimicrobiana em cirurgia. São Paulo: SBI, 2022.

78. (C)

Comentários:

Embora o índice de Mallampati IV seja um forte sinal de alerta, ele apresenta um alto índice de falsos positivos quando usado isoladamente. O diagnóstico de VAD é probabilístico e multivariado; o "padrão-ouro" para confirmação da dificuldade só ocorre durante a laringoscopia direta ou com vídeolaringoscópio.

Nenhum teste preditor isolado possui alta sensibilidade e especificidade. No entanto, a combinação de múltiplos fatores (obesidade, Mallampati IV e distância tireomentoniana reduzida < 6 cm) aumenta significativamente a probabilidade de VAD. O IMC > 30 kg/m² e o Mallampati III ou IV são preditores clássicos para dificuldade tanto na ventilação sob máscara quanto na laringoscopia.

A obesidade isolada é um preditor mais forte para dificuldade de ventilação sob máscara do que para intubação. Muitos pacientes obesos têm laringoscopia fácil se o posicionamento ("rampa") for adequado e não houver outros preditores anatômicos de via aérea anteriorizada.

A distância da paciente (5,5 cm) já é considerada reduzida (ponto de corte geralmente < 6 cm). Segundo mesmo uma medida normal não anula o risco de VAD se outros preditores estiverem alterados. A segurança anestésica exige que o carrinho de via aérea difícil esteja disponível sempre que houver suspeita multifatorial.

Referências:

- Martins MP, Ortenzi AV, Perin D, Quintas GCS, Malito ML, Carvalho VH. Recommendations from the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA) for difficult airway management in adults. *Braz J Anesthesiol.* 2024 Jan-Feb;74(1):744477. doi: 10.1016/j.bjane.2023.12.001. Epub 2023 Dec 21. PMID: 38135152; PMCID: PMC10877351.

79. (B)

Comentários:

Na atenção primária, diante de um nódulo pulmonar solitário incidental em radiografia de tórax, especialmente em paciente com alto risco (idade >50 anos e tabagismo), a conduta inicial deve incluir a solicitação de TC de tórax com cortes finos para melhor caracterização (tamanho preciso, margens, densidade, presença de calcificações ou cavitações). Isso permite estratificar a probabilidade de malignidade conforme guidelines adaptados (ex.: baixo risco <5%, intermediário 5-65%, alto >65%) e decidir por acompanhamento, PET-CT ou procedimentos invasivos.

Embora etiologias infecciosas sejam diagnósticos diferenciais comuns para nódulos pulmonares solitários (como granulomas por micobactérias ou fungos), o uso empírico de antibióticos sem evidências clínicas de infecção ativa (como febre, tosse produtiva ou leucocitose) não é recomendado como conduta inicial, especialmente em pacientes assintomáticos com fatores de risco para malignidade (tabagismo). Essa abordagem pode atrasar a investigação oncológica e promover resistência antimicrobiana desnecessária.

A biópsia transtorácica é reservada para nódulos com probabilidade intermediária ou alta de malignidade após caracterização por TC e/ou PET-CT, não como medida inicial. Realizá-la prematuramente expõe o paciente a riscos desnecessários (pneumotórax, hemorragia) em casos potencialmente benignos, como granulomas endêmicos no Brasil.

A observação exclusiva com repetição de radiografia em longo prazo não é adequada para nódulos >8 mm em pacientes de alto risco, pois a radiografia tem baixa sensibilidade para detectar mudanças sutis ou características malignas. O acompanhamento deve ser guiado por TC seriada em intervalos mais curtos (ex.: 3-6 meses inicialmente), conforme estratificação de risco.

Referências:

- Pereira LFF, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem para o rastreamento do câncer de pulmão no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2024;50(2):e20230313. (Adapta o Lung-RADS para classificação e condutas em nódulos pulmonares, enfatizando avaliação inicial por imagem avançada em atenção primária).

80. (A)

Comentários:

O eritema e o edema podem ser reações normais ao material de sutura ("stitch reaction") ou à fita do curativo (dermatite de contato). A celulite isolada ou eritema sem outros critérios (como purulência ou necessidade de abertura da ferida pelo cirurgião) não preenche os critérios para ISC superficial. Antibióticos são indicados apenas se houver celulite associada ou sinais sistêmicos, o que não deve ser a primeira conduta antes de descartar causas inflamatórias em um quadro tão inicial e sem secreção.

A coleta de swabs de feridas superficiais deve ser desencorajada, pois frequentemente refletem apenas a colonização da pele e não a infecção real. Embora a paciente possua fatores de risco como obesidade e diabetes, o diagnóstico de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é predominantemente clínico; exige: purulência OU sinais inflamatórios relevantes + intervenção. Exames de imagem como a Tomografia Computadorizada (TC) são reservados para casos em que há suspeita de infecções profundas ou de órgão, ou quando há sinais de infecção sistêmica sem foco superficial claro.

Referências:

- Bible L. Overview of surgical site infection. In: Cochran A, Sexton DJ, editors. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2026. Literature review current through: Jan 2026. Accessed February 24, 2026

81. (B)

Comentários:

O caso descrito é uma clássica Estenose do Canal Lombar (ECL), que acomete pacientes a partir da 5ª década de vida, cursando com dor lombar crônica, sem irradiações, associada à claudicação neurogênica (parestesias e redução de força em MMII). A ECL piora com extensão lombar, caminhar e ortostase. Melhora ao repouso e com a flexão da coluna.

