



**NÚCLEO DAS ESCOLAS DE
MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE**
ABEM – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026

GABARITO COMENTADO



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	C	<p>a) Incorreta - A aspergilose pode ocorrer em doenças pulmonares estruturais, mas não apresenta associação epidemiológica tão forte quanto a tuberculose na silicose.</p> <p>b) Incorreta - Embora o tabagismo seja fator de risco para DPOC, não há associação específica com silicose.</p> <p>c) Correta - A silicose está fortemente associada ao aumento do risco de tuberculose pulmonar, devido à disfunção de macrófagos e prejuízo da resposta imune celular, favorecendo a infecção por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.</p> <p>d) Incorreta - A fibrose pulmonar idiopática não está relacionada à exposição à sílica nem ao padrão radiológico descrito.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Geneva: WHO; 2023. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2024. Leung CC, Yu IT, Chen W. Silicosis. <i>Lancet</i>. 2023;402(10406):113–125.</p>
2	B	<p>a) Incorreta - O corticoide inalatório pode ser utilizado como terapia de manutenção da asma, mas não substitui o corticoide sistêmico no manejo inicial das exacerbações moderadas a graves. Nessas situações, a administração sistêmica promove efeito anti-inflamatório mais rápido e eficaz.</p> <p>b) Correta - O paciente apresenta exacerbação moderada a grave de asma. A abordagem inicial inclui broncodilatador de curta ação e corticoide sistêmico precoce, que reduzem a inflamação e melhoram a resposta ao tratamento.</p> <p>c) Incorreta - Broncodilatadores de longa ação não são indicados no manejo agudo da crise asmática.</p> <p>d) Incorreta - A broncodilatação isolada é insuficiente em exacerbações moderadas a graves, sendo necessária associação com corticoide sistêmico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2024. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para manejo da asma na infância. 2023.</p>
3	B	<p>a) Incorreta - Babinski está relacionado a lesão do trato corticoespinal.</p> <p>b) Correta - O quadro é compatível com hipocalcemia aguda no pós-operatório de tireoidectomia. O sinal de Chvostek, obtido por percussão do nervo facial, indica hiperexcitabilidade neuromuscular.</p> <p>c) Incorreta - Kernig é associado a irritação meníngea.</p> <p>d) Incorreta - Romberg avalia equilíbrio e função proprioceptiva.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brunicardi FC et al. <i>Schwartz's Principles of Surgery</i>. 2023. American Thyroid Association. <i>Thyroid Surgery Guidelines</i>. 2023. UpToDate. Hypocalcemia after thyroidectomy. 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
4	D	<p>a) Incorreta - O ácido fólico pode ser utilizado como suporte, mas não modifica a fisiopatologia nem reduz significativamente as complicações da doença.</p> <p>b) Incorreta - Transfusões crônicas são indicadas em situações específicas (ex.: prevenção de AVC), não como terapia de base para todos os pacientes.</p> <p>c) Incorreta - A eritropoetina não é indicada no manejo da anemia falciforme, pois o problema central não é a produção eritrocitária, mas a alteração estrutural da hemoglobina.</p> <p>d) Correta - A hidroxureia aumenta a produção de hemoglobina fetal (HbF), reduzindo a polimerização da HbS e a ocorrência de crises vaso-oclusivas, sendo a principal terapia modificadora da doença.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme. 2023. Yawn BP et al. Management of Sickle Cell Disease: Recommendations. JAMA. 2024. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease. Updated 2023.</p>
5	A	<p>a) Correta - O quadro é compatível com hipertireoidismo clínico. O uso de betabloqueadores (ex.: propranolol) é indicado como medida inicial para controle dos sintomas adrenérgicos, independentemente da etiologia.</p> <p>b) Incorreta - A PAAF não é indicada inicialmente em nódulos tireoidianos com suspeita de funcionamento autônomo, especialmente na presença de sinais de hipertireoidismo.</p> <p>c) Incorreta - A iodoterapia pode ser indicada após definição etiológica, não como primeira abordagem imediata.</p> <p>d) Incorreta - A cirurgia não é primeira linha na maioria dos casos e depende da etiologia e avaliação complementar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ross DS et al. 2023 American Thyroid Association Guidelines for Hyperthyroidism. Thyroid. 2023. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Doenças da Tireoide. 2023. BMJ Best Practice. Hyperthyroidism. 2024.</p>
6	C	<p>a) Incorreta - Endolimax nana é um protozoário comensal, não patogênico, não sendo causa de diarreia crônica.</p> <p>b) Incorreta - Anticorpos antiendomísio e antitransglutaminase são marcadores de doença celíaca, não de fibrose cística.</p> <p>c) Correta - A positividade de anticorpos antitransglutaminase IgA é altamente sugestiva de doença celíaca, devendo ser confirmada por biópsia duodenal para avaliação histológica.</p> <p>d) Incorreta - A presença de IgE específica indica sensibilização, mas não confirma alergia alimentar, que requer correlação clínica e, quando necessário, teste de provocação oral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico da Doença Celíaca. 2023. UpToDate. Clinical manifestations and diagnosis of celiac disease in children. 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
7	D	<p>a) Incorreta - A cicatriz sorológica só pode ser considerada quando há documentação de tratamento adequado e títulos baixos e estáveis.</p> <p>b) Incorreta - Reações falso-positivas geralmente apresentam títulos baixos, não sendo esperado VDRL 1:64.</p> <p>c) Incorreta - Sem documentação do tratamento prévio e evolução sorológica, não é possível assumir infecção tratada.</p> <p>d) Correta - Na ausência de documentação de tratamento adequado e queda sorológica comprovada, toda gestante com VDRL reagente deve ser considerada como portadora de sífilis ativa e tratada com penicilina, devido ao risco de transmissão vertical.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST. 2023. World Health Organization. WHO guidelines for syphilis. 2022. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. 2024.</p>
8	B	<p>a) Incorreta - A hidralazina não é recomendada como terapia inicial.</p> <p>b) Correta - Diuréticos tiazídicos são uma das opções de primeira linha para o tratamento inicial da hipertensão arterial em pacientes de baixo risco, conforme diretrizes atuais.</p> <p>c) Incorreta - Combinação inicial não é necessária neste perfil clínico.</p> <p>d) Incorreta - Associação medicamentosa não é indicada como primeira abordagem em pacientes de baixo risco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2020/2022. American Heart Association / American College of Cardiology. Hypertension Guidelines. 2023.</p>
9	D	<p>a) Incorreta – Mononucleose cursa com febre, faringite e linfadenomegalia, frequentemente associada a hepatoesplenomegalia.</p> <p>b) Incorreta - Sarampo apresenta febre alta, sintomas catarrais e exantema após fase prodrômica respiratória.</p> <p>c) Incorreta - Exantema súbito ocorre em crianças menores, com febre alta seguida de exantema após sua resolução.</p> <p>d) Correta - Quadro típico de eritema infeccioso (parvovírus B19), caracterizado por exantema em “face esbofetada” seguido de padrão rendilhado em membros, com bom estado geral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Academy of Pediatrics. Red Book: Infectious Diseases. 2024. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2023. CDC. Parvovirus B19 infection. 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	C	<p>a) Incorreta - A criança tem indicação clara de vacinação.</p> <p>b) Incorreta - A suspensão de imunossupressores não é recomendada apenas para vacinação sem avaliação especializada, devido ao risco de reativação da doença.</p> <p>c) Correta - A vacina contra febre amarela é composta por vírus vivo atenuado e está contraindicada em pacientes sob imunossupressão significativa, como no uso de biológicos e metotrexato. A criança, por sua vez, deve ser vacinada por estar em área de risco.</p> <p>d) Incorreta - A vacinação é contraindicada na mãe devido ao risco de doença vacinal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica da Febre Amarela. 2023. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Calendários de vacinação 2024. CDC. Yellow Fever Vaccine Recommendations. 2024.</p>
11	C	<p>a) Incorreta - A vacinação com BCG geralmente é adiada até o término da profilaxia com isoniazida.</p> <p>b) Incorreta - A amamentação não deve ser suspensa, pois o benefício supera o risco quando medidas de proteção são adotadas.</p> <p>c) Correta - A amamentação deve ser mantida, com uso de máscara pela mãe, e o recém-nascido deve receber quimioprofilaxia com isoniazida, reduzindo o risco de infecção.</p> <p>d) Incorreta - O tratamento completo para tuberculose só é indicado se houver confirmação da doença no recém-nascido.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. 2023. World Health Organization. Tuberculosis Guidelines. 2023. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tuberculose na infância. 2023.</p>
12	C	<p>a) Incorreta - O nervo vago não está relacionado com o controle do metabolismo do cálcio.</p> <p>b) Incorreta - Lesão do nervo laríngeo recorrente cursa com disfonia e alterações vocais.</p> <p>c) Correta - O quadro é compatível com hipocalcemia decorrente de hipoparatiroidismo pós-tireoidectomia, causado por remoção ou comprometimento vascular das paratireoides, levando à redução do hormônio paratireoideano e aumento da excitabilidade neuromuscular.</p> <p>d) Incorreta - O timo não participa da regulação do cálcio no organismo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Thyroid Association. Thyroid Surgery Guidelines. 2023. UpToDate. Hypocalcemia after thyroidectomy. 2024. Brunnicardi FC et al. Schwartz's Principles of Surgery. 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
13	C	<p>a) Incorreta - Valor dentro da normalidade, não compatível com processo infeccioso bacteriano.</p> <p>b) Incorreta - Predomínio linfocitário é mais típico de meningite viral.</p> <p>c) Correta - O quadro clínico é compatível com meningite bacteriana, que cursa com aumento significativo da proteína no líquido devido à inflamação e aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica.</p> <p>d) Incorreta - Na meningite bacteriana, a glicose do líquido encontra-se reduzida, geralmente abaixo de 2/3 da glicemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2023. Tunkel AR et al. Bacterial meningitis. N Engl J Med. 2023. UpToDate. Cerebrospinal fluid findings in bacterial meningitis. 2024.</p>
14	B	<p>a) Incorreta - A cetoacidose diabética cursa com acidose metabólica e cetose significativa, não evidenciadas no caso.</p> <p>b) Correta - O quadro é compatível com estado hiperosmolar hiperglicêmico, caracterizado por hiperglicemia importante, hiperosmolaridade, desidratação e ausência de cetose significativa, com alteração do nível de consciência.</p> <p>c) Incorreta - Não há evidências clínicas ou laboratoriais de rhabdomiólise.</p> <p>d) Incorreta - A insuficiência renal pode estar associada, mas não explica o quadro global.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes. 2024. Kitabchi AE et al. Hyperglycemic crises in diabetes. Diabetes Care. 2023. UpToDate. Hyperosmolar hyperglycemic state. 2024.</p>
15	D	<p>a) Incorreta - Cálculos na junção ureteropélvica causam dor lombar, sem sintomas urinários baixos.</p> <p>b) Incorreta - Cálculos no ureter proximal mantêm dor lombar, sem sintomas irritativos vesicais.</p> <p>c) Incorreta - Cálculos calcinais geralmente são assintomáticos ou causam dor vaga.</p> <p>d) Correta - Cálculos na junção ureterovesical causam sintomas urinários irritativos, como polaciúria e urgência miccional, devido à proximidade com a bexiga.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: European Association of Urology. Urolithiasis Guidelines. 2024. American Urological Association. Kidney Stones Guidelines. 2023. UpToDate. Clinical manifestations and diagnosis of ureteral stones. 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
16	A	<p>a) Correta - O quadro apresenta sinais de desidratação grave e hipoperfusão (letargia, enchimento capilar lentificado, extremidades frias), indicando necessidade de reidratação venosa imediata com solução isotônica.</p> <p>b) Incorreta - A reidratação oral supervisionada é indicada em desidratação leve a moderada, sendo inadequada em casos com sinais de gravidade.</p> <p>c) Incorreta - O uso isolado de antitérmico e a reavaliação posterior não abordam a hipovolemia e podem atrasar o tratamento adequado.</p> <p>d) Incorreta - A antibioticoterapia empírica não é indicada na maioria dos casos de diarreia aguda e não trata a desidratação, que é a prioridade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de manejo da diarreia aguda em crianças menores de cinco anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia. Diarreia aguda: atualização sobre diagnóstico e tratamento. Rev Paul Pediatr. 2021;39:e2020083.</p>
17	A	<p>a) Correta - A osteoartrite caracteriza-se tipicamente por dor articular mecânica associada a rigidez matinal de curta duração (geralmente inferior a 30 minutos). Esse achado é particularmente útil para diferenciar doenças articulares degenerativas de artrites inflamatórias, como artrite reumatoide, nas quais a rigidez matinal costuma ser mais prolongada. Portanto, entre os achados descritos no caso, este possui maior valor discriminativo para o diagnóstico.</p> <p>b) Incorreta - A dor desencadeada pela mobilização articular é comum em diversas condições musculoesqueléticas, incluindo osteoartrite, lesões meniscais, tendinopatias e outras causas de dor mecânica. Embora compatível com osteoartrite, é um achado inespecífico, com menor valor diagnóstico isoladamente.</p> <p>c) Incorreta - A crepitação articular ocorre frequentemente em osteoartrite devido à irregularidade da cartilagem e das superfícies articulares. Entretanto, também pode ocorrer em indivíduos assintomáticos ou em outras condições degenerativas, sendo um achado pouco específico quando considerado isoladamente.</p> <p>d) Incorreta - A limitação da amplitude de movimento pode ocorrer em diversas doenças articulares crônicas ou periarticulares. Embora esteja frequentemente presente em osteoartrite, trata-se de um achado inespecífico e geralmente tardio, com menor valor diagnóstico isolado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: a review. JAMA. 2021;325(6):568-578.</p> <p>Sharma L. Osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2021;384(1):51-59.</p> <p>Duong V, Oo WM, Ding C, Culvenor AG, Hunter DJ. Evaluation and treatment of knee pain: a review. JAMA. 2023;329(9):745-756.</p> <p>Kloppenborg M, Cicuttini F, Nüesch E. Osteoarthritis. Lancet. 2025;405(10345):219-234.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
18	D	<p>a) Incorreta - O exame citológico no momento não deve ser feito ou repetido antes da colposcopia.</p> <p>b) Incorreta - Exame de DNA-HPV deve ser repetido após 1 ano se colposcopia for normal e quando HPV positivo não 16/18.</p> <p>c) Incorreta - Tratamento excisional não está indicado neste momento em lesão de baixo grau.</p> <p>d) Correta - Segundo as diretrizes para o rastreamento de câncer de Colo do Útero 2025 a paciente com teste de DNA-HPV oncogênico positivo para HPV 16 independente do achado citológico de células atípicas de significado indeterminado, escamosas, glandulares ou de origem indefinida, lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) deve ser encaminhado para realização de colposcopia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Russomano.F. Corrêa, FM. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: volume 1: rastreamento organizado com teste molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. e ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2025</p>
19	C	<p>a) Incorreta - O Sim registra apenas óbitos (suicídio consumado). Para dimensionar o problema, é necessário um sistema que capture a morbidade, não a mortalidade.</p> <p>b) Incorreta - O Siaps registra atendimentos realizados na atenção primária, que não é o único lugar de atendimento deste tipo de evento. Além disso, como contamos com um sistema para vigilância específica e onde temos a notificação mandatória deste tipo de agravo, este não deve ser a fonte principal de consulta.</p> <p>c) Correta - A violência autoprovocada/tentativa de suicídio é agravo de notificação compulsória neste sistema. O Sinan contém a ficha específica que registra dados detalhados do caso (idade, sexo, meio utilizado, atendimento) para vigilância epidemiológica de eventos não fatais.</p> <p>d) Incorreta - O Vigitel é um inquérito por amostragem que só inclui adultos com 18 anos ou mais.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 fev. 2016. Seção 1, p. 23.</p> <p>Maronezi LFC, Felizari GB, Gomes GA, Fernandes J de F, Riffel RT, Lindemann IL. Prevalência e características das violências e intoxicações exógenas autoprovocadas: um estudo a partir de base de dados sobre notificações. J Bras Psiquiatr. 2021;70(4):293–301.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
20	C	<p>a) Incorreta - A crioterapia é método destrutivo e impede a avaliação histopatológica completa da lesão. Em casos de suspeita de melanoma, é imprescindível a obtenção de amostra íntegra para análise da espessura tumoral (índice de Breslow), presença de ulceração e outras variáveis prognósticas. Procedimentos ablativos estão contraindicados antes do diagnóstico histológico.</p> <p>b) Incorreta - O diagnóstico inicial do melanoma é histopatológico. Exames de imagem não substituem a biópsia e não devem ser solicitados como primeira etapa na investigação de lesão cutânea suspeita. A ultrassonografia pode ter papel complementar em avaliação linfonodal ou estadiamento, mas não no diagnóstico primário da lesão cutânea.</p> <p>c) Correta - A biópsia excisional com margens estreitas (geralmente de 1 a 3 mm) é a conduta inicial recomendada quando há suspeita clínica de melanoma. Esse procedimento permite avaliação histopatológica completa da lesão, incluindo espessura de Breslow, presença de ulceração, índice mitótico e margens, dados fundamentais para estadiamento e definição do tratamento definitivo. Diretrizes nacionais e internacionais recomendam a excisão completa da lesão sempre que tecnicamente possível.</p> <p>d) Incorreta - A biópsia incisional pode ser considerada em situações específicas, como lesões extensas ou localizadas em áreas anatômicas de difícil ressecção inicial (face, acral, subungueal). Contudo, quando a lesão é pequena e passível de remoção completa — como no caso descrito (9 mm) — a biópsia excisional é o método preferencial. A incisional pode subestimar a espessura tumoral e comprometer o estadiamento adequado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do melanoma cutâneo. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso brasileiro de melanoma cutâneo: atualização. Rio de Janeiro: SBD, 2023.</p> <p>NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Melanoma: Cutaneous. Version 2024. Plymouth Meeting: NCCN, 2024.</p> <p>EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline. Annals of Oncology, 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
