



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE

TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2025

GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	A	<p>a. CORRETA; O caso é de infarto agudo do miocárdio de parede inferior. A artéria que irriga a parede inferior é a artéria coronária direita, nesse caso, é a artéria culpada pelo evento. E devido a imagem em espelho em VI e V2 somado ao quadro clínico apresentado houve comprometimento também do VD</p> <p>b. INCORRETA: O enunciado refere a infarto de parede anterior e o ECG representa um caso de Infarto de parede inferior (ECG com supra em D2, D3 e AVF – infra-anterior como imagem em espelho de V1 a V3). A artéria coronária esquerda (ou tronco de coronária esquerda) é responsável pela irrigação anterior e lateral do ventrículo esquerdo</p> <p>c. INCORRETA: A parede lateral alta é representada eletrocardiograficamente por V5, V6, D1 e AVL. Neste ECG não mostra comprometimento de V5 e V6.</p> <p>d. INCORRETA: Não há alteração eletrocardiográfica correspondente ao infarto por oclusão de artéria descendente anterior (supra de ST de V1 a V6)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Braunwald, Eugene. Tratado de medicina cardiovascular. 9a ed. São Paulo: Roca, 2013 Vol.2</p> <p>V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST – 2015.</p> <p>Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Eur Heart J. 2019 Jan 14;40(3):237-269.</p> <p>Sabatine MS. Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.</p>
2	C	<p>a. INCORRETA: Embora o vírus Influenza possa causar tosse, febre e mal-estar, o quadro clínico descrito (tosse paroxística, guincho inspiratório e vômitos) é clássico de coqueluche, não de infecção por Influenza. Além disso, Influenza costuma ter início súbito, com febre alta e sintomas sistêmicos mais marcantes.</p> <p>b. INCORRETA: Mycoplasma costuma causar tosse seca e prolongada, muitas vezes com padrão de pneumonia atípica, mas não cursa com paroxismos, guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse como na coqueluche.</p> <p>c. CORRETA: A coqueluche é a doença causada pela Bordetella pertussis, ocorrendo mesmo após o advento da vacinação em pequenas epidemias a cada 2-3 anos. Cursa com 3 fases clínicas, sendo a fase paroxística a fase em que o diagnóstico fica evidente em virtude da tosse clássica. O quadro clínico apresentado pelo menino de tosse em paroxismos durante uma expiração, guincho na inspiração forçada e vômitos pós tosse refere a esta fase. O tratamento deve ser realizado logo que houver suspeita clínica.</p> <p>d. INCORRETA: Agente típico de pneumonia lobar de início agudo, com febre alta, dor torácica e condensação pulmonar, sem o padrão de tosse paroxística descrito.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kliegman RM, St. Geme JW III. Nelson: tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p> <p>Cherry JD. Pertussis in the pre-vaccine and vaccine eras: epidemiology and prevention. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, eds. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 233-50.</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis (Whooping Cough) – Clinical Features. Available from: https://www.cdc.gov/pertussis/clinical/index.html</p>
3	B	<p>a. INCORRETA: Embora também seja uma opção não hormonal para fogachos e depressão, não seria a primeira escolha aqui, pois paroxetina é inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS), mas o nível de evidência é inferior ao da Venlafaxina para vasomotores. Além disso, a Paroxetina (principalmente em altas doses) pode ter interação com o metabolismo do tamoxifeno caso futuramente a paciente venha a usá-lo (considerando o risco oncológico).</p> <p>b. CORRETA: A Venlafaxina (um IRSN) é uma opção não hormonal eficaz tanto para os sintomas vasomotores da menopausa quanto para o manejo da sintomatologia depressiva leve a moderada. É particularmente recomendada quando há</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>contraindicações relativas ou absolutas ao uso de estrogênio, como no caso de paciente com forte história familiar de câncer de mama e mamografia com BI-RADS III.</p> <p>c. INCORRETA: A TH pode apresentar benefícios sobre os sintomas emocionais quando utilizada na perimenopausa (nível de evidência:B), porém, TH estrogênica isolada ou combinada não deve ser recomendada a mulheres com antecedentes de câncer de mama.</p> <p>d. INCORRETA: O carbonato de lítio é indicado para transtorno afetivo bipolar que não é a clínica da paciente em questão que apresenta um quadro depressivo, sendo adequado a prescrição de um antidepressivo, no caso, a venlaxina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>North American Menopause Society (NAMS). The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. <i>Menopause</i>. 2022 Jul;29(7):767-794.</p> <p>Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Management of Menopausal Symptoms. <i>Mayo Clin Proc</i>. 2022 Jun;97(6):1129-1141.</p> <p>Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i>. 2015 Nov;100(11):3975-4011.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Atenção à Saúde da Mulher no Climatério. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p>
4	D	<p>a. INCORRETA: O nível de bilirrubina direta está baixo, portanto é incompatível com obstrução pós-hepática</p> <p>b. INCORRETA: O nível de urobilinogênio deve ser normal, já que se trata de um defeito na conjugação da bilirrubina e não na produção de bilirrubina</p> <p>c. INCORRETA: O nível de bilirrubina conjugada está abaixo do normal, com aumento na não conjugada ou indireta</p> <p>d. CORRETA: O nível de bilirrubina indireta ou não conjugada aumentada, associado a valores de transaminases pouco alterados, são sugestivos de Síndrome de Gilbert, que é um transtorno genético que reduz a captação de bilirrubina não conjugada pelo hepatócito, pela redução de 60-70% da enzima responsável pela conjugação da bilirrubina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Schmid R, Arias IM. Disorders of Bilirubin Metabolism. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. <i>Harrison's Principles of Internal Medicine</i>. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.</p> <p>Brites D, Rodrigues CM, Solá S, Brito MA. Bilirubin toxicity and protection: new players, novel functions, and therapeutic options. <i>Curr Pharm Des</i>. 2013;19(15):2791-802.</p> <p>Zakim D, Boyer TD. <i>Hepatology: A Textbook of Liver Disease</i>. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2018.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Icterícia e Distúrbios Hepáticos. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.</p>
5	C	<p>a. INCORRETA: o atenolol (beta-bloqueador) não é o mais indicado anti-hipertensivo em pacientes hipertensos e pré-diabéticos ou diabéticos, podendo inclusive estar relacionado ao aparecimento de diabetes, além de não evitar a evolução da deterioração da função renal (progressão de microalbuminúria para macroalbuminúria).</p> <p>b. INCORRETA: a nifedipina (bloqueador de canal de cálcio) não é o anti-hipertensivo mais adequado para hipertensos com obesidade e microalbuminúria elevada, por não evitar a evolução da deterioração da função renal (progressão de microalbuminúria para macroalbuminúria).</p> <p>c. CORRETA: o enalapril (inibidor da enzima conversora de angiotensina) seria a melhor escolha de anti-hipertensivo nesse caso, por reduzir consistentemente a microalbuminúria, retardando a progressão para nefropatia incipiente.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>d. INCORRETA: a hidroclorotiazida (diurético tiazídico) é contraindicada para pacientes com hiperuricemias.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(3):516-658.</p> <p>KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. 2021;11(3):1-50.</p>
6	A	<p>a. CORRETA: Representa antibióticos efetivos para tratamento empírico de pielonefrite grave com bacteremia, com cobertura para Enterobacteriaceae, incluindo <i>E. coli</i> resistente. A associação de ceftriaxona com aminoglicosídeo (amicacina) é frequentemente usada enquanto se aguarda cultura. Ciprofloxacin é uma opção oral ou IV válida em infecções urinárias complicadas.</p> <p>b. INCORRETA: Embora ciprofloxacin seja opção para pielonefrite, Sulfametoxazol-trimetoprima não é a primeira escolha em casos graves com bacteremia e tetraciclina não tem indicação para pielonefrite.</p> <p>c. INCORRETA: Nitrofurantoína não atinge concentrações terapêuticas adequadas no parênquima renal e está contraindicada em pielonefrite. Imipenem + amicacina é uma combinação possível em casos graves, mas não é uma tríade usual para início empírico nesse perfil clínico.</p> <p>d. INCORRETA: Eritromicina não tem papel no tratamento de infecções urinárias e a associação com SMX-TMP e gentamicina não é protocolo de escolha inicial para pielonefrite com bacteremia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). Clin Infect Dis. 2011 Mar 1;52(5):e103-20.</p> <p>Sociedade Brasileira de Infectologia. Diretrizes para o Tratamento das Infecções do Trato Urinário - 2022. Rev Soc Bras Med Trop. 2022.</p> <p>Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</p>
7	D	<p>a. INCORRETA: Síndrome de Stevens Johnson.</p> <p>b. INCORRETA: Síndrome de Sjögren</p> <p>c. INCORRETA: Síndrome de Sturge Weber</p> <p>d. CORRETA: Retinopatia diabética.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kanski JJ, Bowling B. Clínica de oftalmologia: uma abordagem sistemática. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.</p> <p>American Diabetes Association. Microvascular complications and foot care: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024 Jan;47(Suppl 1):S161-S179.</p> <p>Tabbara KF. Ocular Behcet's disease. Int Ophthalmol Clin. 2005;45(2):53-68.</p> <p>Roach ES. Neurocutaneous syndromes. Pediatr Clin North Am. 1992 Feb;39(1):591-620.</p> <p>Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024. São Paulo: Clannad; 2023.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
8	B	<p>a. INCORRETA: Embora o VE possa ter sobrecarga de volume em casos de CIV grande, a principal complicação precoce preocupante é a hipertensão pulmonar, e não hipertensão arterial sistêmica. A hipertensão sistêmica primária não é uma complicação típica da CIV em lactentes.</p> <p>b. CORRETA: Em crianças com CIV significativa, especialmente em pacientes com Síndrome de Down, há risco aumentado de hipertensão pulmonar precoce, devido ao fluxo sanguíneo excessivo e crônico nos pulmões desde os primeiros meses de vida. O remodelamento vascular pulmonar pode ocorrer rapidamente nesses casos.</p> <p>c. INCORRETA: Esse cenário ocorre na síndrome de Eisenmenger, quando há reversão do fluxo (direita → esquerda) por hipertensão pulmonar descompensada. No entanto, nos primeiros meses de vida com CIV isolada, o shunt é esquerda → direita. A cianose precoce não é típica nesse estágio.</p> <p>d. INCORRETA: Não há relato de estenose pulmonar ou outra obstrução de saída do VD. O problema é o oposto: há excesso de fluxo pulmonar, não redução.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kliegman RM, St. Geme JW III. Nelson: tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p> <p>Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. J Am Coll Cardiol. 2002 Jun 19;39(12):1890-900.</p> <p>Moura DJM, Aiello VD, Lopes AA. Pulmonary hypertension in Down syndrome: what do we know about pathophysiology and treatment? Rev Paul Pediatr. 2020;38:e2018111.</p>
9	D	<p>a. INCORRETA: Na Rubéola, ocorre um exantema de coloração róseo, inicialmente em face. Apresenta linfadenopatias cervicais e retroauriculares, podendo ter petéquias em palato e artrite associada.</p> <p>b. INCORRETA: A manifestação clínica mais comum das reações adversas a Drogas é a cutânea, estando presente de 96% dos casos. Podem ser imediatas (mediadas por IgE) ou tardias (mediadas por Células T). Lesões purpúricas não são comuns nesse tipo de reação, a não ser em situações graves (Stevens-Johnson e Necrose epidérmica toxica), por exemplo. Não encontraremos também a língua framboesiforme como sinal clínico.</p> <p>c. INCORRETA: É uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, tais como Aedes aegypti, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. Não há linfadenomegalia e língua framboesiforme.</p> <p>d. CORRETA: São necessários 5 dos 6 critérios listados abaixo para se fazer o diagnóstico da doença, excluindo-se doenças como viroses exantemáticas, escarlatina, síndrome do choque tóxico, dentre outras. Critérios diagnósticos da Doença de Kawasaki febre por mais de 5 dias, não responsiva a antibioticoterapia hiperemia conjuntival alterações da orofaringe lábios eritematosos, edemaciados e fissurados, eritema difuso da orofaringe língua em "framboesa" ou "morango" alterações nas extremidades periféricas eritema de palmas e plantas edema de dorso de mãos e pés, descamação da pele das mãos e pés exantema polimorfo linfadenopatia cervical geralmente >1.5 cm.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kliegman RM, St. Geme JW III. Nelson: tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p> <p>McCindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. Circulation. 2017 Apr 25;135(17):e927-e999.</p> <p>Sundel RP. Kawasaki Disease. In: UpToDate. Available from: https://www.uptodate.com</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	A	<p>A alimentação irregular e sem rotina pode ocasionar falta de apetite durante as refeições principais do dia. A análise da alimentação da criança, principalmente aquelas com queixa de falta de apetite devem ser feita através do cardápio alimentar, avaliando horários e quais alimentos são ingeridos para após definir a investigação de doenças e mesmo a conduta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação: Prevenção da Obesidade Infantil. 2^a ed. Rio de Janeiro: SBP; 2020.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.</p> <p>Daniels SR, Hassink SG. The Role of the Pediatrician in Primary Prevention of Obesity. Pediatrics. 2015 Jan;135(1):e201-e218.</p> <p>Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: what works? Int J Obes (Lond). 2009 Apr;33 Suppl 1:S74-81.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.</p>
11	C	<p>a. INCORRETA: Sugestiva de meningite tuberculosa, fúngica ou bacteriana. Em Síndrome de Guillain Barret, a glicose líquorica geralmente permanece normal.</p> <p>b. INCORRETA: Indica processo hematológico, como leucemias agudas (ex.: leucemia mieloide aguda). Não é esperado no líquor de pacientes com SGB. Se presente, sugere infiltração meníngea por leucemia.</p> <p>c. CORRETA: Achado clássico da Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Caracteriza-se por aumento da concentração de proteínas no líquor (tipicamente >45 mg/dL), com contagem celular normal ou discretamente aumentada (≤ 10 células/mm³). Esse achado traduz um processo inflamatório desmielinizante nas raízes nervosas, com ruptura da barreira hematoliquorica, mas sem grande resposta celular.</p> <p>d. INCORRETA: Este achado é típico de meningite bacteriana aguda, com aumento de células, principalmente neutrófilos, associado geralmente a hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia. Na SGB, não se observa pleocitose significativa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med. 2012 Jun 14;366(24):2294-2304.</p> <p>Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2016 Aug 13;388(10045):717-727.</p> <p>Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2005 Nov 5;366(9497):1653-1666.</p> <p>Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.</p> <p>Tunkel AR, van de Beek D, Scheld WM. Acute Meningitis. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</p>
12	B	<p>Segundo o manual de normas de vacinação do PNI as vacinas de bactérias só são contraindicadas quando em tratamento com corticoide em esquemas imunodepressores durante duas semanas ou mais em crianças. Tratamento sistêmico com corticoide durante período curto (inferior a duas semanas) não contraindica o seu uso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Burns DA, Campos D, organizadores. Tratado de pediatria. 6^a ed. Barueri: Manole; 2024.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Manual de normas e procedimentos para vacinação. 5^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de Vacinação da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: SBP; 2023.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
13	C	<p>A questão aborda princípios básicos da terapêutica em um paciente com cetoacidose diabética.</p> <p>a. INCORRETA: Embora a correção do pH ácido seja um dos objetivos terapêuticos, a troca para solução glicosada não é feita com base no pH, mas sim na glicemia, para evitar hipoglicemias durante o tratamento com insulina.</p> <p>b. INCORRETA: A cetonemia pode demorar mais para se negativar, mesmo após melhora clínica. A mudança para soro glicosado ocorre antes disso, para permitir a continuação da insulina sem provocar hipoglicemias.</p> <p>c. CORRETA: Nesse caso, a primeira medida a ser tomada é a hidratação do paciente: “O objetivo inicial é a reposição do volume extra e intracelular mediante aplicação intravenosa de solução salina isotônica, soro fisiológico 0,9% na velocidade de 15-20 ml/kg/h”. Após hidratação inicial e administração de insulina, quando a glicose atingir níveis em torno de 250-300 mg/dL deve-se adicionar a glicose ao fluido intravenoso ou substituir a solução fisiológica pela glicosada.</p> <p>d. INCORRETA: Embora o bicarbonato seja um dos critérios para resolução da acidose, não é o parâmetro usado para troca da solução hidratante para glicosada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic Crises in Adult Patients with Diabetes. <i>Diabetes Care</i>. 2009 Jul;32(7):1335-43.</p> <p>American Diabetes Association. Hyperglycemic Crises in Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. <i>Diabetes Care</i>. 2024 Jan;47(Suppl 1):S162-S172.</p> <p>Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024. São Paulo: Clannad; 2023.</p>
14	D	<p>Segundo Zugaib (capítulo 34, página 633):</p> <p>“Existem várias classificações para as síndromes hipertensivas na gestação. As mais citadas na literatura são variantes da classificação inicial de Hughes, de 1972 (adotada pelo American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, no mesmo ano). Nessa classificação define-se:</p> <p>Pré-eclâmpsia: desenvolvimento de hipertensão arterial, com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face que ocorre após 20 semanas. Era considerada hipertensa a mulher com pressão arterial sistólica de pelo menos 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica de pelo menos 90 mmHg. A proteinúria significante era definida como pelo menos 0,3 g/L em urina de 24hs ou de pelo menos 1+ pelo método quantitativo de fita.</p> <p>(...)</p> <p>Pré-eclâmpsia ou eclampsia associada à hipertensão arterial crônica: aparecimento de pré-eclâmpsia ou eclampsia em paciente com antecedente de hipertensão arterial crônica.”</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>ZUGAIB, Marcelo e FRANCISCO, Rossana PV. Zugaib Obstetrícia. 3 ed. São Paulo: Manole, 2016.</p> <p>American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Hypertension in pregnancy: ACOG Practice Bulletin No. 222. <i>Obstet Gynecol</i>. 2020 Jun;135(6):e237-e260.</p> <p>Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão na Gravidez. <i>Rev Bras Ginecol Obstet</i>. 2019;41(5):325-348.</p> <p>Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.</p>
15	B	<p>A puberdade precoce acelera a maturação óssea fazendo com que a criança se apresente alta para a sua idade cronológica, porém essa aceleração precoce cessa mais cedo fazendo com que o paciente pare de crescer também mais cedo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Carel JC, Leger J. Precocious puberty. <i>N Engl J Med</i>. 2008 Feb 28;358(22):2366-2377.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Kaplowitz PB. Precocious puberty: update on evaluation and management. Arch Dis Child. 2010 Mar;95(7):509-514.</p> <p>Styne DM. Puberty. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, editors. Williams Textbook of Endocrinology. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</p> <p>Kliegman RM, St. Geme JW III. Nelson: tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p>
16	D	<p>a. INCORRETA: Manter enalapril perpetua a causa da hipercalemia. Furosemida é contraindicada antes da reposição volêmica adequada em quadro pré-renal. O ecocardiograma é inadequado como conduta imediata neste cenário de emergência eletrolítica, não contribuindo para o manejo da hipercalemia grave.</p> <p>b. INCORRETA: Suspender simvastatina não interfere significativamente na causa aguda (pré-renal). O uso de tiazídico intravenoso não é eficaz com função renal muito reduzida e insulina subcutânea é inadequada para manejo urgente de hipercalemia.</p> <p>c. INCORRETA: Manter medicamentos atuais é inadequado diante da hipercalemia e LRA. Ultrassom renal não terá valor diagnóstico imediato nesse quadro claramente pré-renal e eletrolítico.</p> <p>d. CORRETA: O paciente apresenta lesão renal aguda (LRA) do tipo pré-renal, causada por hipovolemia após gastroenterite grave. O uso de enalapril agrava a LRA por prejudicar mecanismos compensatórios renais, elevando também o potássio. A metformina deve ser suspensa pelo alto risco de acidose láctica nessa condição. Gluconato de cálcio intravenoso é necessário imediatamente devido à hipercalemia grave e alterações eletrocardiográficas (ondas T apiculadas), protegendo o miocárdio até redução dos níveis séricos de potássio. A hidratação intravenosa rápida visa restaurar a perfusão renal.</p>
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Okusa MD, Knicely DH. Etiology and diagnosis of prerenal disease and acute tubular necrosis in acute kidney injury in adults [Internet]. In: Palevsky PM, Taylor EN, editors. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [atualizado em 11 jun. 2024; acesso em 22 mar. 2025]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-diagnosis-of-prerenal-disease-and-acute-tubular-necrosis-in-acute-kidney-injury-in-adults</p> <p>Mount DB. Treatment and prevention of hyperkalemia in adults [Internet]. In: Sterns RH, Forman JP, editors. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [atualizado em 5 fev. 2024; acesso em 22 mar. 2025]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-hyperkalemia-in-adults</p>
17	B	<p>a. INCORRETA: A manobra deve ser realizada para investigação de ataxia vestibular periférica, o que não é sustentado pelos achados do exame físico neurológico (visto que ataxias vestibulares cursariam com Romberg positivo com latência e lateralização e marcha desviada para o lado comprometido).</p> <p>b. CORRETA: O exame físico neurológico determina, como diagnóstico anatômico, uma ataxia sensitiva (Romberg positivo, sem latência e lateralização, com marcha talonante) e a epidemiologia (histórico de doenças venéreas, incluindo possível sífilis) favorece provável tabes dorsalis, confirmada pelas pupilas de Argyll Robertson e pelo padrão de comprometimento sensorial e motor.</p> <p>c. INCORRETA: Em casos de ataxia frontal (que apresentaria marcha curta, hesitante e perseverante, com postura fletida e alargamento de base), é necessário solicitar exame de neuroimagem visando identificar lesões em lobos frontais ou em núcleos da base, mas não há indicação para investigação de trombose venosa.</p> <p>d. INCORRETA: A ataxia cerebelar (como em casos de ataxias espinocerebelares, muitas associadas a expansão de trinucleotídeos) apresentaria um padrão de marcha ébria, além de “dança dos tendões” em postura ereta no repouso e incoordenação de movimentos (como disdiadococinesia ou incoordenação tronco-membros), a depender da topografia cerebelar acometida.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		MACHADO, Ângelo B. M. Neuroanatomia funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2020. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. Anatomia orientada para a clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. NITRINI, Ricardo et al. CONDUTAS em Neurologia. Barueri, SP: Manole, 2020.