O quadro clínico não é típico de hérnia discal com radiculopatia, o qual há piora da dor com a flexão lombar e irradiação para membros inferiores. No caso de acometimento do ciático, haveria descrição de irradiação na face posterior da perna, até o pé. Além disso, na radiculopatia, nota-se teste de Lasegue positivo.

A lombalgia mecânica comum (LMC) não se associa à piora com extensão lombar, sendo essa característica sugestiva de estenose do canal lombar. A LMC também não costuma ocorrer com déficit de força ou claudicação neurogênica.

A espondiloartrite é uma causa de dor lombar inflamatória que se inicia antes dos 40 anos, o paciente apresenta essa queixa há cerca de 6 meses. Outros sinais de lombalgia inflamatória como rigidez matinal, dor noturna, dor em nádegas, oligoartrite, piora da dor em repouso e alívio aos movimentos não são descritos na questão. A manobra para pesquisa de sacro-ileíte Gaenslen foi negativa.

Referências:

- Moreia e Shinjo. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia 3ª Edição, 2023, Manole. Capítulo Lombalgias.

82. (D)

Comentários:

O quadro descrito é de uma síndrome de Mirizzi (compressão da via biliar por cálculo em colédoco) causando uma colangite com dilatação de vias biliares extrahepáticas. Nessa situação, a CPRE é inadequada para retirada do cálculo ou passagem de uma prótese; assim como a punção transparietohepática, pois não dilatação de via biliar intra-hepática. Não há dados para inferir que o paciente tenha um abscesso. Portanto a melhor conduta é iniciar antibiótico, ressuscitação volêmica, realizar coleta de exames e proceder à cirurgia para desobstrução da via biliar. Preferencialmente, a cirurgia deve ser por via laparoscópica, entretanto, devido ao intenso processo inflamatório, ocorre conversão. Em situações mais avançadas, há necessidade de coledocoplastia ou de uma derivação bileodigestiva.

Referências:

- Jeany Borges e Silva; Djalma Ribeiro Costa; Wilson Benevides de Mesquita Neto; Carlos Magno Queiroz da Cunha; Francisco Julimar Correia de Menezes. Síndrome de Mirizzi associada à fístula colecistogástrica: uma rara ocorrência. Revista de relato de casos cirúrgicos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, Brasil, fascículo 4, abril-junho, 2016.

83. (D)

Comentários:

De acordo com o Harrison, a paracentese diagnóstica é o "padrão-ouro" e deve ser realizada em todo paciente cirrótico com ascite que apresente deterioração clínica, como dor abdominal, febre ou encefalopatia hepática (sugerida pela letargia e desorientação no caso). O diagnóstico de PBE é estabelecido por uma contagem de neutrófilos (polimorfonucleares) no líquido ascítico de 250/mm³. A ausência de febre ou de leucocitose sistêmica não exclui esse diagnóstico, que é o mais provável no contexto. Embora a dor abdominal esteja presente, a apresentação é mais sugestiva de PBE (complicação comum da cirrose). A TC seria indicada se houvesse forte suspeita de peritonite secundária (perfuração), mas a paracentese é o primeiro passo obrigatório no paciente cirrótico. A antibioticoterapia não deve ser iniciada sem a coleta do líquido ascítico, pois a análise do líquido é fundamental para confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento. O início precoce é vital, mas após a punção. A febre está ausente em até um terço dos pacientes com PBE. Postergar o procedimento diagnóstico em um paciente com sinais de encefalopatia (letargia) e alteração de função renal (creatinina subindo) aumenta a mortalidade.

Referências:

- Harrison's Principles of Internal Medicine, 21st Edition. Chapter 50: Abdominal Swelling and Ascites.

84. (C)

Comentários:

Toda criança, nascida a termo, deve apresentar evacuações normais até 24-48h de vida. Se isto não ocorrer, duas hipóteses devem ser consideradas:

- Malformação anorretal (MFAR) que deve ser diagnosticada ao exame físico da região perianal/genital já na sala de parto e irá se associar a evolução, nos dias seguintes, com distensão abdominal progressiva e vômitos
- Doença de Hirschsprung que deve ser suspeitada se a criança não evacua nas primeiras 24-48 horas de vida, com exame físico da região perianal/genital sem demonstrar alterações anatômicas de MFAR. Neste caso, após as 48h, deve ser solicitada avaliação da Cirurgia Pediátrica e exames complementares como Rx simples e enema opaco. Se este demonstrar zona de transição, solicitar-se-ia biópsia retal.

A criança em questão se encontra com 18h de vida e ainda não apresentou evacuações, portanto, os itens (A) e (B) que recomendam confirmar a alta estão errados.

(C) Correto, que recomenda rever o exame físico abdominal e regiões genital e perianal (a questão não informa se estes foram feitos adequadamente na sala de parto) e, mesmo que normal, informa que a criança deve permanecer internada em observação (para avaliar se irá evacuar normalmente até completar as 48h de vida e descartar doença de Hirschsprung).

(D) Está também errado, pois já recomenda exames complementares e avaliação de urgência da Cirurgia Pediátrica já com biópsia, sem a criança ter sequer completado 24h de vida. Caso ela evacue normalmente até completar 48h, ela iria de alta, sem necessidade de qualquer exame complementar ou avaliação da cirurgia.

Referências:

- Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 5ª. ou 6ª Edição. Editora Manole.

85. (C)

Comentários:

De acordo com o Sabiston, enquanto o encarceramento é definido apenas pela irreduzibilidade, o estrangulamento é sugerido por sinais inflamatórios sistêmicos ou locais (febre, leucocitose, taquicardia) e alterações cutâneas (hiperemia, calor, sensibilidade extrema). A presença de dor desproporcional e alterações na cor da pele sobre o saco herniário são sinais clássicos de isquemia intestinal, o que torna a cirurgia de emergência mandatória, sem necessidade de exames de imagem que retardem o tratamento.