21	D	<p>a) Incorreta - Bloqueio do sistema renina-angiotensina aumenta risco de hipercalemia e não é recomendado.</p> <p>b) Incorreta - Sulfonilureias aumentam risco de hipoglicemia e não apresentam benefício renal comprovado.</p> <p>c) Incorreta - A pioglitazona não apresenta benefício específico na progressão da DRC e pode causar retenção hídrica.</p> <p>d) Correta - Está em conformidade com os princípios baseados em evidências como o uso de agentes com benefício comprovado. A introdução de um inibidor do SGLT2 está recomendada em pacientes com DRC associada ao diabetes tipo 2 e eGFR $\geq 20-25$ mL/min/1,73m², conforme diretrizes KDIGO e documentos internacionais recentes. A fundamentação farmacológica é que o inibidor do SGLT2 reduz a pressão intraglomerular via restauração do feedback túbulo-glomerular, diminuindo a progressão da DRC e eventos cardiovasculares. Pode ser usado em associação com bloqueadores do sistema renina-angiotensina. A dose prevista da dapagliflozina é 10 mg/dia (dose fixa).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>The Primary Care Management of Chronic Kidney Disease (CKD) (2025). Jonathan Casey Brown DO MPH, Wendy Caesar-Gibbs RD, Cynthia Delgado MD FASN FNKF, et al. Department of Veterans Affairs.</p> <p>Principles of Kidney Pharmacotherapy for the Nephrologist: Core Curriculum 2021. Vondracek SF, Teitelbaum I, Kiser TH. American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation. 2021;78(3):442-458.</p> <p>FDA Orange Book. FDA Orange Book.</p> <p>Updates in Chronic Kidney Disease Management: A Systematic Review. Ammar A, Edwin SB, Whitney R, Lipari M, Giuliano C. Pharmacotherapy. 2025;45(5):291-306.</p> <p>KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. 2024;105(4S): S117-S314.</p> <p>KDOQI US Commentary on the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. Navaneethan SD, Bansal N, Cavanaugh KL, et al. American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation. 2025;85(2):135-176.</p> <p>Contemporary Management of Advanced Chronic Kidney Disease: An Evidence-Based Review. Baker LW, Ovincy C, Souvalian L, Hickson LJ, Chebib FT. European Journal of Internal Medicine. 2025;106557.</p> <p>Advances in the Management of Chronic Kidney Disease. Chen TK, Hoenig MP, Nitsch D, Grams ME. BMJ (Clinical Research Ed.). 2023;383: e074216. doi:10.1136/bmj-2022-074216.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
22	C	<p>a) Incorreta - A esposa do paciente, embora seja contato domiciliar, é adulta e assintomática. Nessa situação, a indicação de tratamento preventivo da tuberculose não é automática, devendo ser precedida de avaliação clínica, investigação de infecção latente e análise de fatores individuais de risco.</p> <p>b) Incorreta - O filho de 15 anos, apesar de ser contato domiciliar de caso bacilífero, não apresenta indicação imediata de TPT apenas com base na idade. Em adolescentes, a decisão depende da exclusão de tuberculose ativa, do resultado da investigação para infecção latente e da avaliação do risco individual.</p> <p>c) Correta - O filho de 4 anos, por ser menor de cinco anos e contato domiciliar de caso de tuberculose pulmonar bacilífera, apresenta indicação de tratamento preventivo da tuberculose após exclusão de doença ativa. Crianças nessa faixa etária constituem grupo de alto risco para progressão da infecção latente para a doença ativa, razão pela qual a indicação de TPT é prioritária e independe da realização prévia de testes imunológicos.</p> <p>d) Incorreta - A indicação de tratamento preventivo da tuberculose em contatos de alto risco, como crianças menores de 5 anos, não depende obrigatoriamente do resultado de testes imunológicos, devendo ser instituída após exclusão de doença ativa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2ª ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Atualizações disponíveis em: https://www.gov.br/saude</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.</p> <p>World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: Prevention: tuberculosis preventive treatment. Geneva: WHO; 2020.</p> <p>Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tuberculose. J Bras Pneumol. 2021;47(2):e20210105.</p>
23	D	<p>a) Incorreta - A ativação periférica de nociceptores mediada por prostaglandinas está relacionada à dor inflamatória, o que não explica o padrão difuso e a ausência de resposta aos AINEs.</p> <p>b) Incorreta - A dor neuropática decorre de lesão do sistema nervoso, geralmente com distribuição neuroanatômica definida, o que não está presente neste caso.</p> <p>c) Incorreta - A ativação de receptores opioides descreve um mecanismo farmacológico de analgesia, e não o mecanismo fisiopatológico predominante da dor apresentada.</p> <p>d) Correta - O quadro é compatível com dor nociplástica, caracterizada por sensibilização central e disfunção das vias moduladoras descendentes da dor, envolvendo serotonina e noradrenalina. Esse mecanismo explica tanto a dor difusa quanto a associação com sintomas como insônia e ansiedade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ablin JN. Nociceptive Pain: A Critical Paradigm for Multidisciplinary Recognition and Management. J Clin Med. 2024 Sep 26;13(19):5741. doi: 10.3390/jcm13195741. PMID: 39407801; PMCID: PMC11476668.</p> <p>Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica (13ª edição) Ano 2018</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
24	C	<p>a) Incorreta - É fundamental distinguir o comportamento suicida (onde há intenção de morrer) da autolesão não suicida (destruição de tecido sem intenção de morrer). É comum que o adolescente tenha um histórico de tentativas anteriores de suicídio ou que pratique automutilação não suicida, como o hábito de se cortar. Contudo, neste cenário específico, a paciente já verbalizou abertamente ter pensamentos ativos sobre a morte no presente. Com a ideação suicida já confirmada, a prioridade absoluta para a estratificação de risco e para garantir a segurança no pronto-socorro é descobrir se ela pretende agir sobre esses pensamentos (investigando o plano). O padrão do comportamento autolesivo é essencial para a avaliação psiquiátrica, mas secundário à verificação de risco de vida iminente.</p> <p>b) Incorreta - A paciente apresenta humor deprimido e "pensamentos persistentes de desesperança", que são fatores de risco e sintomas centrais na avaliação de um possível episódio depressivo maior. Avaliar a gravidade clínica é parte obrigatória da avaliação psiquiátrica. No entanto, para a estratificação de risco imediata, a variável clínica que converte a ideação passiva em uma emergência psiquiátrica de alto risco (exigindo intervenção imediata) é a presença de um plano. Portanto, quantificar a exata gravidade do quadro depressivo requer menos urgência do que esclarecer o planejamento suicida para a preservação imediata da vida.</p> <p>c) Correta - Como a paciente revelou ideação suicida ("pensado em morrer"), as diretrizes médicas estabelecem que a equipe deve avaliar prontamente o risco de comportamento suicida. A estratificação de risco é uma etapa fundamental e indissociável da conduta, pois o nível de intervenção e o destino imediato do paciente (a disposição) dependem diretamente dessa classificação. O risco de suicídio é considerado alto, em pacientes que relatam ideação suicida ativa acompanhada de um plano específico ou intenção, além do acesso a meios letais, o que geralmente indica hospitalização psiquiátrica imediata. Sem investigar a existência e os detalhes de um planejamento, o médico não consegue estratificar o risco de morte iminente e, conseqüentemente, não tem como definir a conduta imediata segura.</p> <p>d) Incorreta - A disponibilidade de suporte familiar e de uma rede de apoio é o critério decisivo no algoritmo para determinar a disposição do paciente. É essa informação que ajuda a definir, por exemplo, se o paciente pode receber tratamento ambulatorial (se o suporte for "bom") ou se precisará de internação (se o suporte for "pobre a razoável"). No entanto, essa decisão ocorre apenas após a estratificação de risco inicial. O médico precisa primeiro determinar a gravidade do quadro; se a estratificação de risco apontar alto risco de morte (presença de um plano e intenção ativa), a avaliação psiquiátrica e a internação são indicadas independentemente de quão estruturado seja o suporte familiar em casa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Shah H, Somaiya M, Chauhan N, Gautam A. Clinical practice guidelines for assessment and management of children and adolescents presenting psychiatric emergencies. Indian J Psychiatry. 2023;65(2):159-174.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
25	D	<p>a) Incorreta - O uso de AINEs é fator de risco para úlceras, mas não explica o teste de urease positivo, que indica infecção ativa por <i>H. pylori</i>.</p> <p>b) Incorreta - Embora represente o modelo geral da fisiopatologia da úlcera péptica, não integra o dado específico do teste de urease positivo.</p> <p>c) Incorreta - AINEs podem causar lesão mucosa, mas não justificam o achado laboratorial indicativo de infecção bacteriana.</p> <p>d) Correta - O teste de urease positivo indica infecção por <i>Helicobacter pylori</i>, principal mecanismo envolvido na úlcera duodenal, por meio de inflamação crônica da mucosa e aumento da secreção ácida.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Goodman & Gilman. Brunton, Laurence L. Editora McGraw-Hill, Artmed, 14ª edição, 2025.</p> <p>Princípios de Farmacologia. A Base Fisiopatológica da Farmacologia. GOLAN, David E. e col. Editora Guanabara Koogan, 3ª edição, 2014.</p> <p>Farmacologia. Rang, H.P; Dale, M.M. Editora Elsevier, 9ª edição, 2020</p> <p>Farmacologia Básica e Clínica. Katzung, Bertram G. Mc Graw Hill. 15ª edição, 2022.</p>
26	C	<p>a) Incorreta - Vesícula biliar – colecistite aguda calculosa - colecistite típica não causa icterícia importante/colestase marcada; pode haver BT discretamente elevada, mas padrão colestático forte favorece colédoco.</p> <p>b) Incorreta - Ducto biliar comum – cólica biliar simples, cólica biliar não cursa com febre, leucocitose importante e icterícia e a localização anatômica não é preferencial.</p> <p>c) Correta - Colédoco distal – colangite aguda secundária à coledocolitíase. Obstrução do colédoco (especialmente distal), relacionada a refluxo biliar e estase, predisposição a infecção ascendente. Colestase (BT direta↑, FA/GGT↑) sugere obstrução de via biliar principal, não apenas inflamação da vesícula. Febre + icterícia + dor em QSD/epigástrico → tríade de Charcot (colangite). Amilase normal reduz pancreatite como diagnóstico principal (mesmo que dor dorsal gere confusão).</p> <p>d) Incorreta - Cabeça do pâncreas – pancreatite aguda biliar - dor em epigástrico irradiando para dorso e ligação anatômica com região periampular, porém a amilase/lipase deve estar elevadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>ACR Appropriateness Criteria® Right Upper Quadrant Pain: 2022 Update. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging et al. Journal of the American College of Radiology, Volume 20, Issue 5, S211 - S223.</p> <p>Kiryama S et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018.</p> <p>Jones MW, Santos G, Patel PJ, et al. Acute Cholecystitis. [Updated 2025 Jul 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
27	C	<p>a) Incorreta - pois não há critérios clínicos que indiquem necessidade de internação ou antibioticoterapia intravenosa, como instabilidade hemodinâmica, comprometimento sistêmico importante, incapacidade de ingestão oral ou suspeita de infecção necrosante.</p> <p>b) Incorreta - que sugere clindamicina oral, embora possua cobertura para estreptococos, é geralmente reservada para casos de alergia a beta-lactâmicos, suspeita de produção de toxinas ou falha terapêutica, não sendo a primeira escolha em quadros típicos e não complicados.</p> <p>c) Correta - que propõe tratamento ambulatorial com cefalexina. A paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais de sepse, necrose tecidual, bolhas hemorrágicas, crepitação ou dor desproporcional ao exame físico, além de apresentar boa aceitação da via oral. Nesses casos de erisipela não complicada, as diretrizes recomendam antibioticoterapia oral com fármacos eficazes contra estreptococos, sendo a cefalexina, cefalosporina de primeira geração, opção adequada e de primeira linha.</p> <p>d) Incorreta - uma vez que a ciprofloxacina apresenta cobertura predominante para bacilos gram-negativos e não constitui opção recomendada para infecções cutâneas estreptocócicas, não oferecendo cobertura adequada para o principal agente etiológico da erisipela.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SBD (Sociedade Brasileira de Dermatologia). Tratado de Dermatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. (Capítulo de Infecções Bacterianas).</p> <p>DYNAMED. Erysipelas. EBSCO Information Services. Atualizado em janeiro de 2026.</p> <p>STEVENS, D. L.; BRYANT, A. E. Infectious Diseases Society of America (IDSA) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections. Reafirmado/Revisado em contextos de MFC pela BMJ Best Practice 2024/2025.</p> <p>DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
28	B	<p>a) Incorreta - O raciocínio é conduzido de forma reativa — diante de complicação bacteriana, recorre-se ao antibiótico — sem considerar que a profilaxia antimicrobiana não é recomendada para prevenção de pneumonia bacteriana em população geral, além de favorecer resistência antimicrobiana e ser ineficaz contra o agente viral desencadeante.</p> <p>b) Correta - A vacina contra influenza atua sobre o principal fator predisponente à superinfecção bacteriana, ao preservar a integridade do transporte mucociliar e da função dos macrófagos alveolares. A vacina antipneumocócica confere proteção direta contra <i>Streptococcus pneumoniae</i>, principal agente de pneumonia bacteriana pós-influenza em idosos. Ambas integram o Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso pelo SUS e estão indicadas para maiores de 60 anos com comorbidades.</p> <p>c) Incorreta - O uso de máscara cirúrgica tem papel na redução de transmissão em contextos específicos de surto, mas não constitui a intervenção preventiva de maior eficácia e sustentabilidade a longo prazo para este perfil de paciente. A medida de barreira isolada não substitui a proteção imunológica conferida pela vacinação.</p> <p>d) Incorreta - A vacina contra influenza está corretamente indicada, porém a cobertura é incompleta. A ausência da vacina antipneumocócica deixa o paciente desprotegido contra o principal agente bacteriano de superinfecção pós-influenza, especialmente relevante dado o perfil de risco — idade avançada e comorbidades.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Hall JE, Hall ME. Guyton e Hall: Tratado de Fisiologia Médica. 14^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2021. Cap. 33–34 (Mecanismos de defesa pulmonar: transporte mucociliar e imunidade inata).</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Calendário Nacional de Vacinação 2024: Adultos e Idosos. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2024.</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Tratamento de Influenza. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2022.</p> <p>Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia. <i>New England Journal of Medicine</i>. 2014;371(17):1619–1628.</p> <p>Rodrigues LC, Noblat ACB. Vacinação do idoso no Brasil: evidências e desafios para a atenção primária. <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i>. 2021;16(43):2654</p>
29	C	<p>a) Incorreta - Cefalexina oral é opção para infecção urinária baixa, mas não para pielonefrite com sinais sistêmicos.</p> <p>b) Incorreta - Nitrofurantoína por via oral é indicada para cistite, não sendo adequada para pielonefrite.</p> <p>c) Correta - Quadro compatível com pielonefrite aguda na gestação, caracterizada por febre, dor lombar, sintomas urinários e repercussão sistêmica. A conduta inicial inclui: internação hospitalar; antibioticoterapia endovenosa (ex: ceftriaxona); início imediato do tratamento (com coleta de urocultura previamente, quando possível).</p> <p>d) Incorreta - Fluoroquinolonas são contraindicadas na gestação e a alta precoce é inadequada em quadro sistêmico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary tract infections in pregnant individuals. <i>Obstet Gynecol</i>. 2023;142(2): e94–e110.</p> <p>Macejko AM, Schaeffer AJ. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infections during pregnancy. <i>Urol Clin North Am</i>. 2022;49(2):259–272.</p> <p>Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
30	A	<p>a) Correta - porque a rifampicina é um potente indutor enzimático que reduz significativamente as concentrações séricas do dolutegravir. As diretrizes recomendam duplicar a dose do dolutegravir (50 mg a cada 12 horas) durante o uso concomitante de rifampicina e mantê-la por curto período após o término do tratamento antituberculose, garantindo níveis terapêuticos adequados e prevenindo falha virológica.</p> <p>b) Incorreta - É distratora porque o efavirenz apresenta, de fato, menor impacto clínico quando associado à rifampicina, mas sua substituição não é a estratégia preferencial em pacientes já estáveis, com boa resposta virológica ao dolutegravir, sobretudo considerando o risco de resistência pré-tratamento documentado no Brasil.</p> <p>c) Incorreta - Configura distrator plausível ao propor manutenção do esquema, porém ignora a interação farmacocinética clinicamente relevante entre rifampicina e dolutegravir, que reduz sua eficácia quando mantido em dose padrão, mesmo com monitoramento intensificado.</p> <p>d) Incorreta - É distratora por sugerir interrupção da terapia antirretroviral, conduta associada a pior prognóstico, risco de progressão da infecção pelo HIV e aumento de morbimortalidade, não sendo recomendada nos protocolos atuais para coinfeção TB-HIV.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 1 – Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.</p> <p>Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. Chapter: HIV Infection and Tuberculosis Coinfection.</p>
31	A	<p>a) Correta - O treino orientado para tarefas fundamenta-se no princípio da neuroplasticidade dependente do uso. A repetição de atividades funcionais induz reorganização cortical adaptativa e fortalecimento de circuitos motores remanescentes, favorecendo recuperação motora específica após AVC.</p> <p>b) Incorreta - Embora o fortalecimento muscular possa ocorrer durante a reabilitação, a hipertrofia segmentar não constitui o principal mecanismo fisiológico envolvido na recuperação neurológica pós-AVC, que depende predominantemente de reorganização central.</p> <p>c) Incorreta - A melhora do desempenho cardiovascular integra estratégias de prevenção secundária, porém não representa o mecanismo fisiológico central que justifica o treino orientado para tarefas na recuperação funcional motora.</p> <p>d) Incorreta - A modulação inflamatória periférica pode ocorrer em contextos de exercício físico, mas não é o mecanismo determinante da reabilitação neurológica funcional, cujo fundamento principal é a plasticidade cortical</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2022;399(10338):1317–1330.</p> <p>Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2023 guideline for the management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2023;54(3):e364–e467.</p> <p>Krakauer JW, Carmichael ST. Broken movement: the neurobiology of motor recovery after stroke. Nat Rev Neurosci. 2022;23(12):701–714.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