18	C	O tratamento diretamente observado (TDO) é a principal estratégia recomendada em regiões com alta incidência da doença, segundo as diretrizes nacionais. Os retornos regulares são recomendados, mas não substituem o acompanhamento ativo da adesão. Individualizar o esquema terapêutico pode ser útil, mas não garante que o paciente seguirá corretamente a prescrição, especialmente em contextos de vulnerabilidade. A orientação sobre os riscos de abandono do tratamento é importante, porém ineficaz se isolada, sem outras estratégias de apoio e monitoramento. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view Gomes AP, et al. Doenças infecciosas na prática clínica. Rio de Janeiro, RJ: Thieme Revinter; 2024.
19	D	a. INCORRETA: A mudança para insulina nesse estágio não considera o benefício contínuo da metformina e a introdução de insulina poderia aumentar o risco de ganho de peso. b. INCORRETA: Apesar de eficazes no controle glicêmico, as tiazolidinedionas podem levar ao ganho de peso e retenção de fluidos, o que não é ideal para um paciente com sobrepeso. c. INCORRETA: Embora eficaz e com baixo risco de hipoglicemias, inibidores de DPP-4 não oferecem os benefícios adicionais de perda de peso e redução de eventos cardiovasculares como os inibidores de SGLT2. d. CORRETA: Os inibidores de SGLT2 são recomendados devido aos seus benefícios na perda de peso, melhora do controle glicêmico e potencial redução de eventos cardiovasculares, sendo apropriados para pacientes com sobrepeso/obesidade e controle inadequado apenas com metformina. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S1-S212. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. Diabetes Care. 2022;45(11):2753-2786.
20	C	a. INCORRETA: O paciente com exacerbação necessitando de internação no último ano é classificado como “E”, independentemente do número de exacerbações, segundo o GOLD. Pela eosinofilia, é recomendado o uso de corticoide inalatório. b. INCORRETA: O paciente com exacerbação necessitando de internação no último ano é classificado como “E”, independentemente do número de exacerbações, segundo o GOLD. Com esta classificação ele deverá usar dois broncodilatadores (LABA + LAMA), associado ao uso do corticoide inalatório. c. CORRETA: O paciente com exacerbação necessitando de internação no último ano é classificado como “E”, independentemente do número de exacerbações, segundo o GOLD. Pela eosinofilia, é recomendado o uso de corticoide inalatório. d. INCORRETA: Pela eosinofilia, é recomendado o uso de corticoide inalatório. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Available from https://goldcopd.org/2025-gold-report/ . Acessado em 11 de abril 2025.



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
21	A	<p>a. CORRETA. Pantoprazol, amoxicilina e claritromicina, como terapia tripla baseada em inibidor da bomba de prótons (IBP) + antibióticos específicos para gram negativas, é o tratamento padrão para úlceras pépticas associadas a <i>Helicobacter pylori</i>.</p> <p>b. INCORRETA. Embora os AINEs possam causar úlceras pépticas, este paciente testou positivo para <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>), que é uma das principais causas de úlceras duodenais. Sem a erradicação da bactéria, a úlcera provavelmente persistirá ou recorrerá. O sucralfato fornece proteção da mucosa, mas não erradica o <i>H. pylori</i>. A terapia padrão inclui um inibidor da bomba de prótons + antibióticos.</p> <p>c. INCORRETA. A famotidina (um antagonista do receptor H2) é menos eficaz do que os inibidores da bomba de prótons na cicatrização de úlceras e na erradicação do <i>H. pylori</i>. Misoprostol (um análogo de prostaglandina) é útil para úlceras induzidas por AINEs, mas não trata úlceras associadas a <i>H. pylori</i>. Hidróxido de alumínio, um antiácido, pode se ligar a outros medicamentos (por exemplo, tetraciclinas, fluoroquinolonas), reduzindo sua absorção.</p> <p>d. INCORRETA. A furazolidona é pouco eficaz contra <i>H. pylori</i>. Como antibiótico, do grupo dos nitofuranos, é um medicamento com ações antiparasitárias e antibacteriana indicado para o tratamento da giardíase e diarreias infecciosas. Além disso, associado a outros fármacos, pode ser utilizado no tratamento da gastrite e úlceras gastrointestinais. É um antibiótico com eficácia variável e maior perfil de efeitos adversos, além de ser menos disponível em alguns países. A combinação pode ter baixo índice de erradicação (<80%), especialmente quando comparada a esquemas com claritromicina, amoxicilina e inibidores de bomba de prótons (IBPs).</p> <p>Embora o metronidazol seja usado em alguns regimes de <i>H. pylori</i> (especialmente em pacientes alérgicos à penicilina), ele não é suficiente quando combinado com furazolidona. Evidências confirmam uma alta taxa de resistência ao metronidazol em muitas regiões, o que compromete a eficácia.</p> <p>Omeprazol é apropriado para supressão ácida, mas sem os antibióticos certos, <i>H. pylori</i> não será erradicado. Os regimes padrão combinam dois antibióticos + inibidor da bomba de prótons para prevenir a resistência e aumentar as taxas de erradicação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Goodman & Gilman. Brunton, Laurence L. Editora McGraw-Hill, Artmed, 14 ed, 2025.</p> <p>Princípios de Farmacologia. A Base Fisiopatológica da Farmacologia. GOLAN, David E. e col. Editora Guanabara Koogan, 3 ed, 2014.</p> <p>Farmacologia. Rang, H.P; Dale, M.M. Editora Elsevier, 9 ed, 2020</p> <p>Farmacologia Básica e Clínica. Katzung, Bertram G. Mc Graw Hill. 15 ed, 2022.</p>
22	A	<p>Para os adolescentes não vacinados, de acordo com o Ministério da Saúde, de 15 a 19 anos de idade, deve-se realizar estratégias de resgate para vacinação de dose única.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Instrução Normativa que instrui o Calendário Nacional de Vacinação 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf/view. Acesso em: 9 maio 2025.</p>
23	A	<p>a. CORRETA: A promoção de um estilo de vida saudável, que inclui a prática regular de atividade física e uma dieta rica em fibras, é fundamental para o manejo da síndrome do intestino irritável. Aumentar a ingestão de fibras pode ajudar a regular o trânsito intestinal e melhorar os sintomas de distensão e cólica. A atividade física também pode reduzir o estresse e melhorar a motilidade intestinal. Essas intervenções são essenciais para a promoção da saúde e prevenção de complicações no sistema digestivo, contribuindo para melhoria da função intestinal e da qualidade de vida do paciente.</p> <p>b. INCORRETA: Prescrever medicamentos antidepressivos para controlar a ansiedade: Embora a ansiedade possa ser um fator contribuinte, o tratamento inicial deve focar na modificação do estilo de vida e na educação do paciente sobre o manejo da síndrome do intestino irritável.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>c. INCORRETA: Recomendar uma dieta restritiva em carboidratos: Essa abordagem pode não ser sustentável e pode levar a deficiências nutricionais. A ênfase deve ser em uma dieta equilibrada e rica em fibras.</p> <p>d. INCORRETA: Orientar a realização de exames de imagem para investigar possíveis doenças: Não é necessário neste estágio, pois os sintomas e a história clínica são consistentes com a síndrome do intestino irritável, e a realização de exames de imagem não mudaria a abordagem inicial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GUSSO, Gustavo D. F; LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.</p> <p>Lacy BE, Weiser K, Kennedy AT, et al. Rome IV Criteria for Diagnosing Irritable Bowel Syndrome: A Review. Am J Gastroenterol. 2021;116(1):4-16. doi:10.14309/ajg.0000000000000568.</p> <p>Lacy BE, Patel N, Romanczuk-Seufer S, et al. Nutrition and dietary interventions in the management of irritable bowel syndrome: A systematic review. Nutr Rev. 2020;78(5):361-375. doi:10.1093/nutrit/nuz086.</p>
24	D	<p>De acordo com a ASCRS Clinical Guidelines (2020), pacientes com diverticulite não complicada e clinicamente estáveis podem ser tratados de forma ambulatorial, muitas vezes sem necessidade de antibióticos (em casos selecionados). Quando já houve episódios anteriores, como no caso apresentado, a decisão sobre colectomia eletiva deve ser individualizada, levando em consideração fatores como impacto na qualidade de vida, frequência e gravidade dos episódios. A promoção da saúde e prevenção de novos episódios devem incluir mudanças no estilo de vida, com ênfase em dieta rica em fibras, cessação do tabagismo e controle de peso. Colonoscopia deve ser agendada posteriormente, após resolução do quadro agudo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hall J, Hardiman K, Lee S, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2020;63(6):728-747. doi:10.1097/DCR.0000000000001679.</p>
25	D	<p>a. INCORRETA: O clopidogrel não substitui a anticoagulação em FA. O betabloqueador controla a frequência cardíaca, mas não previne AVC. A proteção vascular requer anticoagulação ($CHA_2DS_2-VASc \geq 2$).</p> <p>b. INCORRETA: A associação de anticoagulante + AAS aumenta o risco de hemorragia sem benefício adicional na redução de AVC em FA não valvar (estudo WOEST). A anticoagulação isolada é suficiente.</p> <p>c. INCORRETA: A dupla antiagregação (AAS + clopidogrel) é inferior à anticoagulação oral na prevenção de AVC em FA e aumenta o risco de sangramento (estudo ACTIVE-A). Não é recomendada como rotina</p> <p>d. CORRETA: O paciente tem $CHA_2DS_2-VASc = 4$ (hipertensão, diabetes, sexo masculino, idade >65 anos), indicando alto risco de AVC. Diretrizes atuais recomendam anticoagulação oral isolada (varfarina ou DOACs: dabigatrana, rivaroxabana, apixabana) para pacientes com escore ≥ 2 (homens) ou ≥ 3 (mulheres), sem uso de AAS ou antiagregação dupla (Diretriz Brasileira de FA, 2022; ESC 2020). O AAS é inferior à anticoagulação na redução de AVC em FA não valvar (estudo AVERROES: risco relativo 0.36 com varfarina vs. 0.92 com AAS, $p < 0,001$).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.</p>
26	C	O caso do enunciado apresenta contactante de caso confirmado de Tuberculose, acima de 50 anos, assintomático. Ou seja, cabe investigação de Tuberculose Latente (ILTB), por não se tratar de caso suspeito de Tuberculose Ativa (TBA), por isso o uso da Prova Tuberculinica (PPD), que não é utilizada para diagnóstico de TBA mas sim de ILTB e também como auxílio



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>de TBA em crianças. No caso de ILTB, também se utiliza o IGRA (ensaio de liberação do interferon-gama) no auxílio diagnóstico.</p> <p>Foi solicitada avaliação dos resultados dos exames complementares e correlação com diagnóstico e tratamentos. Avaliando cada alternativa proposta:</p> <ol style="list-style-type: none">INCORRETA: apesar de PPD \geq 5mm, o paciente encontra-se assintomático, sem suspeita de Tuberculose Ativa, além do tratamento apresentado não estar adequado para hipótese de tuberculose ativa, sendo a Rifapentina e Isoniazida por 3 meses o tratamento preferencial para ILTB.INCORRETA: Apesar de apresentar possível tratamento para ILTB (3HP) o tempo de tratamento estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 12 semanas (3 meses), podendo se estender para 15 semanas.CORRETA: trata-se de contato com PT\geq 5mm, ou seja, pode-se considerar o diagnóstico de Tuberculose Latente. A alternativa traz, ainda, tratamento correto para pessoa >50 anos, Rifampicina, por 4 meses. O ministério da Saúde recomenda utilização de 120 doses, que devem ser tomadas de quatro a seis meses. Além disso, o enunciado traz a informação de que o paciente é etilista crônico, o que favoreceria a escolha da Rifampicina também por possibilidade de hepatopatia + idade > 50 anos.INCORRETA: não se trata de tuberculose ativa. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, vol. 2: Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2023.</p>
27	B	<p>Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, com contato físico com áreas alagadas, lama ou esgoto, principalmente após fortes chuvas ou ocorrência de enchentes ou que resida ou trabalhe em áreas de risco da doença, nos 30 dias antes do início dos sintomas é um caso suspeito. Diante do quadro, a presença de um ou mais sinais clínicos de alerta sugerem a necessidade de internação hospitalar: dispneia, tosse e taquipneia, alterações urinárias, fenômenos hemorrágicos, hipotensão, alterações do nível de consciência, vômitos frequentes, arritmias e icterícia. Pautado nisso, de acordo com o protocolo do ministério da saúde deve se iniciar Penicilina cristalina intravenosa 1.500.000UI de 6 em 6 horas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume três. 6. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view. Acesso em: 9 maio 2025.</p>
28	C	<p>O paciente, um homem de 45 anos, apresenta um quadro clínico compatível com leucemia mieloide aguda (LMA), baseado na combinação de sinais, sintomas e achados laboratoriais.</p> <p>1. Quadro clínico sugestivo de síndrome mieloproliferativa aguda:</p> <p>Gengivorragia e epistaxe: manifestações hemorrágicas causadas por plaquetopenia importante (plaquetas: 16.000/mm³).</p> <p>Anemia (Hb 10,1 g/dL): reflete a infiltração medular, comum nas leucemias, com comprometimento da produção de hemácias.</p> <p>2. Achados laboratoriais característicos da LMA:</p> <p>Leucocitose (13.000/mm³) com numerosos mieloblastos circulantes: presença de blastos no sangue periférico é altamente sugestiva de leucemia aguda.</p> <p>Presença de bastonetes de Auer nos blastos: achado morfológico clássico e específico da LMA, não presente em outras leucemias ou síndromes linfoproliferativas.</p> <p>Mielograma com 46% de mieloblastos: supera o critério diagnóstico de LMA, que é $\geq 20\%$ de blastos na medula óssea ou no sangue periférico.</p> <p>3. Exclusão dos diagnósticos diferenciais:</p> <p>O mieloma múltiplo é uma neoplasia de células plasmáticas (linhagem B) e não cursa com blastos mieloides no sangue ou medula.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Linfoma não-Hodgkin: embora possa causar sintomas sistêmicos, não cursa com blastos no sangue periférico nem com bastonetes de Auer.</p> <p>Síndrome mielodisplásica: apresenta citopenias e displasia, mas blastos <20% na medula; quando ultrapassa esse limite, o diagnóstico é LMA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sandes AF. Diagnósticos em hematologia 2a ed. (2nd edição). Barueri: Editora Manole; 2020.</p>
29	A	<p>a. CORRETA: A paciente apresenta critérios de nefrite lúpica proliferativa grave (suspeita de classe IV) com disfunção renal (creatinina elevada, proteinúria 4+, hematúria dismórfica), além de pericardite sintomática (dor pleurítica, atrito pericárdico, infra de ST difuso) e atividade sistêmica intensa (trombocitopenia, FAN e autoanticorpos positivos). A pulsoterapia com metilprednisolona é indicada nos casos de atividade lúpica grave, e a ciclofosfamida é um dos imunossupressores recomendados em situações com risco renal elevado ou comprometimento multissistêmico. A presença de anticorpos anticardiolipina IgG elevados (APS laboratorial positivo) e possível acometimento vascular justifica a anticoagulação, especialmente se houver suspeita clínica de síndrome antifosfolípide associada.</p> <p>b. INCORRETA: Embora a paciente tenha disfunção renal importante, não há indicação absoluta de hemodiálise (não há sinais de hipervolemia refratária, hipercalemia grave, acidose metabólica descompensada ou encefalopatia urêmica). A plasmaférese é restrita a poucas indicações específicas, como síndrome hemolítico-urêmica, púrpura trombocitopênica trombótica, crise renal esclerodérmica ou hemorragia alveolar difusa, nenhuma das quais está presente aqui. Portanto, essa conduta seria excessiva neste momento.</p> <p>c. INCORRETA: A colchicina não é tratamento padrão para pericardite lúpica com manifestação grave ou tamponamento iminente — sua indicação principal é em pericardites idiopáticas recorrentes, leves ou de etiologia viral. Além disso, o micofenolato, como mencionado, é menos eficaz em casos com alta gravidade sistêmica. O uso de anticoagulação isoladamente, sem abordar agressivamente a atividade imunológica grave, não é suficiente neste caso.</p> <p>d. INCORRETA: Embora a biópsia renal seja o padrão-ouro para classificar a nefrite lúpica, em casos graves com disfunção renal importante e manifestações sistêmicas, o tratamento não deve ser postergado até a realização da biópsia, pois o atraso pode comprometer a função renal. Além disso, o micofenolato é preferido para nefrite proliferativa moderada, mas a ciclofosfamida é mais indicada em casos graves, como o apresentado, especialmente com envolvimento extra-renal (pericardite, trombocitopenia, hipertensão severa).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw Hill; 2018.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/20221109_pc当地_lupus.pdf</p> <p>Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis J, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):736–45. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215089.</p> <p>Hahn BH, McMahon MA, Wilkinson A, Wallace WD, Daikh DI, Fitzgerald JD, et al. American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(6):797–808. doi:10.1002/acr.21664.</p> <p>Rovin BH, Adler SG, Barratt J, Bridoux F, Burdge KA, Chan TM, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney Int. 2021;100(4S):S1–276. doi:10.1016/j.kint.2021.05.021.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
30	C	<p>a. INCORRETA: Representa um erro comum de conduta minimamente intervencionista, pois a gravidade da trombocitopenia exige mais do que simples observação.</p> <p>b. INCORRETA: Reflete uma hipótese diagnóstica equivocada, porém plausível: dengue. Apesar de febre e púrpura poderem ocorrer em dengue, a ausência de leucopenia, sintomas sistêmicos e outras alterações hematológicas torna a PTI mais provável. A conduta expectante pode ser perigosa nesse contexto.</p> <p>c. CORRETA: O quadro clínico é típico de púrpura trombocitopênica imune (PTI), a principal causa de plaquetopenia isolada em crianças. A presença de petéquias e púrpuras associadas a plaquetopenia grave ($<20.000/mm^3$), mesmo sem sangramentos ativos, exige tratamento. A conduta inicial recomendada é a corticoterapia oral, geralmente iniciada em ambiente hospitalar para monitoramento e orientação.</p> <p>d. INCORRETA: Sugere abordagem para reação adversa medicamentosa do tipo alérgica. No entanto, reações alérgicas a fármacos cursam com exantema, prurido e urticária — o que não está presente aqui.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI). Brasília: MS; 2023.</p> <p>Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019;3(23):3829–3866.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: MS; 2021.</p>
31	C	<p>a. INCORRETA: Ignorar totalmente a IA é inadequado, pois sistemas validados podem detectar padrões sutis que o médico não percebeu inicialmente (ex.: alterações precoces em lactato ou pressão arterial). O ideal é usar a IA como "segunda opinião".</p> <p>b. INCORRETA: Iniciar antibióticos sem confirmação clínica pode levar a resistência microbiana, efeitos adversos e custos desnecessários. A IA ainda tem limitações (ex.: viés em populações específicas, como idosos com multimorbididades).</p> <p>c. CORRETA: A IA é uma ferramenta de apoio, não um substituto do raciocínio clínico. Reavaliar o paciente e correlacionar o alerta com dados objetivos (ex.: hemoculturas, marcadores inflamatórios) é essencial para evitar tratamentos desnecessários ou subdiagnósticos. A medicina baseada em evidências exige integração entre tecnologia e avaliação humana.</p> <p>d. INCORRETA: Ajustar parâmetros do algoritmo durante a prática clínica é tecnicamente complexo e requer equipe de TI/engenharia. O médico deve focar na conduta imediata, enquanto feedbacks para melhoria do sistema devem ser feitos posteriormente, em colaboração com a administração do hospital.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200.</p> <p>TOPOL, E. J. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books, 2019.</p> <p>U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). Artificial Intelligence and Machine Learning (AI/ML) in Software as a Medical Device (SaMD). Silver Spring: FDA, 2023. Disponível em: https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/artificial-intelligence-and-machine-learning-aiml-software-medical-device.</p> <p>RAJPURKAR, P. et al. AI in health and medicine. Nature Medicine, v. 28, p. 31–38, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0.</p> <p>SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN. International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2023. Critical Care Medicine, v. 51, n. 4, p. 431-444, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005785.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Orientações sobre aplicações de Inteligência Artificial em produtos para saúde*. Brasília: ANVISA, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa.</p> <p>LIU, X. et al. A comparison of deep learning performance against health-care professionals in detecting diseases from medical imaging: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Digital Health</i>, v. 1, n. 6, p. e271–e297, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30123-2.</p>