A irreduzibilidade isolada define apenas o encarceramento. Tentar a redução manual (manobra de Robinson) na presença de sinais de estrangulamento (hiperemia/taquicardia) é contraindicado, pois pode reduzir uma alça intestinal gangrenada para dentro da cavidade peritoneal), causando peritonite purulenta/fecal.

Ruídos metálicos indicam obstrução mecânica, que pode ocorrer tanto no encarceramento simples quanto no estrangulamento. Embora a TC seja útil em casos duvidosos, os sinais clínicos de isquemia (hiperemia e dor severa) já autorizam a cirurgia imediata.

A conduta expectante ("observação") é perigosa em casos de suspeita de estrangulamento, aumentando o risco de ressecção intestinal, sepse e morte.

Referências:

- Sabiston Tratado de Cirurgia (21ª ed., 2023), capítulo 45, Hérnias

86. (A)

Comentários:

A questão exige que o estudante identifique um quadro de abdome agudo perfurativo secundário à diverticulite aguda. A presença de peritonite generalizada ao exame físico e pneumoperitônio na tomografia classifica o quadro como Hinchey IV (peritonite purulenta ou fecal). Nestes casos de instabilidade ou sepse com peritonite difusa, a urgência cirúrgica é absoluta. O procedimento de Hartmann (colectomia sigmoide com colostomia terminal e fechamento do coto retal) permanece como o padrão-ouro em situações de emergência com contaminação peritoneal importante. A drenagem percutânea é indicada para o Hinchey II (abscessos pélvicos maiores que 4 cm), não sendo resolutive em casos de perfuração livre com pneumoperitônio. A conduta conservadora com antibióticos é reservada para casos não complicados (Hinchey 0 ou Ia), sendo fatal em quadros perfurativos. A colonoscopia é contraindicada na fase aguda da diverticulite pelo alto risco de piorar uma perfuração ou converter uma microperfuração em perfuração livre.

Referências:

- Townsend Jr, C. M., et al. Sabiston Tratado de Cirurgia. 21ª ed. Elsevier, 2021.
- Sartelli, M., et al. WSES guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. World Journal of Emergency Surgery, 2020.
- Hall, J., et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. Diseases of the Colon & Rectum, 2020.

87. (C)

Comentários:

O paciente apresenta instabilidade hemodinâmica evidente na avaliação primária. Apresenta pele fria, pegajosa e pálida, sinais de esforço respiratório, pulsos finos e rápidos, tempo de enchimento capilar alargado e alteração no nível de consciência, quadro compatível com choque hemorrágico.

Nesse cenário de trauma: “objetos empalados geralmente não devem ser removidos no departamento de emergência. É necessária uma avaliação cirúrgica. Objetos empalados podem tamponar o sangramento ou estar firmemente alojados no local. A sala de cirurgia é o local ideal para a remoção.” (ATLS 11ª ed.)

A sequência correta de condutas no ambiente pré-hospitalar deve seguir o protocolo XABCDE:

- X – Controle de hemorragia exsanguinante
- A – Via aérea com proteção da coluna cervical
- B – Avaliação da respiração
- C – Circulação e controle do choque (acessos calibrosos, reposição controlada, indicação de ácido tranexâmico)
- D – Avaliação neurológica (ECG, pupilas)
- E – Exposição completa e prevenção de hipotermia

Referências:

- American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): Student Course Manual. 11th ed. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2023.p. 8; p. 307.

88. (B)

Comentários:

O pneumotórax hipertensivo é uma emergência obstrutiva, com diagnóstico clínico baseado em: Instabilidade hemodinâmica, ausência unilateral de MV, hipertimpanismo, desvio traqueal e turgência jugular. A conduta é descompressão imediata, sem aguardar exames de imagem. A radiografia não deve atrasar o tratamento.

Distratores:

- (A) Aguardar radiografia atrasa tratamento que salvará o paciente.
- (C) Pressão positiva pode agravar o pneumotórax hipertensivo.
- (D) Expansão volêmica isolada não corrige o choque obstrutivo.

Referências:

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): student course manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018. Reaffirmed 2023.
- TINTINALLI, Judith E. et al. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. 9. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2020.
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation, Amsterdam, v. 161, p. 115–151, 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes para o manejo do pneumotórax. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, atualizações recentes.

89. (B)

Comentários:

O quadro é compatível com anafilaxia perioperatória. A epinefrina é o tratamento de primeira linha da anafilaxia, e no ambiente perioperatório a adrenalina/epinefrina intravenosa titulada é recomendada por profissionais experientes, associada à interrupção dos agentes suspeitos, oferta de oxigênio e reposição volêmica rápida. Corticoides e anti-histamínicos podem ser usados como medidas adjuvantes, mas não substituem a epinefrina no manejo inicial. Guias recentes de anafilaxia perioperatória destacam dose inicial IV de 50 microgramas em adultos no centro cirúrgico, com titulação conforme resposta e gravidade. O eritema cutâneo costuma não estar presente nos casos de anafilaxia perioperatório, aparecendo tardiamente, após a restauração da estabilidade hemodinâmica.

Referências:

- Practice Parameter Update on Anaphylaxis 2023/2024; guideline de anafilaxia perioperatória da Association of Anaesthetists/Resuscitation Council UK.

90. (D)

Comentários:

Queimaduras são classificadas como graves quando há:

- área >20% da superfície corporal em adultos
- Acometimento de face ou vias aéreas
- Suspeita de lesão inalatória
- Queimaduras profundas.