32	A	<p>a) Correta: Esta opção reflete a dimensão da questão ao focar na comunicação eficaz (entrevista motivacional), no aconselhamento longitudinal e na abordagem centrada na família. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) permite que as intervenções preventivas considerem o contexto socioeconômico e a sobrecarga da paciente, aumentando a probabilidade de sucesso ao pactuar metas realistas com a participação de seu núcleo de apoio.</p> <p>b) Incorreta: Embora o controle pressórico seja necessário, esta abordagem é puramente biomédica e prescritiva. Ela ignora os determinantes sociais da saúde mencionados no caso e utiliza uma comunicação baseada no medo ("evitar complicações graves"), o que comprovadamente tem menor eficácia na mudança de comportamento a longo prazo na APS.</p> <p>c) Incorreta: O encaminhamento isolado para especialistas pode fragmentar o cuidado. Na APS, espera-se que o médico generalista coordene o cuidado e utilize o apoio matricial. A resolução de problemas complexos de estilo de vida deve começar pela abordagem integrada na própria equipe de referência, e não apenas pela transferência da responsabilidade para outros profissionais.</p> <p>d) Incorreta: O diário alimentar é uma ferramenta técnica útil, mas, neste caso específico de uma paciente sobrecarregada e com dificuldades financeiras, foca excessivamente no erro e na vigilância, em vez de focar na autonomia e nas soluções compartilhadas que o contexto familiar exigiria.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. (reimpressão). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
33	A	<p>a) Correta. A paciente apresenta sinais de alerta (red flags) para câncer de mama, definidos nos protocolos do Ministério da Saúde e do INCA: Nódulo mamário endurecido e fixo; Localização em quadrante superior externo; Descarga papilar sanguinolenta unilateral; Idade > 50 anos. Esses achados são fortemente sugestivos de malignidade. Na Atenção Primária, tais achados não devem ser manejados como rastreamento, mas sim como investigação diagnóstica imediata, com encaminhamento prioritário à rede especializada.</p> <p>b) Incorreta. Embora a ultrassonografia seja útil, não é adequada como etapa isolada diante de sinais francamente suspeitos. Os protocolos orientam encaminhamento imediato ao serviço de referência, onde os exames serão realizados de forma integrada (mamografia diagnóstica ± USG ± biópsia).</p> <p>c) Incorreta. A realização de exames diagnósticos não deve preceder o encaminhamento em casos com sinais clínicos suspeitos de malignidade, pois pode atrasar a investigação adequada.</p> <p>d) Incorreta. A observação clínica não é adequada diante de sinais sugestivos de malignidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 25 de novembro de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-cancer-de-mama</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento terapêutico do câncer de mama. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-hospitalar-especializada/planejamento-terapeutico/</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
34	D	<p>a) Incorreto - Embora o uso profilático de antibióticos possa ser considerado em casos de infecções urinárias recorrentes, não é a primeira linha de abordagem. O uso contínuo de antibióticos está associado ao risco de resistência bacteriana, efeitos adversos e desequilíbrio da microbiota. Deve ser reservado para casos refratários às medidas comportamentais ou com critérios clínicos específicos. Neste caso, há fatores modificáveis identificados (hidratação e hábitos pós-coito), o que justifica priorizar a promoção da saúde antes de medidas farmacológicas.</p> <p>b) Incorreta - Banhos de assento com antissépticos não têm evidência científica robusta de eficácia na prevenção de infecções urinárias. Essa prática pode até causar irritação da mucosa vaginal e uretral, prejudicando a flora normal e facilitando infecções.</p> <p>c) Incorreta - O uso de estrogênio vaginal é recomendado para mulheres na pós-menopausa, com atrofia vaginal, que predispõe à ITU de repetição. No entanto, a paciente em questão tem 35 anos, é jovem, sem sinais de hipoestrogenismo.</p> <p>d) Correta - A paciente apresenta infecção urinária de repetição (≥ 3 episódios em 12 meses), com fatores predisponentes comportamentais identificados: baixo consumo hídrico e atividade sexual sem micção pós-coito. A ingestão adequada de água (≥ 2 litros por dia) aumenta o fluxo urinário, favorecendo a eliminação de bactérias da bexiga. Já a micção após o ato sexual ajuda a remover bactérias introduzidas na uretra durante o coito. Essas são medidas simples, não invasivas e efetivas de promoção da saúde e prevenção primária de ITU de repetição em mulheres jovens.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, ER Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Artmed Editora, 2022. EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY (EAU). EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem, Netherlands: EAU, 2023. Disponível em: https://uroweb.org/guidelines/urological-infections. Acesso em: 8 maio 2025.</p>
35	D	<p>a) Incorreta: O uso de SABA isolado (Track 2 - Alívio) só é aceitável se acompanhado de um corticoide inalatório (CI) diário. Prescrever apenas o salbutamol para uma paciente com sintomas frequentes e despertar noturno aumenta o risco de morte por asma e crises graves.</p> <p>b) Incorreta: O Tiotrópio é um LAMA (antimuscarínico de longa duração). Ele é uma terapia adjuvante (Step 4 ou 5) e não serve para alívio imediato. Usá-lo como "resgate" é um erro farmacológico, pois seu início de ação é lento e não reverte o broncoespasmo agudo de forma eficaz.</p> <p>c) Incorreta: Como discutimos anteriormente, o uso de LABA isolado na asma é um erro crítico. Embora o formoterol tenha início rápido, ele nunca deve ser usado sem um corticoide associado (CI), pois aumenta a mortalidade por mascarar a inflamação brônquica.</p> <p>d) Correta: Esta é a conduta padrão do Track 1 (Preferencial) do GINA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mecanismo: O formoterol (LABA de início rápido) trata o sintoma imediato, enquanto a budesonida (corticoide) trata a inflamação de base no exato momento da crise.• Evidência: Essa estratégia (AIR - Anti-inflammatory Reliever) reduziu drasticamente o risco de exacerbações graves em comparação ao uso de SABA isolado em pacientes com esse perfil. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global strategy for asthma management and prevention: 2024 update. [S.l.]: GINA, 2024. Disponível em: https://ginasthma.org. Acesso em: 20 fev. 2026.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
36	A	<p>a) Correta: A base do tratamento da Doença Hepática Esteatótica Associada à Disfunção Metabólica (MASLD) na Atenção Primária é a modificação do estilo de vida (MEV). Uma perda ponderal de 7% a 10% é capaz de regredir a esteatose e a inflamação.</p> <p>b) Incorreta: Embora a pioglitazona tenha evidência na melhora da esteato-hepatite, as diretrizes atuais recomendam seu uso prioritário em pacientes com diagnóstico confirmado de Diabetes Mellito tipo 2 ou fibrose avançada comprovada. Na Atenção Primária, a intervenção não farmacológica deve preceder ou acompanhar o tratamento medicamentoso de comorbidades.</p> <p>c) Incorreta: A biópsia hepática é um procedimento invasivo e não é o primeiro passo na Atenção Primária. O estadiamento inicial de fibrose deve ser feito por métodos não invasivos (como os escores FIB-4 ou NAFLD Fibrosis Score). A MEV deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico clínico-radiológico de esteatose associada a fatores de risco metabólicos.</p> <p>d) Incorreta: A vitamina E é considerada uma opção terapêutica para pacientes com esteato-hepatite comprovada por biópsia e que não possuem diabetes, porém não é a medida prioritária de promoção da saúde. A prioridade absoluta reside no controle dos fatores de risco cardiovasculares e metabólicos (obesidade, hipertensão e dislipidemia) apresentados pelo paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: AZEVEDO, L. P. et al. Manejo da Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 18, n. 45, p. 3215, 2023. RINNELLA, M. E. et al. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. Journal of Hepatology, v. 79, n. 6, p. 1542-1556, 2023. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. Protocolo de Conduta na Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica. São Paulo: SBH, 2022. Disponível em: https://sbhepatologia.org.br.</p>
37	A	<p>a) Correta - A análise requer dados individualizados e acompanhamento longitudinal dos usuários, disponíveis nos sistemas de informação da Atenção Primária, permitindo identificar pacientes em atraso e monitorar indicadores assistenciais.</p> <p>b) Incorreta - Apresenta dados agregados por procedimento, sem identificação individual dos usuários, o que limita o acompanhamento clínico.</p> <p>c) Incorreta - Destina-se ao monitoramento de doenças de notificação compulsória, não sendo adequado para o acompanhamento de condições crônicas como diabetes.</p> <p>d) Incorreta - Contém informações sobre óbitos, não sendo útil para o monitoramento de pacientes em seguimento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Manual Siaps. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7639, de 18 de julho de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União; 2024. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
38	C	<p>Na infância, dificuldades escolares podem representar: transtornos do neurodesenvolvimento; sofrimento emocional; vulnerabilidade social; inadequações pedagógicas. A conduta adequada na APS é realizar avaliação biopsicossocial ampliada, investigando: contexto familiar (mãe-solo, múltiplos filhos, rede de apoio); condições socioeconômicas; vínculo e adaptação escolar; possíveis dificuldades específicas de aprendizagem; sinais de transtornos do neurodesenvolvimento ou sofrimento emocional. A articulação intersetorial saúde–escola é estratégia central de promoção de saúde mental na infância, fortalecendo fatores protetores e evitando rotulação precoce.</p> <p>a) Incorreta - Encaminhamento para avaliação neuropsicológica e psiquiátrica antecipa especialização sem avaliação inicial na APS. Essa conduta pode fragmentar o cuidado e reforçar medicalização precoce, sem investigação dos determinantes contextuais.</p> <p>b) Incorreta - Prescrição de medicação para possível transtorno de atenção é inadequada sem critérios diagnósticos estabelecidos, avaliação em múltiplos ambientes e confirmação de prejuízo funcional significativo.</p> <p>c) Correta - A conduta adequada é realizar avaliação clínica ampliada e articular diálogo com a escola antes de definir encaminhamentos. Essa abordagem: Fortalece fatores protetores; permite identificar vulnerabilidades sociais; promove cuidado intersetorial; Evita rotulação precoce. Está alinhada aos princípios da integralidade e coordenação do cuidado na APS.</p> <p>d) Incorreta - Adaptação pedagógica pode ser necessária, mas deve ser fundamentada em avaliação clínica adequada. Encaminhar para psicoterapia automaticamente, sem avaliação estruturada, pode ser precipitado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil. Produto da Dissertação intitulada: Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil. Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES - UECE. Ano: 2021 Autor(a): Nayara Régyla Silva Ribeiro Orientador(a): Dr.ª Milena Lima de Paula, página 16.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental. Brasília: MS; 2013.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília: MS; 2018.</p> <p>Organização Mundial da Saúde. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO; 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
39	A	<p>a) Correta - O paciente apresenta hipertensão arterial estágio 2 associada a múltiplos fatores de risco cardiovascular. As diretrizes brasileiras recomendam início de terapia combinada como estratégia inicial, especialmente em pacientes com níveis pressóricos mais elevados. A associação de: IECA → reduz a formação de angiotensina II, promovendo vasodilatação e redução da resistência vascular; diurético tiazídico → reduz a reabsorção de sódio no túbulo distal, diminuindo o volume intravascular atua em mecanismos complementares, resultando em maior eficácia no controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular.</p> <p>b) Incorreta - Bloqueadores de canal de cálcio são fármacos de primeira linha no tratamento da hipertensão, atuando por vasodilatação periférica. Entretanto, neste paciente com hipertensão estágio 2 e múltiplos fatores de risco, a monoterapia é menos eficaz que a terapia combinada inicial.</p> <p>c) Incorreta - Betabloqueadores reduzem a frequência cardíaca e o débito cardíaco, mas não são considerados primeira linha na hipertensão arterial não complicada, exceto em situações específicas (como doença coronariana, insuficiência cardíaca ou arritmias).</p> <p>d) Incorreta - Antagonistas de aldosterona, como a espironolactona, são indicados principalmente em hipertensão resistente. Seu uso como terapia inicial não é recomendado, especialmente em associação com diurético tiazídico sem indicação específica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, et al. Hypertension Canada’s 2024 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults. Can J Cardiol. 2024. Katzung BG. Basic & Clinical Pharmacology. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2021.</p>
40	B	<p>a) Incorreta - a associação de medicamentos é indicada quando não há resposta terapêutica, e só depois de chegar à máxima dose tolerada do medicamento indicado.</p> <p>b) Correta - esperar o medicamento começar a fazer efeito, que deve ocorrer entre 2-4 semanas.</p> <p>c) Incorreta - o aumento de dose só se justifica quando a dose prescrita não fez o efeito esperado, e o efeito esperado da sertralina é esperado correr entre 2-4 semanas</p> <p>d) Incorreta - a troca de medicamentos é indicada quando não há resposta terapêutica – e neste caso não houve tempo para avaliação da resposta terapêutica, ou ocorrência de efeitos adversos graves que justifiquem a troca.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. Nardi, AE; Silva, AG; Quevedo, J. Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. 1 edição, Porto Alegre, Artmed/ABP, 2021.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
41	D	<p>O paciente acima é um exemplo de paciente com baixo letramento em saúde, alta vulnerabilidade social e pouca estrutura familiar. O paciente já não adere bem ao tratamento medicamentoso proposto, de nada adianta ajustes na prescrição sem antes garantir uma boa compreensão de seu tratamento e da prescrição proposta.</p> <p>a) Incorreta - O encaminhamento para atenção secundária sem um plano de cuidados focado no paciente, com o paciente no atual nível de compreensão do manejo de sua doença, não levaria a melhora do quadro devido a atual falta de adesão e compreensão de tratamentos propostos.</p> <p>b) Incorreta - Abordagem pontual e centrada apenas em ajuste medicamentoso é insuficiente para modificar comportamento e risco.</p> <p>c) Incorreta - O controle glicêmico é importante, mas isoladamente não resolve fatores comportamentais e sociais envolvidos.</p> <p>d) Correta – A Atenção Primária à Saúde conta com equipes de saúde da família que têm a capacidade de acompanhamento longitudinal, compreensão da realidade e particularidade de cada usuário, tendo como uma de suas ferramentas a construção de planos terapêuticos singulares em reuniões de equipe para auxiliar os pacientes no seu processo saúde-doença e conquista progressiva de autonomia em seu cuidado, com objetivos e metas em saúde bem estabelecidas individualmente para cada paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado da pessoa com diabetes mellitus na Rede de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégias para prevenção e cuidado na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.</p> <p>GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
42	A	<p>a) Correta: - O paciente apresenta um Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento de ST (IAMCSST) de parede inferior. Em casos de envolvimento da parede inferior, há uma alta probabilidade (cerca de 30-50%) de extensão para o Ventrículo Direito (VD). A tríade de hipotensão, campos pulmonares limpos e turgência jugular é clássica, mas as derivações direitas são fundamentais para o diagnóstico. O VD é dependente de pré-carga; portanto, a conduta inicial deve focar em volume para manter o débito cardíaco, evitando-se medicações que reduzam a pré-carga.</p> <p>b) Incorreta: O uso de nitratos e morfina é contraindicado ou deve ser feito com extremo cuidado em infartos de parede inferior com suspeita de acometimento de VD. Essas drogas promovem venodilatação, reduzindo drasticamente a pré-carga e podendo levar ao choque obstrutivo/distributivo severo neste perfil de paciente.</p> <p>c) Alternativa C (Incorreta): Embora a antiagregação dupla e a reperfusão sejam pilares do tratamento do IAMCSST, a trombólise química não é a conduta isolada "mais adequada" antes da estabilização e avaliação de derivações direitas em um paciente com PA limítrofe e bradicardia. Além disso, a angioplastia primária é preferível se disponível no tempo adequado.</p> <p>d) Alternativa D (Incorreta): No IAM com supra de ST, a conduta de reperfusão e o manejo clínico devem ser baseados no ECG e na clínica ("tempo é músculo"). Não se deve aguardar o resultado de biomarcadores cardíacos para iniciar o tratamento ou a estratégia de reperfusão quando o supra de ST já é evidente no ECG inicial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>AHA/ACC Guidelines: O'Gara PT, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Journal of the American College of Cardiology. 2013;61(4). (Atualizado em revisões de 2017/2021).</p> <p>Diretriz da SBC: Nicolau JC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2021.</p> <p>Braunwald's Heart Disease: Libby P, et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 12th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	D	<p>a) Incorreta - A avaliação seriada de hormônios pode auxiliar no seguimento, mas não diferencia etiologia da tireotoxicose no momento atual.</p> <p>b) Incorreta - A cintilografia de tireoide demonstraria baixa captação na tireoidite, sendo útil para diagnóstico diferencial. No entanto, envolve radioisótopos e não é a melhor escolha em lactantes, devendo ser evitada quando há alternativas seguras.</p> <p>c) Incorreta - A dosagem de TRAb auxilia no diagnóstico da Doença de Graves, mas já foi realizada e está negativa. Além disso, isoladamente, não confirma o diagnóstico nem substitui avaliação funcional da glândula.</p> <p>d) Correta - A paciente apresenta quadro compatível com tireoidite pós-parto na fase tireotóxica, caracterizada por liberação de hormônios pré-formados, com redução da síntese hormonal. A ultrassonografia com Doppler é o exame mais útil e seguro, pois permite avaliar a vascularização da glândula: diminuída na tireoidite; aumentada na Doença de Graves. Além disso, é método seguro durante a lactação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. <i>Thyroid</i> [Internet]. 2017 Mar;27(3):315–89. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/thy.2016.0457.</p> <p>Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2023 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism. <i>Thyroid</i>. 2023;33(9):1025–1140.</p> <p>Freitas MC, Vilar C, Nóbrega VA, Cavalcanti MTA, Torres MR. Tireoidites: diagnóstico e tratamento. In: Vilar L, editor. <i>Endocrinologia clínica</i>. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024. p. 575-596.</p>