32	D	<p>a. INCORRETA: Para idosos recomenda-se dose única da vacina pneumocócica 20-valente, esquema completo da vacina hepatite b (3 doses: 0,1 e 6 meses), caso não vacinado, e dose anual da vacina influenza.</p> <p>b. INCORRETA: dTpa: não deve ser anual. Pneumocócica VPC13: recomendada apenas uma vez na vida (e com esquema sequencial com VPP23);</p> <p>c. INCORRETA: VPP23 (pneumocócica 23-valente) 1 dose anual com possível reforço a cada 5 anos, dependendo do grupo de risco.</p> <p>d. CORRETA: Esquema de vacinação para adultos, especialmente voltado para a prevenção de doenças comuns em populações mais velhas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação SBIm para o idoso – 2024 [Internet]. Rio de Janeiro: SBIm; 2024 [citado 2025 abr 7]. Disponível em: https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-idosos.pdf</p>
33	D	<p>a. INCORRETA: Antes de programar parto deve-se estabilizar a paciente e iniciar sulfato de magnésio.</p> <p>b. INCORRETA: Considerando idade gestacional maior ou igual a 34 semanas e o quadro de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, após a estabilização da paciente deve-se programar parto, sem tempo hábil para maturação pulmonar fetal.</p> <p>c. INCORRETA: Os sintomas apresentados pela paciente são preditores de pré-eclâmpsia com iminência de eclâmpsia, por isso a primeira conduta deve ser iniciar sulfato de magnésio para neuroproteção.</p> <p>d. CORRETA: Gestante acordada por sinais e sintomas de iminência de eclâmpsia, apresentando pressão arterial no momento alterada, mas com exames laboratoriais evidenciando síndrome de HELLP. Diante do quadro, deve-se priorizar a estabilização clínica da paciente, realizar avaliação do bem-estar fetal e como trata-se de 34 semanas, interromper a gestação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p>
34	D	<p>a. INCORRETA: A piora do quadro não é devida a piora do processo inflamatório. Além disso, não há indicação de imunossupressão em doença celíaca, como há em doenças inflamatórias intestinais.</p> <p>b. INCORRETA: O histopatológico de amostras adequadamente colhidas em endoscopia digestiva alta de duodeno, é considerado o padrão-ouro para diagnóstico de doença celíaca, sendo que os marcadores sorológicos (autoanticorpos antigliadina, antiendomísio e antitransglutaminase) da classe IgA, apesar de sensíveis, não são padrão-ouro.</p> <p>c. INCORRETA: O quadro diarréico não é decorrente de disbiose, considerando quadro clínico e achados histopatológicos clássicos para o diagnóstico de doença celíaca, inclusive com histórico de dermatite herpetiforme na infância e adolescência.</p> <p>d. CORRETA: A paciente possui um diagnóstico tardio de doença celíaca, com mucosa duodenal mostrando alterações graves (estágio III, padrão destrutivo da classificação de Marsh-Oberhuber) e comprometimento de absorção de nutrientes. A instalação de terapia dietética com restrição de glúten promoverá recuperação das vilosidades intestinais, contudo, devido à gravidade do quadro, a paciente poderá desenvolver uma deficiência temporária de dissacaridases, o que causa alteração no padrão diarréico e piora da fraqueza (por disabsorção de carboidratos).</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Fernandes CE, Tallo FS, Dolci, JEL. Tratado de Medicina Geral - Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1678p.</p> <p>Kelly CP Celiac Disease. Em: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA (revisado em fevereiro de 2025).</p>
35	C	<p>a. INCORRETA: Pois é necessário apenas 01 dose de dTpa e 3 doses de hepatite B.</p> <p>b. INCORRETA: Pois são necessárias 3 doses de hepatite B.</p> <p>c. CORRETA: A paciente gestante previamente vacinada com dTpa deve realizar 01 dose de dTpa a partir da 20ª semana gestacional, para otimizar a passagem de anticorpos. A hepatite B pode ser transmitida da mãe para o filho durante o parto. A vacinação da gestante, especialmente quando iniciada precocemente na gravidez, reduz o risco de transmissão vertical caso a mãe venha a se infectar. O esquema vacinal da hepatite B precisa ser realizado com 3 doses, primeira dose de imediato, segunda dose após 01 mês e terceira dose após 6 meses (0, 1 e 6).</p> <p>d. INCORRETA: Pois é necessário 01 dose de dTpa e 3 doses de hepatite B.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Imunização na gestação, pré-concepção e puerpério. Rio de Janeiro: SBIm, 2020.</p>
36	A	<p>a. CORRETA: De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018), o supradesnívelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF é característico de um infarto agudo do miocárdio (IAM) que acomete a parede inferior. Este achado é frequentemente relacionado à obstrução da artéria coronária direita ou suas ramificações, conforme destacado também nos padrões da American Heart Association (2022).</p> <p>b. INCORRETA: Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018), alterações na parede lateral do coração são geralmente observadas com supradesnívelamento do ST em derivações como V5, V6, DI e aVL. O caso clínico não apresenta essas alterações, o que descarta o envolvimento da parede lateral.</p> <p>c. INCORRETA: Segundo os critérios diagnósticos da American Heart Association (2022) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018), alterações na parede anterior do coração são caracterizadas por supradesnívelamento do segmento ST em derivações precordiais V1-V4. Como o caso clínico descreve alterações apenas em DII, DIII e aVF, esta alternativa está incorreta.</p> <p>d. INCORRETA: O comprometimento da parede septal do coração normalmente apresenta supadesnívelamento do ST em derivações V1 e V2, como indicado nas diretrizes da American Heart Association (2022). Não há essas alterações eletrocardiográficas no caso descrito, excluindo o envolvimento septal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2022 AHA/ACC Key Data Elements and Definitions for Cardiovascular Disease Registries: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards. Circulation, v. 145, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/>. Acesso em: 12 mar. 2025.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes de Síndromes Coronarianas Agudas com Supradesnívelamento do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol., v. 111, n. 4, p. 1-92, 2018. Disponível em: <https://www.cardiol.br/>. Acesso em: 12 mar. 2025.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
37	C	<p>a. INCORRETA: PET-CT de corpo inteiro é uma importante ferramenta para estadiamento e identificação de metástases, mas necessita de indicações mais precisas, principalmente antes da confirmação histopatológica da lesão.</p> <p>b. INCORRETA. Realizar a broncoscopia é uma opção, mas sendo mais invasiva e oferecendo maior risco que a toracocentese com análise citológica, deve ser adiada.</p> <p>c. CORRETA: O paciente possui fatores de risco para câncer de pulmão, principalmente de pequenas células, pelo quadro clínico agressivo. Logo, um exame acessível de auxílio ao estadiamento e, inclusive auxilia no alívio de sintomas, é a toracocentese com análise de líquido pleural, que já pode identificar um derrame maligno e guiar o restante do acompanhamento.</p> <p>d. INCORRETA: A biópsia percutânea não é a mais indicada em massas ou tumores nas regiões centrais pulmonares;</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Asamura H, Farjah F, Gill R, Osarogiagbon RU, Rami-Porta R, Travis WD, et al. AJCC Cancer Staging System, version 9, Lung. American College of Surgeons. 2024.</p> <p>Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer de pulmão: versão para profissionais de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado em 3 abr. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao/versao-para-profissionais-de-saude</p> <p>Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil.</p> <p>Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2022</p>
38	C	<p>a. INCORRETA: Apesar de útil na avaliação de metástases, a ressonância da pelve é superior para estadiamento local, e a cintilografia óssea é mais sensível para metástases ósseas.</p> <p>b. INCORRETA: Pode ser uma opção terapêutica, mas o estadiamento deve ser feito primeiro para definir a melhor abordagem.</p> <p>c. CORRETA: O paciente tem diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de próstata de alto risco (Gleason 4+4, PSA > 8,62 ng/mL e nódulo ao toque retal). Antes de definir o tratamento, é essencial estadiar a doença, avaliando a extensão local e a presença de metástases ósseas, que são comuns no câncer de próstata avançado. Assim, a ressonância magnética de pelve avalia a extensão locorregional do tumor, a invasão de estruturas adjacentes e os linfonodos pélvicos. Já a cintilografia óssea é indispensável para excluir metástases ósseas, pois o câncer de próstata tem tropismo para os ossos.</p> <p>d. INCORRETA: Pode ser indicada, mas apenas após o estadiamento, pois o paciente pode ter doença metastática, tornando a cirurgia inadequada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Campbell MF, Kavoussi LR, Wein AJ. Campbell-Walsh Urology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2020.</p>
39	A	<p>a. CORRETA: A presença de êmbolos neoplásicos intravasculares sugere possibilidade de metastatização da lesão, condição que deve ser confirmada e, caso positiva, indica pior estadiamento da neoplasia, podendo ser necessária terapia adjuvante.</p> <p>b. INCORRETA: Câncer de pulmão com síndrome paraneoplásica endócrina é compatível com carcinoma neuroendócrino de pequenas células (oat cell), uma neoplasia de alto grau histológico, que tradicionalmente apresenta alto índice mitótico, não sendo esse um critério relevante para conduta terapêutica.</p> <p>c. INCORRETA: A presença de necrose e calcificação não interfere na conduta terapêutica oncológica.</p> <p>d. INCORRETA: O carcinoma neuroendócrino de pequenas células (oat cell) é monomórfico, apesar de ser de alto grau. Portanto, o pleomorfismo celular não é um critério para definição de grau histológico para esse tipo histológico de câncer de pulmão.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasileiro Filho, G. Bogliolo – Patologia. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 1556 p.</p> <p>Fernandes CE, Tallo FS, Dolci, JEL. Tratado de Medicina Geral - Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1678p.</p> <p>KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins & Cotran: bases patológicas das doenças. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.</p>
40	B	<p>a. INCORRETA: Embora um abscesso espinhal também possa causar dor lombar e déficits neurológicos, a ausência de febre e sinais de infecção sistêmica, como rigidez de nuca ou alterações do nível de consciência, tornam o diagnóstico de abscesso menos provável. Além disso, a ausência de história de comorbidades ou fatores predisponentes para infecção sistêmica reduz a probabilidade dessa condição.</p> <p>b. CORRETA: A síndrome da cauda equina é uma emergência médica caracterizada pela compressão das raízes nervosas na região inferior da medula espinhal, levando a sintomas como dor lombar intensa, anestesia nas pernas e distúrbios motores e sensitivos. A dor à palpação e a presença de anestesia bilateral são sinais típicos dessa condição, que requer intervenção imediata para evitar danos neurológicos permanentes.</p> <p>c. INCORRETA: Embora a hérnia de disco lombar possa causar dor irradiada para os membros inferiores, a anestesia bilateral e a intensa dor à palpação, além do quadro de comprometimento neurológico bilateral, são mais sugestivas de uma compressão nervosa mais grave, como na síndrome da cauda equina. A hérnia de disco geralmente afeta uma raiz nervosa de cada vez.</p> <p>d. INCORRETA. A concussão medular pode causar dor lombar e déficits neurológicos, mas a ausência de sinais clínicos como paralisia completa, alterações no reflexo e sintomas de compressão medular aguda tornam essa hipótese menos provável. A concussão da medula espinhal geralmente apresenta sintomas mais graves e agudos do que os relatados nesse caso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BOLLEA, P. Neurologia Clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.</p> <p>SNELL, R. S. Neuroanatomia Clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.</p> <p>CAVALCANTE, M. A. Tratado de Neurocirurgia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.</p>
41	D	<p>a. INCORRETA: Embora a vitamina D seja importante para a absorção de cálcio, não existe uma recomendação de suplementação formal nesta dose, e a sua suplementação não equivale à suplementação de cálcio.</p> <p>b. INCORRETA: A suplementação de cálcio é recomendada para gestantes, independente da ingestão dietética.</p> <p>c. INCORRETA: Embora a vitamina D seja importante para a absorção de cálcio, a exposição solar não equivale à orientação de suplementação de cálcio.</p> <p>d. CORRETA: o Ministério da Saúde recomenda a suplementação de cálcio para todas as gestantes. Adicionalmente, esta gestante apresenta fatores de risco para pré-eclâmpsia, o que reforça a indicação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 692 p.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres; Coordenação de Enfrentamento à Mortalidade Materna. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Nota Técnica Conjunta Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
42	B	<p>a. INCORRETA: é necessário estabilizar a paciente em serviço de urgência emergência para os cuidados relacionados ao sangramento e verificação da condição clínica e necessidade da notificação.</p> <p>b. CORRETA: Porta de entrada para essas queixas é o serviço de urgência emergência e articulado com o próprio CAPS que a paciente é usuária. Notificação é obrigatória.</p> <p>c. INCORRETA: é necessário estabilizar a paciente em serviço de urgência emergência para os cuidados relacionados ao sangramento e verificação da condição clínica e necessidade da notificação. O fato de haver quadro de alucinação, por si não é indicador de internação, dado a evolução conhecida do quadro de esquizofrenia já estabelecido. Unidade de Acolhimento não se aplica a esses quadros sendo destinada a residências temporárias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.</p> <p>d. INCORRETA: as medidas descritas estão corretas, mas devem ser conduzidas em serviço de urgência emergência, por exemplo em UPA e não em UBS.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>SAMPAIO, Mariá Lanzotti e Bispo, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 3 [Acessado 11 Agosto 2022], e00042620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Epub 07 Abr 2021. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620.</p>
43	C	<p>Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas para uma unidade de referência para colposcopia. Com a visualização da junção escamo-colunar, a biópsia deve ser realizada, pois esse tipo de alteração pode indicar a presença de lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), mas é insuficiente para uma interpretação definitiva. Todas as outras alternativas mostram abordagens complementares à conduta correta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.</p> <p>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2019.</p>
44	D	<p>a. INCORRETA: Antipsicóticos (quetiapina) não são recomendados para o tratamento do transtorno da insônia até que novas evidências estejam disponíveis.</p> <ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina, além de mais sedativa, tem maior risco de efeitos colaterais em idosos: hipotensão postural, confusão, constipação, boca seca, retenção urinária. É desaconselhada como primeira escolha em idosos, segundo o Beers Criteria e diretrizes de insônia da American Academy of Sleep Medicine (AASM). <p>b. INCORRETA: Anti-histamínicos, entre eles prometazina, hidroxizina e difenidramina, apresentam efeitos sedativos e são utilizados aleatoriamente para a insônia pela facilidade de acesso sem receituário médico, no entanto, poucas são as evidências consistentes dos efeitos no sono.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tazodona não é recomendada para o tratamento do transtorno da insônia pelo FDA (Food and Drug Administration) <p>c. INCORRETA: Lorazepam e midazolan pela ocorrência de efeitos adversos como sonolência, tontura, fadiga, insônia rebote, risco de quedas, abuso e dependência, declínio cognitivo e rápida perda de eficácia hipnótica, os benzodiazepínicos que temos no Brasil não são recomendados no tratamento da insônia nos consensos internacionais. A descontinuação dos benzodiazepínicos baseia-se no conceito de que a ocorrência de</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>eventos adversos é superior aos benefícios da melhora da qualidade de sono, valoriza a melhora da função cognitiva e reduz a sonolência com a retirada e a redução do risco de quedas e acidentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Agonistas melatoninérgicos, a ramelteona é recomendada para o tratamento do transtorno da insônia inicial e a agomelatina não é recomendada para o tratamento da insônia até que novas evidências estejam disponíveis <p>d. CORRETA: Tratamento medicamentoso mais adequado, embora os antidepressivos tenham sido amplamente utilizados pelos seus efeitos sedativos, apenas a doxepina foi aprovada pelo FDA para o tratamento do transtorno da insônia de manutenção.</p> <ul style="list-style-type: none">• A doxepina em doses baixas (3–6 mg) é indicada para insônia de manutenção (despertares frequentes e dificuldade em voltar a dormir), especialmente em idosos.• Tem segurança comprovada, baixo potencial de dependência, e melhor perfil de efeitos adversos do que benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina), que causam mais sedação residual, tontura e risco de quedas em idosos.• A doxepina é preferida em idosos com insônia crônica de manutenção, como é o caso da paciente. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bacelar, A; JUNIOR, LRP; & Colaboradores. Insônia : do diagnóstico ao tratamento. São Caetano do Sul. Difusão Editora; São Paulo. 2019.</p> <p>American Academy of Sleep Medicine (AASM). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults. Journal of Clinical Sleep Medicine, v. 13, n. 2, p. 307–349, 2017.</p> <p>Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). Insomnia: diagnosis and management. NICE guideline [NG215]. 2022.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolo de Uso Racional de Benzodiazepínicos e Hipnóticos, 2022.</p> <p>AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. 2023 Beers Criteria® Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc, v. 71, p. 205–219, 2023.</p>
45	B	<p>a. INCORRETA: Embora a cervicite possa causar sintomas semelhantes, a presença de ulcerações e friabilidade no colo uterino em uma paciente com fatores de risco significativos exige investigação imediata para descartar malignidade, não sendo apropriado apenas tratar empiricamente uma possível infecção.</p> <p>b. CORRETA: Diante dos achados clínicos suspeitos e dos fatores de risco presentes, a colposcopia com biópsia é o próximo passo adequado para confirmar ou excluir a presença de neoplasia cervical. Se o câncer for confirmado, o estadiamento e o tratamento devem ser realizados conforme as diretrizes oncológicas.</p> <p>c. INCORRETA: Embora o Papanicolau seja útil no rastreamento de lesões pré-malignas e malignas, a presença de lesão visível no colo uterino requer biópsia direta para diagnóstico definitivo, tornando o Papanicolau insuficiente neste contexto.</p> <p>d. INCORRETA: Embora a USG transvaginal possa ser útil para avaliar o útero e anexos, ela não é exame de escolha para investigação de lesão cervical visível e suspeita. Além disso, o atraso no encaminhamento para colposcopia compromete o prognóstico, caso se trate de um carcinoma invasivo. A USG não substitui nem colposcopia nem biópsia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio-2016.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação: Câncer do Colo do Útero. 2018. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/100-cancer-do-colo-do-uterio. Acesso em: 11 mar. 2025.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		BMJ BEST PRACTICE. Cervical Cancer. 2024. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000116 . Acesso em: 11 mar. 2025.