O paciente apresenta queimadura facial, fuligem em vias aéreas e rouquidão, sugerindo lesão inalatória.

A extensão (<20%) não indicaria gravidade. A presença de critérios adicionais de gravidade impede a classificação como moderada. O caso apresenta múltiplos critérios de gravidade que exigem manejo hospitalar especializado.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atendimento ao paciente queimado. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- AMERICAN BURN ASSOCIATION. Practice guidelines for burn care. Journal of Burn Care & Research, 2023.
- JAMESON, J. Larry et al. Medicina interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024.

91. (B)

Comentários:

As diretrizes da Surviving Sepsis Campaign recomendam que pacientes com hipoperfusão induzida por sepse ou choque séptico recebam pelo menos 30 mL/kg de cristalóide intravenoso nas primeiras 3 horas. Também recomendam cristalóides como fluido de primeira linha, com preferência por cristalóides balanceados em vez de soro fisiológico quando possível. Albumina pode ser considerada quando grandes volumes de cristalóide já foram administrados, mas não é o fluido inicial de escolha

Referências:

- Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock, 2021.

92. (C)

Comentários:

Para chegar ao resultado, analisamos os três componentes da escala:

1. Abertura Ocular: "Espontânea" = 4 pontos.
 2. Resposta Verbal: "Frases confusas" (palavras compreensíveis, mas sem contexto coerente) = 4 pontos.
 3. Resposta Motora: "Localiza a dor" (movimento coordenado para remover o estímulo) = 5 pontos.
- Total: 4 + 4 + 5 = 13 pontos.
 - Classificação: Pela convenção da ATLS, um Glasgow entre 13 e 15 é classificado como TCE Leve.

Referências:

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS: Advanced Trauma Life Support: student course manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018. 424 p. .

93. (A)

Comentários:

O manejo inicial inclui antibiótico tópico profilático e analgesia, com acompanhamento oftalmológico.

Curativo compressivo não é recomendado rotineiramente em abrasões corneanas.

Antibiótico sistêmico não é indicado em abrasão corneana simples.

Exames de imagem são reservados para suspeita de trauma penetrante ou corpo estranho intraocular.

Referências:

- HARRISON, J. L. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21. ed. New York: McGraw-Hill, 2022. Capítulo "Disorders of the Eye", p. 307-320.
- GOLDBERG, M. F. et al. In: CECIL Medicine. 25. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2016. Capítulo "Ophthalmologic Emergencies", p. 2447-2460.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Manual de Condutas em Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas. São Paulo: HC-FMUSP, 2021. Capítulo "Emergências Oftalmológicas", p. 535-548.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento às Urgências e Emergências Oftalmológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Capítulos 2-4.

94. (D)

Comentários:

A questão exige aplicação do conteúdo da referência a uma vineta clínica complexa, integrando múltiplos indicadores de necessidade de intubação precoce em queimados. O item foi construído para que o candidato não se apoie em um único achado, mas combine extensão e profundidade das queimaduras, acometimento de cabeça e boca, mudança de voz/rouquidão. A alternativa correta é a "Proceder com intubação orotraqueal", pois em grandes queimados, a via aérea pode evoluir rapidamente para obstrução total por edema, devendo a intubação ser realizada precocemente antes da perda da via aérea. São descritos como indicadores para intubação: queimadura >40% da superfície corporal total, menor limiar quando as queimaduras são profundas; queimaduras em cabeça e boca; lesão inalatória clinicamente significativa; transferência retardada; alteração do nível de consciência; e mudança da voz ou rouquidão. As demais estão incorretas porque: normalidade da oximetria e ausência de estridor não excluem deterioração iminente da via aérea nesse contexto; a gasometria arterial não define a necessidade de intubação; além disso, em exposição à fumaça, gasometria e oximetria não são úteis para detectar monóxido de carbono; a broncoscopia pode ajudar em casos duvidosos, mas a referência recomenda baixo limiar para intubação quando há forte suspeita clínica e risco de perda da via aérea.

Referências:

- GREENHALGH, David G. Management of Burns. The New England Journal of Medicine, v. 380, n. 24, p.2349-2359, 2019. DOI: 10.1056/NEJMra1807442.

95. (A)

Comentários:

A recusa informada deve ser respeitada quando o paciente possui capacidade decisória, devendo ser registrada em prontuário e, se possível, formalizada. Em pacientes adultos capazes, a autonomia prevalece, mesmo em risco de morte. Intervenção judicial geralmente não é necessária quando a decisão é clara e o paciente é capaz. Familiares não substituem decisão de paciente competente.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Bioética para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM, 2019.
- LONGO, D. L. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21. ed. New York: McGraw-Hill, 2022. Cap. 6 – Medical Ethics and Decision Making, p. 48–55.
- GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. Goldman-Cecil Medicine. 27. ed. Philadelphia: Elsevier, 2024. Cap. 3 – Ethical Issues in Clinical Medicine, p. 21–28.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Manual de Condutas em Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo: HC-FMUSP, 2021. Cap. 1 – Aspectos éticos no atendimento de emergência, p. 5–10.