44	B	<p>a) Incorreta - A pneumonia bacteriana costuma cursar com sinais de consolidação, como estertores localizados e redução do murmúrio vesicular, não sendo o padrão predominante neste caso.</p> <p>b) Correta - O quadro é típico de bronquiolite viral aguda: lactente jovem, pródromo viral, evolução com desconforto respiratório, sibilos, expiração prolongada e hipoxemia.</p> <p>c) Incorreta - A asma é menos provável em lactentes jovens, especialmente sem história prévia ou atopia, e a resposta a broncodilatadores é limitada nessa faixa etária.</p> <p>d) Incorreta - Apesar do início com sintomas de vias aéreas superiores, a presença de hipoxemia, tiragens e sibilos indica acometimento de vias aéreas inferiores com maior gravidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Olio CCD, Anna MFPS, Anna CCS. Tratamento da bronquiolite viral aguda. <i>Resid Pediatr</i>. 2021; 11(3):1-5.</p> <p>Castro-Rodriguez JA, Astudillo P, Puranik S, Brown MA, Custovic A, Forno E. New paradigms in acute viral bronchiolitis: Is it time to change our approach? <i>Paediatric Respiratory Reviews</i> 2025; 56:29-36.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
45	C	<p>a) Incorreta - Tomografia não é exame de rastreamento de rotina para CHC devido a custo, radiação e ausência de superioridade em relação à ultrassonografia na vigilância periódica. A inclusão de alfafetoproteína não substitui o método de imagem recomendado.</p> <p>b) Incorreta - Acompanhamento clínico isolado é insuficiente em paciente com cirrose estabelecida. A vigilância para CHC deve ser sistemática e semestral, independentemente de alterações laboratoriais.</p> <p>c) Correta - A conduta adequada inclui: Endoscopia digestiva alta para rastreamento de varizes esofágicas; Ultrassonografia hepática a cada 6 meses para rastreamento de CHC. Essa estratégia está alinhada às recomendações internacionais para manejo de cirrose compensada. O paciente apresenta cirrose compensada, sugerida por: fígado nodular na ultrassonografia; plaquetopenia ($105.000/\text{mm}^3$); esplenomegalia. Mesmo após resposta virológica sustentada da hepatite C, o risco de carcinoma hepatocelular (CHC) persiste em pacientes com cirrose estabelecida.</p> <p>d) Incorreta - Alfafetoproteína isolada não é método adequado de rastreamento. A elastografia avalia fibrose e hipertensão portal, mas não substitui ultrassonografia na vigilância de carcinoma hepatocelular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Association for the Study of Liver Diseases. AASLD Practice Guidance on Portal Hypertension and Varices. Hepatology. 2023. American Association for the Study of Liver Diseases. AASLD Practice Guidance on Hepatocellular Carcinoma. Hepatology. 2023. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on Cirrhosis and Portal Hypertension. J Hepatol. 2022. Garcia-Tsao G, et al. Portal Hypertension and Variceal Bleeding. N Engl J Med. 2023.</p>
46	B	<p>a) Incorreta - A descompressão cirúrgica do nervo mediano é indicada principalmente em casos graves, com déficit neurológico importante ou falha do tratamento conservador. Não constitui a abordagem inicial para casos típicos e sem sinais de gravidade.</p> <p>b) Correta - O quadro clínico é típico de síndrome do túnel do carpo, caracterizada por parestesias no território do nervo mediano, sintomas noturnos e testes clínicos positivos (Tinel e Phalen). Em casos leves a moderados, a conduta inicial recomendada é conservadora, com uso de órtese noturna para o punho e medidas ergonômicas para reduzir a compressão do nervo mediano.</p> <p>c) Incorreta - A eletroneuromiografia pode confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade da neuropatia, sendo útil em casos atípicos, antes de cirurgia ou quando há dúvida diagnóstica. Entretanto, em quadros clínicos típicos, o tratamento conservador pode ser iniciado sem necessidade imediata desse exame.</p> <p>d) Incorreta - A ressonância magnética da coluna cervical não é indicada na avaliação inicial desse quadro. Esse exame é reservado para investigação de outras causas neurológicas, como radiculopatia cervical, quando há sinais clínicos sugestivos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Shapiro LM, Kamal RN; Management of Carpal Tunnel Syndrome Work Group; American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Carpal Tunnel Syndrome: Clinical Practice Guideline Summary. J Am Acad Orthop Surg. 2025 Apr 1;33(7): e356-e366.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
47	A	<p>a) Correta: O paciente apresenta pneumonia adquirida na comunidade com fatores de risco para patógenos resistentes (hospitalização prévia com ATB venoso < 90 dias e cultura respiratória prévia com <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), sem critérios clínicos claros para UTI. CURB-65 = 2 → indicação de internação em enfermaria, não UTI.</p> <p>b) Incorreta: Conduta de exacerbação de DPOC sem antibiótico; inadequada porque há PAC radiológica e critério para tratamento antimicrobiano e internação.</p> <p>c) Incorreta: O paciente não apresenta critérios maiores ou menores suficientes para UTI: Sem choque, sem necessidade de ventilação, Sem confusão mental. Além disso, o esquema não cobre <i>Pseudomonas</i>, portanto, é inadequado frente ao histórico recente.</p> <p>d) Incorreta: Alta é inadequada (CURB = 2 e pelo risco/gravidade). Levofloxacino isolado pode não ser o esquema preferido quando há risco documentado de <i>Pseudomonas</i>; diretrizes recomendam cobertura antipseudomonas dirigida quando há fatores de risco/isolamento prévio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Loscalzo, J; Fauci, AS.; Kasper, DL.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.1009. ISBN 9786558040231.</p> <p>Corrêa RA, Lundgren FLC, Pereira MC, Rocha RT, Gomes M, Teixeira PJZ, et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-23.</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2026 Report. 2025.</p> <p>Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Casas J, Campbell RT, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. Clinical Practice Guideline by the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(7):e45-e67.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
48	C	<p>a) Incorreta - Metformina não é indicada de início em pacientes com pré-diabetes e sem falência pancreática, segundo a SBD e NICE. A preferência é por intervenção no estilo de vida como primeira linha.</p> <p>b) Incorreta - Reavaliar em 12 meses não é aceitável, pois o paciente apresenta risco cardiovascular elevado, devendo ser reavaliado após 8 a 12 semanas de intervenção não farmacológica.</p> <p>c) Correta - O paciente apresenta critérios diagnósticos para síndrome metabólica (circunferência abdominal aumentada, HDL reduzido, triglicerídeos elevados, glicemia alterada de jejum e PA limítrofe). As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023-2024), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2021) e AHA (2021) recomendam como conduta inicial obrigatória a adoção intensiva de mudanças no estilo de vida, com foco em: Redução do peso (idealmente ≥ 5 a 10%); Melhora na qualidade da alimentação; Atividade física regular (≥ 150 min/semana); Abandono do sedentarismo. Essas intervenções são prioritárias e devem ser avaliadas em curto prazo (2–3 meses). Caso não haja melhora nos indicadores clínicos e laboratoriais, considera-se o uso de terapia farmacológica adicional, como estatinas, metformina, antipertensivos etc., conforme o perfil do paciente.</p> <p>d) Incorreta - O uso imediato de estatina pode ser necessário futuramente, mas não é indicado como primeira abordagem isolada, conforme a SBC (2021). Deve-se primeiro buscar mudança de estilo de vida, exceto se houver risco cardiovascular muito alto (o que não é o caso aqui).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024. São Paulo: Clannad, 2023. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Prevention and Management of Metabolic Syndrome: A Scientific Statement. Circulation, Dallas, v. 144, n. 10, p. e1-e23, 2021. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 117, n. 4, p. 782-874, 2021. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Type 2 diabetes: prevention in people at high risk. London: NICE, 2020.</p>
49	B	<p>a) Incorreta - Representa uma abordagem passiva, que não garante acesso nem enfrenta a vulnerabilidade apresentada.</p> <p>b) Correta - A Atenção Primária deve atuar de forma proativa na redução de iniquidades, promovendo acesso a insumos de saúde menstrual e integrando essa ação ao cuidado em saúde, com orientação adequada e abordagem acolhedora.</p> <p>c) Incorreta - Embora a articulação com a assistência social seja importante, não deve retardar ações imediatas de acesso e cuidado na APS.</p> <p>d) Incorreta - A avaliação clínica e a orientação sobre saúde menstrual são componentes importantes do cuidado na Atenção Primária. No entanto, essa abordagem é insuficiente diante da situação apresentada, pois não contempla a principal necessidade da adolescente, que é o acesso a insumos de saúde menstrual. A ausência dessa ação mantém a barreira de acesso e não enfrenta o determinante social que impacta diretamente sua frequência escolar e bem-estar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Dignidade Menstrual (PDM). Brasília: MS, 2026.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
50	D	<p>a) Incorreta - Paciente está hipotenso necessita de expansão EV. Ingestão oral é insuficiente. Manter anti-hipertensivos é inadequado. O quadro é pré-real.</p> <p>b) Incorreta - BRA deve ser suspenso na hipovolemia, contribui para piora da taxa de filtração nesse contexto. Manter losartana pode piorar a função renal.</p> <p>c) Incorreta - Não corrige a causa principal (desidratação). Diurético agrava hipovolemia e bicarbonato não é conduta inicial.</p> <p>d) Correta - Quadro compatível com IRA pré-renal por hipovolemia, secundária à diarreia, associada a hipercalemia e acidose metabólica. Reposição volêmica, suspensão de nefrotóxicos e controle da hipercalemia são prioritários</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. 2012. Kellum, J.A., Romagnani, P., Ashuntantang, G. et al. Acute kidney injury. Nat Rev Dis Primers 7, 52 (2021). https://doi.org/10.1038/s41572-021-00284-z.</p>
51	B	<p>a) Incorreta: O Sinan é utilizado para doenças específicas (como Tuberculose). Casos de SRAG são notificados no SIVEP-Gripe. Além disso, o paciente em questão apresenta Síndrome Gripal "leve" (sem SRAG), e a prioridade clínica é o antiviral, não a propedêutica radiológica imediata na ausência de sinais físicos de pneumonia.</p> <p>b) Correta: Justificativa: Em períodos de circulação comprovada de Influenza (conforme os dados do SIVEP-Gripe e InfoGripe), o protocolo do Ministério da Saúde recomenda o uso de oseltamivir para todos os pacientes com Síndrome Gripal que pertencem ao grupo de risco (neste caso, idade maior que 60 anos e presença de comorbidade como hipertensão). O início deve ser preferencialmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, sem necessidade de aguardar exames laboratoriais ou sinais de insuficiência respiratória.</p> <p>c) Incorreta: O manejo da Influenza em grupos de risco é clínico-epidemiológico. O atraso para aguardar resultados laboratoriais reduz drasticamente a eficácia do antiviral, que é máxima quando iniciado precocemente.</p> <p>d) Incorreta: Embora os sintomáticos sejam importantes, negligenciar o uso do antiviral em um paciente idoso e hipotenso durante um surto sazonal aumenta o risco de progressão para SRAG e óbito.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Brasília, 2023. Duncan, B. B. et al. Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. FIOCRUZ. Boletim InfoGripe. Monitoramento de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: https://info.gripe.fiocruz.br/. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza: 2024. Brasília: MS; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: Volume Único – 6ª edição atualizada. Brasília: MS; 2023. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim InfoGripe – Atualizações Epidemiológicas 2024–2025. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024–2025. Disponível em: https://infogripe.fiocruz.br</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
52	B	<p>a) Incorreta - O acompanhamento apenas na atenção primária não contempla adequadamente o risco obstétrico elevado.</p> <p>b) Correta - Gestantes com antecedente de pré-eclâmpsia grave devem ser classificadas como de alto risco, sendo indicado acompanhamento compartilhado entre atenção primária e serviço especializado, garantindo cuidado integral e contínuo.</p> <p>c) Incorreta - O seguimento exclusivo em serviço especializado não substitui a necessidade de integração com a atenção primária.</p> <p>d) Incorreta - A reavaliação condicionada à evolução não é suficiente para o manejo adequado de gestação de alto risco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p>
53	C	<p>a) Incorreta - Substituir o Enalapril por bloqueador dos canais de cálcio é incorreto, pois o IECA é primeira linha na DRC com albuminúria. A PA está controlada e não há contraindicação ao seu uso.</p> <p>b) Incorreta - Realizar restrição proteica rigorosa não é indicado no momento e não aborda a progressão da nefropatia diabética.</p> <p>c) Correta - A paciente apresenta Doença Renal Crônica Diabética (DRD), caracterizada por RFG reduzida (55 mL/min) e albuminúria persistente (30mg/g), apesar do uso de IECA (Enalapril) e bom controle pressórico. Adicionar um inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 está correto. Paciente com DM2, DRC G3a e albuminúria persistente (>30 mg/g), já em uso de IECA. iSGLT2 reduz progressão da doença renal e eventos cardiovasculares, independentemente da HbA1c.</p> <p>d) Incorreta - Orientar a suspensão da Metformina é incorreto, pois a metformina é segura com RFG>ou igual 30 mL/min/1,73m². Com RFG55, não há indicação de suspensão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int</i> 2024; 105:S117. Rosenberg M. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2026 [atualizado em 5 fev 2026; acessado em 11 fev 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	D	<p>a) Incorreta: o diagnóstico do pé plano flexível é clínico, baseado na mobilidade do arco plantar e na ausência de sinais de alerta. Exames de imagem não são indicados de rotina em crianças assintomáticas, pois não modificam a conduta, expõem a criança a exames desnecessários e contrariam princípios de cuidado baseado em valor e prevenção quaternária.</p> <p>b) Incorreta: o pé plano flexível é uma condição fisiológica e autolimitada na maioria das crianças, especialmente até os 6–7 anos. Não há evidência científica de que o uso rotineiro de palmilhas rígidas em crianças assintomáticas altere a evolução natural do arco plantar. Essa conduta favorece medicalização desnecessária, aumento de custos e pode gerar dependência de dispositivos sem benefício comprovado.</p> <p>c) Incorreta: O tratamento cirúrgico é reservado para casos raros, geralmente pé plano rígido, doloroso, progressivo ou associado a alterações neuromusculares ou ósseas. Não há indicação de cirurgia em pés planos flexíveis assintomáticos, e a abordagem preventiva cirúrgica não é recomendada, podendo causar mais riscos do que benefícios.</p> <p>d) Correta: O pé plano flexível é uma condição comum e fisiológica na infância, relacionada à imaturidade musculoligamentar e à presença de coxim adiposo plantar. Na ausência de dor, rigidez, limitação funcional ou sinais de alerta, a conduta indicada é orientação familiar, promoção da atividade física, uso de calçados adequados e acompanhamento evolutivo, evitando intervenções desnecessárias. A educação em saúde é fundamental para prevenir medicalização excessiva e ansiedade familiar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Molina-García C, Banwell G, Rodríguez-Blanque R, Sánchez-García JC, Reinoso-Cobo A, Cortés-Martín J, Ramos-Petersen L. Efficacy of Plantar Orthoses in Paediatric Flexible Flatfoot: A Five-Year Systematic Review. <i>Children (Basel)</i>. 2023;10(2):371.</p>
55	D	<p>a) Incorreta - Embora importante para a saúde geral, o tabagismo não é o fator desencadeante do quadro atual e sua suspensão não modifica diretamente a fisiopatologia da pneumonite de hipersensibilidade.</p> <p>b) Incorreta - Não há evidência de infecção viral; o quadro é compatível com doença inflamatória imunomediada secundária à exposição ambiental.</p> <p>c) Incorreta - A corticoterapia pode ser indicada em casos moderados a graves ou persistentes, mas não substitui a remoção do agente causal, que é a intervenção inicial e essencial.</p> <p>d) Correta - O caso clínico descreve a clássica Pneumonite por Hipersensibilidade (PH) em sua forma não-fibrótica (anteriormente chamada de aguda/subaguda). O artigo de Nobre e Marchiori (2024) destaca que os nódulos centrolobulares e o padrão em mosaico são achados típicos de inflamação e aprisionamento aéreo. A conduta padrão-ouro é o afastamento do antígeno (neste caso, o mofo/poeira orgânica do silo), o que pode levar à reversão completa do quadro.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nobre LFS, Marchiori E. Pneumonite por Hipersensibilidade: Contribuição Diagnóstica dos Achados da Tomografia Computadorizada nas Formas Não-Fibrótica e Fibrótica da Doença. <i>Pulmão RJ</i>. 2024;32(1):30-38. Raghu G, et al. Diagnosis of hypersensitivity pneumonitis in adults: an official ATS/JRS/ALAT clinical practice guideline. <i>Am J Respir Crit Care Med</i>. 2020;202(3):36-69.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
56	B	<p>a) Incorreta - A dosagem de TSH pode ser considerada na investigação geral da infertilidade, mas não constitui a principal etapa diante dos dados apresentados.</p> <p>b) Correta - Em paciente com ciclos regulares (ovulação presumida) e fator masculino já excluído, a avaliação da permeabilidade tubária é etapa essencial da investigação inicial da infertilidade.</p> <p>c) Incorreta - A avaliação da reserva ovariana pode ser útil em contextos específicos, mas não é o passo prioritário nesse momento, especialmente em mulher jovem com ciclos regulares.</p> <p>d) Incorreta - A ultrassonografia transvaginal é útil na avaliação anatômica, mas não permite avaliar a permeabilidade tubária, que é fundamental neste contexto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manejo inicial da paciente infértil pelo ginecologista. São Paulo: FEBRASGO, 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ2-2023Z-ZManejo.pdf. GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de Fisiologia Médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021. BMJ BEST PRACTICE. Female infertility: diagnosis and management. London: BMJ Publishing Group, 2024. Disponível em: https://bestpractice.bmj.com.</p>
57	A	<p>a) Correta - A imunofenotipagem por citometria de fluxo de sangue periférico é o padrão-ouro e o exame necessário para o diagnóstico de LLC. Ela identifica a clonalidade das células B (CD19+, CD20+, CD23+) e a expressão aberrante do marcador T (CD5+).</p> <p>b) Incorreta - Na LLC, os sistemas de estadiamento de Rai e Binet são estritamente clínicos e laboratoriais (baseados em exame físico para linfonodos/visceromegalias e hemograma para anemia/plaquetopenia). Protocolos atuais não recomendam TCs de rotina para o diagnóstico ou estadiamento inicial em casos assintomáticos, pois não alteram a conduta imediata. O estadiamento por imagem é reservado para planejamento de quimioterapia ou avaliação de complicações compressivas.</p> <p>c) Incorreta - Ao contrário das leucemias agudas (LMA/LLA), a LLC não exige avaliação de medula óssea para a confirmação diagnóstica se houver células clonais suficientes no sangue periférico (> 5.000 linfócitos B/mm³). O mielograma e a biópsia de medula são exames complementares indicados apenas para avaliar a causa de citopenias não explicadas (como infiltração maciça vs. destruição imune) ou como avaliação basal antes do início de protocolos de tratamento específicos.</p> <p>d) Incorreta - A dosagem de LDH pode estar elevada em doenças linfoproliferativas, mas não é exame diagnóstico e não substitui a confirmação por citometria de fluxo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gbenjo JTC, McCrary GLM, Wilson SE. Leukemia: What Primary Care Physicians Need to Know. Am Fam Physician. 2023;107(1):52-61. Davis AS, Viera AJ, Mead MD. Leukemia: An Overview for Primary Care. Am Fam Physician. 2014;89(9):731-738. DiNardo CD, Erba HP, Freeman SD, Wei AH. Acute Myeloid Leukaemia. Lancet. 2023;401(10386):1461-1476. de Haas V, Ismaila N, Advani A, Arber DA, Hasserjian RP, McCavit TL, et al. Initial Diagnostic Work-Up of Acute Leukemia: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of the College of American Pathologists and American Society of Hematology Guideline. J Clin Oncol. 2019;37(3):239-253.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