46	A	<p>a. CORRETA: A avaliação do heredograma permite concluir que se trata de uma doença ligada ao X, de herança recessiva, pois há discrepância de comprometimento entre gêneros (apenas homens são acometidos), com saltos geracionais (o que indica a presença de portadores do traço, característico da herança recessiva). Apenas as distrofinopatias, como as doenças de Duchenne e Becker, apresentam herança ligada ao X recessiva.</p> <p>b. INCORRETA: As disferlinopatias, como a distrofia muscular cintura-membros, apresenta padrão de herança autossômica recessiva, não correspondendo ao achado do heredograma (que deveria apresentar comprometimento semelhante entre os gêneros, para caracterizar uma herança autossônica clássica).</p> <p>c. INCORRETA: Apenas a glicogenose tipo III (doença de Pompe) apresenta comprometimento muscular esquelético predominante (visto que as demais glicogenoses apresentam acometimento hepático ou cardíaco), sendo uma doença de herança autossônica recessiva.</p> <p>d. INCORRETA: As mitocondriopatias, que classicamente afetam músculo esquelético e sistema nervoso, apresentam padrão de herança específico (mulher afetada, com todas as filhas afetadas), o que não é observado no heredograma apresentado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasileiro Filho, G. Bogliolo – Patologia. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 1556 p.</p> <p>Prufer A et al. Update of the Brazilian consensus recommendations on Duchenne muscular dystrophy. 81(1), 81-94, 2023.</p>
47	D	<p>A espirometria demonstra $VEF_1/CVF < 0,70$ após broncodilatador, confirmando obstrução crônica ao fluxo aéreo, característica diagnóstica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O valor de $VEF_1 = 75\%$ do previsto classifica o paciente como portador de DPOC leve (GOLD 1), de acordo com a classificação da GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).</p> <p>Nesse estágio inicial da doença as medidas mais importantes são ações de promoção e prevenção como cessação do tabagismo e vacinação contra influenza, pneumococo e COVID-19.</p> <p>O uso de corticoide inalatório é reservado para pacientes com exacerbações frequentes. A fisioterapia respiratória é mais indicada em pacientes com limitação funcional moderada e grave.</p> <p>Antibiótico profilático não tem papel na prevenção em pacientes estáveis.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the prevention, diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease – 2024 report. Fontana, WI: GOLD; 2024. Available from: https://goldcopd.org/2024-gold-report-2/</p>
48	C	<p>De acordo com as diretrizes GOLD, para pacientes com DPOC com sintomas mais importantes, como dispneia grau II ou III – grupo B, a terapia inicial recomendada é a combinação de 2 broncodilatadores - antagonistas muscarínicos de longa ação (LAMA), como o tiotrópio, e beta-2-agonistas de longa ação (LABA), como o formoterol. Ambos melhoraram a obstrução brônquica e aprisionamento de ar, com melhora da dispneia. O salbutamol (SABA) é reservado para alívio imediato, não como monoterapia. A associação budesonida/formoterol é indicada em casos de asma, não de DPOC como terapia inicial em pacientes sem exacerbações frequentes.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [homepage on the Internet]. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2025 Report. Disponível em: https://goldcopd.org/2025-gold-report/.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
49	B	<p>a. INCORRETA: Siringomielia pós-traumática. Apesar de ser uma complicação rara, a siringomielia não geraria um padrão clínico de secção medular total na abertura do quadro.</p> <p>b. CORRETA: Hiperativação parassimpática. A questão descreve um caso típico de secção medular completa e alta, com consequente choque neurogênico. As vias nervosas descendentes do sistema nervoso simpático, que descem pela medula espinhal, também são lesadas. Desta forma o sistema nervoso parassimpático atua sem a compensação / regulação do sistema simpático. Por isso o paciente apresenta importante vasodilatação, com consequente hipotensão. E a bradicardia é o efeito próprio do parassimpático no coração. Após a estabilização hemodinâmica do paciente com uso de drogas vasoativas, ele deve realizar um exame de imagem que pode ser radiografia ou tomografia da coluna.</p> <p>c. INCORRETA: Rotura de artéria espinal anterior. A rotura traumática de artéria espinal anterior levaria, clinicamente, a uma síndrome medular anterior.</p> <p>d. INCORRETA: Crise adrenal secundária ao trauma. Uma crise adrenal causaria um choque distributivo, com extremidades frias e hipovascularizadas, e não um choque neurogênico, conforme observado no caso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Castro e Silva A, Carrijo Barbosa G. SISTEMA NERVOSE E A LESÃO MEDULAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA. RSM [Internet]. 20º de setembro de 2023;. Disponível em: http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/664</p> <p>Sobrinho LC dos SL, Lima AAMR, Lacerda WW, Cavalcanti TAS, Silva MHFD da, Vieira FC. Trauma raquimedular: panorama atual e perspectivas terapêuticas. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2024 Jun. 28 [cited 2025 May 7];7(3):e70913. Available from: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70913</p> <p>American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.</p>
50	B	<p>a. INCORRETA: A atropina é um anticolinérgico usado para tratar bradicardia sintomática. Embora o paciente apresente bradicardia, a prioridade é reverter a depressão respiratória, e a atropina não tem efeito sobre a causa da insuficiência respiratória.</p> <p>b. CORRETA: A naloxona é o antídoto específico para a overdose por opioides. Ela age como um antagonista dos receptores opioides, revertendo a depressão respiratória e o rebaixamento do nível de consciência. A dose de 0,4 mg IV é uma dose inicial razoável e deve ser administrada imediatamente.</p> <p>c. INCORRETA: O flumazenil é um antagonista benzodiazepínico e não tem efeito na overdose por opioides. Ele é usado para reverter os efeitos dos benzodiazepínicos, como o diazepam e o lorazepam.</p> <p>d. INCORRETA: O bicarbonato de sódio é usado para tratar acidose metabólica grave, o que não é o problema primário na overdose por opioides. Embora a acidose possa ocorrer secundariamente à hipoxia, a prioridade é reverter a depressão respiratória.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.</p> <p>Dahan A, Franko TS, Carroll JW, Craig DS, Crow C, Galinkin JL, et al. Fact vs. fiction: naloxone in the treatment of opioid-induced respiratory depression in the current era of synthetic opioids. Front Public Health. 2024;12.</p>
51	B	<p>a. INCORRETA: Importante notar que dietas veganas ou dietas vegetarianas isentas de lácteos podem colocar seus adeptos em risco de inadequação de ingestão de cálcio. Há dados que mostram que tais modelos de alimentação parecem contribuir com a baixa densidade mineral óssea, aumentando as chances de fraturas ou colocando a saúde óssea em risco futuro.</p> <p>b. CORRETA: Segundo o Manual Brasileiro de Osteoporose Capítulo 9 e página 65,66 e 67: A dieta do Mediterrâneo – rica em alimentos frescos e naturais – parece ser protetora contra a osteoporose e apresenta menor risco de fratura em mulheres de meia idade e idosas, e menor risco de fratura de quadril para mulheres e homens acima de 60 anos.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Isso se deve, possivelmente, à presença de muitos alimentos fontes de cálcio, magnésio e antioxidantes.</p> <p>c. INCORRETA: Está errada pois o cálcio é o macromineral mais abundante do corpo humano, correspondendo de 1% a 2% do peso corporal; desse montante, 99% concentram-se nos ossos, o que levaria a osteoporose.</p> <p>d. INCORRETA: Microminerais são minerais que o organismo necessita em pequena quantidade < 100 mg.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Pedro, Adriana Orcesi; Plapler, Perola Grinberg; Szejnfeld, Vera Lúcia. Manual brasileiro de osteoporose: orientações práticas para os profissionais de saúde. 1. ed. - São Paulo: Editora Clannad, 2021.</p>
52	C	<p>a. INCORRETA: Embora a nitrofurantoína seja uma opção terapêutica aceitável, o esquema de 3 dias não é o recomendado para gestantes. O esquema padrão preconizado para gestantes é 7 dias de tratamento.</p> <p>b. INCORRETA: A amoxicilina vem perdendo eficácia no tratamento empírico de ITU na gestação devido à alta taxa de resistência da <i>E. coli</i> a essa droga, mesmo quando o antibiograma sugere sensibilidade. Portanto, é menos recomendada como primeira escolha, a menos que não haja outras opções disponíveis ou se for associada a um inibidor de beta-lactamase.</p> <p>c. CORRETA: A cefalexina é uma opção de primeira linha no tratamento da bacteriúria assintomática na gestação, especialmente quando a cepa de <i>E. coli</i> isolada é sensível. Segundo protocolos da FEBRASGO, da SOGESP e da SBI, a cefalexina é segura, eficaz e amplamente utilizada no contexto obstétrico. A bacteriúria assintomática deve sempre ser tratada durante a gestação, independentemente da presença de sintomas, devido ao risco aumentado de pielonefrite, parto prematuro e baixo peso ao nascer.</p> <p>d. INCORRETA: Na gestação, existe contraindicação para o uso de antimicrobianos da classe das quinolonas, como o ciprofloxacino.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Alves AC, Machado MR, Souza RT. Infecção do trato urinário. In: Francisco RP, Mattar R, Quintana SM, editores. Manual de obstetrícia da SOGESP. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. v. 2. p. 163–214.</p> <p>de Rossi P, Cimerman S, Truzzi JC, Cunha CAD, Mattar R, Martino MDV, et al. Joint report of SBI (Brazilian Society of Infectious Diseases), FEBRASGO (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine): recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. <i>Braz J Infect Dis.</i> 2020;24(2):110–9.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Sepse na gestação. In: Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. p. 380–7.</p> <p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 43/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).</p> <p>Souza RT. Infecção urinária [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
53	A	<p>a. CORRETA: Ingerir cálcio adequadamente pode ajudar a reduzir a absorção de oxalato no intestino, diminuindo o risco de formação de cálculos renais.</p> <p>b. INCORRETA: Aumentar o consumo de oxalato aumenta os níveis de oxalato na urina, elevando o risco de formação de cálculos renais em pessoas predispostas.</p> <p>c. INCORRETA: O consumo excessivo de proteínas pode levar a um aumento da excreção de cálcio na urina, contribuindo para o risco de cálculos renais.</p> <p>d. INCORRETA: O consumo elevado de sódio está associado ao aumento da excreção urinária de cálcio, o que pode favorecer a formação de cálculos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Jameson JL et al medicina interna de Harrisson, 20 ed. AMGH editora LTDA, 2020.</p> <p>Peerapen P, Thongboonkerd V. Kidney Stone Prevention. Advances in Nutrition. 2023;14(4):555-569.</p>
54	D	<p>a. INCORRETA: Uma vez que sarampo não é o caso porque haveria conjuntivite purulenta, tosse, coriza, e os acometimentos bucais, palmo-plantares e a linfadenopatia estariam descontextualizadas desta hipótese.</p> <p>b. INCORRETA: Ao conduzir o raciocínio para um processo alérgico caracterizado pela eosinofilia e tratado com esteroides e anti-histamínicos, sendo que o quadro não é compatível.</p> <p>c. INCORRETA: Pois se refere ao diagnóstico e tratamento esperados em um caso de sepse ou grave infecção por Gram positivos, o que também está incorreto.</p> <p>d. CORRETA: O quadro clínico é altamente sugestivo de Doença de Kawasaki, vasculite sistêmica aguda que acomete predominantemente crianças menores de 5 anos. O tratamento precoce com imunoglobulina intravenosa (IGIV) e ácido acetilsalicílico (AAS) reduz significativamente o risco de desenvolvimento de aneurismas de artérias coronárias. O ecocardiograma deve ser realizado inicialmente e repetido diversas vezes nos dias e semanas seguintes ao diagnóstico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria SBP. Tratado de pediatria. 6. ed. Barueri: Manole, 2024. Volume 2, capítulo 6, pg 819.</p>
55	A	<p>a. CORRETA: Os achados clínicos (histórico de etilismo), laboratoriais (plaquetopenia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, RNI alargado) e de imagem (fígado com contornos nodulares, esplenomegalia) são fortemente sugestivos de cirrose hepática, provavelmente Child-Pugh B. A avaliação para varizes é essencial em pacientes com cirrose para identificar aqueles com varizes de alto risco que necessitam de intervenção para prevenir hemorragia. Realizar a EDA durante a internação ou agendar para breve após a alta garante o rastreamento oportuno.</p> <p>b. INCORRETA: adiar o rastreamento de varizes por 3 meses em um paciente com forte suspeita de cirrose é inadequado e aumenta o risco de um primeiro sangramento varicoso ocorrer sem a devida profilaxia. A identificação precoce de varizes de alto risco permite intervenções preventivas que melhoram o prognóstico.</p> <p>c. INCORRETA: A presença de ascite indica descompensação da cirrose, e a EDA para rastreamento de varizes visa a profilaxia primária, devendo ser realizada antes do desenvolvimento de tais complicações. O rastreamento proativo é fundamental para prevenir o sangramento varicoso.</p> <p>d. INCORRETA: A realização de EDA apenas quando o paciente apresentar hematêmesis representa uma abordagem reativa e tardia. O objetivo do rastreamento é identificar varizes de alto risco antes do sangramento, permitindo a instituição de medidas profiláticas para prevenir a ocorrência da hemorragia varicosa, que está associada a alta morbidade e mortalidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Jakab SS, Garcia-Tsao G. Screening and Surveillance of Varices in Patients With Cirrhosis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Jan;17(1):26-29. doi: 10.1016/j.cgh.2018.03.012.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Bittencourt PL, Farias AQ, Strauss E, Mattos AA; Panel of the 1st Brazilian Consensus of Variceal Bleeding, Brazilian Society of Hepatology. Variceal bleeding: consensus meeting report from the Brazilian Society of Hepatology. Arq Gastroenterol. 2010 Jun;47(2):202-16
56	B	<p>Trata-se de uma paciente com esclerose sistêmica em sua forma cutânea limitada. Esta forma de acometimento está associada a um risco maior de hipertensão pulmonar quando comparada à forma cutânea difusa. Esta última, por outro lado, guarda maior risco para doença intersticial pulmonar, acometimento cardíaco e crise renal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew. Goldman Cecil medicina: volume I. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 1536 p. v. 1.</p>
57	D	<p>a. INCORRETA: Os sintomas apresentados não apontam para Transtorno do Espectro Autista. O TEA é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, os quais o paciente nega.</p> <p>b. INCORRETA: A ausência de preocupações excessivas e sintomas físicos persistentes não favorece diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada; sintomas estão mais relacionados ao contexto acadêmico e hábitos de vida atuais do que a um transtorno ansioso formal.</p> <p>c. INCORRETA: O diagnóstico de TDAH requer que vários sintomas de desatenção (e/ou hiperatividade/impulsividade) estejam presentes antes dos 12 anos e causem prejuízo em mais de um ambiente. Apenas a presença de desatenção e procrastinação na vida adulta, especialmente em um contexto de alta demanda e possíveis maus hábitos, não é suficiente para o diagnóstico.</p> <p>d. CORRETA: Embora o indivíduo relate sintomas que podem sobrepor-se aos do TDAH (dificuldade de foco, procrastinação), é fundamental considerar o contexto. O ambiente universitário exigente, a privação de sono, o uso de estimulantes (café, energéticos) e possíveis hábitos de estudo inadequados são fatores que podem mimetizar ou exacerbar dificuldades de atenção e organização. Antes de concluir por um transtorno do neurodesenvolvimento de início na infância, como o TDAH, uma avaliação detalhada desses fatores contextuais e comportamentais é imprescindível. A investigação deve explorar a cronicidade e o impacto dos sintomas desde a infância, além de descartar outras causas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Portaria Conjunta nº 14, de 28 de junho de 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.</p>
58	A	<p>a. CORRETA: A conização (como LEEP ou bisturi frio) é o tratamento padrão para NIC III (CIN 3), pois remove a lesão pré-maligna com margens livres, evitando progressão para câncer invasivo. Além de terapêutica, o material excisado permite confirmação histológica e exclusão de microinvasão conforme recomendado pelo INCA (Brasil), ASCCP (EUA) e outras sociedades.</p> <p>b. INCORRETA: O ácido tricloroacético é indicado para tratamento de verrugas anogenitais, causadas por HPV de tipo não oncogênico, como 6 e 11, sendo aplicado topicalmente em sessões semanais ou quinzenais. Não é utilizado para tratar lesões pré-cancerosas (NIC I, II ou III).</p> <p>c. INCORRETA: NIC III é uma lesão de alto risco que requer intervenção imediata. O acompanhamento passivo pode permitir progressão para câncer.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>d. INCORRETA: O ácido fólico não tem indicação para NIC III, pois as evidências não demonstram reversão de lesões pré-cancerosas e não previne progressão de lesões, como o NIC III, com alto risco de evoluir para câncer.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/item/9789240014107.</p> <p>SANTOS, C. M. C. et al. A vacinação contra o HPV no Brasil: desafios para a equidade e o acesso. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1847-1858, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.15012018.</p> <p>INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Human Papillomaviruses. Lyon: IARC, 2019 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 100B). Disponível em: https://publications.iarc.fr.</p>
59	D	<p>a. INCORRETA: A anemia aplásica (aplasia medular) cursa com pancitopenia periférica por falência da produção medular, podendo causar sintomas como palidez, fadiga, hemorragias e infecções.</p> <p>b. INCORRETA: O linfoma de Hodgkin classicamente apresenta linfonodomegalia indolor (principalmente cervical e/ou mediastinal) e pode cursar com sintomas constitucionais (febre persistente, sudorese noturna, perda de peso – os chamados sintomas B). Contudo, é raro em crianças menores de 5 anos.</p> <p>c. INCORRETA: Embora seja também uma leucemia aguda, a LMA é menos comum na infância (cerca de 15–20% das leucemias pediátricas) e sua distribuição etária é diferente, ocorrendo com mais frequência em lactentes (<2 anos) ou adolescentes.</p> <p>d. CORRETA: A apresentação clínica descrita é típica da LLA pediátrica, a neoplasia maligna mais comum na infância.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2024.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico 2017.</p>
60	B	<p>a. INCORRETA: Betabloqueadores, como o carvedilol, são fundamentais no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e devem ser titulados progressivamente até a dose-alvo. No entanto, a presença de bradicardia sintomática indica que o paciente não tolera um aumento da dose, sendo necessário rever a estratégia terapêutica.</p> <p>b. CORRETA: A associação sacubitril/valsartana é recomendada para pacientes sintomáticos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), mesmo em uso de doses adequadas de iECA. Estudos demonstraram que sua substituição pelo enalapril reduz mortalidade e hospitalizações. Como o paciente já faz uso da dose-alvo do enalapril (20 mg 2x/dia), a troca para sacubitril/valsartana é indicada para otimizar o tratamento.</p> <p>c. INCORRETA: A ivabradina é indicada para pacientes que mantêm frequência cardíaca elevada (>70 bpm) apesar do uso de betabloqueadores. Como o paciente já apresentou bradicardia sintomática com carvedilol, a ivabradina não é indicada, pois poderia agravar a bradicardia.</p> <p>d. INCORRETA: A combinação hidralazina + dinitrato de isossorbita é reservada para pacientes afrodescendentes com IC avançada ou para aqueles que não toleram inibidores do sistema renina-angiotensina. No caso deste paciente, há opções mais eficazes para otimização terapêutica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021 [citado em 2025 mar 11]; 117(6 supl. 2):1-97. Disponível em: https://abccardiol.org/article/diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-cronica-e-aguda/</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. <i>Arq Bras Cardiol</i> [Internet]. 2021 [citado em 2025 mar 11]; 117(6 supl. 3):1-39. Disponível em: https://abccardiol.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021/</p>