96. (C)

Comentários:

O paciente apresenta critérios bem estabelecidos de sarcopenia grave (pela combinação de baixa massa muscular, força reduzida e baixa velocidade de marcha, conforme o consenso EWGSOP2) associada a câncer de pulmão em estágio avançado e ECOG 3 — indicando dependência em mais de 50% das atividades de autocuidado. Esse perfil clínico é preditivo de baixa tolerância a tratamentos oncológicos ativos e de prognóstico desfavorável em curto prazo. Os princípios dos cuidados paliativos preconizam que, diante da irreversibilidade da doença e do sofrimento desproporcionalmente gerado por intervenções agressivas, a prioridade deve ser o controle de sintomas, a qualidade de vida e o apoio à família. A quimioterapia em pacientes com ECOG 3 e sarcopenia grave tende a aumentar a toxicidade sem benefício de sobrevida comprovado. A intervenção em UTI de forma preventiva contraria os princípios de não maleficência e proporcionalidade terapêutica. Protelar a tomada de decisão clínica urgente e necessária expõe o paciente a sofrimento desnecessário.

Referências:

- Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (EWGSOP2). Age Ageing. 2019;48(1):16–31.
- World Health Organization. Palliative Care. Key facts. 2020.
- Melo L, Tommaso AB, Moraes NS (Eds.). Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia. 1ª Edição. São Paulo: Editora Manole; 2025.

SAÚDE COLETIVA

97. (A)

Comentários:

A APS é a porta de entrada e coordenadora do cuidado, devendo resolver a maioria dos quadros agudos leves da infância. O caso descreve criança estável, sem sinais de alarme, compatível com infecção viral de vias aéreas superiores. Protocolos do MS recomendam: orientação à família; medidas sintomáticas; educação sobre sinais de gravidade; retorno programado. A referência para média/alta complexidade deve ocorrer apenas diante de critérios clínicos objetivos, respeitando a lógica das Redes de Atenção.

A criança não apresenta critérios clínicos de gravidade que justifiquem internação ou antibioticoterapia venosa. O uso de antibiótico “preventivo” contraria as diretrizes do Ministério da Saúde e da AIDPI, que indicam antibióticos apenas quando há suspeita de infecção bacteriana com sinais clínicos compatíveis (taquipneia, tiragem, hipoxemia, toxemia). Encaminhar diretamente para o nível terciário fere o princípio da hierarquização e promove uso inadequado da alta complexidade.

A maior parte das síndromes febris sem sinais de gravidade não necessita de exames laboratoriais iniciais. A solicitação indiscriminada de exames na média complexidade gera medicalização e fragmenta o cuidado, contrariando a diretriz de cuidado resolutivo na APS. A decisão terapêutica em quadros leves é essencialmente clínica, baseada em protocolos da atenção primária.

Exames de imagem (como radiografia ou TC) só são indicados quando há suspeita de complicação ou sinais de gravidade. O acesso direto à alta complexidade, sem regulação e sem esgotar a capacidade da APS, viola: o princípio da regionalização e regulação do acesso; a lógica de uso racional dos recursos do SUS. A alta complexidade deve ser reservada a condições que extrapolam a capacidade diagnóstica e terapêutica da APS e da média complexidade.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4 – Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

98. (D)

Comentários:

Urticária aguda provavelmente induzida por medicamento (AINE – ibuprofeno). Características típicas:

- Placas urticariformes eritemato-edematosas;
- Prurido intenso;
- Lesões evanescentes (< 24h);
- Migração das lesões;
- Ausência de lesões residuais;
- Associação temporal com possível gatilho medicamentoso.

Referências:

- <https://www.sbd.org.br/doencas/urticaria/>
- Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais, Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(4):382-92

99. (D)

Comentários:

O quadro é compatível com hemicrania paroxística, uma cefaleia trigêmeo-autônômica caracterizada por:

- crises curtas (2–30 minutos)
- alta frequência diária
- sintomas autonômicos ipsilaterais
- predomínio em mulheres

Critério diagnóstico fundamental: resposta completa à indometacina

Isso diferencia de: cefaleia em salvas → crises mais longas + responde a O₂/triptano

neuralgia do trigêmeo → dor em choque, sem fenômenos autonômicos marcantes

Referências:

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia. Classificação Internacional das Cefaleias – 3ª edição (ICHD-3), versão em português. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2021.

100. (A)

Comentários:

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, todas as pessoas imunossuprimidas, incluindo aquelas vivendo com HIV, devem receber o esquema de três doses da vacina contra o HPV, independentemente da idade, da carga viral ou da contagem de CD4.

A justificativa normativa e epidemiológica baseia-se no fato de que:

- A imunossupressão está associada a maior risco de infecção persistente pelo HPV e de progressão para neoplasias associadas.
- A resposta imunológica à vacina pode ser reduzida nesse grupo, o que fundamenta a necessidade do esquema ampliado (três doses) como estratégia de prevenção primária do câncer do colo do útero.
- O bom controle clínico (carga viral indetectável e CD4 > 400) não altera a recomendação do esquema vacinal.
- Apesar do bom controle imunológico, o Ministério da Saúde não recomenda redução do número de doses em pessoas imunossuprimidas, justamente porque:
- O risco oncológico permanece elevado.
- O esquema de duas doses é indicado apenas para pessoas imunocompetentes em faixas etárias específicas.
- A menor resposta imunológica é justamente a razão para reforçar a indicação da vacina, e não para suspendê-la.
- A vacina contra o HPV é segura e recomendada para pessoas vivendo com HIV. É uma estratégia de prevenção primária, devendo ser realizada independentemente de resultados citopatológicos. Não depende da presença de lesões prévias, nem deve ser condicionada ao rastreamento.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: Calendário Nacional de Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia ampliada de vacinação contra HPV para imunossuprimidos e grupos prioritários no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.conass.org.br>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIIm). Calendário de vacinação do paciente imunossuprimido. São Paulo: SBIIm, 2024. Disponível em: <https://sbim.org.br>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record, Geneva, v. 97, n. 19, p. 209–224, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>.