58	D	<p>a) Incorreta - A pulsoterapia pode ser considerada em casos graves, mas não é a primeira conduta em quadro sem sinais de gravidade. A suspensão da hidroxicloroquina não é indicada de rotina. A biópsia muscular pode ser útil, mas não deve atrasar o tratamento.</p> <p>b) Incorreta - O quadro indica doença ativa com acometimento muscular. Aguardar exames sem ajuste terapêutico pode levar à progressão da doença.</p> <p>c) Incorreta - A substituição por ciclosporina não é conduta inicial padrão. O repouso isolado é inadequado e pode agravar perda funcional muscular.</p> <p>d) Correta - Raciocínio Clínico (Manifestações Cutâneas e Sistêmicas): A questão exige que o aluno identifique a atividade da doença (LES + Dermatomiosite). O heliótropo e as pápulas de Gottron são patognomônicos da Dermatomiosite. A elevação de enzimas musculares confirma o acometimento sistêmico (miopite). Ajuste Terapêutico: O tratamento de base para miopatias inflamatórias sistêmicas envolve a otimização de corticoides e a introdução de poupadores de corticoide (imunossupressores como Metotrexato ou Azatioprina). Monitoramento: O acompanhamento laboratorial (CPK, aldolase) e clínico (força muscular e lesões cutâneas) é o pilar do monitoramento contínuo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, et al. 2022 EULAR/ACR classification criteria for idiopathic inflammatory myopathies. Ann Rheum Dis. 2022.</p> <p>Fanouriakis A, et al. 2023 EULAR recommendations for management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2023.</p> <p>Dalakas MC. Inflammatory muscle diseases. N Engl J Med. 2024; 390:123–134.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
59	D	<p>a) Incorreta - A Doença de Graves é a causa mais frequente de hipertireoidismo, sendo uma doença autoimune com anticorpo anti receptor de TSH positivo. Mas o anticorpo anti receptor de TSH está negativo nessa paciente (TRAB é a sigla para anticorpo anti receptor de TSH, ou seja, são o mesmo exame). Além de TRAB negativo, a paciente tem anti-tireoperoxidase negativo (este está presente na maioria dos pacientes com Graves), a faixa etária não é a mais comum para Graves (mais segunda e terceira década), não tem história familiar de autoimunidade e a textura da glândula na USG está alterada pela presença de 2 nódulos (na Doença de Graves, a glândula está com textura difusamente heterogênea, sem nódulos e com aumento global de volume).</p> <p>b) Incorreta - A dosagem de calcitonina está aumentada no carcinoma medular de tireoide e não no folicular. O carcinoma medular de tireoide é um tipo raro de câncer de tireoide, com história familiar frequente de carcinoma medular de tireoide ou de neoplasia endócrina múltipla, que a paciente do caso clínico não apresenta.</p> <p>c) Incorreta - A tireoidite de Quervain (ou subaguda) caracteriza-se por inflamação dolorosa da tireoide, geralmente após infecção viral, causando dor intensa no pescoço que irradia para mandíbula/ouvidos. Os sintomas incluem sensibilidade local, febre, mal-estar e sinais de hipertireoidismo (palpitações, tremores, suor), frequentemente seguidos por hipotireoidismo temporário. Exames laboratoriais mostram hipertireoidismo (TSH baixo, com T4 livre alto, mas provas de atividade inflamatória estão alteradas (aumento de VHS e PCR). Não cursa com nódulos e os auto-anticorpos são negativos. A paciente tem hipertireoidismo, mas sem história de infecções recentes, sem febre ou dor cervical e com VHS normal.</p> <p>d) Correta - Trata-se de uma paciente com Doença de Plummer. A doença de Plummer, ou bócio multinodular tóxico (BMN), é hormonalmente ativo com hipertireoidismo. Consiste em mais de um nódulo tireoidiano autônomo, ou um ou mais nódulos autônomos juntamente com um ou mais nódulos não autônomos sólidos, císticos ou mistos (sólidos e císticos), ou numerosas pequenas áreas autônomas associadas a um espectro de hipertireoidismo que varia de hipertireoidismo subclínico a tireotoxicose grave. Os nódulos autônomos apresentam-se hiperativos (quentes ou mornos), e os nódulos não autônomos são hipoativos (frios) ou normoativos na cintilografia da tireoide realizada por medicina nuclear. A doença de Plummer (bócio multinodular tóxico) é considerada a segunda causa mais comum de hipertireoidismo (a primeira sendo a doença de Graves). É mais comum em mulheres. Também é prevalente na faixa etária de 50 anos ou mais, tanto em homens quanto em mulheres. Em comparação com a doença de Plummer, a doença de Graves ocorre em faixas etárias mais jovens. A tireotoxicose ocorre na doença de Plummer após bócio de longa duração e atinge o pico na sexta ou sétima década de vida, especialmente em pacientes com histórico familiar de bócio multinodular tóxico. Neste caso: faixa etária para Plummer; nódulos de tireoide de longa evolução; os níveis de TSH estão suprimidos e os de T3 e T4 estão elevados mostrando o hipertireoidismo; anticorpos antiperoxidase da tireoide (anti-TPO) e antitireoglobulina e TRAB (anticorpo anti receptor de TSH) são negativos (afasta Doença de Graves). A ultrassonografia determina o número de nódulos e seus tamanhos, mas não mostra o funcionamento. O Doppler colorido ajuda na avaliação da vascularização do nódulo, mas também não determina o funcionamento. Pelas características não existe indicação de PAAF. Cintilografia da tireoide: É realizada por medicina nuclear utilizando iodo-123 ou tecnécio-99m radioativos. A doença de Plummer apresenta captação irregular de substâncias radioativas. Os exames mostram captação localizada de iodo em um ou mais nódulos e diminuição da captação no tecido tireoidiano adjacente devido à redução do TSH. A captação do isótopo de fundo pode variar dependendo do grau de hipertireoidismo, da supressão do TSH e da atividade das áreas não nodulares. A cintilografia da tireoide é crucial para diferenciar a doença de Plummer de outras causas de hipertireoidismo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Khalid N, Can AS. Doença de Plummer. [Atualizado em 11 de março de 2023]. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; janeiro de 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565856/</p> <p>VILAR, Lucio (Coord.). Endocrinologia Clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025.</p>
60	D	<p>a) Incorreta: ICS se associa mais a candidíase oral, disfonia e pneumonia; bexigoma não é evento esperado.</p> <p>b) Incorreta: Idem a C)</p> <p>c) Incorretas: Agonistas β_2 dão tremor/taquicardia/hipocalcemia, mas retenção urinária aguda não é um efeito.</p> <p>d) CORRETA: Broncodilatadores inalados antimuscarínicos (sobretudo LAMA) podem, por efeito anticolinérgico sistêmico, reduzir a contratilidade do detrusor e precipitar retenção urinária, especialmente em idosos com HPB. A relação temporal (10 dias pós-alta) reforça.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29, de 27 de novembro de 2025. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 nov. 2025.</p>
61	C	<p>a) Incorreta - Restringir o tratamento da úlcera a antissépticos sem desbridamento é uma abordagem inadequada para úlceras de Wagner 2, que exigem desbridamento para remoção de tecido necrótico e controle da infecção. Desconsiderar calçados terapêuticos é um erro grave no manejo do pé diabético, especialmente com deformidade de Charcot incipiente. Focar exclusivamente na normalização da glicemia com dieta restritiva, ignorando a disautonomia e a mobilidade reduzida, negligência a complexidade do paciente.</p> <p>b) Incorreta - A indicação de cirurgia sem controle clínico prévio e a opção por amputação precoce contrariam os princípios atuais de preservação do membro e salvamento do pé diabético.</p> <p>c) Correta - O gerenciamento eficaz em casos complexos exige uma abordagem interdisciplinar e coordenada. A alternativa B contempla a vigilância ativa (monitorização domiciliar), a capacitação do paciente (educação), a proteção mecânica (calçados terapêuticos) e a preservação da funcionalidade (fisioterapia), conforme preconizado pelas diretrizes de 2024.</p> <p>d) Incorreta - Embora o manejo farmacológico da dor neuropática e o suporte emocional sejam importantes, essa abordagem é insuficiente por não contemplar a reabilitação física e a prevenção ativa de novos agravos no pé diabético.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes SBD 2023-2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/American Diabetes Association (ADA). Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 2024.</p> <p>Bodman, M. A., & Varacallo, M. (2024). Diabetic Peripheral Neuropathy. StatPearls Publishing.</p> <p>American Diabetes Association (ADA). Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
62	A	<p>a) Correta: O quadro clínico é clássico de gravidez ectópica rota com hemoperitônio. A tríade de atraso menstrual, dor abdominal e sangramento vaginal, somada aos sinais de choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) e irritação peritoneal (dor à descompressão e Grito de Proud), torna o diagnóstico inequívoco. O Beta-hCG em níveis baixos para a idade gestacional corrobora uma implantação anômala.</p> <p>b) Incorreta: No abortamento incompleto infectado, embora haja dor e sangramento, o colo uterino estaria aberto, haveria presença de restos ovulares no canal vaginal e, geralmente, febre ou secreção fétida. Além disso, a irritação peritoneal súbita com choque não é a apresentação típica inicial, a menos que houvesse perfuração uterina ou sepse grave, o que não condiz com a história de dor súbita e abaulamento de fundo de saco.</p> <p>c) Incorreta: A doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) costuma cursar com útero de tamanho maior que o esperado para a idade gestacional e níveis de Beta-hCG excessivamente elevados (frequentemente > 100.000 mUI/mL), ao contrário do valor reduzido apresentado pela paciente. O sangramento costuma ser em "suco de ameixa" e o quadro de abdome agudo hemorrágico é raro na apresentação inicial.</p> <p>d) Incorreta: A torção anexial pode causar dor súbita e sinais de irritação peritoneal, mas não justifica o sangramento vaginal discreto nem os níveis de Beta-hCG alterados. Além disso, a estabilidade hemodinâmica costuma ser preservada inicialmente na torção, diferentemente do choque franco observado por perda volêmica interna na gravidez ectópica rota.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Gravidez Ectópica. São Paulo: FEBRASGO, 2023. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, n. 28). MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. Zugaib Obstetrícia. 5. ed. Rio de Janeiro: Manole, 2022.</p>
63	B	<p>a) Incorreta - A dosagem de TSH é importante, mas não substitui a avaliação estrutural do nódulo.</p> <p>b) Correta - A ultrassonografia é o exame inicial para avaliação de nódulos tireoidianos, permitindo caracterização e definição de necessidade de punção.</p> <p>c) Incorreta - A punção é indicada após avaliação ultrassonográfica.</p> <p>d) Incorreta - A tomografia não é exame inicial na avaliação de nódulo tireoidiano.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Durante C, Hegedüs L, Czarniecka A, Paschke R, Russ G, Schmitt F, Soares P, Solymosi T, Papini E. 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management. Eur Thyroid J. 2023 Aug 14;12(5):e230067.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
64	C	<p>a) Incorreta. O uso de antidepressivo isolado (sertralina) pode precipitar ou agravar mania em pacientes com transtorno bipolar. Aumentar a dose pioraria o quadro. A buspirona não é indicada para mania, sendo usada em alguns casos de ansiedade leve. Conclusão: Conduta incorreta, pois não trata a fase maníaca e pode agravar o quadro.</p> <p>b) Incorreta. Os Benzodiazepínicos podem ser usados como adjuvantes para insônia ou agitação, mas não tratam a mania. Manter a sertralina perpetua o quadro, já que antidepressivos isolados são contraindicados em transtorno bipolar sem estabilizador de humor. Conclusão: Não é conduta correta.</p> <p>c) Correta. O manejo adequado da mania inclui: Suspender o antidepressivo, que pode estar perpetuando o quadro. Iniciar estabilizador de humor (lítio ou valproato são primeira linha). Associar antipsicótico atípico (como quetiapina, olanzapina ou risperidona) em casos de agitação, risco ou sintomas psicóticos. Conclusão: É a conduta farmacológica mais adequada e respaldada por diretrizes nacionais e internacionais.</p> <p>d) Incorreta. A quetiapina é eficaz no tratamento da mania, mas iniciar em dose baixa isoladamente pode ser insuficiente em quadro grave com risco. O tratamento ideal é estabilizador de humor + antipsicótico, garantindo maior controle e prevenção de recorrência. Conclusão: Não é a melhor conduta isolada, pois não contempla estabilização plena.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. APA, 2023. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 2016. Goodwin GM et al. NICE Guidelines for Bipolar Disorder. 2020. Yatham LN et al. CANMAT Guidelines for Bipolar Disorder. Bipolar Disord. 2018 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. 3rd ed. Washington (DC): APA; 2023. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bipolar disorder: assessment and management. London: NICE; 2020. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2023 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2023;25(2):123–214. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado das pessoas com transtornos mentais na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
65	A	<p>a) Correta - Indivíduos com parente de primeiro grau com adenoma avançado devem iniciar rastreamento aos 40 anos (ou 10 anos antes do caso índice), preferencialmente com colonoscopia.</p> <p>b) Incorreta - O início aos 45 anos está indicado para indivíduos de risco médio, não sendo adequado para pacientes com risco aumentado.</p> <p>c) Incorreta - A pesquisa de sangue oculto nas fezes é estratégia utilizada para risco médio, não sendo o método preferencial em pacientes com risco aumentado.</p> <p>d) Incorreta - O início aos 50 anos com pesquisa de sangue oculto nas fezes corresponde ao rastreamento populacional clássico, não sendo adequado para indivíduos com risco aumentado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Macrae FA. UpToDate. 2025. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-colorectal-cancer</p> <p>Doubeni C. UpToDate. 2017. Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-strategies-in-patients-at-average-risk.</p>
66	B	<p>a) Incorreta - Apesar de o esquema antibiótico ser apropriado para paciente hospitalizado, o CURB-65 = 0 não indica internação. Não há instabilidade hemodinâmica, nem critérios clínicos de gravidade.</p> <p>b) Correta - Paciente com CURB-65 = 0 → manejo ambulatorial. Amoxicilina em dose alta por no mínimo 5 dias é recomendada para paciente previamente hígido. Reavaliação em 48–72 horas faz parte do gerenciamento adequado do cuidado. Conduta plenamente alinhada ao escore de gravidade.</p> <p>c) Incorreta - Embora o macrolídeo possa ser alternativa, não é a primeira escolha segundo diretriz brasileira, especialmente considerando resistência pneumocócica. Além disso, o uso isolado pode ser menos adequado do que amoxicilina.</p> <p>d) Incorreta - Fluoroquinolona respiratória é alternativa, mas não primeira linha em paciente com CURB-65 = 0 e sem comorbidades. Além disso, o uso amplo de quinolonas deve ser evitado para reduzir resistência bacteriana.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Nova Diretriz Americana de 2025 sobre Tratamento de Pneumonia não alterou o consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia</p> <p>CORREA, RA, Costa NA, LUNDGREN. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-424 http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562018000000130</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
67	D	<p>a) Incorreta - Anemia inflamatória crônica costuma ser normocítica ou levemente microcítica, e não cursa com macrocitose acentuada nem megaloblastos.</p> <p>b) Incorreta - Deficiência de ferro causa anemia microcítica, não macrocítica. O mecanismo é redução de síntese de hemoglobina, não falha na síntese de DNA.</p> <p>c) Incorreta - Na anemia megaloblástica ocorre proliferação lenta, não acelerada. O problema central é falha na divisão celular, não produção ineficaz isolada de hemoglobina.</p> <p>d) Correta - A deficiência de vitamina B12, ou a ausência do fator intrínseco gástrico, compromete a síntese de DNA nos eritroblastos. Consequências: reprodução lenta das células precursoras na medula; formação de hemácias grandes e com morfologia anormal (megaloblastos); eritropoiese ineficaz; fragilidade celular; redução do número total de hemácias funcionais. A presença de: VCM elevado; pancitopenia leve; reticulócitos baixos; LDH elevado (hemólise intramedular) é compatível com anemia megaloblástica por falha na divisão nuclear, e não por deficiência de ferro.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HALL, John E.; HALL, Michael E. Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica. 14. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. E-book. p.441. ISBN 9788595158696.</p>
68	B	<p>a) Incorreta - A CIV membranosa é a cardiopatia congênita mais comum. Defeitos significativos podem cursar com insuficiência cardíaca precoce por hiperfluxo pulmonar. Entretanto, classicamente produzem shunt esquerda-direita, com quadro de congestão pulmonar e insuficiência cardíaca, sem cianose precoce, exceto em fases tardias com hipertensão pulmonar e reversão do shunt (síndrome de Eisenmenger). No caso descrito, trata-se de cardiopatia cianogênica nas primeiras semanas de vida, o que torna essa alternativa incorreta.</p> <p>b) Correta - A obstrução infundibular da via de saída do ventrículo direito é o principal componente anatômico da Tetralogia de Fallot, determinando redução do fluxo pulmonar e desvio direita-esquerda através de defeito septal associado. A gravidade da estenose infundibular define o grau de cianose. Em recém-nascidos com obstrução significativa, há hipoxemia precoce, sopro sistólico ejetivo em borda esternal esquerda alta e hiperfonese de segunda bulha. A redução do fluxo pulmonar e a hipoxemia levam a irritabilidade e crises hipericianóticas. O local anatômico determinante da clínica cianótica e da insuficiência cardíaca neste contexto é a obstrução da via de saída do ventrículo direito, tornando esta alternativa correta.</p> <p>c) Incorreta - Persistência do canal arterial entre a aorta descendente e o tronco pulmonar. O canal arterial patente promove shunt esquerda-direita (em condições habituais), causando hiperfluxo pulmonar e insuficiência cardíaca de alto débito. Entretanto, não cursa com cianose central precoce como manifestação predominante. A cianose associada ao canal arterial ocorre em situações específicas, como hipertensão pulmonar grave com reversão de fluxo, quadro incomum em recém-nascido de 20 dias previamente hígido. Portanto, não corresponde ao mecanismo anatômico primário de cardiopatia congênita cianogênica nesse caso.</p> <p>d) Incorreta - A CIA tipo ostium secundum é defeito na região da fossa oval do septo interatrial. Em geral, provoca shunt esquerda-direita de baixa pressão, sendo frequentemente assintomática na infância. Não costuma causar insuficiência cardíaca ou cianose no período neonatal. A repercussão clínica costuma ser tardia, quando presente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de Pediatria. 5. ed. Barueri: Manole, 2021.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