61	D	<p>a. INCORRETA: A internação é desnecessária em um primeiro momento, já que a criança não apresenta sinais de gravidade, como sepse ou comprometimento sistêmico. Essa abordagem pode expor a criança a riscos desnecessários, como infecções hospitalares.</p> <p>b. INCORRETA: Embora a urocultura seja fundamental para o diagnóstico definitivo e ajuste da terapia, aguardar o resultado (que pode levar de 24 a 48 horas ou mais) para iniciar o tratamento em uma criança sintomática pode prolongar o sofrimento, aumentar o risco de progressão da infecção e potencialmente levar a complicações.</p> <p>c. INCORRETA: Não é necessário investigar refluxo vésico-ureteral (possível etiologia da ITU) neste momento, visto que o paciente se encontra sintomático, necessitando de tratamento. No entanto após tratamento inicial e controle infeccioso há necessidade de investigação devido aos episódios de repetição.</p> <p>d. CORRETA: Essa é a abordagem mais indicada, baseada nos protocolos clínicos para ITU em pediatria. A coleta de exames laboratoriais confirma o diagnóstico, enquanto o início do tratamento empírico previne a progressão da infecção. O acompanhamento é necessário para ajustar o manejo conforme os resultados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico em pediatria: orientações para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p>NELSON, W. E.; et al. Tratado de Pediatria de Nelson. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.</p> <p>GUPTA, A.; et al. Approach to fever and urinary symptoms in children. Pediatrics in Review, v. 40, n. 2, p. 67-74, 2019.</p> <p>ROBERTS, K. B. Urinary tract infections in children: diagnosis and management. Pediatrics, v. 137, n. 5, p. e20162192, 2016.</p> <p>KOLETZKO, B.; et al. Practical Pediatric Gastroenterology. 2. ed. New York: Springer, 2021.</p>
62	C	<p>a. INCORRETA: Essa conduta não é adequada nem suficiente para uma articulação instável como na DDQ. O tratamento exige acompanhamento ortopédico especializado, podendo incluir uso de órteses, que posicionam corretamente o quadril para permitir o desenvolvimento normal do acetábulo. Exercícios caseiros podem ser ineficazes ou até prejudiciais sem o controle adequado.</p> <p>b. INCORRETA: A radiografia de bacia não é o exame de escolha em menores de 4-6 meses, pois a cabeça do fêmur ainda não está ossificada adequadamente, o que reduz sua acurácia. A ultrassonografia é o método mais adequado nessa faixa etária. A radiografia só passa a ser preferível após esse período, quando há maior visualização óssea.</p> <p>c. CORRETA: A luxação congênita do quadril (ou displasia do desenvolvimento do quadril - DDQ) ocorre por imaturidade da articulação coxofemoral, com frouxidão ligamentar e instabilidade, podendo levar à subluxação ou luxação da cabeça femoral. A detecção precoce é essencial para prevenir alterações do desenvolvimento ósseo, claudicação e dor crônica. A ultrassonografia de quadril é o exame de imagem indicado até os 4-6 meses de idade, pois permite visualização adequada das estruturas cartilaginosas antes da ossificação. A manobra de Ortolani positiva sugere deslocamento da cabeça femoral ao reposicioná-la na cavidade acetabular, sendo indicação imediata para encaminhamento e investigação por imagem.</p> <p>d. INCORRETA: Aguardando até os 6 meses, perde-se uma janela de ouro para diagnóstico precoce. A ossificação do núcleo da cabeça femoral inicia-se por volta dos 4 a 6 meses, mas a radiografia é menos sensível em lactentes pequenos. O atraso no diagnóstico pode levar a complicações permanentes. Além disso, a presença de sinais clínicos (Ortolani positivo, limitação de abdução) já justifica investigação imediata com ultrassonografia, não sendo aceitável esperar.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE

TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2025



GABARITO COMENTADO

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kliegman RM, St. Geme JW. Nelson tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2024.</p>
63	D	<p>a. INCORRETA: Encaminhamento precoce ao especialista e ênfase em tratamento medicamentoso ignoram o enfoque da prevenção primária e ações intersetoriais, além de desconsiderar a abordagem coletiva e educativa preconizada na APS.</p> <p>b. INCORRETA: Essa postura é reativa e individualizada, não aproveitando a oportunidade de intervenção precoce, coletiva e preventiva em um ambiente promotor de saúde.</p> <p>c. INCORRETA: Campanhas focadas em alerta de risco, sem ações educativas continuadas ou envolvimento dos responsáveis e da escola, têm baixo impacto e podem gerar estigmatização, especialmente em crianças.</p> <p>d. CORRETA: A proposta de ações educativas em saúde e parceria com o ambiente escolar é consistente com os princípios da promoção da saúde, da intersetorialidade (saúde + educação), e da participação comunitária, conforme as diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde na Escola: Caderno do Gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_saude_escola_caderno_gestor.pdf</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_4ed.pdf</p> <p>World Health Organization. WHO Guidelines on school health services. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.</p>
64	A	<p>a. CORRETA: Edema crônico, firme, simétrico, sem sinais inflamatórios. Associado à linfopenia, infecções de repetição e aumento volumétrico em ultrassom quadro típico de linfoedema e sem outras alterações no exame físico.</p> <p>b. INCORRETA: Apesar da hipoalbuminemia, não há proteinúria no EAS essencial para o diagnóstico. O edema nefrótico é mole e generalizado, o que não condiz com o caso.</p> <p>c. INCORRETA: A TVP geralmente causa edema agudo, unilateral e com dor. Neste caso, o edema é bilateral, crônico e sem sinais inflamatórios locais.</p> <p>d. INCORRETA: O ecocardiograma mostra fração de ejeção preservada e não há sinais de congestão sistêmica. O edema da ICC costuma ser mole, depressível e melhora com elevação dos membros, o que difere do caso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Rockson SG. Lymphedema. Am J Med. 2021 Mar;134(3):312–321. doi:10.1016/j.amjmed.2020.08.035</p> <p>McCance KL, Huether SE. <i>Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children</i>. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.</p> <p>Sociedade Brasileira de Clínica Médica. <i>Tratado de Clínica Médica</i>. 3. ed. São Paulo: Manole; 2022.</p>
65	B	<p>a. INCORRETA: Medida do índice tornozelo-braquia: Útil na estratificação de risco cardiovascular, mas não substitui escores clínicos e laboratoriais, sendo mais indicado em casos suspeitos de doença arterial periférica.</p> <p>b. CORRETA: A tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) é recomendada para rastreamento de câncer de pulmão em indivíduos tabagistas ou ex-tabagistas com carga tabágica ≥ 20 anos-maço e idade entre 50-80 anos, de acordo com as diretrizes da US Preventive Services Task Force (USPSTF). Esse exame demonstrou reduzir a</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>mortalidade por câncer de pulmão e deve ser priorizado para pacientes com perfil de risco elevado, como o deste caso.</p> <p>c. INCORRETA: Ultrassonografia de carótidas: O rastreamento de estenose carotídea não é recomendado para indivíduos assintomáticos, pois não altera a conduta terapêutica em relação à prevenção primária.</p> <p>d. INCORRETA: Teste ergométrico: O teste de esforço não é indicado para rastreamento de isquemia miocárdica em pacientes assintomáticos, devido à alta taxa de falsos positivos e ao risco de exames desnecessários, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>US Preventive Services Task Force. Lung Cancer Screening: Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(10):962-970.</p> <p>Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2022.</p>
66	C	<p>a. INCORRETA: A presença de sintomas B, linfadenopatias indolores e hepatoesplenomegalia sugere fortemente uma doença linfoproliferativa. A conduta expectante é contraindicada, pois o paciente apresenta sinais de gravidade que exigem avaliação especializada imediata (1,2).</p> <p>b. INCORRETA: Apesar da febre, não há indícios de infecção bacteriana aguda. A febre vespertina em um paciente com linfocitose e linfonodomegalias sugere etiologia neoplásica ou inflamatória crônica, não devendo ser tratada empiricamente com antibióticos (3,4).</p> <p>c. CORRETA: O quadro clínico é altamente sugestivo de linfoma. A conduta correta é encaminhar o paciente à hematologia para confirmação diagnóstica por biópsia linfonodal, estadiamento e início de tratamento específico. Essa conduta está alinhada às diretrizes internacionais e nacionais em onco-hematologia (1,5,6).</p> <p>d. INCORRETA: O uso de corticosteroides antes da realização da biópsia pode alterar a morfologia das células neoplásicas e dificultar o diagnóstico. A conduta só é indicada após a confirmação diagnóstica ou em contextos de urgência clínica, como compressão medular (1,5,6).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill; 2018. Cap. 111 – Disorders of Lymph Node, Spleen, and Thymus.</p> <p>Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician. 1998 Oct 1;58(5):1313-1320.</p> <p>Cunha BA. Fever of unknown origin: clinical overview. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</p> <p>Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc. 2000 Jul;75(7):723-732.</p> <p>National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: B-cell Lymphomas. Version 1.2023. Available from: https://www.nccn.org/</p> <p>Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH). Manual de Linfomas. São Paulo: ABHH; 2022.</p>
67	A	<p>a. CORRETA: a leiomiomatose é causa frequente de SUA, a idade é o principal fator de risco, com maior incidência entre 35 e 50 anos. A raça também é considerada fator predisponente, observando-se risco relativo duas a nove vezes maior nas negras em relação às brancas, com diagnóstico em idade mais jovem e tumores maiores, mais numerosos e mais sintomáticos. A paciente preenche os critérios epidemiológicos e tanto a sintomatologia, quanto o exame físico, são compatíveis com a hipótese. A histerectomia é uma opção definitiva de tratamento que pode ser oferecida para mulheres com prole definida não responsivas ao tratamento clínico.</p> <p>b. INCORRETA: os distúrbios ovulatórios são frequentes durante o menarca e podem cursar com SUA, todavia, não justificam o aumento de volume uterino evidenciado ao</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>exame físico. Além disso estas alterações tipicamente produzem ciclos irregulares, por desequilíbrio do controle exercido pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Vale ressaltar que a utilização de contraceptivos combinados deve ser evitada em mulheres hipertensas, mesmo que estejam compensadas, sendo uma opção de categoria 3 (riscos superam benefícios) nos critérios de elegibilidade.</p> <p>c. INCORRETA: a endometriose tipicamente cursa com dismenorreia intensa, dispareunia profunda, dor pélvica crônica e infertilidade, não sendo uma hipótese habitualmente relacionada aos casos de sangramento uterino anormal (SUA). Embora a conduta descrita na alternativa esteja correta, ela não se aplica a situação descrita na questão.</p> <p>d. INCORRETA: doenças que afetam a secreção de hormônios tireoidianos podem provocar distúrbios ovulatórios, todavia, não justificam o aumento de volume uterino descrito. Também não foram citados na questão sintomas clínicos sugestivos de hipertireoidismo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Davis E, Sparzak P. StatPearls. StatPearls Publishing; [Accessed March 20, 2024]. Abnormal Uterine Bleeding. Updated September 4, 2023.</p> <p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diagnóstico e tratamento de sangramento uterino anormal agudo. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 80/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).</p> <p>Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143(3):393–408.</p>
68	C	<p>a. INCORRETA: Adicionar ivabradina, pois a frequência cardíaca está inadequadamente controlada: A ivabradina só é indicada em pacientes com frequência cardíaca ≥ 70 bpm apesar do uso otimizado de betabloqueadores. Como o paciente tem FC de 88 bpm, mas já faz uso de carvedilol em dose-alvo (25 mg 2x/dia), a redução da FC poderia ser manejada com ajuste do betabloqueador antes de considerar ivabradina.</p> <p>b. INCORRETA: Iniciar hidralazina e nitrato devido à pressão arterial relativamente baixa: a associação de hidralazina e nitrato é indicada para pacientes negros com ICFer sintomática ou para aqueles que não toleram IECA/BRA/ARNI. Como o paciente não apresenta essas características e a PA não está perigosamente baixa, essa estratégia não é prioritária.</p> <p>c. CORRETA: Os inibidores da neprilisina associados a bloqueadores do receptor da angiotensina (ARNI - ex: sacubitril/valsartana) são recomendados como substitutos dos IECA para pacientes com ICFer sintomáticos que permanecem estáveis com IECA e betabloqueadores. Estudos como o PARADIGM-HF demonstraram que essa mudança reduz mortalidade cardiovascular e hospitalizações por insuficiência cardíaca. Critérios para introdução de sacubitril/valsartana: ICFer sintomática ($FEVE \leq 40\%$) apesar de tratamento otimizado com IECA/BRA. Pressão arterial ≥ 100 mmHg, sem hipotensão sintomática. Creatinina $<2,5$ mg/dL e potássio $<5,2$ mEq/L. O paciente do caso preenche esses critérios, tornando a substituição do IECA pelo ARNI a estratégia mais adequada para melhorar prognóstico.</p> <p>d. INCORRETA: Aumentar a dose da furosemida para 80 mg/dia para melhorar a congestão: Diuréticos são úteis no alívio sintomático da congestão, mas não reduzem a mortalidade ou remodelamento cardíaco. O foco do manejo deste paciente deve ser a otimização das terapias baseadas em evidências, como a introdução do ARNI.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726.</p> <p>Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2022;79(17):e263-e421.</p> <p>Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, et al. Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. N Engl J Med. 2019;380(6):539-548.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
69	D	<p>a. INCORRETA: Uma causa importante de hipertermia grave na faixa etária pediátrica é a intoxicação exógena por agentes anticolinérgicos, contudo, o paciente não apresenta manifestações que confirmem a síndrome tóxica anticolinérgica e nem apresenta faixa etária propensa à automedicação accidental.</p> <p>b. INCORRETA: A rhabdomíolise com consequente insuficiência renal aguda é uma possível complicaçāo de hipertermia grave, principalmente em situações de hipertermia maligna e crise tireotóxica, mas não é sua etiopatogēnese. Além disso, não há evidências laboratoriais para suportar o diagnóstico de rhabdomíolise no paciente.</p> <p>c. INCORRETA: Apesar de sepse (principalmente por meningoencefalite, pneumonia ou infecção urinária) ser uma causa importante de hipertermia grave pediátrica, o quadro agudo, em criança previamente hígida, sem alterações sugestivas em exame de líquor e de imagem, não favorece esse diagnóstico.</p> <p>d. CORRETA: Hipertermia grave, sem mecanismos compensatórios (sudorese), associada a manifestações neurológicas, em crianças, deve-se sempre afastar a possibilidade de "síndrome do bebê esquecido", principalmente em contexto familiar propício, como o do caso (um dos pais não está acostumado à rotina da criança e acaba esquecendo-a no veículo). Uma das principais consequências da exposição excessiva ao calor é a hemoconcentração secundária à desidratação excessiva.</p>
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hammett DL, Kennedy TM, Selbst SM et al. Pediatric Heatstroke Fatalities Caused by Being Left in Motor Vehicles. <i>Pediatr Emerg Care</i> 2021; 37:e1560.</p> <p>Ishimine P, Danzl DF, Wiley IL JF. Heat stroke in children. Em: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA (revisado em fevereiro de 2025).</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5 ed. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. 3282 p.</p>
70	A	<p>a. CORRETA: Propõe-se a associação de bupropiona à sertralina como estratégia para manter a eficácia antidepressiva e minimizar a disfunção sexual induzida por ISRS.</p> <p>b. INCORRETA: A fluvoxamina, como outros ISRS, pode reduzir a libido por aumentar os níveis de serotonina no cérebro o que pode inibir o desejo sexual.</p> <p>c. INCORRETA: A redução da dose da Sertralina em pouco tempo de uso envolve risco de recaída, especialmente em pacientes que alcançaram remissão com a dose atual.</p> <p>d. INCORRETA: Benzodiazepínicos podem apresentar riscos como sedação, dependência e prejuízo cognitivo. Portanto, não são recomendados como estratégia terapêutica nesse contexto.</p>
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Cordioli A.V, Gallois C.B, Passos I.C, et al. <i>Psicofármacos: consulta rápida</i> – 6^a ed. – Porto Alegre: Artmed; 2023 pg 75 – 81</p> <p>de Aquino ACQ, Sarmento ACA, Teixeira RLA, Batista TN, de Freitas CL, Mármorel JMP, Lara LAS, Gonçalves AK. Pharmacological treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction in women: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. <i>Clinics (Sao Paulo)</i>. 2025 Feb 21;80:100602. doi:10.1016/j.climsp.2025.100602. PMID: 39985829; PMCID: PMC11904590.</p>
71	B	<p>a. INCORRETA: A insulina de emergência não é indicada sem confirmação diagnóstica ou descompensação grave. É necessário solicitar exames antes de iniciar tratamento medicamentoso.</p> <p>b. CORRETA: A paciente tem fatores de risco e sintomas sugestivos. A conduta mais adequada é promover mudanças no estilo de vida e solicitar exames para avaliação metabólica.</p> <p>c. INCORRETA: Apenas prescrever medicação hipoglicemiante sem considerar o risco metabólico completo e postergar o retorno é inadequado.</p> <p>d. INCORRETA: Encaminhar sem qualquer abordagem inicial contradiz os princípios da atenção primária, que deve iniciar o cuidado e promover a saúde.</p>
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Giacaglia L, Barcellos C, Genestreti P, Silva M, Santos R, Vencio S, et al. Tratamento farmacológico do pré-diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-9. Diretriz SBD</p> <p>Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico de diabetes mellitus – Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Ed. 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/. Acesso em: 24 mar. 2025. Diretriz SBD+1 Diretriz SBD+1</p> <p>Guia TdC. Novos Critérios Diagnósticos e Rastreio de Diabetes e Pré-Diabetes. Disponível em: https://www.tadeclinicagem.com.br/guia/318/novos-criterios-diagnosticos-e-rastreio-de-diabetes-e-pre-diabetes/. Acesso em: 24 mar. 2025.</p>
72	A	<p>a. CORRETA: Antifibróticos como pirfenidona ou nintedanibe são os únicos tratamentos com eficácia comprovada na Fibrose pulmonar idiopática (FPI), reduzindo a progressão da doença. A reabilitação pulmonar é recomendada para melhorar a tolerância ao exercício, qualidade de vida e controle dos sintomas.</p> <p>b. INCORRETA. Inibidores da fosfodiesterase-5 não são indicados na FPI de acordo com as diretrizes brasileiras. Corticoides e imunossupressores podem ser usados em outras formas de doença intersticial, especialmente de causa autoimune, porém não o corticoide inalatório, que não tem nenhum benefício nesta população.</p> <p>c. INCORRETA. Enquanto a suplementação nutricional é adequada para estes pacientes, os antagonistas de endotelina não são indicados na FPI de acordo com as diretrizes brasileiras.</p> <p>d. INCORRETA. Não há sinais de infecção que justifiquem o uso de antibióticos, e não há indicação de uso de broncodilatadores na fibrose pulmonar idiopática.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Baddini-Martinez, José, et al. "Diretrizes brasileiras para o tratamento farmacológico da fibrose pulmonar idiopática. Documento oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia baseado na metodologia GRADE." <i>Jornal Brasileiro de Pneumologia</i> 46 (2020): e20190423.</p> <p>Oliveira A, Fabbri G, Gille T, et al. Holistic management of patients with progressive pulmonary fibrosis. <i>Breathe</i>. 2023;19(3):230101. doi:10.1183/20734735.0101-2023.</p>
73	C	<p>a. INCORRETA: Plausível, porém não a melhor. A pesquisa de sangue oculto anual é um método aceito, com boa relação custo-efetividade, mas tem menor sensibilidade que a colonoscopia. É uma alternativa, não a estratégia mais eficaz isoladamente.</p> <p>b. INCORRETA: Plausível. Essa combinação é aceita em algumas diretrizes (como USPSTF), mas menos comum no Brasil. Cobre apenas o cólon distal e exige associação com outros testes. É válida, mas inferior à colonoscopia completa em termos de abrangência.</p> <p>c. CORRETA: A colonoscopia é o método padrão-ouro, recomendada a cada 10 anos para indivíduos de risco médio, com maior sensibilidade e possibilidade de intervenção terapêutica durante o exame.</p> <p>d. INCORRETA: O teste imunológico fecal (FIT) deve ser feito anualmente, não a cada 3 anos. O intervalo apresentado está incorreto, o que invalida essa alternativa como apropriada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Tratado de Oncologia. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2022.</p> <p>BMJ Best Practice. Colorectal cancer screening. BMJ Publishing Group, 2024.</p> <p>UPTODATE. Screening for colorectal cancer in average-risk adults. Last updated: March 2024.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