101. (C)

Comentários:

A alternativa (A) está correta porque a realização de visitas domiciliares, o acompanhamento da adesão ao tratamento e a identificação de fatores familiares e sociais que interferem no cuidado são atribuições centrais do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família, especialmente em situações que exigem articulação entre o serviço e o território para garantir cuidado longitudinal e integral.

Referências:

- Solha RKDT. Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas: Grupo GEN; 2014.

102. (B)

Comentários:

Para indivíduos com parente de primeiro grau com câncer colorretal diagnosticado antes dos 50 anos, recomenda-se iniciar rastreamento com colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do diagnóstico do familiar (o que ocorrer primeiro). Trata-se de estratégia de prevenção secundária voltada a grupo de risco aumentado, papel típico da APS na coordenação do cuidado.

Sangue oculto é válido para a população de risco habitual. A paciente não é risco habitual, pois possui familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos. Nesses casos, a colonoscopia é o método preferencial, e o início ocorre mais precocemente. A presença de um único familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos já é suficiente para classificar como risco aumentado e modificar a estratégia de rastreamento. No caso em questão, o irmão foi diagnosticado aos 48 anos, portanto, o rastreio deveria ter iniciado aos 38 anos. Além disso, o intervalo de vigilância para este perfil de risco é de 5 em 5 anos, independentemente de o exame anterior ter sido normal. A retossigmoidoscopia não é o padrão-ouro para vigilância em pacientes com histórico familiar de primeiro grau jovem, devido à necessidade de avaliação de todo o cólon.

Referências:

- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.
- Diretrizes para a detecção precoce do câncer colorretal no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- SIEGEL, R. L. et al. Colorectal Cancer Screening and Surveillance in Individuals at Increased
- Risk. American Family Physician. 2018;97(2):111–119
- Wolf, A. M. D., et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018.
- Rex, D. K., et al. Screening for Colorectal Cancer: US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology, 2017 (atualizado em 2022).

103. (C)

Comentários:

Como a incidência (casos novos) é igual, a transmissão inicial é a mesma. Se a prevalência (estoque) no Distrito B é muito maior, significa que os casos estão se acumulando (a doença dura mais tempo), o que geralmente indica falha no tratamento (cura lenta ou abandono).

Referências:

- GORDIS, Leon. Epidemiologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

104. (C)

Comentários:

A essência da abordagem comunitária e inserção territorial é o reconhecimento do território como espaço dinâmico de produção do processo saúde-doença, construção de diagnóstico comunitário participativo e planejamento de ações integradas que articulem cuidado clínico e intervenção sobre determinantes sociais. As demais alternativas permanecem centrada no indivíduo, com menor capacidade de transformação do território, ou incluem análise epidemiológica restrita à lógica técnico-sanitária, sem participação comunitária nem intervenção ampliada ou deslocam o foco da Atenção Primária à Saúde (APS) e fragiliza o papel da equipe na coordenação do cuidado e na atuação territorial.

Referências:

- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro; DIAS, Lêda. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática. 2ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2019.

105. (A)

Comentários:

A prevenção secundária ocorre na fase pré-clínica da doença e tem como objetivo a detecção precoce de agravos já instalados, porém ainda assintomáticos; nesse caso, a tomografia de tórax de baixa dose para rastreamento de câncer de pulmão em indivíduo de risco busca identificar a doença em estágio inicial, diferenciando-se das ações de promoção da saúde e proteção específica, que caracterizam prevenção primária.

Referências:

- Rouquayrol MZ, Gurgel M. Rouquayrol - Epidemiologia e saúde. (8th edição): MedBook Editora; 2017.

106. (D)

Comentários:

A alternativa (D) expressa corretamente os princípios da integração entre vigilância epidemiológica e atenção primária à saúde, incluindo:

- notificação compulsória de casos suspeitos, conforme definição de caso vigente (não depende de confirmação laboratorial)
- uso do SINAN como sistema oficial de registro e monitoramento
- importância da vigilância ativa no território
- adaptação da conduta clínica conforme protocolos atualizados e situação epidemiológica local

A APS tem papel central na detecção precoce, notificação e resposta a agravos, especialmente em contextos de aumento de casos.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

107. (B)

Comentários:

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (instituída pela Portaria nº 2.836/2011 do Ministério da Saúde) estabelece como princípios:

- Promoção da equidade em saúde
- Combate à discriminação institucional
- Garantia do uso do nome social
- Acolhimento e cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde
- Organização da linha de cuidado respeitando a APS como porta de entrada preferencial

A Atenção Primária deve:

- Realizar acolhimento humanizado
- Garantir respeito à identidade de gênero
- Ofertar cuidado longitudinal
- Articular com serviços especializados quando necessário, sem se eximir da responsabilidade assistencial

Encaminhamento automático para serviços especializados configura fragmentação do cuidado e contraria a diretriz de integralidade.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT). Brasília: MS; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília: MS

108. (B)

Comentários:

O secretário solicita o indicador que mensura novos casos em pessoas que podiam adoecer, ou seja, a incidência acumulada (risco absoluto). O erro mais frequente — e o que diferencia esta questão — está na escolha correta do denominador.

Por que (B) e não (A)? A incidência acumulada exige que o denominador seja composto exclusivamente pela população em risco, ou seja, aquela suscetível ao desfecho no início do período. Indivíduos já diagnosticados com HAS em 1º/jan/2022 (n = 75.000) não estavam em risco de desenvolver a doença, portanto devem ser excluídos:

Incidência acumulada = Casos Novos / População em Risco no início = 5000 / (500.000 - 75.000) = 5000/ 425.000 ≈ 1,18%

Usar a população total (500.000), como na alternativa B, subestima o risco real, pois inclui indivíduos que já apresentavam a doença no início do período.