69	C	<p>a) Incorreta - Evidências mostram que fatores de estilo de vida (tabagismo, obesidade, consumo excessivo de álcool, estresse) têm impacto direto na fertilidade masculina e feminina, influenciando espermatogênese, função ovulatória e qualidade do embrião. Incorporar mudanças de estilo de vida antes ou concomitantemente a intervenções médicas específicas melhora as chances de concepção espontânea e de sucesso de tratamentos. Negar o impacto das mudanças no estilo de vida está em desacordo com evidências científicas robustas.</p> <p>b) Incorreta - Infertilidade é um problema de casal em cerca de 50% dos casos têm componente masculino, e muitas causas masculinas podem ser detectadas com testes simples (como análise seminal) já na APS. Focar exclusivamente na causa feminina adiará diagnósticos importantes e atrasaria intervenções eficazes. Incorreta por negligenciar a contribuição masculina, contrária às melhores práticas baseadas em evidências.</p> <p>c) Correta - A prática baseada em evidências recomenda que, na APS, o clínico realize uma avaliação inicial abrangente de ambos os parceiros — incluindo história reprodutiva, fatores de risco (tabagismo, obesidade, exposição ocupacional, infecções), exame físico e exames básicos como avaliação da ovulação, perfil hormonal e análise seminal. Esses dados permitem intervenções iniciais apropriadas e ajudam a decidir sobre o momento certo do encaminhamento para reprodução assistida ou avaliação especializada. Está correta porque integra avaliação conjunta, testes iniciais e uso dos resultados para orientar cuidados e encaminhamentos, como recomendado pelas diretrizes clínicas.</p> <p>d) Incorreta - O encaminhamento imediato e universal para serviços especializados não é recomendado. Diretrizes internacionais sugerem que o encaminhamento seja considerado após avaliação inicial, investigação básica e tentativa de intervenção apropriada por um período definido (geralmente 12 meses de tentativa com relações regulares, ou 6 meses se fatores de risco maiores estiverem presentes). Encaminhamentos desnecessários podem sobrecarregar serviços especializados e não melhoram resultados se feitos precipitadamente. Incorreta porque não considera a necessidade de avaliação e monitoramento inicial adequados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Atef A, et al. Infertility: A Comprehensive Overview of Clinical Best Practices and Evidence-Based Guidelines. <i>Fertility & Sterility</i>. 2024;121(3):405–423.</p> <p>Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. <i>Fertility & Sterility</i>. 2020;113(3):460–470.</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fertility Problems: Assessment and Treatment (NG156). NICE Guideline. 2020, atualizada 2024.</p> <p>European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ESHRE Guideline: Management of Couples with Infertility. <i>Human Reproduction Open</i>. 2022;2022(3):hoac009.</p> <p>Schmidt L, et al. Lifestyle factors and fertility: Impact and evidence. <i>Human Reproduction Update</i>. 2023;29(6):1003–1023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
70	A	<p>a) Correta - Programas de exercícios multicomponentes (equilíbrio, força e marcha) são a intervenção isolada com maior impacto na redução de quedas em idosos de alto risco, com evidência consistente de redução de eventos e suas complicações.</p> <p>b) Incorreta - A adaptação ambiental é importante, mas isoladamente apresenta menor impacto quando comparada a intervenções multicomponentes.</p> <p>c) Incorreta - A revisão medicamentosa reduz risco de quedas, mas seu impacto isolado é inferior ao de programas estruturados de exercício.</p> <p>d) Incorreta - O encaminhamento especializado não modifica diretamente os principais fatores de risco populacionais e tem menor impacto coletivo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e Diretrizes de Atenção à Pessoa Idosa na APS. Atualizações 2022–2023.</p> <p>Panel on Prevention of Falls in Older Persons. AGS/BGS Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Adults – Updated Recommendations. 2022.</p> <p>Montero-Odasso M, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults. <i>Age and Ageing</i>. 2022;51(9): afac205.</p>
71	D	<p>a) Incorreta - Embora a associação de hidroclorotiazida seja possível no controle pressórico, a alternativa: Não otimiza plenamente o bloqueio do SRAA (mantém losartana 50 mg). Não aborda risco cardiovascular com estatina. Não contempla benefício cardiorenal com SGLT2.</p> <p>b) Incorreta - Não há indicação de troca obrigatória de BRA por ECA. Insulinoterapia não é primeira escolha neste momento; HbA1c 8,5% podem ser manejadas com intensificação oral. Não aborda dislipidemia nem proteção renal adequada. Erro: escalonamento excessivo e desproporcional.</p> <p>c) Incorreta - Trocar metformina por SGLT2 é inadequado; devem ser associados. Ciprofibrato não é primeira linha; estatina é prioritária. Não otimiza bloqueio do SRAA.</p> <p>d) Correta – pois o paciente apresenta: Hipertensão não controlada (PA 145x95 mmHg); Diabetes descompensado (HbA1c 8,5%); Albuminúria moderadamente aumentada (A2: 30–300 mg/24h); TFG 79 ml/min/1,73m² (DRC estágio 2); Dislipidemia significativa; Idade > 65 anos → alto risco cardiovascular. Trata-se de paciente com alto risco cardiovascular e nefropatia diabética inicial, exigindo otimização terapêutica multifatorial. Justificativa: Bloqueio máximo do SRAA (losartana 100 mg/dia) é recomendado na presença de albuminúria. Metformina está em dose subótima (500 mg/dia); pode ser titulada até 2 g/dia, se tolerada. SGLT2 está indicado por benefício cardiorenal, independentemente da HbA1c. Estatina é mandatória em paciente diabético > 40 anos com alto risco cardiovascular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024. São Paulo: Clannad; 2023.</p> <p>Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. <i>Arq Bras Cardiol</i>. 2019;113(4):787-891.</p> <p>Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. <i>Kidney Int</i>. 2022;102(5S): S1-S127.</p> <p>American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2024. <i>Diabetes Care</i>. 2024;47(Suppl 1): S125-S143.</p> <p>Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. <i>Hypertension</i>. 2018;71(6):e13-e115.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
72	D	<p>a) Incorreta - O tabagismo não compromete primariamente a difusão alveolocapilar. Na DPOC, o mecanismo inicial predominante é a limitação do fluxo aéreo, decorrente de inflamação crônica,</p> <p>b) Incorreta - Embora exercícios respiratórios possam ter papel complementar no manejo da DPOC, o tabagismo não atua primariamente por redução da força muscular respiratória.</p> <p>c) Incorreta - As alterações iniciais da DPOC não decorrem predominantemente de distúrbios de perfusão pulmonar, mas de comprometimento da ventilação alveolar por obstrução das vias aéreas. A oximetria pode ser útil em fases mais avançadas, quando há hipoxemia, porém não orienta adequadamente estratégias preventivas precoces, nem substitui ações educativas baseadas no controle do fator de risco.</p> <p>d) Correta - Esta alternativa descreve de forma adequada a cadeia fisiopatológica da DPOC relacionada ao tabagismo: inflamação crônica das vias aéreas que leva ao aumento da resistência ao fluxo expiratório, causando hiperinsuflação e conseqüentemente, alteração da relação ventilação/perfusão. A partir dessa compreensão e baseado na situação de saúde atual da população, propõe uma intervenção coerente de gerenciamento do cuidado, centrada na cessação do tabagismo e em ações educativas preventivas, alinhadas à Atenção Primária.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Li L, Gong Y, Hou D, et al. Contribution of small airway inflammation to the development of COPD. <i>BMC Pulm Med.</i> 2024; 24:116.</p> <p>Wang Z, Qiu H, et al. Effects of smoking cessation on individuals with COPD: a systematic review and meta-analysis. 2024.</p> <p>Brasil. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Ministério da Saúde; 2021.</p> <p>Hall JE. Guyton e Hall: tratado de fisiologia médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2021.</p>
73	B	<p>a) Incorreta - Anti-hipertensivos não são indicados profilaticamente em gestantes normotensas. O tratamento farmacológico é reservado para hipertensão confirmada.</p> <p>b) Correta - A paciente apresenta múltiplos fatores de risco para pré-eclâmpsia: história prévia de hipertensão gestacional; obesidade; história familiar positiva. De acordo com ACOG, WHO e FEBRASGO, recomenda-se: AAS em baixa dose (75–150 mg/dia) iniciado entre 12–16 semanas, mantido até 36 semanas; monitoramento pressórico sistemático; controle ponderal e orientação nutricional; incentivo à atividade física leve/moderada segura; rastreamento precoce de proteinúria e sinais de disfunção endotelial. A prevenção reduz risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro e complicações materno-fetais.</p> <p>c) Incorreta - Não há indicação de investigação cardiológica avançada em gestante assintomática apenas por risco obstétrico. Estratificação deve ser clínica e baseada em diretrizes obstétricas.</p> <p>d) Incorreta - Conduta expectante ignora que a paciente já apresenta critérios de alto risco, nos quais a profilaxia com AAS é recomendada antes da elevação pressórica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. <i>ACOG Practice Bulletin No. 222.</i> <i>Obstet Gynecol.</i> 2020;135(6): e237-e260.</p> <p>World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.</p> <p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diretriz Nacional de Assistência ao Pré-Natal de Alto Risco. São Paulo: FEBRASGO; atualização vigente.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
74	C	<p>a) Incorreta - Embora a investigação neurológica possa ser parte do processo, a queda no idoso costuma ser multifatorial (visão, propriocepção, polifarmácia, ambiente, sarcopenia). Encaminhar apenas para a neurologia atrasa a intervenção global.</p> <p>b) Incorreta - Dispositivos de auxílio à marcha (como bengalas) não devem ser "prescritos" sem uma avaliação funcional. Se a paciente tiver fraqueza muscular ou falta de treino, a bengala pode se tornar mais um obstáculo e aumentar o risco de um novo acidente.</p> <p>c) Correta - Justificativa: fragilidade moderada, quedas prévias com fratura, polifarmácia, medo de cair e restrição de atividades — indicam alto risco de novos eventos adversos. Isso exige uma avaliação geriátrica ampla, com estratificação de risco e coordenação interprofissional, pilares do cuidado longitudinal na APS, visando manutenção da funcionalidade e prevenção de quedas.</p> <p>d) Incorreta - O controle das doenças crônicas (HAS/DM) não anula o risco de morte e perda de autonomia por quedas. Um intervalo anual é longo demais para um paciente com fragilidade moderada e alto risco de nova fratura.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.</p> <p>Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(9):CD007146.</p> <p>Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(7):CD012221.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
75	A	<p>a) Correta - O paciente apresenta quadro compatível com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado por reexperiência do trauma, evitação, hipervigilância e prejuízo funcional. Além disso, apresenta fatores de risco importantes, como uso de álcool e ideação suicida passiva, que exigem avaliação sistemática. Na Atenção Primária, a gestão do cuidado deve incluir: acompanhamento longitudinal; avaliação estruturada do risco (especialmente suicídio); manejo de comorbidades (uso de álcool); encaminhamento para psicoterapia baseada em evidências (ex.: terapia cognitivo-comportamental); articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A APS deve manter a coordenação do cuidado, com suporte dos serviços especializados quando necessário.</p> <p>b) Incorreta - A internação psiquiátrica está indicada em casos de risco iminente de suicídio (plano estruturado, tentativa recente ou incapacidade de autoproteção). Neste caso, há ideação passiva sem planejamento, o que não indica internação imediata. Além disso, a suspensão do acompanhamento na APS é inadequada, pois a coordenação do cuidado deve ser mantida.</p> <p>c) Incorreta - Aguardar evolução clínica sem intervenção estruturada é inadequado diante de sintomas persistentes e prejuízo funcional significativo, podendo levar à cronificação do transtorno e piora do risco.</p> <p>d) Incorreta - O uso de benzodiazepínicos não é tratamento de primeira linha para TEPT, podendo inclusive estar associado a pior prognóstico e risco de dependência, especialmente em pacientes com uso de álcool. Além disso, a ausência de articulação com a rede compromete a integralidade do cuidado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: MS; atualizações recentes. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: MS; 2021. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 2023. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with PTSD. Atualizações recentes.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
76	D	<p>a) Incorreta - Encaminhamento para ortopedia é reservado para falha terapêutica ou limitação funcional importante após manejo conservador otimizado.</p> <p>b) Incorreta - Corticoide sistêmico não tem papel na OA. Anti-inflamatório (tópico ou oral - dependendo das comorbidades) são medicamentos de escolha inicial.</p> <p>c) Incorreta - Ressonância magnética não é indicada como opção inicial. E Infiltração de ácido hialurônico não é tratamento de primeira linha.</p> <p>d) Correta - A osteoartrite (OA) é uma doença de diagnóstico predominantemente clínico, mais prevalente em mulheres acima de 50-60 anos, e a obesidade é um importante fator de risco, assim como o sedentarismo e fraqueza muscular. A radiografia simples com carga é o exame de imagem inicial recomendado para confirmação e estratificação estrutural (redução do espaço articular, osteófitos, esclerose subcondral). A abordagem de primeira linha é não farmacológica e inclui: educação; redução de peso; exercícios de fortalecimento muscular (especialmente quadríceps); exercícios aeróbicos de baixo impacto; fisioterapia estruturada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Courties A, Kouki I, Soliman N, Mathieu S, Sellam J. Osteoarthritis year in review 2024: Epidemiology and therapy. <i>Osteoarthritis Cartilage</i>. 2024;32(11):1397-1404.</p> <p>Perruccio AV, Young JJ, Wilfong JM, Power JD, Canizares M, Badley EM. Osteoarthritis year in review 2023: Epidemiology & therapy. <i>Osteoarthritis Cartilage</i>. 2024;32(2):159-165.</p> <p>Moseng T, Uhlig T, Kvien TK, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis 2023. <i>Ann Rheum Dis</i>. 2024;83(6):730-744.</p> <p>Gibbs AJ, Bennell KL, Hinman RS, et al. Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: A systematic review of guidelines. <i>Osteoarthritis Cartilage</i>. 2023;31(9):1240-1254.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
77	B	<p>a) Incorreta. A conduta de notificar e aguardar confirmação estadual antes de acionar investigação e medidas de controle contraria o princípio operacional da vigilância epidemiológica de eventos inusitados. A Portaria de Consolidação nº 4/2017 não estabelece dependência hierárquica vertical para o início da investigação de campo — o município tem autonomia e obrigação de agir imediatamente diante de um ESP caracterizado por gravidade, magnitude e inusitado, independentemente de aval do nível estadual. A espera proposta pela alternativa implica perda de tempo crítico em um evento com 40% de letalidade em 48 horas e agente etiológico desconhecido.</p> <p>b) Correta. Diante de um cluster de síndrome febril hemorrágica com alta letalidade, ausência de diagnóstico etiológico e sem registros similares no Sinan regional, o cenário preenche todos os critérios de Evento de Saúde Pública definidos pela Portaria de Consolidação nº 4/2017 — gravidade, magnitude, inusitado e potencial de disseminação —, o que obriga notificação imediata aos níveis municipal e estadual independentemente de confirmação laboratorial ou inclusão do agravo em portaria de notificação compulsória. A investigação epidemiológica de campo e as medidas iniciais de controle devem ser iniciadas simultaneamente à notificação, pois a Portaria não estabelece hierarquia entre notificação, investigação e controle quando há plausibilidade de risco à saúde pública.</p> <p>c) Incorreta. Postergar a notificação oficial até que a investigação forneça elementos suficientes inverte a função normativa da notificação na arquitetura do sistema de vigilância: notificar não é o produto da investigação, mas seu ato inaugural, pelo qual o serviço hospitalar aciona recursos, laboratórios de referência e equipes de campo dos níveis municipal e estadual que o hospital isoladamente não possui. Iniciar investigação e controle sem notificar equivale a isolar o evento no âmbito hospitalar, comprometendo a capacidade de resposta coordenada e configurando, adicionalmente, omissão de notificação — infração sanitária prevista na legislação vigente.</p> <p>d) Incorreta. Condicionar a adoção de medidas de controle à confirmação laboratorial do agente etiológico contraria um princípio fundamental da epidemiologia de campo: em surtos com potencial de gravidade, as intervenções de controle são implementadas com base na hipótese clínico-epidemiológica disponível, sendo refinadas à medida que o diagnóstico avança, e não iniciadas somente após sua conclusão. Em um evento com síndrome hemorrágica, choque séptico e 40% de letalidade em 48 horas, aguardar resultado laboratorial antes de agir representa risco inaceitável à saúde pública, contrariando diretamente a lógica de precaução que fundamenta a resposta a ESP pela Portaria de Consolidação nº 4/2017.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Carmo, Eduardo Hage. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. Saúde em Debate [online]. 2020; v. 44, n. spe2, pp. 9-19.</p> <p>Bochner AF, Makumbi I, Aderinola O, et al. Implementation of the 7-1-7 target for detection, notification, and response to public health threats in five countries: a retrospective, observational study. Lancet Glob Health. 2023;11(6): e871-e879</p> <p>Storer, J. M., Cabral, B. G., Capobiango, J. D., Ballani, T. D. S. L., Kerbauy, G., & Pieri, F. M. (2021). Relato de vivência de plano de contingenciamento em um núcleo hospitalar de epidemiologia em tempos de pandemia. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 25, 101129.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 set 2017. (Art. 2º, V: evento de saúde pública).</p> <p>Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União. 31 out 1975.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	B	<p>a) Incorreta - Apesar de CAC poder refinar decisão em casos selecionados, o material do PREVENT orienta: “clinicians should continue to use the Pooled Cohort Equations (PCEs) to guide statin initiation”. Assim, adiar estatina para após CAC não é a melhor conduta aqui. Paciente está com hipertensão descompensada em consultório e a associação com BRA ou IECA esta preconizada nas diretrizes vigentes.</p> <p>b) Correta - Dislipidemia (SBC 2025): risco intermediário define “Meta primária do LDL-c: < 100 mg/dl” e “Redução do LDL-c \geq 30%”. Hipertensão (SBC 2025): associações preferidas incluem “um bloqueador do SRAA (IECA ou BRA) com um BCC ou com um diurético tiazídico ou similar”. Obesidade (SBC 2025): “redução sustentada de pelo menos 5% do peso... para redução de fatores de risco CV, como HAS e dislipidemia”. DCN Medicina 2025: cuidado “centrado na pessoa... promoção da saúde, prevenção de agravos... assegurando o protagonismo”, compatível com decisão compartilhada e seguimento longitudinal.</p> <p>c) Incorreta - A diretriz brasileira posiciona a ezetimiba como terapia preferencialmente associada: “Ezetimiba... pode ser usado em conjunto com estatinas para reduzir ainda mais os níveis de LDL”. Portanto, monoterapia não é primeira linha na ausência de intolerância a estatina. Paciente está com hipertensão descompensada em consultório e a associação com BRA ou IECA esta preconizada nas diretrizes vigentes.</p> <p>d) Incorreta - A diretriz de dislipidemias define meta e redução para risco intermediário (“< 100 mg/dl” e “\geq 30%”); reavaliar em 6 meses sem iniciar hipolipemiante mantém LDL-c acima da meta no período. A diretriz de obesidade recomenda meta explícita de perda ponderal (\geq 5%); embora a alternativa mencione meta, ela posterga o tratamento da dislipidemia indicado no estrato de risco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brandão AA, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250624.</p> <p>Rached FH, et al. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250640.</p> <p>Saraiva JFK, et al. Diretriz Brasileira Baseada em Evidências de 2025 para o Manejo da Obesidade e Prevenção de Doenças Cardiovasculares e Complicações Associadas à Obesidade. Arq Bras Cardiol. 2025;122(9):e20250621.</p> <p>American Heart Association. PREVENT™ Online Calculator – Professional Heart Daily. Seção “How to Use and Interpret PREVENT Equation Results” (acesso em 20 fev 2026).</p> <p>American Heart Association PREVENT™ Online Calculator. Relatório do caso (modelo com HbA1c), gerado em 20 fev 2026.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