74	B	<p>a. INCORRETA. A ptialina é a amilase salivar, e é menos potente do que a amilase pancreática.</p> <p>b. CORRETA: A amilase salivar (ptialina) e a amilase pancreática têm a mesma função na digestão dos carboidratos, em especial do amido. Porém a enzima produzida no pâncreas é mais potente que a produzida nas glândulas salivares.</p> <p>c. INCORRETA. A secreção biliar não tem ação enzimática sobre os carboidratos, mas sim emulsificante das gorduras.</p> <p>d. INCORRETA. A amilase pancreática quebra o amido em dissacarídeos (como a maltose). A digestão final dos dissacarídeos em monossacarídeos ocorre por enzimas como maltase, lactase e sacarase, que estão presentes no epitélio intestinal, e não é realizada pela amilase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hall JE, Hall ME. Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia. (14th edição). Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2023.</p>
75	A	<p>a. CORRETA: pois, independente do tempo decorrido de um acidente (ou evento suspeito / traumático qualquer) e a morte, e independente das complicações advindas do acidente, todo óbito cuja causa básica de morte é um acidente deve ser necropsiado em IML.</p> <p>b. INCORRETA: pois poderia ser encaminhado ao SVO, para determinação da causa da insuficiência respiratória aguda (entre infarto pulmonar por embolia pulmonar e broncopneumonia aguda grave) por necropsia apenas se não fosse um óbito secundário a acidente.</p> <p>c. INCORRETA: pois a causa básica de morte é o acidente, que desencadeou todas as complicações clínicas que levaram o paciente ao óbito, incluindo a broncopneumonia (predisposta pela rotura esplênica, que causa imunossupressão, e agravada por internação em ambiente hospitalar). Vale lembrar que, para respeitar o desejo do falecido em ser cremado, 2 (dois) médicos deverão assinar a DO.</p> <p>d. INCORRETA: pois a causa básica de morte é o acidente, que desencadeou todas as complicações clínicas que levaram o paciente ao óbito, incluindo a embolia pulmonar (predisposta pela fratura de osso longo e imobilização prolongada no leito), com infarto pulmonar consequente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil - Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: Manual de instruções para preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 67p.</p> <p>Fernandes CE, Tallo FS, Dolci, JEL. Tratado de Medicina Geral - Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1678p.</p>
76	B	<p>a. INCORRETA: Seria a conduta em caso de choque cardiogênico secundário a infarto agudo do miocárdio.</p> <p>b. CORRETA: Trata-se de um caso de tamponamento cardíaco subagudo provavelmente secundário a implante neoplásico. A paciente apresenta sinais e sintomas característicos, a radiografia de tórax apresenta um aumento significativo da área cardíaca e o eletrocardiograma apresenta alternância elétrica.</p> <p>c. INCORRETA: Seria a conduta em caso de taquiarritmia com sinais de instabilidade hemodinâmica.</p> <p>d. INCORRETA: Seria a conduta em caso de insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão e congestão (perfil frio e úmido).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Medicina de Emergência: Abordagem Prática/ editores: Ludhmila Abrahão Hajjar... [et al] – 18 ed, rev.e atual. Santa de Parnaíba [SP]: Manole, 2024.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
77	C	<p>a. INCORRETA: pois não afeta diretamente o ventrículo direito.</p> <p>b. INCORRETA: A válvula mitral pode sofrer consequências secundárias se houver insuficiência ventricular esquerda, mas não é o foco da sobrecarga de pressão primária.</p> <p>c. CORRETA: A estenose aórtica impõe um aumento da pós-carga ao ventrículo esquerdo, que precisa gerar maior força para vencer a resistência ao esvaziamento. Isso pode levar a hipertrofia concêntrica e, eventualmente, insuficiência cardíaca. A compreensão anatômica e fisiológica do fluxo sanguíneo das câmaras cardíacas permite ao médico gerenciar o cuidado clínico, planejar tratamento medicamentoso e definir o momento ideal para a intervenção cirúrgica.</p> <p>d. INCORRETA: O átrio direito também não é diretamente afetado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Barbosa PJB, Müller RE, Latado AL, et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. Arq Bras Cardiol. 2009;93(3 supl. 4):1-18.</p> <p>OTTO, Catherine M. et al. ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, v. 77, n. 4, p. e25–e197, 2021.</p>
78	B	<p>A compreensão dos ciclos de vida familiar na Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para um cuidado integral, considerando as transições familiares como fatores que podem impactar a saúde emocional e relacional dos indivíduos. A alternativa correta destaca a importância da abordagem holística na APS, considerando os aspectos emocionais e relacionais das transições familiares. As alternativas incorretas falham por desconsiderar o impacto dessas mudanças, supervalorizar a medicalização ou negligenciar o contexto familiar no cuidado integral.</p> <p>a. INCORRETA: Embora seja essencial considerar o diagnóstico diferencial com transtornos psiquiátricos, o quadro apresentado não preenche critérios para transtorno depressivo maior. A medicalização precoce sem uma avaliação contextual pode ser inadequada, pois a paciente não apresenta sintomas persistentes ou graves que justifiquem uma intervenção farmacológica imediata. O primeiro passo na APS deve ser a escuta qualificada, a orientação e o suporte à adaptação antes de considerar a necessidade de psicofármacos.</p> <p>b. CORRETA: A saída dos filhos de casa marca a fase de "lançamento dos filhos" no ciclo de vida familiar, um período que pode gerar sentimento de perda, solidão e necessidade de ressignificação do papel parental. Na APS, o médico deve adotar uma abordagem biopsicossocial, validando os sentimentos da paciente, explorando sua rede de apoio e auxiliando-a na adaptação a essa nova realidade. O acompanhamento longitudinal permite avaliar a evolução dos sintomas e a necessidade de intervenções adicionais, caso haja agravamento ou surgimento de um transtorno psiquiátrico estruturado.</p> <p>c. INCORRETA: As transições do ciclo de vida familiar podem ser momentos de vulnerabilidade emocional e, em alguns casos, gatilhos para transtornos psicológicos. O impacto dessas mudanças varia entre indivíduos, e desconsiderar sua relevância pode resultar na negligência de um sofrimento psíquico real. Já está bem demonstrado que a abordagem familiar na síndrome do ninho vazio é mais eficaz do que a abordagem individual. O papel da APS não se limita a orientações individuais, pontuais e genéricas; é fundamental o acompanhamento longitudinal para avaliar a adaptação da paciente.</p> <p>d. INCORRETA: O modelo de atenção familiar na APS enfatiza que os eventos de vida afetam todos os membros da família, exigindo uma abordagem ampliada. Já está bem demonstrado que a abordagem familiar nesses casos é mais eficaz do que a abordagem individual. O relato da paciente sugere que seu marido também pode estar vivenciando dificuldades emocionais, o que reforça a necessidade de avaliar a dinâmica familiar. O suporte familiar pode ser um fator protetor essencial para a adaptação saudável às transições do ciclo de vida.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. (5th edição). [Porto Alegre]: Grupo A; 2022.</p> <p>Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. (2nd edição). [Porto Alegre]: Grupo A; 2019.</p>
79	B	<p>a. INCORRETA: Apesar de a espironolactona poder ser considerada como terceira droga anti-hipertensiva em casos de hipertensão resistente, não é a escolha inicial mais adequada nesse contexto, principalmente em um paciente com doença renal crônica (TFG < 60 mL/min/1,73m²) e potássio já em 4,8 mEq/L. Seu uso aumenta o risco de hipercalemia e piora da função renal. Além disso, a conduta correta na atenção primária é otimizar o BRA já em uso (como a losartana), associado ao monitoramento da função renal e eletrólitos.</p> <p>b. CORRETA: Ajustar o esquema anti-hipertensivo, aumentando a dose da losartana para 100 mg/dia, reavaliar a função renal e manter seguimento regular na UBS. O paciente apresenta TFG de 63 mL/min/1,73m², o que indica DRC estágio 2 (TFG entre 60-89 mL/min/1,73m²). A albuminúria moderada (RAC 220 mg/g) sugere lesão renal incipiente, e a hipertensão não está bem controlada (PA 145-150/90-95 mmHg), aumentando o risco de progressão da DRC. Ajustar a losartana para 100 mg/dia é a melhor conduta, pois os bloqueadores do sistema renina-angiotensina reduzem a albuminúria, protegem a função renal e auxiliam no controle pressórico. Monitoramento da função renal e do potássio deve ser realizado após o ajuste da dose, devido ao risco de hipertotassemia.</p> <p>c. INCORRETA: A losartana é um fármaco de escolha na proteção renal em pacientes com hipertensão e nefropatia diabética. Suspender esse medicamento aumentaria a progressão da doença renal e a albuminúria, piorando o prognóstico do paciente.</p> <p>d. INCORRETA: Apesar de os IECA e os BRA (como a losartana) apresentarem efeitos nefroprotetores semelhantes, a associação de IECA com BRA é contraindicada, pois aumenta o risco de eventos adversos graves, como hipercalemia, hipotensão sintomática e deterioração da função renal, sem benefício adicional em relação ao uso isolado de um deles. Essa conduta foi desaconselhada em grandes estudos clínicos (ex: ONTARGET e VA NEPHRON-D), sendo uma prática incorreta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019.</p> <p>DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa R J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022.</p>
80	A	<p>a. CORRETA: Pois está alinhada às diretrizes; foca na desprescrição de medicamentos inapropriados (passo fundamental antes de suplementar ou reabilitar). Pacientes idosos com múltiplas comorbidades e polifarmácia exigem abordagem multidimensional, incluindo: Rastreamento de fragilidade (ex.: Critérios de Fried ou Índice de Vulnerabilidade Clínico); Revisão de medicamentos (STOP/START) pois omeprazol e dipirona são frequentemente usados sem indicação clara e podem contribuir para efeitos adversos (ex.: risco renal, interações); Avaliação nutricional (perda de peso sugere sarcopenia ou desnutrição). Essa abordagem segue as diretrizes de medicina interna geriátrica, priorizando segurança e prevenção de iatrogenias; integra todas as dimensões (clínica, funcional e social) desde o início da abordagem.</p> <p>b. INCORRETA: Investiga causas secundárias, mas não age sobre as causas primárias (polifarmácia/fragilidade), ao ignorar a história medicamentosa, em que a polifarmácia, mantendo medicamentos sem revisão (especialmente omeprazol e dipirona) que podem perpetuar os riscos. Focando em exames laboratoriais, ignora síndromes geriátricas (como fragilidade).</p> <p>c. INCORRETA: Suplementação vitamínica sem correção medicamentosa é uma abordagem reducionista e não é a prioridade inicial em um paciente com múltiplas comorbidades, com polifarmácia e fragilidade. Antes de suplementar, é essencial identificar causas reversíveis. A fragilidade e as quedas exigem uma abordagem integrada (funcional, cognitiva e social), não apenas nutricional.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>d. INCORRETA: Fisioterapia é importante, mas deve ser precedida por uma avaliação global, multidimensional inicialmente. Embora a reabilitação seja importante, não deve ser a primeira ação sem antes investigar causas reversíveis. E reavaliar os medicamentos após encaminhamento pode retardar intervenções críticas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Diretrizes Brasileiras de Fragilidade em Idosos. Rio de Janeiro: SBGG, 2023. Disponível em: https://sbgg.org.br.2. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). American Geriatrics Society 2023 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society, v. 71, n. 4, p. 1023-1048, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.18372.3. O'MAHONY, D. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. European Geriatric Medicine, v. 14, n. 4, p. 625-632, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s41999-023-00836-4.
81	A	<p>a. CORRETA: Para pacientes na zona de risco II do AUDIT (uso de risco), a Intervenção Breve (IB) é a abordagem de escolha. A IB, baseada em princípios da entrevista motivacional, é eficaz para aumentar a conscientização sobre os riscos, explorar a ambivalência, fortalecer a motivação para a mudança e ajudar o paciente a estabelecer metas realistas.</p> <p>b. INCORRETA: A farmacoterapia como a naltrexona é geralmente reservada para transtorno por uso de álcool moderado a grave, não sendo primeira linha para uso de risco. A IB é a intervenção inicial indicada.</p> <p>c. INCORRETA: Apenas material educativo e um retorno tardio são insuficientes para um caso com ambivalência e uso de risco identificado, perdendo a oportunidade de uma intervenção mais eficaz.</p> <p>d. INCORRETA: Uma abordagem confrontacional e impositiva pode aumentar a resistência, sendo contrária aos princípios da entrevista motivacional. Metas devem ser construídas com o paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Nota Técnica Conjunta Nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 abr 16</p> <p>SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.</p> <p>Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):CD004148. Published 2018 Feb 24. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4</p>
82	D	<p>a. INCORRETA: A laparotomia está cada vez menos indicada como abordagem inicial em apendicite aguda não complicada. Procedimentos minimamente invasivos apresentam menor morbidade, menor dor pós-operatória e melhor recuperação funcional.</p> <p>b. INCORRETA: A antibioticoterapia isolada tem sido considerada em casos muito selecionados de apendicite não complicada, mas o padrão atual continua sendo a abordagem cirúrgica definitiva. Adiar a cirurgia por 72 horas pode aumentar o risco de complicações, como perfuração ou abscesso, especialmente em pacientes com sintomas evolutivos e marcadores inflamatórios elevados, como neste caso.</p> <p>c. INCORRETA: Apesar de a laparoscopia diagnóstica ser útil em quadros duvidosos, neste caso a clínica e os achados de imagem são altamente sugestivos de apendicite, tornando desnecessária uma abordagem exploratória inicial.</p> <p>d. CORRETA: A evidência atual recomenda que pacientes com apendicite aguda não complicada sejam tratados com appendicectomia videolaparoscópica, associada ao uso</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>de antibióticos perioperatórios. Esta conduta reduz complicações, tempo de internação e promove retorno precoce às atividades habituais.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the diagnosis and treatment of acute appendicitis. <i>World J Emerg Surg.</i> 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3</p>
83	A	<p>Para avaliar a alternativa correta, é necessário calcular a redução absoluta de risco (RAR) e o número necessário para tratar (NNT) para o desfecho de hospitalização por insuficiência cardíaca. No grupo intervenção, 315 dos 2.250 pacientes foram hospitalizados, resultando em um risco de 14%. No grupo controle, 495 dos 2.250 pacientes foram hospitalizados, com um risco de 22%. A RAR, portanto, é de 22% - 14% = 8%. O NNT é o inverso da RAR, ou seja, $1 / 0,08 = 12,5$, que pode ser arredondado para aproximadamente 13. O risco relativo (RR) de hospitalização foi de 14% / 22% = 0,64, indicando redução, não aumento do risco. O valor da RAR para mortalidade cardiovascular, que foi de 18% (405/2250) no grupo controle e 12% (270/2250) no grupo intervenção, resultando em uma RAR de 6%, e não 5%.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Gordis L. Epidemiologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.</p> <p>Silva RM, Andrade LF, Costa JF, Pereira AC. Efeitos da dapagliflozina na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida: estudo de coorte prospectivo. <i>Rev Bras Cardiol.</i> 2023;118(4):312–9.</p>
84	B	<p>a. INCORRETA. A administração de antipsicóticos não é a primeira escolha no manejo do delirium tremens e pode piorar a síndrome de Wernicke.</p> <p>b. CORRETA. O quadro clínico descrito é sugestivo de delirium tremens associado à síndrome de Wernicke-Korsakoff. O delirium tremens é uma emergência psiquiátrica que ocorre em pacientes com abstinência alcoólica, caracterizada por sintomas como confusão, agitação, tremores e alucinações. A síndrome de Wernicke-Korsakoff resulta da deficiência de tiamina (vitamina B1) frequentemente associada ao alcoolismo crônico, manifestando-se por encefalopatia de Wernicke (confusão mental, ataxia e alterações oculares) e, se não tratada, pode evoluir para a psicose de Korsakoff, caracterizada por amnésia e confabulação. A conduta inicial envolve a administração de benzodiazepínicos para controlar os sintomas de abstinência e prevenir convulsões, além da reposição imediata de tiamina intravenosa para evitar ou tratar a encefalopatia de Wernicke.</p> <p>c. INCORRETA. Anticonvulsivantes não são indicados como primeira linha no manejo do delirium tremens.</p> <p>d. INCORRETA. Beta bloqueadores podem mascarar sintomas autonômicos sem tratar a causa subjacente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Pessoa, S.L.R. (2024). Eficácia da Tiamina na Prevenção da Síndrome de Wernicke-Korsakoff em Pacientes com Delirium Tremens. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Urgência e Emergência.</p>
85	B	<p>a. INCORRETA: Embora seja utilizada em algumas condições vestibulares, não é o tratamento de escolha para VPPB, pois a causa é mecânica (deslocamento dos otólitos), e não um distúrbio inflamatório ou vascular. O uso contínuo de Betaistina pode levar a efeitos adversos desnecessários.</p> <p>b. CORRETA: O diagnóstico mais compatível com o quadro clínico da paciente é Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), uma condição autolimitada caracterizada por episódios breves de tontura desencadeados por mudanças de posição. O teste de Dix-Hallpike positivo confirma o diagnóstico. É necessário explicar à paciente que não se trata de "labirintite", mas sim de VPPB, uma condição benigna e autolimitada, evitando o uso desnecessário de medicações vestibulares e orientando sobre o bom prognóstico e os cuidados com segurança postural.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>c. INCORRETA: A ressonância magnética é indicada apenas em casos atípicos ou com sinais neurológicos associados. Nesta paciente, o quadro clínico e o teste de Dix-Hallpike são suficientes para diagnóstico.</p> <p>d. INCORRETA: A audiometria é indicada para suspeita de Doença de Ménière ou outras condições otológicas, mas não é necessária para o diagnóstico de VPPB, já que não há sintomas auditivos associados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(1_suppl):S1-S47.</p> <p>van den Broek JL, van der Zaag-Loonen HJ, Bruintjes TD. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a clinical review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;147(6):567-574.</p>
86	A	<p>a. CORRETA: A neuropatia diabética é uma complicação comum do diabetes mellitus, que pode afetar os nervos intercostais e causar dor torácica e alterações na sensibilidade e reflexos da parede torácica. Os nervos intercostais (T1-T11) inervam os músculos da parede torácica e a sensibilidade cutânea da pele sobrejacente. A dor em queimação e a diminuição da sensibilidade observadas são compatíveis com a lesão dos nervos intercostais, frequentemente associada ao diabetes.</p> <p>b. INCORRETA: porque o nervo radial inerva músculos extensores do membro superior e não está envolvido na inervação da parede torácica. Sua lesão causaria fraqueza nas extensões do cotovelo e punho, não explicando os sintomas descritos.</p> <p>c. INCORRETA: porque o nervo torácico longo inerva o músculo serrátil anterior, e sua lesão causa escápula alada, o que não está relacionado à dor torácica ou alteração de sensibilidade na parede torácica.</p> <p>d. INCORRETA: porque o nervo frônico inerva o diafragma e sua compressão pode causar dor referida, mas essa condição geralmente resulta em dificuldade respiratória ou dispneia mais intensa, o que não é o principal sintoma da paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Clinically Oriented Anatomy. 9th ed. Wolters Kluwer, 2022.</p> <p>DRAKE, R. L.; VOGL, W.; MITCHELL, A. W. M. Gray's Anatomy for Students. 4th ed. Elsevier, 2023.</p> <p>SNELL, R. S. Clinical Neuroanatomy. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2022.</p> <p>MARTIN, C.; CLARK, L. H. Peripheral Neuropathy: Diagnosis and Management. Springer, 2021.</p> <p>KAPLAN, F. T.; MACKINNON, S. E. Peripheral Nerve Surgery: A Practical Approach. Springer, 2021.</p> <p>HERSH, D. S.; SOLMS, S.; RODRIGUES, G. A. Neuropathies in Diabetic Patients. J. Neurol. 2022.</p> <p>TAYLOR, C.; BURKE, J. A.; VASEY, J. M. Diabetic Neuropathy: Pathophysiology and Clinical Approaches to Treatment. Wiley-Blackwell, 2023.</p>
87	C	<p>O rastreamento do câncer de colo uterino é uma tecnologia da atenção primária, e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento.</p> <p>O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico e as recomendações para realizá-lo são as seguintes.</p> <p>Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.</p> <p>O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colon_uterino_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Nota técnica para os gestores do SUS sobre a mudança do método do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/nota_informativa_sobre_dna-hpv.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.</p>