Por que (C) e (D) são incorretas?

Prevalência mensura casos existentes (novos + antigos), não casos incidentes. Embora seja útil para gestão de serviços e carga de doença, não responde à pergunta formulada sobre proporção de indivíduos que desenvolveram a doença no período — que é o insumo para ações preventivas primárias.

Prevalência pontual (C): 75.000 / 500.000 = 15,00%

Prevalência de período (D): (75.000 + 5.000 - 200) / 500.000 = 15,96%

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Brasília: MS, 2022.
- Gordis, L. Epidemiologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2023.
- Rouquayrol, M.Z.; Silva, M.G.C. Epidemiologia & Saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. Cap. 3 — Medidas de Frequência em Epidemiologia. p. 45–72.
- Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. Epidemiologia Básica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

109. (D)

Comentários:

A parte II da DO é destinada ao registro de doenças ou lesões significativas que contribuíram para a morte, mas não estão diretamente relacionadas à cadeia de eventos principal. No caso em questão devem ser adicionadas nesta parte a hipertensão, diabetes e a dislipidemia.

Além disso, a DO deve ser preenchida pelo médico assistente do PS, pois existe uma causa definida, não existindo a necessidade de encaminhar a paciente para o IML.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

110. (A)

Comentários:

Um teste com alta sensibilidade tende a identificar a maioria dos indivíduos que realmente apresentam a doença, apresentando poucos falsos negativos, o que o torna útil para rastreamento; entretanto, a especificidade reduzida implica maior número de falsos positivos, exigindo confirmação diagnóstica posterior por avaliação clínica ou instrumento padrão-ouro.

Referências:

- Rouquayrol, M.Z.; Silva, M.G.C. Epidemiologia & Saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. Cap. 3 — Medidas de Frequência em Epidemiologia. p. 45–72.

111. (C)

Comentários:

O caso descreve um paciente com hipertensão arterial associada ao diabetes mellitus e evidências de lesão de órgão-alvo, representadas pela albuminúria aumentada e pela hipertrofia ventricular esquerda no eletrocardiograma. Esses achados indicam maior risco cardiovascular global, condição que orienta uma abordagem terapêutica mais intensiva. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, pacientes com pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg associados a diabetes mellitus ou lesão de órgão-alvo devem iniciar tratamento farmacológico concomitantemente às intervenções no estilo de vida. As recomendações atuais priorizam o início de terapia combinada com duas classes de anti-hipertensivos em baixas doses, estratégia que apresenta maior eficácia na redução pressórica inicial e maior probabilidade de alcançar as metas terapêuticas. Entre as classes mais utilizadas nessa estratégia estão a associação de bloqueadores do sistema renina-angiotensina com bloqueadores de canais de cálcio ou diuréticos tiazídicos, preferencialmente em formulações combinadas, quando disponíveis, o que contribui para melhor adesão ao tratamento.

Nos indivíduos com diabetes mellitus, as diretrizes recomendam meta pressórica inferior a 130/80 mmHg, desde que o tratamento seja bem tolerado. O manejo deve ocorrer prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, com monitoramento longitudinal, estratificação de risco cardiovascular e integração do cuidado das condições crônicas.

As demais alternativas apresentam limitações em relação às recomendações atuais. A monoterapia inicial apresenta menor probabilidade de controle pressórico em pacientes de maior risco cardiovascular. A conduta baseada apenas em intervenções não farmacológicas posterga o tratamento medicamentoso em situação que já indica intervenção farmacológica. O encaminhamento imediato para especialista não é necessário, pois o manejo inicial pode ser conduzido na Atenção Primária.

Referências:

- BRANDÃO, Andréa Araujo et al. Diretriz brasileira de hipertensão arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, p. e20250624, 2025.

112. (C)

Comentários:

Conforme a Rede Alyne, deve haver “vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto e o atendimento das eventuais intercorrências na gestação; e o estímulo, no último trimestre gestacional, às ações de vínculo entre a gestante e a maternidade de referência do território”. A Rede de Atenção à Saúde é regionalizada, sendo as maternidades de referências organizadas de acordo com o território. A Atenção Primária à Saúde deve manter o acompanhamento pré-natal até o parto. A gestante deve ser informada o quanto antes sobre a sua maternidade de referência.

Referências:

- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 5.350, DE 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União, 2024.

113. (B)

Comentários:

(B) Está correta, pois integra os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e o uso qualificado do HIPERDIA na linha de cuidado das condições crônicas. O paciente apresenta descontrole clínico, baixa adesão e perda de seguimento, caracterizando maior risco. A conduta adequada envolve:

Estratificação de risco;

Plano de cuidado individualizado;

Acompanhamento longitudinal e ativo (busca ativa, consultas programadas);

Abordagem multiprofissional (enfermagem, ACS, educação em saúde);

Consideração de fatores psicossociais e adesão.

(A) Está incorreta, pois o encaminhamento pode ser necessário em situações específicas, mas não substitui a coordenação do cuidado pela APS, que permanece responsável pelo seguimento.

(C) Está incorreta, pois desconsidera o modelo centrado na pessoa e os determinantes da adesão, fundamentais no manejo de condições crônicas.

(D) Está incorreta, pois reduz o cuidado à dimensão administrativa e prescritiva, sem enfrentamento do risco e da descontinuidade do cuidado.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 Set. 2017.