79	C	<p>a) Incorreta - Vasodilatadores intravenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiato, reduzem pré e pós-carga e são úteis em pacientes congestos com pressão arterial preservada ou elevada. Entretanto, a hipotensão significativa apresentada pelo paciente constitui contraindicação, pois a vasodilatação pode levar à queda adicional da pressão arterial e precipitar choque cardiogênico.</p> <p>b) Incorreta - Os diuréticos de alça, como a furosemida, são indicados na insuficiência cardíaca aguda com congestão quando a perfusão está preservada (perfil quente e úmido). Neste caso, a presença de hipotensão importante indica baixo débito cardíaco, e a diurese isolada pode reduzir ainda mais o volume circulante efetivo, agravando a hipoperfusão sistêmica e a instabilidade hemodinâmica.</p> <p>c) Correta - O quadro caracteriza insuficiência cardíaca aguda descompensada com congestão e hipoperfusão (perfil frio e úmido). Nessa situação, a prioridade terapêutica é aumentar o débito cardíaco por meio de inotrópicos intravenosos, como dobutamina, restaurando a perfusão tecidual. A suspensão temporária do betabloqueador é indicada devido ao seu efeito inotrópico negativo durante a fase de instabilidade hemodinâmica.</p> <p>d) Incorreta - Embora a ventilação não invasiva possa auxiliar na melhora da dispneia e da oxigenação, ela não corrige o principal problema fisiopatológico do caso, que é o baixo débito cardíaco. Além disso, o uso precoce de diuréticos permanece inadequado na presença de hipotensão, e agentes cronotrópicos não constituem terapia de primeira linha na insuficiência cardíaca aguda com choque iminente, cujo tratamento prioritário é o suporte inotrópico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. <i>Eur Heart J.</i> 2021;42(36):3599-3726. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure. <i>Circulation.</i> 2022;145(18): e895-e1032.</p>
80	C	<p>a) Incorreta - Pois o HBsAg: Indica infecção ativa.</p> <p>b) Incorreta - Pois o Anti- HbC IgM: Indica infecção aguda; pode permanecer positivo por até oito meses após a infecção.</p> <p>c) Correta - Sugere recuperação ou imunização. Pag 32</p> <p>d) Incorreta - Pois HBsAg: Indica infecção ativa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Neto. DBC, Gonzalez,MP. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.</p>
81	C	<p>A combinação de história familiar de primeiro grau com diagnóstico antes dos 60 anos, PSA significativamente elevado e toque retal suspeito configura alta probabilidade pré-teste para neoplasia prostática clinicamente relevante. Na APS, a conduta apropriada é organizar o cuidado com encaminhamento prioritário à urologia para confirmação diagnóstica, usualmente por biópsia dirigida/assistida. As alternativas A e D reduzem a acurácia do fluxo assistencial ao postergar avaliação especializada e não respondem ao achado de toque retal suspeito. A alternativa B pressupõe prostatite sem elementos clínicos e adia indevidamente a investigação de um caso de alto risco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barroso-Sousa R, Fernandes G. Oncologia: princípios e prática clínica. Barueri: Manole; 2023. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
82	D	<p>a) Incorreta - A alteplase é um fibrinolítico indicado no IAM com supra quando a angioplastia não está disponível em tempo adequado. Contudo, está absolutamente contraindicada em pacientes com história de AVC isquêmico recente (< 3 meses), devido ao risco elevado de sangramento intracraniano.</p> <p>b) Incorreta - A anticoagulação associada à antiagregação plaquetária faz parte do tratamento do IAM com supra, porém não substitui a terapia de reperfusão, que é essencial nas primeiras horas do evento para reduzir mortalidade e preservar função miocárdica.</p> <p>c) Incorreta - A tenecteplase, assim como a alteplase, é um agente fibrinolítico. Portanto, também está contraindicada nesta paciente devido ao antecedente recente de AVC isquêmico, não sendo uma alternativa segura.</p> <p>d) Correta - A paciente apresenta infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com supra), com indicação de reperfusão imediata. Entretanto, há contraindicação absoluta à trombólise, devido a antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico há menos de 3 meses, pelo alto risco de hemorragia intracraniana. Nessa situação, a angioplastia primária é a única estratégia segura de reperfusão, devendo ser realizada mesmo que o tempo até o procedimento ultrapasse o intervalo ideal, com transferência imediata para centro com hemodinâmica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. <i>Eur Heart J.</i> 2023;44(38):3720–3826. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. <i>Circulation.</i> 2022;145(18):e895–e1032. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Síndromes Coronarianas Agudas. <i>Arq Bras Cardiol.</i> 2021;117(1 Suppl 1):1–181.</p>
83	B	<p>a) Incorreta - O rastreamento conforme protocolo populacional não é suficiente em pacientes com suspeita de risco hereditário aumentado.</p> <p>b) Correta - A presença de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos associada a câncer de ovário em familiar materno sugere risco aumentado para síndrome hereditária, como mutações em BRCA1/BRCA2. Nesses casos, a conduta inicial é realizar avaliação estruturada do risco familiar e encaminhar para aconselhamento genético, o que orientará estratégias de rastreamento e prevenção individualizadas.</p> <p>c) Incorreta - A ultrassonografia não é método de rastreamento isolado e não substitui a avaliação adequada do risco em pacientes com história familiar sugestiva.</p> <p>d) Incorreta - A antecipação do rastreamento apenas com base na idade ou história familiar isolada não substitui a avaliação estruturada do risco hereditário, que deve orientar a conduta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2024. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 25 de novembro de 2024. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Brasília: MS; 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
84	A	<p>a) Correta - O paciente apresenta $CHA_2DS_2-VASc = 3$ (idade ≥ 65 anos, hipertensão e insuficiência cardíaca), configurando alto risco tromboembólico e indicação clara de anticoagulação oral. As diretrizes recomendam preferencialmente anticoagulantes orais diretos, além de educação para adesão e acompanhamento longitudinal coordenado pela atenção primária, com apoio especializado quando necessário.</p> <p>b) Incorreta - A antiagregação plaquetária isolada não é eficaz para prevenção de eventos tromboembólicos em pacientes com fibrilação atrial e risco tromboembólico elevado. O controle da frequência cardíaca não substitui a anticoagulação.</p> <p>c) Incorreta - A indicação de anticoagulação baseia-se no risco tromboembólico avaliado pelo CHA_2DS_2-VASc, independentemente da frequência ventricular ou da presença de sintomas. A ausência de resposta ventricular rápida não reduz o risco de eventos tromboembólicos.</p> <p>d) Incorreta - A anticoagulação pode e deve ser iniciada na atenção primária quando indicada, sem necessidade de aguardar avaliação terciária, especialmente em pacientes estáveis e com função renal preservada. O adiamento expõe o paciente a risco evitável de eventos tromboembólicos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do paciente com fibrilação atrial. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. HINDRICKS, G. et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. <i>European Heart Journal</i>, v. 42, n. 5, p. 373–498, 2021. JANUARY, C. T. et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS guideline for the management of atrial fibrillation. <i>Circulation</i>, v. 148, n. 16, p. e1–e125, 2023.</p>
85	B	<p>a) Incorreta - Posterga ações e padroniza retorno anual, o que reduz a capacidade de prevenção de eventos evitáveis.</p> <p>b) Correta. Operacionaliza a gestão do cuidado em DPOC na APS ao integrar gravidade sintomática e ocorrência de exacerbações/internações para estratificar risco, definir periodicidade de seguimento e acionar intervenções efetivas (cessação do tabagismo, vacinação, otimização de broncodilatadores), além de estabelecer critérios de referência/contrarreferência (p.ex., hipoxemia e exacerbações frequentes).</p> <p>c) Incorreta - Incorre em reducionismo ao usar apenas VEF1 para estratificação, desconsiderando que sintomas e exacerbações orientam priorização, monitoramento e encaminhamento.</p> <p>d) Incorreta - Propõe antibiótico profilaxia contínua de rotina e priorização por tabagismo isolado, com risco de iatrogenia e baixa capacidade de monitoramento por indicadores.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, orgs. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2024 Report. Fontana (WI): GOLD; 2024.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
86	B	<p>a) Incorreta - A tristeza puerperal (“baby blues”) geralmente ocorre nos primeiros dias após o parto e resolve-se espontaneamente em até duas semanas. Neste caso, os sintomas persistem há quatro semanas e apresentam impacto funcional significativo, o que sugere depressão pós-parto ou risco elevado para esse transtorno. Portanto, limitar-se a orientação e seguimento de rotina pode atrasar o diagnóstico e a intervenção adequada.</p> <p>b) Correta - A paciente apresenta sintomas persistentes de humor deprimido, anedonia, irritabilidade e prejuízo funcional quatro semanas após o parto, o que ultrapassa o período típico de tristeza puerperal (“baby blues”), geralmente limitado às primeiras duas semanas. Na Atenção Primária, a conduta inicial recomendada é realizar rastreamento estruturado com instrumento validado, como a Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS), avaliar gravidade e risco (incluindo ideação suicida) e organizar seguimento clínico precoce, além de fortalecer a rede de apoio familiar e social. Essa abordagem permite estratificar o risco e definir necessidade de intervenções adicionais ou encaminhamento para saúde mental.</p> <p>c) Incorreta - Embora antidepressivos possam ser indicados em casos moderados a graves de depressão pós-parto, a conduta inicial na Atenção Primária deve incluir avaliação estruturada da gravidade por meio de instrumentos validados e estratificação do risco clínico. Iniciar tratamento farmacológico e encaminhar diretamente para serviços especializados sem essa avaliação inicial pode resultar em medicalização precoce e fragmentação do cuidado, especialmente em casos leves ou moderados que podem ser inicialmente manejados na própria APS com suporte psicossocial e acompanhamento próximo.</p> <p>d) Incorreta - Apesar de o manejo da amamentação ser importante no cuidado puerperal, os sintomas relatados indicam necessidade de avaliação imediata da saúde mental. Postergar essa avaliação pode retardar o diagnóstico e aumentar o risco de agravamento do quadro, além de impactar negativamente a relação mãe-bebê e o cuidado com o recém-nascido.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Zugaib M. Zugaib Obstetrícia: Princípios, formação e prática. 5. ed. Barueri: Manole; 2023. Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, et al. Rotinas em Obstetrícia (Rotinas). Porto Alegre: Grupo A; 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
87	A	<p>a) Correta - O paciente apresenta choque séptico secundário a peritonite difusa por perfuração colônica, evidenciado por instabilidade hemodinâmica, hiperlactatemia e pneumoperitônio com líquido livre difuso na TC. A fisiopatologia envolve contaminação fecal da cavidade abdominal, intensa resposta inflamatória sistêmica e disfunção orgânica. Nessa situação, há peritonite generalizada (Hinchey III/IV), sendo mandatória a intervenção cirúrgica imediata para controle do foco, com laparotomia (ou abordagem cirúrgica equivalente conforme estabilidade), lavagem peritoneal e ressecção do segmento acometido. Drenagem percutânea é indicada apenas para abscessos localizados e encapsulados, o que não está presente neste caso.</p> <p>b) Incorreta - A drenagem percutânea guiada por imagem é indicada em abscessos diverticulares localizados (Hinchey Ib/II). O caso descreve pneumoperitônio e líquido livre difuso, associados a choque séptico. Nessas condições, a drenagem isolada não promove controle adequado do foco infeccioso, sendo necessária abordagem cirúrgica com ressecção do segmento acometido.</p> <p>c) Incorreta - A diverticulectomia não remove o segmento colônico doente, pois a diverticulite complicada envolve inflamação transmural e doença diverticular difusa. Além disso, a realização de anastomose primária em paciente com instabilidade hemodinâmica e disfunção orgânica aumenta o risco de deiscência. Não é conduta indicada em peritonite fecal com choque séptico.</p> <p>d) Incorreta - A lavagem laparoscópica isolada pode ser considerada em peritonite purulenta selecionada (Hinchey III) e pacientes estáveis. No entanto, não é recomendada em peritonite fecal com instabilidade hemodinâmica. A técnica não remove o segmento perfurado, mantendo o foco séptico ativo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRUNICARDI, F. C. et al. Schwartz: Princípios de Cirurgia. 11. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. TOWNSEND, C. M. et al. Sabiston: Tratado de Cirurgia. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. SARTELLI, M. et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis. World Journal of Emergency Surgery, v. 15, 2020. EVANS, L. et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Intensive Care Medicine, v. 47, p. 1181–1247, 2021.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
88	A	<p>a) Correta - é a correta porque o paciente apresenta boa capacidade funcional (≥ 4 METs), hipertensão arterial bem controlada, ausência de sintomas cardiovasculares e será submetido a cirurgia de risco intermediário. De acordo com as diretrizes atuais de avaliação cardiovascular perioperatória, não há indicação de exames cardiológicos adicionais de rotina nesse contexto, pois eles não modificariam a conduta nem reduziriam o risco perioperatório. A decisão baseia-se na aplicação do raciocínio clínico, com análise integrada da história clínica, capacidade funcional e risco cirúrgico.</p> <p>b) Incorreta - O ecocardiograma transtorácico não é indicado de forma rotineira em pacientes hipertensos assintomáticos, sem sinais de cardiopatia estrutural ou insuficiência cardíaca, pois não agrega valor à estratificação de risco nesse cenário.</p> <p>c) Incorreta - O teste ergométrico é recomendado principalmente para pacientes com baixa capacidade funcional e risco intermediário ou alto quando o resultado pode alterar a conduta, o que não se aplica a este caso.</p> <p>d) Incorreta - O encaminhamento cardiológico sistemático, na ausência de critérios clínicos de alto risco ou instabilidade cardiovascular, tende a atrasar o tratamento cirúrgico sem benefício comprovado para a segurança perioperatória.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUALANDRO, Danielle Menosi et al. Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 9, e20240590, 2024. TOWNSEND, Courtney M. et al. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.</p>
89	A	<p>a) Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão 2025 (SBC): Emergência hipertensiva é definida por: PA $\geq 180/120$ mmHg; Presença de lesão aguda de órgão-alvo. Neste caso há: Edema agudo de pulmão; Encefalopatia hipertensiva (confusão); Retinopatia hipertensiva grau III/IV; provável lesão renal aguda. A conduta recomendada é: Internação em ambiente monitorizado; Anti-hipertensivo intravenoso titulável (ex.: nitroglicerina, nitroprussiato, nicardipina, conforme cenário clínico); Redução inicial de 20–25% da PAM na primeira hora; evitar normalização abrupta. Essa estratégia reduz risco de hipoperfusão cerebral, coronariana e renal. Redução rápida para níveis normais aumenta risco de: Isquemia cerebral; Insuficiência renal aguda; Eventos coronarianos.</p> <p>b) Incorreta - Não é recomendada normalização imediata da PA.</p> <p>c) Incorreta - Diurético oral não é conduta adequada para emergência hipertensiva com lesão de órgão-alvo. A via intravenosa titulável é mandatória.</p> <p>d) Incorreta - Oxigenoterapia é medida de suporte importante, mas não substitui o controle pressórico imediato e controlado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – Atualização 2024/2025. Arq Bras Cardiol. 2025.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
90	D	<p>a) Incorreta - A classificação como baixo risco é inadequada, pois o valor do FIB-4 não está na faixa de exclusão de fibrose avançada. Essa conduta pode levar à subestimação da doença e atraso no diagnóstico.</p> <p>b) Incorreta - O escore FIB-4 isoladamente não permite diagnóstico de cirrose nem indicação de transplante hepático. O diagnóstico de cirrose requer avaliação adicional, clínica e/ou por métodos de imagem ou biópsia.</p> <p>c) Incorreta - A elevação persistente de transaminases em paciente com fatores de risco metabólicos deve ser valorizada, pois pode indicar doença hepática progressiva. Descartar a doença apenas pela intensidade das alterações é inadequado.</p> <p>d) Correta - A doença hepática associada à disfunção metabólica apresenta espectro que varia de esteatose simples até fibrose avançada e cirrose. A progressão está relacionada à inflamação hepática e ao desenvolvimento de fibrose. O escore FIB-4 é uma ferramenta não invasiva amplamente utilizada para estratificação de risco de fibrose avançada. Valores intermediários (como 2,1 neste caso) não permitem excluir nem confirmar fibrose significativa, sendo indicada a realização de exames adicionais, como elastografia hepática, para melhor avaliação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Hepatologia. Doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica: diretrizes clínicas. 2022. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado das doenças crônicas no SUS. Brasília: MS; atualizações recentes. Rinella ME, et al. AASLD Practice Guidance on NAFLD. Hepatology. 2023. European Association for the Study of the Liver (EASL). Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests. 2021.</p>