88	C	<p>a. INCORRETA: Erro no tempo da troponina: o protocolo de 3 horas é menos utilizado atualmente, sendo o de 1 hora o preferido nas diretrizes. Erro quanto ao nitrato: nitratos não são contraindicados rotineiramente, exceto em casos de infarto de ventrículo direito ou uso de inibidores de fosfodiesterase.</p> <p>b. INCORRETA: Erro quanto a contraindicação: Tienopiridínicos (como clopidogrel) são indicados na SCA sem supra, em associação ao AAS, exceto em casos de sangramento ativo ou cirurgia iminente.</p> <p>c. CORRETA: Tempo para repetição da troponina. Segundo a Diretriz de Síndrome Coronariana Aguda da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2021, a troponina ultrassensível deve ser dosada na admissão (0h) e repetida em 1 hora para estratificação precoce de pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (IAM sem supra). Este protocolo é chamado de “0h/1h rule-in/rule-out”, validado pelas diretrizes internacionais (ESC, AHA, SBC). Medicação a ser evitada: Este paciente apresenta insuficiência cardíaca congestiva (ICC), além de estar hemodinamicamente limítrofe (PA 115×90 mmHg) e com sinais clínicos de baixo débito (sudorese, hipocorado). Nessas condições, betabloqueadores devem ser evitados na fase aguda do infarto, pois podem agravar a disfunção ventricular, reduzir ainda mais o débito cardíaco e precipitar choque cardiogênico. O uso de betabloqueadores é contraindicado nas primeiras horas em pacientes com sinais de congestão, hipotensão ou choque, devendo ser considerado apenas após estabilização hemodinâmica.</p> <p>d. INCORRETA: Erro duplo: o tempo de repetição está incorreto, e ácido acetilsalicílico (AAS) é fundamental no manejo inicial de síndromes coronarianas agudas, sendo indicado o mais precocemente possível, a menos que haja contraindicações (ex: sangramento ativo ou alergia grave)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Manejo da Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnível do Segmento ST - 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 116, n. 6, p. 1003–1120, 2021. https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x80891.pdf</p>
89	C	<p>a. INCORRETA: A prioridade clínica é o aneurisma, não a vesícula. Além disso, uma cirurgia laparoscópica em paciente com aneurisma de alto risco pode induzir aumento da pressão intra-abdominal, desencadeando ruptura aneurismática.</p> <p>b. INCORRETA: A abordagem simultânea aumenta significativamente o tempo cirúrgico e o risco de complicações, principalmente infecciosas. Além disso, a colelitíase é assintomática - não há indicação para colecistectomia nesse cenário.</p> <p>c. CORRETA: O aneurisma de aorta abdominal com diâmetro ≥5,5 cm em homens tem indicação clara de reparo cirúrgico eletivo, devido ao risco significativo de ruptura (>5% ao ano). A colelitíase assintomática não requer intervenção imediata, pois o risco de complicações operatórias supera o benefício da remoção profilática. O manejo</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>sequencial evita aumento do risco cirúrgico global. Fisiopatologicamente, o aneurisma representa risco iminente de ruptura com aumento progressivo de tensão parietal (Lei de Laplace).</p> <p>d. INCORRETA: Manter apenas o seguimento clínico de um aneurisma de 6 cm não é seguro nem indicado, pois há risco elevado de ruptura com alto índice de mortalidade caso ocorra.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MULATTI, G. C. et al. Projeto Diretrizes: Aneurisma da Aorta Abdominal Infrarrenal. Jornal Vascular Brasileiro, v. 22, e20230040, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jvb/a/YT9FQwQwjhwrc3xcP68ZZnJ/. Acesso em: 30 abr. 2025.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Colelitíase e Doenças da Vesícula Biliar. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 30 abr. 2025.</p> <p>SCHWARTZ, S. I. et al. Principles of Surgery. 11. ed. New York: McGraw-Hill, 2022.</p>
90	A	<p>a. CORRETA. O paciente apresenta quadro clínico sugestivo de encefalopatia hepática, com rebaixamento do nível de consciência, alterações comportamentais e movimentos involuntários dos pulsos. A amônia sérica elevada ($120 \mu\text{mol/L}$) reforça a hipótese diagnóstica, refletindo a incapacidade do fígado cirrótico de metabolizar compostos nitrogenados. A amônia acumulada atravessa a barreira hematoencefálica, alterando a neurotransmissão (GABA, glutamato) e gerando disfunção cerebral. O tratamento consiste em iniciar lactulose, que reduz a absorção de amônia no intestino, e internar o paciente para monitoramento e investigação de fatores precipitantes.</p> <p>b. INCORRETA. A tiamina é usada no tratamento da encefalopatia de Wernicke, ausente neste caso.</p> <p>c. INCORRETA. O manitol é indicado para o tratamento de edema cerebral agudo, ausente no quadro descrito, e não atua sobre a fisiopatologia da encefalopatia hepática.</p> <p>d. INCORRETA. Os benzodiazepínicos podem ser usados em abstinência alcoólica, mas estão contraindicados nos casos de insuficiência hepática em função do risco de intoxicação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goldman L, Schafer Al. Goldman-Cecil Medicina. 26 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.</p> <p>Bertolucci PHF, editors. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 3rd ed. Barueri (SP): Manole; 2021.</p>
91	A	<p>a. CORRETA: Trata-se de cálculo coraliforme volumoso de estruvita (fosfato amônio-magnésio, confirmado pela microscopia), decorrente de infecções de repetição. Considerando a exclusão funcional do rim comprometido e o risco de septicemia com litotripsia, a nefrectomia está indicada no caso.</p> <p>b. INCORRETA: Apesar de sempre preconizar o tratamento cirúrgico menos invasivo, o cálculo de estruvita em contexto de exclusão renal contraíndica a litotripsia por qualquer via, pelo risco de septicemia.</p> <p>c. INCORRETA: Esse tratamento medicamentoso será preconizado, principalmente, em cristais de ácido úrico, uma vez que outros tipos bioquímicos de cálculos não apresentam tratamento farmacológico.</p> <p>d. INCORRETA: O tratamento com hidratação e sintomáticos é preconizado apenas em cálculos de cálcio, cistina ou medicamentosos. Cabe ressaltar que a hipercalcemias e a hiperfosfatemia são decorrentes de um hiperparatiroidismo secundário, sendo a hipercalciúria o fator predisponente para formação de cálculos de cálcio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Fernandes CE, Tallo FS, Dolci, JEL. Tratado de Medicina Geral - Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1678p.</p> <p>Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes de litíase urinária da Sociedade Brasileira de Nefrologia. J Bras Nefrol. 24 (4): 203-7, 2002.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
92	B	<p>A paciente apresenta hipertensão arterial crônica, sendo a hidroclorotiazida contraindicada na gestação devido aos potenciais efeitos adversos fetais. A metildopa é considerada segura para uso durante a gravidez. Além disso, é fundamental solicitar exames laboratoriais de rotina, atualizar o calendário vacinal (incluindo vacinas como dTpa e influenza, conforme o trimestre gestacional), e fornecer orientações sobre sinais de alerta na gestação. Essas medidas estão alinhadas com os princípios da atenção integral à saúde da mulher, promovendo a saúde e prevenindo complicações durante a gestação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de gestação de alto risco: 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf</p>
93	D	<p>a. INCORRETA: Anticolinérgicos inalatórios podem ser usados como terapia adjuvante, mas não devem substituir os beta-2 agonistas de curta ação, que são fundamentais no tratamento das exacerbações asmáticas. A preocupação com a taquicardia não justifica a omissão dos SABAs, pois os benefícios superam os riscos potenciais.</p> <p>b. INCORRETA: A adrenalina subcutânea é reservada para casos específicos, como anafilaxia ou quando não há resposta aos tratamentos convencionais. Não é indicada como primeira linha para todas as crises asmáticas moderadas a graves.</p> <p>c. INCORRETA: Embora contenha partes corretas (uso de oxigênio e corticosteroide oral), essa conduta omite o principal tratamento de primeira linha na crise asmática moderada a grave: o beta-2 agonista de curta duração inalatório (SABA).</p> <p>d. CORRETA: Segundo o GINA, o manejo inicial de uma exacerbação asmática moderada a grave inclui:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beta-2 agonistas de curta ação (SABA): Administração por via inalatória para rápida broncodilatação.• Corticosteroides sistêmicos: Uso precoce para reduzir a inflamação das vias aéreas.• Oxigenoterapia: Indicada para manter a saturação de oxigênio entre 93-95%. <p>A reavaliação após 1 hora é essencial para monitorar a resposta ao tratamento e ajustar a conduta conforme necessário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Global strategy for asthma management and prevention. Fontana, WI: GINA, 2024. Disponível em: https://ginasthma.org/. Acesso em: [data de acesso].</p> <p>BMJ Best Practice. Asthma exacerbation. London: BMJ Publishing Group; 2024. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com. Acesso em: 6 mar. 2025.</p>
94	C	<p>O paciente está em estágio avançado de vida, com múltiplas comorbidades, comprometimento funcional e cognitivo. Nessa fase, a meta terapêutica deve priorizar qualidade de vida, prevenção de eventos adversos e suporte à funcionalidade, evitando intervenções agressivas. O controle glicêmico atual é aceitável (HbA1c de 7,2%) e intensificá-lo aumentaria o risco de hipoglicemia. Metformina deve ser evitada em doença renal avançada, e os inibidores de SGLT2 não são recomendados nesse estágio de DRC.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Lyra R, Albuquerque L, Cavalcanti S, et. al. Manejo da terapia antidiabética no DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024). DOI: 10.29327/5412848.2024-7, ISBN: 10.29327/5412848.2024-7.</p> <p>American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S300.</p> <p>Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2020;98(4S):S1–S115.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
95	B	<p>a. INCORRETA: A Retocolite Ulcerativa é caracterizada pela inflamação contínua da mucosa do cólon e do reto. Na colonoscopia, observa-se granularidade difusa na mucosa, edema, eritema, exsudato diferente do padrão observado de granulomas não caseosos.</p> <p>b. CORRETA: O caso clínico exposto refere-se a uma doença inflamatória intestinal (DII), mais precisamente à Doença de Crohn (DC).</p> <p>A doença de Crohn tem seu pico de incidência entre a segunda e a quarta décadas de vida, com 78% dos estudos relatando incidência mais alta na faixa etária de 20 a 29 anos. Além disso, a maior incidência de DII, principalmente na DC, ocorre entre brancos e judeus, e está aumentando em hispânicos e asiáticos</p> <p>O tabagismo é um fator de risco importante para DC (<i>odds ratio</i> de 1,76, conferindo risco), ao contrário da retocolite ulcerativa (RCU), na qual o tabagismo confere proteção (<i>odds ratio</i> de 0,58).</p> <p>O uso de anticoncepcionais também é fator de risco para DC (<i>odds ratio</i> de 2,82), enquanto na RCU não representa risco.</p> <p>A DC pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, sendo que 40 a 55% acometem intestino delgado e grosso, ao passo que na RCU o acometimento é do reto com extensão à parte do cólon ou sua totalidade. Microscopicamente, a DC pode formar granulomas não caseosos, lesões típicas da DC e não presentes na RCU.</p> <p>Embora a indução da remissão das DII envolva os derivados do 5-ASA (aminossalicilatos), o uso desses aminossalicilatos na DC é controverso, sendo que na ileite e/ou envolvimento proximal do cólon o tratamento de primeira linha é a budesonida.</p> <p>c. INCORRETA: A doença celíaca não está associada com a formação de granulomas não caseosos, achado característico da DC.</p> <p>d. INCORRETA: Tuberculose Intestinal apresenta granulomas caseosos, , sendo um dos critérios diagnósticos definitivos usados para seu diagnóstico. Portanto, a alternativa incorreta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo, J. Medicina interna de Harrison. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2020. 5471 p.</p> <p>Mohamed T, Goh K.L, Zaigham A, David E, Chen MH, Chris M et al. Diretrizes Mundiais da Organização Mundial de Gastroenterologia, Tuberculose do aparelho digestivo. 2021.</p>
96	A	<p>A questão busca correlacionar a sintomatologia, a fisiopatologia e consequente topografia (localização). A instalação súbita de déficit neurológico focal sem outros comemorativos deve apontar para suspeita clínica de acidente vascular encefálico isquêmico. Na fisiopatologia desta condição, a preservação da área de penumbra, ou seja, aquela em sofrimento isquêmico, porém sem necrose, ainda em vias de ser salva, envolve uma hipertensão permissiva, a qual dita o manejo pressórico na fase hiperaguda do AVE isquêmico. Assim, quando é realizada a redução brusca da PA perde-se a capacidade de manutenção da viabilidade desta referida área através da circulação colateral, aumentando-se a lesão isquêmica e área de necrose propriamente dita.</p> <p>O conjunto de déficits apresentados pelo paciente, em especial a afasia global, apontam para acometimento extenso de território irrigado pela artéria cerebral média esquerda.</p> <p>No que concerne a avaliação pupilar, a presença de alteração da motricidade pupilar está associada a lesões do nervo oculomotor (III) e somente uma alternativa traz esta possibilidade. Nem o IV ou o VI nervos cranianos estão envolvidos nesta função, tampouco há relação direta com hemorragia retiniana.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bertolucci PHF, Ferraz HB, Barsotini OGP et al. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 3rd ed. São Paulo: Editora Manole; 2021.</p> <p>Thaler AI, Thaler MS. Neurologia Essencial. Porto Alegre: Grupo A; 2023.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
97	D	<p>a. INCORRETA: O rastreamento de câncer de próstata com PSA e toque retal não é universalmente recomendado para homens assintomáticos sem fatores de risco como rotina universal. A decisão deve ser individualizada (USPSTF recomenda discussão entre 55–69 anos), e neste caso, não há fatores de risco específicos (como história familiar) que justifiquem a solicitação sem avaliação prévia.</p> <p>b. INCORRETA: Embora o rastreamento de câncer colorretal seja indicado a partir dos 45–50 anos, a colonoscopia é reservada para pacientes com maior risco (história familiar). Em pacientes assintomáticos, sem outros fatores, o teste imunoquímico fecal é preferível como método inicial.</p> <p>c. INCORRETA: Apesar de mudanças de estilo de vida serem sempre recomendadas, ignorar o rastreamento adequado (neste caso, para câncer de pulmão) configura conduta incompleta, considerando o perfil do paciente do caso.</p> <p>d. CORRETA: O paciente preenche critérios para rastreamento de câncer de pulmão (55–80 anos, tabagismo \geq 30 maços-ano [equivalente a 20 maços-ano por 1,5 anos], com abstinência < 15 anos). A TC de baixa dose é recomendada pela USPSTF e INCA para esse grupo, após discussão compartilhada sobre benefícios (redução de mortalidade) e riscos (falsos positivos, radiação).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de pulmão. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br.</p> <p>U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA, v. 325, n. 10, p. 962-970, 2021. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777242.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Recomendações para o rastreamento do câncer de pulmão no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 48, n. 2, e20220081, 2022. Disponível em: https://www.jornaldepneumologia.com.br.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824.</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Rastreamento do câncer colorretal: recomendações para a atenção primária. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br.</p> <p>U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA, v. 319, n. 18, p. 1901-1913, 2018. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2680551.</p>
98	B	<p>a. INCORRETA: A laparoscopia diagnóstica é um procedimento possível no contexto de dor pélvica e suspeita de doença ginecológica em pacientes estáveis. No entanto, no cenário apresentado, com sinais de instabilidade hemodinâmica, dor abdominal intensa, peritonismo e sangramento intra-abdominal sugerido, o caráter eletivo da laparoscopia é inadequado. O quadro impõe uma conduta emergencial e terapêutica imediata.</p> <p>b. CORRETA: O conjunto de achados clínicos indica fortemente uma gestação ectópica rota com hemoperitônio: dor abdominal súbita, irradiação para o ombro (sinal de irritação peritoneal), instabilidade hemodinâmica (PA 88 × 60 mmHg, FC 112 bpm), dor anexial e sinal de Blumberg. O β-hCG positivo reforça o diagnóstico. Nessa situação, a prioridade é a estabilização com reposição volêmica (cristaloides, hemoderivados se necessário), monitorização rigorosa e encaminhamento imediato ao centro cirúrgico para intervenção</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>(laparoscopia ou laparotomia, conforme a gravidade). A intervenção precoce é determinante para evitar complicações graves ou morte materna.</p> <p>c. INCORRETA: Essa conduta não é adequada em uma paciente que apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica (FC elevada e PA baixa), quadro clínico compatível com gestação ectópica rota e provável hemoperitônio. O manejo ambulatorial pode atrasar o diagnóstico definitivo e a intervenção cirúrgica imediata, colocando a vida da paciente em risco. A analgesia isolada não resolve a causa do sangramento, e a investigação por imagem deve ocorrer em ambiente hospitalar e de forma imediata, caso a paciente esteja estável o suficiente.</p> <p>d. INCORRETA: Embora o acesso venoso e a monitorização sejam medidas iniciais adequadas em pacientes instáveis, elas não são suficientes como conduta principal diante de um quadro clínico de emergência cirúrgica. A ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico, mas não deve atrasar a cirurgia em uma paciente com instabilidade e achados sugestivos de gestação ectópica rota. A hesitação em intervir pode resultar em piora do sangramento e comprometimento da evolução clínica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>FEBRASGO. Tratado de Ginecologia. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021.</p>
99	B	<p>a. INCORRETA: Pois apesar do governo federal repassar recursos para as equipes, o financiamento é tripartite (União, estados e municípios). Os municípios têm responsabilidades financeiras e administrativas sobre a execução das ações. Além disso, não há garantia absoluta de sobra de recursos, pois o financiamento depende de critérios técnicos e pode ser impactado por fatores como desempenho e atualização de cadastros.</p> <p>b. CORRETA: O financiamento das equipes de Saúde da Família ocorre por meio de três componentes principais: componente fixo, componente de vínculo e acompanhamento territorial e componente de qualidade. O valor do repasse federal é determinado pelo Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), que considera a vulnerabilidade social e o porte populacional do município, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.493/2024.</p> <p>c. INCORRETA: Porque o principal repasse para as equipes da ESF vem do governo federal, e não exclusivamente de um fundo estadual. Embora os estados possam complementar os recursos, o financiamento central é federal, com contrapartida municipal. Além disso, o uso dos recursos está vinculado a critérios e diretrizes específicas, não sendo de uso totalmente livre pelo município.</p> <p>d. INCORRETA: Essa alternativa ignora completamente o papel do governo federal no financiamento da APS, que é significativo e regulamentado. O repasse federal é obrigatório e vinculado a critérios legais, não se limitando a orientações. A afirmativa distorce a realidade do financiamento tripartite do SUS, induzindo a erro quanto à responsabilidade da União.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2024 abr 11 [citado em 2025 mar 10]; Seção 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811</p>
100	D	<p>O paciente apresenta sinais de toxicidade pelo lítio, evidenciados por tremores e níveis séricos acima da faixa terapêutica. Além disso, há indicação de possível disfunção renal (aumento da creatinina) e hipotireoidismo subclínico (TSH elevado). A conduta adequada envolve a redução da dose do lítio para retornar aos níveis terapêuticos, além de monitorar regularmente a função renal e tireoidiana, uma vez que o lítio pode causar nefotoxicidade e hipotireoidismo. A suspensão abrupta do lítio pode precipitar recaídas maníacas ou depressivas. Manter a dose atual não é recomendado devido à toxicidade. Aumentar a dose é contraindicado, pois os níveis já estão acima do terapêutico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Parizotti, S. M. D., Alves Filho, J. R., & de Peder, L. D. (2021). O uso do carbonato de lítio no transtorno afetivo bipolar - uma revisão atualizada. <i>RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar</i> , 2(9).