114. (D)

Comentários:

- (A) Errada. Varíola dos macacos entrou em 2022.
- (B) Errada. Toxoplasmose~, em gestante e congênita, já é agravo de notificação compulsória há muitos anos.
- (C) Errada. Transtornos mentais relacionados ao trabalho entrou na lista em 2024.
- (D) Correta. Esporotricose humana entrou na lista nacional de notificação compulsória de doenças em março de 2025.

Referências:

- Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025.

115. (A)

Comentários:

Com base no Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para 2025/2026, a vacina contra varicela é recomendada principalmente para crianças no primeiro ciclo de vida, com foco na proteção contra formas graves da doença. Para adultos, está recomendada para Profissionais de Saúde. No entanto, como essa vacina é de vírus vivo atenuado, está contraindicada para gestantes e pessoas com imunodeficiência primária ou adquirida, em uso de imunossuppressores.

Referências:

- Ministério da Saúde, Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para 2025/2026.

116. (A)

Comentários:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) propõe estratégias estruturais e contínuas para ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, reconhecendo barreiras históricas relacionadas a:

- organização dos serviços (horários incompatíveis com jornada de trabalho)
- construção social das masculinidades
- baixa vinculação à APS
- cultura de procura tardia por cuidado

As estratégias mais efetivas incluem: ampliação de horários (noite/finais de semana), ações extramuros (locais de trabalho, esporte, territórios masculinos), qualificação do acolhimento e vínculo na APS, integração intersetorial e abordagem longitudinal, ampliação do cuidado para além de agravos urológicos.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

117. (D)

Comentários:

De acordo com o Quadro 1 (Proposta de abordagem do cuidado ao idoso de acordo com o grau de fragilidade), pacientes classificados como frágeis (ECF 5-7) devem ter seu plano de cuidado

focado na preservação das reservas fisiológicas e prevenção de agravos evitáveis.

(D) Está correta pois reflete as orientações para esse estágio: a revisão

medicamentosa abrangente é essencial para adequação do uso de fármacos e o rastreamento

de câncer deve ser individualizado conforme a expectativa de vida, ao contrário dos pacientes

robustos onde o rastreio segue diretrizes padrão.

(A) Está incorreta porque o "descalonamento" e o foco exclusivo em conforto são

indicados para a fragilidade terminal (ECF 8-9).

(B) Está incorreta pois idosos frágeis devem receber suplementação e dieta de alta qualidade/proteica, e os exercícios devem ser menos intensos para serem mais bem tolerados.

(C) Está incorreta pois o rastreio sistemático é voltado para idosos robustos ou pré-

frágeis, e não para os já moderadamente frágeis.

Referências:

- FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Lígia (org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- DI TOMMASO, Ana Beatriz Galhardi; LIMA, Daniela Gaby; SILVA, Luiza Pina e. Cuidados paliativos na síndrome da fragilidade. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia. Barueri: Manole, 2024. Seção VII, Cap. 15, p. 1-4.

118. (B)

Comentários:

A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é agravo relacionado ao trabalho e integra a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Cabe ao médico assistente, na APS ou no ambulatório, reconhecer onexo clínico-epidemiológico, independentemente de perícia do INSS. As diretrizes da RENAST determinam: registro adequado em prontuário; notificação no SINAN; orientação de afastamento da exposição nociva; articulação com o CEREST e com o empregador para medidas de proteção coletiva e vigilância do ambiente de trabalho. A conduta expressa o papel do SUS na integralidade do cuidado e na vigilância em saúde do trabalhador.

O reconhecimento donexo causal não depende de perícia previdenciária. A notificação e as ações de saúde do trabalhador são atribuições do SUS e do profissional assistente, conforme protocolos do Ministério da Saúde. A perícia do INSS tem finalidade previdenciária, e não substitui o diagnóstico clínico nem a notificação sanitária.

A investigação do nexodeve ocorrer no momento do diagnóstico, e não após tentativa terapêutica. Aguardar resposta ao tratamento posterga medidas de proteção e mantém o trabalhador exposto ao risco, contrariando o princípio da prevenção e da vigilância em saúde. O manejo clínico não exclui a obrigação de notificar e intervir sobre o ambiente laboral.

A PAIR possui implicações diretas de vigilância em saúde do trabalhador, exigindo notificação e intervenção imediata. Encaminhar para o setor privado e postergar a reavaliação ignora o papel da APS e da RENAST, além de fragmentar o cuidado. A conduta desconsidera a responsabilidade do SUS na proteção coletiva e na prevenção de novos casos.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

119. (C)

Comentários:

A política brasileira de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhece a redução de danos como estratégia legítima de cuidado.

Redução de danos implica:

- Acolhimento sem julgamento
- Construção de vínculo
- Respeito à autonomia
- Intervenções para minimizar riscos (ISTs, infecções respiratórias, desnutrição, violência)
- Testagem rápida e vacinação
- Oferta de preservativos
- Plano Terapêutico Singular
- Articulação com CAPS AD quando necessário

A abstinência pode ser um objetivo, mas não é condição para o cuidado.

Internação compulsória é medida excepcional e depende de critérios legais específicos. Condicionar atendimento à abstinência viola os princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

120. (B)

Comentários:

A alternativa a contempla os princípios fundamentais da educação em saúde crítica e emancipatória, alinhada ao SUS:

- valorização do saber popular e contexto sociocultural
- construção coletiva do conhecimento
- estímulo à participação social e autonomia
- fortalecimento do vínculo e corresponsabilização

Essa abordagem é mais eficaz para mudança de comportamento em condições crônicas.

As demais alternativas refletem modelos: tradicional, vertical e pouco efetivo; prescritivo e centrado na informação; biomédico e desarticulado da APS

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.