101	D	<p>a. INCORRETA: A dor de crescimento ocorre com maior frequência nas panturrilhas, face anterior da coxa e fossa poplítea, no fim da tarde ou durante a noite, podendo acordar a criança, sem dor pela manhã. A criança pode ficar dias ou semanas sem dor, não tem relação com atividade física e o exame físico é normal. Não tem limitação física e 80% dos casos é bilateral.</p> <p>b. INCORRETA: Na artrite idiopática juvenil (doença autoimune com artrite em crianças), as crianças podem apresentar dores ou maior dificuldade para se movimentarem pela manhã. Às vezes, há claudicação e restrição de movimentos, mostram a natureza inflamatória da artrite; porém, não evoluem com linfonodos, hepatoesplenomegalia e petequias na face e tronco.</p> <p>c. INCORRETA: O osteoma osteoide é um tumor ósseo benigno que merece atenção especial pela dificuldade em confirmar seu diagnóstico. As queixas estão relacionadas à dor incaracterística, intermitente e que geralmente piora à noite, o que muitas vezes impede a criança e/ou o adolescente de dormir. É uma dor que melhora com o uso de analgésicos, em especial a "aspirina". O exame físico pode não demonstrar aumento de volume, pois a lesão é intraóssea e promove ou não uma reação periosteal dependendo de sua localização. Mas a criança não cursa linfonodos, hepatoesplenomegalia e petequias na face e no tórax.</p> <p>d. CORRETA: Na leucemia linfoblástica aguda, a dor óssea é frequente, geralmente ocorre em membros, principalmente inferiores, e pode tornar-se muito intensa, impedindo a deambulação. Ocorre em qualquer horário, diurno ou noturno, sendo de difícil controle com analgésicos habituais. Artralgias e eventualmente artrites, resultantes de infiltrações articulares, podem ser confundidas com doenças reumatológicas. A febre também é um sintoma prevalente, que ocorre em cerca de 50-60% dos casos. Palidez, astenia, petequias e equimoses são comuns na fase inicial da doença. No exame clínico, além da palidez, fenômenos hemorrágicos e febre, frequentemente se observam hepatomegalia, esplenomegalia e linfonodomegalias generalizadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Cunha AL. Dor nos membros inferiores em crianças. In: Júnior DC, Burns DAR, Lopez FA. Tratado de pediatria. Barueri: Editora Manole; 2021. v. 2, 5a ed., seção 34, cap. 6. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/9788520458679/. Acesso em: 12 mar. 2025.</p> <p>Pediatria SBD. Tratado de pediatria. (6th edição). Barueri (SP): Editora Manole; 2024. Seção 26.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Isso é dor de crescimento ou algo mais sério? Rio de Janeiro: SBP; 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21148e-DC-Isso_e_dor_de_crescimento.pdf. Acesso em: 12 mar. 2025.</p>
102	A	<p>a. CORRETA: Mulheres entre 50 e 69 anos são recomendadas a realizar mamografia bienal para rastreamento do câncer de mama. No entanto, devido ao histórico familiar (mãe com câncer de mama), é prudente iniciar o rastreamento aos 50 anos com mamografia anual, conforme diretrizes de sociedades médicas (SBM).</p> <p>b. INCORRETA: A densitometria óssea é recomendada para mulheres a partir dos 65 anos ou mais jovens com fatores de risco para osteoporose. Não há necessidade de realização anual; a frequência deve ser determinada conforme os resultados iniciais e fatores de risco.</p> <p>c. INCORRETA: O histórico familiar de câncer de mama em um parente de primeiro grau diagnosticado após os 50 anos não indica, isoladamente, a necessidade de consulta genética. Essa indicação é mais pertinente quando há múltiplos casos na família ou diagnóstico em idade jovem.</p> <p>d. INCORRETA: A terapia de reposição hormonal (TRH) não é indicada universalmente para todas as mulheres na menopausa. Deve-se avaliar individualmente os riscos e benefícios, considerando fatores como histórico familiar de câncer de mama e doenças</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>cardiovasculares. Além disso, a paciente não relata sintomas significativos que justifiquem a TRH.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes-para-a-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil.pdf. Acesso em: 10 mar. 2025.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). Rastreamento do câncer de mama. 2017. Disponível em: https://www.sbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/11/01-Rastreamento-do-Ca%C3%A7er-de-Mama.pdf. Acesso em: 10 mar. 2025.</p> <p>HARRISON, T. R.; FAUCI, A. S.; LONGO, D. L.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; JAMESON, J. L.; LOSCALZO, J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2018.</p> <p>WONCA. Manual de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.</p>
103	D	<p>Diante do quadro clínico de um idoso de 72 anos que apresenta apatia, isolamento social, perda de interesse por atividades antes prazerosas, insônia e queixas de memória, a abordagem mais apropriada na Atenção Primária deve priorizar a escuta qualificada, avaliação psicossocial e rastreios estruturados. De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5), tais manifestações podem ser compatíveis com um episódio depressivo maior ou mesmo com um transtorno neurocognitivo leve, desde que os sintomas causem prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional (American Psychiatric Association, 2013).</p> <p>Entretanto, na ausência de sintomas psicóticos, ideação suicida ou comprometimento funcional grave, a conduta inicial recomendada pelas boas práticas em saúde mental do idoso envolve o acolhimento do paciente, fortalecimento dos vínculos familiares, aplicação de instrumentos de rastreio, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e incentivo à participação em atividades sociais e comunitárias. Tais medidas fazem parte da estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, evitando a medicalização precoce e desnecessária (Ministério da Saúde, 2021).</p> <p>Iniciar antidepressivos ou encaminhar diretamente a serviços especializados pode ser necessário em casos mais graves, mas não constitui a primeira linha de conduta diante de sintomas leves ou moderados em idosos. Do mesmo modo, exames laboratoriais ou de imagem são importantes na avaliação global, mas não substituem a abordagem psicossocial precoce no contexto da Atenção Primária. Dessa forma, a alternativa que propõe escuta ativa, rastreios e fortalecimento de vínculos sociais representa a conduta mais resolutiva e alinhada aos princípios do cuidado integral à pessoa idosa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.</p> <p>Duarte PDO, Amaral JRG. Geriatria: prática clínica. (2nd edição). Barueri: Editora Manole; 2023</p>
104	C	<p>a. INCORRETA: A imaturidade do centro respiratório bulbar causa apneia da prematuridade, não esforço respiratório com cianose persistente. Esse quadro tende a ser intermitente, e não causa esforço respiratório importante e cianose central persistente como no caso descrito. Além disso, a cafeína é utilizada no período pós-natal como tratamento de apneia, mas não atua na sua prevenção.</p> <p>b. INCORRETA: A retenção de líquido pulmonar causa Taquipneia Transitória do recém-nascido, uma condição respiratória benigna e autolimitada que acomete principalmente recém-nascidos a termo ou prematuros tardios, especialmente após partos cesarianos sem trabalho de parto.</p> <p>c. CORRETA: A administração de corticosteroide, 48 horas antes do nascimento, está indicado para em gestantes com risco de parto prematuro com idade gestacional entre 24 e 34 semanas. Os corticosteroides estimulam a maturação pulmonar fetal, através</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE

TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2025



GABARITO COMENTADO

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>dos pneumócitos tipo II, que produzem o surfactante pulmonar, substância lipoproteica responsável por diminuir a tensão superficial dos alvéolos e mantê-los expandidos, reduzindo assim a incidência e gravidade da Doença da Membrana Hialina.</p> <p>d. INCORRETA: A aspiração das vias áreas superiores no pós-parto imediato não é mais indicada como rotina padrão. Além disso, a Síndrome de Aspiração Meconial acomete recém-nascidos a termo e pós-termo, quando possuem maturidade gastrointestinal para produzir o meconíio e tem como principal fator desencadeante hipóxia intrauterina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de Neonatologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Acesso 25 mar 2025.</p>
105	C	<p>a. INCORRETA: Com exceção de erros laboratoriais ou interferência laboratorial por ingestão de biotina, todos os pacientes com TSH sérico baixo e concentrações elevadas de T4L ou T3L tem hipertireoidismo primário. (UptoDate)</p> <p>b. INCORRETA: A presença de exoftalmia descarta o diagnóstico de tireoidite factícia, uma vez que não é causada pelo hormônio tireoidiano em si. Além disso, a presença de bocio (aumento da glândula tireoidiana) também não costuma estar presente, pois o hormônio tireoidiano exógeno em quantidades suficientes para causar hipertireoidismo inibe a secreção de TSH, resultando em atrofia tireoidiana. (UptoDate)</p> <p>c. CORRETA: Paciente com oftalmopatia, um aumento não nodular da tireóide e hipertireoidismo moderado a grave indicam um diagnóstico de doença de Graves. Além disso, a presença de anticorpos contra tireotrofina (TRAb) confirma o diagnóstico de Doença de Graves. (UptoDate)</p> <p>d. INCORRETA: A tireoidite crônica autoimune (mais frequentemente chamada de Tireoidite de Hashimoto) é a causa mais comum de hipotireoidismo em áreas do mundo suficientes em iodo. Como se trata de hipotireoidismo, não cursa com TSH suprimido, e sim elevado, enquanto o T4L está reduzido. (UptoDate)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ross DS, Cooper DS, Mulder JE. Diagnosis of hyperthyroidism. Em: UptoDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Acessado em 7 de abril de 2025).</p> <p>Ross DS, Cooper DS, Mulder JE. Exogenous hyperthyroidism. Em: UptoDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Acessado em 7 de abril de 2025).</p> <p>Vilar, L. Endocrinologia Clínica.8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2025.</p>
106	D	<p>a. INCORRETA: Apesar de ser opção em casos leves e sem comorbidades, doxiciclina em monoterapia não é recomendada em pacientes com risco aumentado de complicações e internação.</p> <p>b. INCORRETA: Levofloxacino é uma opção válida de monoterapia, mas já pode ser considerada de primeira linha em certos contextos. No entanto, neste caso, o uso da combinação beta-lactâmico + macrolídeo ainda é preferido, pois há maior suporte de evidência em eficácia clínica e redução de mortalidade com essa abordagem em pacientes com comorbidades.</p> <p>c. INCORRETA: Embora eficaz contra muitos patógenos da PAC, a monoterapia com beta-lactâmico não cobre adequadamente atípicos como <i>Mycoplasma pneumoniae</i> e <i>Legionella</i>, o que é especialmente relevante em pacientes com comorbidades.</p> <p>d. CORRETA: A combinação de beta-lactâmico (como ceftriaxona) com um macrolídeo (azitromicina) é recomendada para pacientes com PAC moderada e comorbidades, conforme as diretrizes do BMJ, UpToDate e ATS/IDSA, pois cobre patógenos típicos e atípicos, e está associada à redução de mortalidade e internações.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BMJ Best Practice. Community-acquired pneumonia in adults. BMJ Publishing Group, 2024. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>UPTODATE. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the emergency department or hospital. Last updated: February 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com</p> <p>METLAY, J. P. et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia: An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. <i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i>, v. 200, n. 7, p. e45-e67, 2019.</p>
107	B	<p>a. INCORRETA: Ressonância magnética é indicada em casos de suspeita de lesão estrutural cerebral ou medular, não sendo prioritária aqui.</p> <p>b. CORRETA: O quadro clínico é altamente sugestivo de Miastenia Gravis, sendo necessário realizar teste com edrofônio e dosar anticorpos anti-receptor de acetilcolina (AChR) para confirmação diagnóstica. Os anticorpos AChR são encontrados em até 90% dos pacientes com MG generalizada</p> <p>c. INCORRETA: Eletroneuromiografia pode ser útil em doenças neuromusculares, mas não é o exame inicial para Miastenia Gravis. Estudos eletrodiagnósticos são realizados para confirmar o diagnóstico de MG quando as características clínicas são atípicas e quando o teste inicial de autoanticorpos sorológicos é negativo ou positivo em um título baixo.</p> <p>d. INCORRETA: Punção lombar não tem utilidade no diagnóstico dessa condição.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Academia Brasileira de Neurologia. Diretrizes para o diagnóstico e tratamento da Miastenia Gravis [Internet]. 2023 [citado 2023]. Disponível em: [inserir link].</p> <p>Revista Brasileira de Neurologia. Diagnóstico e tratamento de doenças neuromusculares [Internet]. 2023; 59(2): 123-135. doi: [inserir doi].</p> <p>2025 UpToDate: Autor: Shawn J Bird, MD, Editor de seção: Jeremy M Shefner, MD, PhD, Editor Adjunto: Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA. Revisão da literatura atual: Fevereiro de 2025.</p>
108	B	<p>a. INCORRETA: SIM: é o Sistema de Informação sobre Mortalidade e serve para registrar os óbitos e causas de morte, o que não é o caso, pois busca-se informações relacionadas à incidência da meningite.</p> <p>b. CORRETA: SINAN: é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e serve para registrar doenças e agravos notificáveis, como é o caso da meningite. Inclui informações de serviços públicos e privados em saúde, sendo o sistema mais adequado para colher informações sobre incidência da doença.</p> <p>c. INCORRETA: SINASC: é o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e serve para registrar os nascidos vivos.</p> <p>d. INCORRETA: SIH: é o Sistema de Informações Hospitalares no SUS e serve para registrar apenas as hospitalizações no Sistema Único de Saúde.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2009. Capítulo 29, Sistemas de Informação em Saúde; p. 527-529.</p> <p>DATASUS Ministério da Saúde [internet]. Brasil; 2025 [acesso em 18 mar 2025]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/</p>
109	D	<p>a. INCORRETA: A ventilação com pressão de suporte pode não ser suficiente para garantir o controle da pressão de platô e do volume corrente em pacientes com SDRA moderada a grave. Embora a PEEP de 8 cmH₂O possa ser adequada, a FiO₂ titulada para manter SpO₂ > 96% pode levar à hiperoxemia, que também pode ser prejudicial.</p> <p>b. INCORRETA: Embora a ventilação com volume controlado possa ser utilizada, um volume corrente de 10 mL/kg de peso predito pode ser excessivo em pacientes com SDRA, aumentando o risco de VILI. Além disso, a PEEP fixa em 5 cmH₂O pode não ser suficiente para otimizar a oxigenação e prevenir o colapso alveolar. A SpO₂ > 90% é uma meta aceitável, mas a SBPT recomenda manter entre 92-96%.</p> <p>c. INCORRETA: A ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV) não garante uma estratégia ventilatória protetora, pois permite que o paciente realize incursões</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>espontâneas com volumes correntes variáveis, o que pode aumentar o risco de VILI. Além disso, um volume corrente de 10 mL/kg de peso predito é excessivo em pacientes com SDRA.</p> <p>d. CORRETA: Em pacientes com SDRA, a ventilação protetora é preconizada. Isso inclui o uso de volume corrente baixo (4-8 mL/kg de peso predito, iniciando com 6 mL/kg e ajustando conforme a pressão de platô, PaCO₂ e pH), PEEP titulada para otimizar a oxigenação e evitar o colapso alveolar, e manutenção da pressão de platô abaixo de 30 cmH₂O para minimizar o risco de VILI. A pressão controlada é uma opção para garantir o controle da pressão de platô. A SpO₂ deve ser mantida entre 92-96% para evitar hipoxemia e hiperoxemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ferreira JC, Vianna AOA, Pinheiro BV, Maia IS, Baldissarotto SV, Isola AM, et al. Orientações práticas de ventilação mecânica baseadas em evidências: sugestões de duas sociedades médicas brasileiras. J Bras Pneumol. 2025;51(1):e20240255.</p>
110	A	<p>a. CORRETA: A morfina endovenosa é considerada o tratamento de escolha para crise dolorosa severa na anemia falciforme. - Guidelines 2016 e UptoDate</p> <p>b. INCORRETA: Não está indicado o uso de meperidina porque o uso de múltiplas doses leva ao acúmulo do seu metabólico normeperidina, que pode causar toxicidade no sistema nervoso central, causando convulsões e dependência física. - UptoDate</p> <p>c. INCORRETA: O uso de corticosteróides está associado a um efeito rebote, com piora da dor quando sua administração é interrompida. Além disso, pode estar associado a uma série de efeitos adversos, como sangramento gastrointestinal ou necrose óssea avascular. - UptoDate</p> <p>d. INCORRETA: O uso do óxido nítrico no tratamento da crise dolorosa vasoclusiva de pacientes com anemia falciforme hospitalizados não diminuiu o tempo necessário para a resolução da crise, não reduziu a duração da hospitalização, não afetou a intensidade da dor nem reduziu o uso de opioides. - Guidelines 2016</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>DeBaun MR, Vichinsky EP, Tirnauer JS. Acute vaso-occlusive pain management in sickle cell disease. Em: UptoDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Acessado em 7 de abril de 2025).</p> <p>Braga JAP, Veríssimo MPA, Saad STO, Cançado RD, Loggetto SR. Guidelines on neonatal screening and painful vaso-occlusive crisis in sickle cell disease: Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular: Project guidelines: Associação Médica Brasileira - 2016. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [Internet]. 2016 Abril-Junho; 38 (2). Disponível em https://doi.org/10.1016/j.bjhh.2016.04.001.</p>
111	A	<p>a. CORRETA: A TVP provocada por fator de risco transitório maior (ex: cirurgia) deve ser tratada com anticoagulação plena por no mínimo 3 meses, conforme as diretrizes da ACCP (CHEST, 2021) e SBCV (2021). Após esse período, a anticoagulação pode ser suspensa com segurança, desde que o fator causal tenha cessado e o risco de recorrência seja baixo. Recomendada como duração mínima para eventos provocados por causas transitórias maiores e bem definidas.</p> <p>b. INCORRETA: Apesar de o risco de recorrência ser menor em eventos provocados por fatores transitórios, um mês é tempo insuficiente para garantir recanalização venosa e controle do trombo. Pode levar a recorrência precoce do evento e não é respaldado pelas diretrizes atuais. Nenhuma diretriz recomenda 1 mês de anticoagulação para TVP proximal, mesmo em casos cirúrgicos.</p> <p>c. INCORRETA: Embora 6 meses seja o tempo sugerido para alguns casos de TVP idiopática ou recorrente, ele não é obrigatório quando há fator de risco conhecido e resolvido, como cirurgia. Estender o tratamento sem indicação pode aumentar o risco de sangramento. O tempo deve ser individualizado conforme risco de recorrência x risco hemorrágico.</p> <p>d. INCORRETA: A anticoagulação por tempo indefinido é reservada para casos de TVP idiopática, recorrente ou em pacientes com trombofilias ou câncer ativo. Em um</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>paciente com causa transitória (cirurgia), isso seria um excesso terapêutico e aumentaria risco de sangramento desnecessário. Conduta considerada inadequada em casos com fator de risco bem definido e resolvido.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GUYATT, G. H. et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest, v. 160, n. 6, p. e545–e608, 2021.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR (SBACV). Diretriz de tromboembolismo venoso. J Vasc Bras, São Paulo, v. 20, e20210062, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jvb/a/.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tromboembolismo Venoso. Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude</p>
112	B	<p>a. INCORRETA. O início de um único anti-hipertensivo não é suficiente neste caso, pois pacientes de alto risco requerem dupla terapia combinada desde o início. A cessação do tabagismo é sempre recomendada, mas não substitui o tratamento farmacológico nem reduz diretamente a PA de forma significativa. A conduta não contempla a pesquisa de causas secundárias, fundamental aqui.</p> <p>b. CORRETA. A paciente possui diagnóstico de HAS estágio 1 (PA \geq 140/90 mmHg em mais de uma ocasião e confirmada por MAPA). Apresenta três fatores de risco cardiovascular (obesidade grau II, tabagismo, sedentarismo), o que a classifica como de alto risco cardiovascular. Nesses casos, a diretriz recomenda início imediato de tratamento farmacológico com combinação de dois fármacos. Além disso, os sintomas adrenérgicos em paciente jovem (palpitações, sudorese) impõem a necessidade de investigação de hipertensão secundária, especialmente feocromocitoma.</p> <p>c. INCORRETA. A conduta de aguardar três meses antes de iniciar medicação só se aplica a pacientes com PA $<$ 160/100 mmHg e baixo risco cardiovascular. Como a paciente apresenta PA elevada com alto risco, a introdução imediata de tratamento farmacológico é obrigatória, não devendo ser adiada. Medidas não farmacológicas isoladas não são suficientes.</p> <p>d. INCORRETA. A monoterapia não é suficiente para pacientes de alto risco cardiovascular. Além disso, não há indícios clínicos de insuficiência renal crônica que justifiquem investigação prioritária dessa causa secundária. A suspeita aqui é de feocromocitoma, não de insuficiência renal crônica.. A paciente também não apresenta hipertensão mascarada, pois as pressões estão elevadas tanto no consultório quanto no MAPA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658</p>
113	D	<p>a. INCORRETA: O uso de corticoides não é indicado rotineiramente no tratamento da tuberculose pulmonar, mesmo em pacientes com diabetes. Os corticoides podem aumentar a hiperglycemia, dificultar o controle glicêmico e suprimir a imunidade, o que pode agravar a infecção.</p> <p>b. INCORRETA: Dobrar a dose de rifampicina não é recomendado. O tratamento da tuberculose, mesmo em pacientes com diabetes, deve seguir o esquema padrão de primeira linha com doses ajustadas apenas conforme peso corporal, e não para prevenção de resistência.</p> <p>c. INCORRETA: Em pacientes diabéticos com Tb Pulmonar, recomenda-se o mesmo tempo de tratamento (6 meses) dos não diabéticos.</p> <p>d. CORRETA: A rifampicina pode induzir enzimas hepáticas (citocromo P450), reduzindo a eficácia de hipoglicemiantes orais e insulina, tornando essencial o ajuste da terapia antidiabética e o monitoramento rigoroso da glicemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in diabetes. WHO, 2011. Disponível em: https://www.who.int/publications/item/9789241502252</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose: guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-contenido/publicacoes/2021/recomendacoes</p>
114	C	<p>a. INCORRETA: Evitar situações estressantes pode levar a um ciclo de evitação, o que pode agravar a ansiedade. É mais eficaz enfrentar essas situações com suporte adequado.</p> <p>b. INCORRETA: Encaminhar para psiquiatria e iniciar terapia farmacológica pode ser necessário, mas não deve ser a primeira intervenção, especialmente quando há opções psicosociais eficazes disponíveis.</p> <p>c. CORRETA: A participação em grupos de apoio e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento são fundamentais para o manejo do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Essas intervenções oferecem suporte emocional e ajudam a aprender estratégias práticas para lidar com sua ansiedade, promovendo uma abordagem holística no cuidado. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem eficaz para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada, pois ajuda os pacientes a desenvolverem estratégias para lidar com a ansiedade.</p> <p>d. INCORRETA: Reduzir horas de trabalho pode ser uma solução temporária, mas não aborda a raiz do problema e pode não ser viável a longo prazo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., Fang, A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. <i>Cognitive Therapy and Research</i>. 2020;44(3):427-440.</p>
115	C	<p>a. INCORRETA: Embora a investigação de causas orgânicas (como hipotireoidismo ou deficiência de vitamina B12) seja relevante, adiar a avaliação psicológica por 3 meses pode retardar o diagnóstico e tratamento de um possível quadro depressivo, agravando os sintomas e o controle metabólico. O rastreamento ativo de depressão deve ser feito, e o PHQ-9 é rápido e essencial.</p> <p>b. INCORRETA: Iniciar antidepressivos sem uma avaliação adequada (como aplicação de escalas ou exclusão de causas orgânicas) é prematuro e pode levar a efeitos adversos desnecessários, especialmente em pacientes com comorbidades clínicas.</p> <p>c. CORRETA: O PHQ-9 é a ferramenta validada para rastreamento de depressão na atenção primária, especialmente em pacientes com doenças crônicas (como diabetes e hipertensão), onde a depressão é frequente e subdiagnosticada. A abordagem inicial deve incluir triagem estruturada (PHQ-9) e investigação de causas orgânicas (ex.: hipotireoidismo, deficiência de B12), conforme recomendações da OMS e USPSTF.</p> <p>d. INCORRETA: O encaminhamento imediato ao psiquiatra sem avaliação inicial na Atenção Primária sobrecarrega a rede especializada e desconsidera a capacidade da equipe de manejar casos leves a moderados de depressão, além de adiar o início de intervenções simples.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90], 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90</p> <p>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes para o manejo de transtornos mentais na atenção primária. Genebra: OMS, 2023.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE

TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2025

GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for depression in adults: recommendation statement. JAMA, v. 315, n. 4, p. 380-387, 2023.</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification of Diseases (ICD-11). Genebra: WHO, 2023.</p>