91	D	<p>a) Incorreta - O uso de inibidores de SGLT2 não está indicado para prevenção cardiovascular primária em pacientes sem diabetes estabelecido ou insuficiência cardíaca.</p> <p>b) Incorreta - A associação de ezetimiba é indicada quando metas de LDL não são atingidas, não sendo a principal medida neste contexto.</p> <p>c) Incorreta - A intensificação da estatina pode ser considerada em alguns cenários, mas não representa a intervenção prioritária frente aos fatores comportamentais presentes.</p> <p>d) Correta - O paciente apresenta múltiplos fatores de risco modificáveis (sedentarismo, obesidade, pré-diabetes). A intervenção com maior impacto inicial na redução do risco cardiovascular global é a modificação do estilo de vida, com prática regular de atividade física e perda de peso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: McDONAGH, Theresa A. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease prevention. European Heart Journal, Oxford, v. 44, n. 38, p. 3627-3726, 2023. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 123, n. 1, supl. 2, p. 1-87, 2023. HEERS PINKEL, Anna et al. Sodium–glucose cotransporter 2 inhibitors in cardiovascular prevention. Circulation, Dallas, v. 147, n. 10, p. 772-785, 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
92	A	<p>a) Correta - Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são o tratamento farmacológico de primeira linha para transtorno de ansiedade generalizada. Eles atuam bloqueando a recaptação de serotonina no neurônio pré-sináptico, aumentando sua concentração na fenda sináptica.</p> <p>b) Incorreta - Esse mecanismo corresponde aos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (SNRIs). Embora possam ser utilizados no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, não representam o mecanismo clássico da principal classe utilizada como primeira linha.</p> <p>c) Incorreta - Esse perfil farmacológico corresponde aos antidepressivos tricíclicos, que apresentam maior risco de efeitos adversos e não são considerados primeira linha no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada.</p> <p>d) Incorreta - Esse é o mecanismo dos benzodiazepínicos, que potencializam a ação do GABA. Apesar de poderem ser utilizados para alívio sintomático em curto prazo, não são considerados tratamento farmacológico de primeira linha.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Papola D, Miguel C, Mazzaglia M, et al. Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. <i>JAMA Psychiatry</i>. 2024; 81(3):250–259.</p> <p>Baldaçara L, Paschoal AB, Pinto AF, et al. Brazilian Psychiatric Association treatment guidelines for generalized anxiety disorder: perspectives on pharmacological and psychotherapeutic approaches. <i>Braz J Psychiatry</i>. 2024; 46:e20233235.</p> <p>American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: texto revisado. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1082 p.</p>
93	D	<p>a) Incorreta - Melhorar o controle glicêmico é necessário (HbA1c 9,2%), mas não é a intervenção que mais reduz a progressão renal imediatamente diante de albuminúria severamente aumentada e HAS. O benefício renal mais consistente aqui vem de controle pressórico com bloqueio do SRAA (e, hoje, também de iSGLT2, que não está entre as opções).</p> <p>b) Incorreta - Também visa reduzir glicemia, mas não tem efeito nefroprotetor específico e, com eTFG 48, aumenta preocupação com hipoglicemia (dependendo do agente). Não é medida prioritária para desacelerar a progressão da doença renal diabética.</p> <p>c) Incorreta - Pode ajudar a baixar a PA, mas não reduz albuminúria e não oferece a mesma nefroproteção que IECA/BRA em paciente com albuminúria significativa. Pode ser adjuvante para meta pressórica, porém não é a intervenção mais impactante na progressão da nefropatia diabética neste cenário.</p> <p>d) Correta - Reduz a pressão intraglomerular (efeito predominante na arteríola eferente), diminui albuminúria e retarda a progressão da DRC em paciente com DM e albuminúria importante. É peça central do manejo da doença renal diabética, além de tratar a hipertensão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. <i>Harrison's principles of internal medicine</i>. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. (Seção: Diabetes mellitus; complicações microvasculares/nefropatia diabética).</p> <p>Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int</i>. 2024;105(Suppl):S1-S150.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
94	D	<p>a) Incorreta - A realização de toracocenteses seriadas para alívio sintomático pode parecer uma estratégia razoável por ser menos invasiva, porém não constitui a melhor abordagem para o derrame pleural maligno recorrente em pacientes com boa expectativa de vida. Esse método está associado à rápida reconstituição do líquido pleural, exigindo múltiplos procedimentos ao longo do tempo, o que aumenta o risco cumulativo de complicações, como pneumotórax, infecção e dor, além de demandar repetidas idas ao serviço de saúde. Assim, trata-se de medida apenas paliativa e transitória, indicada sobretudo em pacientes com sobrevida muito limitada ou sem condições clínicas para intervenções definitivas, o que não corresponde ao caso apresentado.</p> <p>b) Incorreta - O tratamento oncológico é fundamental no controle da doença de base, porém não substitui o manejo local do derrame pleural quando este já se manifesta de forma sintomática e recorrente. A resposta tumoral ao tratamento sistêmico é imprevisível e geralmente lenta para promover resolução do derrame, mantendo o paciente sintomático por período prolongado. A ausência de intervenção pleural específica pode resultar em piora funcional, limitação respiratória e redução da qualidade de vida. Dessa forma, o controle do derrame e o tratamento do câncer devem ser conduzidos de maneira complementar, e não excludente.</p> <p>c) Incorreta - A conduta expectante após a toracocentese inicial não é apropriada no derrame pleural maligno já documentado como recorrente. Diferentemente de derrames benignos, o derrame de origem neoplásica reflete comprometimento pleural persistente e apresenta elevada probabilidade de reacúmulo, como já demonstrado na evolução clínica do caso. A simples observação não modifica a fisiopatologia subjacente e expõe o paciente à rápida reprogressão dos sintomas respiratórios, retardando a instituição de uma medida efetiva de controle. Portanto, diante de recorrência precoce e sintomatologia significativa, está indicada intervenção definitiva.</p> <p>d) Correta - Pois a drenagem pleural seguida de pleurodese química com talco representa a conduta mais adequada diante de derrame pleural maligno sintomático e recorrente em paciente com bom estado funcional, expectativa de vida superior a alguns meses e pulmão passível de reexpansão. A pleurodese promove a aderência entre as pleuras visceral e parietal, impedindo o reacúmulo de líquido e proporcionando controle duradouro da dispneia, com impacto positivo na qualidade de vida e redução da necessidade de novos procedimentos. Trata-se de estratégia consolidada, amplamente disponível e recomendada por diretrizes internacionais e pela prática clínica brasileira, especialmente em contextos em que o uso de cateter pleural de longa permanência não é rotina assistencial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Gonnelli F, Hassan W, Bonifazi M, Pinelli V, Bedawi EO, Porcel JM, et al. Malignant pleural effusion: current understanding and therapeutic approach. <i>Respir Res.</i> 2024; 25:47. doi:10.1186/s12931-024-02684-7.</p> <p>Pearce C, Crapnell A, Bedawi EO, Rahman NM, Corcoran JP. Pleural infection: diagnosis, management, and future directions. <i>J Clin Med.</i> 2025;14(5):1685. doi:10.3390/jcm14051685.</p> <p>Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. <i>Harrison's Principles of Internal Medicine.</i> 21st ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. Chapter: Pleural Effusion and Disorders of the Pleura.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
95	A	<p>a) Correta - O predomínio crural da hemiparesia indica comprometimento da representação do membro inferior no córtex motor primário, localizada na face medial do lobo frontal (lóbulos paracentrais), irrigada pela artéria cerebral anterior. A lateralização do déficit (direita) indica lesão no hemisfério esquerdo. A presença de crise convulsiva focal reforça a origem cortical da lesão.</p> <p>b) Incorreta - A região lateral do lobo frontal contém a representação motora de face e membro superior no homúnculo motor. Não explica adequadamente o predomínio de déficit no membro inferior, tornando-se menos compatível com o quadro clínico.</p> <p>c) Incorreta - A região medial do lobo parietal está mais relacionada à sensibilidade somatossensorial do membro inferior, podendo justificar hipoestesia, mas não é a principal área responsável por déficit motor focal. Não explica de forma adequada a hemiparesia com predomínio crural.</p> <p>d) Incorreta - A região lateral do lobo parietal corresponde à representação somatossensorial de face e membro superior. Assim como a alternativa anterior, não justifica o predomínio motor no membro inferior.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Adams and Victor's principles of neurology. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2023.</p> <p>Blumenfeld H. Neuroanatomy through clinical cases. 3rd ed. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 2021.</p> <p>Campbell WW, Barohn RJ. DeJong's the neurologic examination. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.</p> <p>Rowland LP, Pedley TA. Merritt's neurology. 14th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.</p> <p>Kandel ER, Koester JD, Mack SH, Siegelbaum SA. Principles of neural science. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2021.</p> <p>Greenberg MS. Handbook of neurosurgery. 10th ed. New York: Thieme; 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
96	A	<p>a) Correta - O paciente apresenta múltiplos fatores de risco cardiovascular e provável risco global elevado. O manejo adequado na APS exige abordagem integrada e simultânea: estratificação formal do risco, otimização farmacológica quando indicada, intervenções estruturadas para cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool, promoção de mudanças no estilo de vida e acompanhamento longitudinal. Essa conduta está alinhada aos princípios de integralidade e coordenação do cuidado.</p> <p>b) Incorreta - Escores positivos no CAGE e no Fagerström indicam necessidade de intervenção, mas não justificam encaminhamento exclusivo ou suspensão das intervenções clínicas. A priorização isolada da dependência química fragmenta o cuidado e negligência o risco cardiovascular elevado, que deve ser abordado de forma concomitante na APS.</p> <p>c) Incorreta - Embora haja indicação de intensificação do tratamento farmacológico, priorizar exclusivamente medidas medicamentosas desconsidera o impacto dos fatores comportamentais no risco cardiovascular. A abordagem deve ser combinada e simultânea, especialmente em pacientes com baixa adesão.</p> <p>d) Incorreta - Ações comunitárias de promoção da saúde são importantes, porém complementares ao cuidado clínico individual. Postergar intervenções clínicas sob o argumento de baixa efetividade em usuários de álcool e tabaco contraria as evidências e compromete o manejo do risco cardiovascular já estabelecido.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União; 04 Nov 2021. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2022. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.</p>
97	A	<p>a) Correta - Na suspeita de pneumonia adquirida na comunidade, a radiografia de tórax é o exame inicial para confirmação diagnóstica.</p> <p>b) Incorreta - A tomografia pode ser útil em casos selecionados, mas não constitui exame inicial de rotina.</p> <p>c) Incorreta - A broncoscopia é exame invasivo, reservado para casos específicos, como falha terapêutica ou suspeita de etiologias incomuns.</p> <p>d) Incorreta - A ultrassonografia pode auxiliar na avaliação pleural, mas não substitui a radiografia como exame inicial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Corrêa RA, Costa AN, Lundgren F, Michelin L, Figueiredo MR, Holanda M, Gomes M, Teixeira PJZ, Martins R, Silva R, Athanasio RA, Silva RM, Pereira MC. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-424. DOI: 10.1590/S1806-37562018000000130. 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. E-book. p.1307. ISBN 9788582715369. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Pneumonia Adquirida na Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
98	B	<p>a) Incorreta - Cobertura de 55% é insuficiente para impactar significativamente a mortalidade populacional, estando abaixo das metas recomendadas para controle da doença.</p> <p>b) Correta - A razão mortalidade/incidência reflete a efetividade do controle da doença. Valores elevados sugerem falhas no rastreamento, diagnóstico precoce e/ou tratamento oportuno.</p> <p>c) Incorreta - Embora o teste de HPV esteja sendo incorporado como método primário de rastreamento no Brasil, a priorização de sua implementação depende da organização da rede de atenção. Em cenários com baixa cobertura e indicadores desfavoráveis, como o apresentado, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do rastreamento são prioritárias.</p> <p>d) Incorreta - A mortalidade elevada não pode ser atribuída isoladamente à adesão ao tratamento, devendo ser analisada em conjunto com falhas no rastreamento e no diagnóstico precoce.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Lancet Reg Health Am. 2024; 29:100664. Cervical cancer screening coverage in the Americas region: a synthetic analysis.</p> <p>Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(1):3-5. Call to Eliminate Cervical Cancer in the Next Decade with a Focus on Brazil.</p> <p>PLoS One. 2021;16(5): e0251661. Is the HPV-test more cost-effective than cytology in cervical cancer screening? An economic analysis from a middle-income country.</p> <p>World Health Organization. Global strategy to eliminate cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção ao Câncer. Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
99	B	<p>a) Incorreta - pois a presença de movimentos tônico-clônicos durante o evento não é exclusiva das crises epiléticas. Movimentos convulsivos breves podem ocorrer durante episódios de síncope, fenômeno conhecido como síncope convulsiva, resultante da hipoxia cerebral transitória. Dessa forma, esse achado isolado não permite a distinção segura entre as duas condições.</p> <p>b) Correta - destaca a recuperação rápida e sem período pós-ictal prolongado, é correta, pois constitui um dos critérios clínicos mais consistentes para diferenciar a síncope das crises epiléticas. A síncope vasovagal decorre de hipoperfusão cerebral global transitória e caracteriza-se por perda breve da consciência, seguida de recuperação rápida, completa e sem confusão mental prolongada. Em contraste, crises epiléticas tônico-clônicas generalizadas costumam cursar com período pós-ictal marcado por desorientação, sonolência ou cefaleia, que pode persistir por minutos ou horas. Assim, a ausência desse período confusional prolongado favorece fortemente o diagnóstico de síncope.</p> <p>c) Incorreta - embora plausível, não é a mais específica. Pródromos autonômicos como sudorese, tontura e escurecimento visual são típicos da síncope vasovagal, porém podem não estar presentes em todos os casos ou podem ser relatados de forma inespecífica. Comparativamente, a recuperação rápida sem período pós-ictal permanece como um critério clínico mais robusto e discriminativo na prática médica.</p> <p>d) Incorreta - pois o exame neurológico interictal pode ser normal tanto em pacientes com epilepsia quanto naqueles que apresentam síncope. Assim, esse achado não contribui de forma significativa para a diferenciação entre as duas entidades clínicas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sheldon R, Benditt DG, Sutton R, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883–1948. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 2017;58(4):522–530. Chen L, et al. Convulsive syncope: clinical features distinguishing it from epilepsy. Neurology. 2015;85(6):490–496. UpToDate. Evaluation of transient loss of consciousness in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc.</p>
100	D	<p>a) Incorreta - Analgésicos orais e manejo ambulatorial são inadequados diante de dor intensa refratária, não garantindo controle eficaz da dor nem vigilância para complicações agudas.</p> <p>b) Incorreta - AINE em monoterapia é insuficiente para crises álgicas moderadas a graves e não aborda adequadamente a fisiopatologia da vaso-oclusão, além de a alta precoce expor o paciente a risco de recorrência e complicações.</p> <p>c) Incorreta - A transfusão não é indicada na crise álgica isolada e deve ser reservada para situações específicas, como síndrome torácica aguda, AVC ou anemia grave sintomática.</p> <p>d) Correta - A crise álgica falciforme decorre de vaso-oclusão microvascular. O manejo inicial adequado inclui analgesia eficaz (preferencialmente opioide IV), hidratação venosa, observação clínica e monitorização, com vigilância para complicações agudas (ex.: síndrome torácica aguda).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hajjar LA, et al., editors. Medicina de emergência: abordagem prática. 18th ed. rev. and updated. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2024. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison: medicina interna. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH/McGraw-Hill Education; 2022.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
101	B	<p>a) Incorreta - pois a presença de fratura prévia por fragilidade, independentemente do resultado densitométrico, caracteriza alto risco de nova fratura e indica tratamento farmacológico específico. A suplementação isolada de cálcio e vitamina D é medida adjuvante, mas não suficiente como estratégia terapêutica principal nesse contexto.</p> <p>b) Correta - pois a paciente apresenta critérios clínicos compatíveis com osteoporose e alto risco de fratura por fragilidade, incluindo fratura vertebral após queda da própria altura, idade avançada, baixo IMC, redução de força muscular e alterações funcionais associadas ao risco de quedas. Nessa situação, as diretrizes recomendam tratamento farmacológico com bisfosfonato oral, associado à suplementação adequada de cálcio e vitamina D, além de acompanhamento clínico e densitométrico periódico para avaliação de resposta terapêutica e adesão.</p> <p>c) Incorreta - uma vez que a terapia hormonal sistêmica não é recomendada como tratamento de primeira linha para osteoporose em mulheres idosas, especialmente décadas após a menopausa, devido ao aumento do risco cardiovascular, tromboembólico e neoplásico. Seu uso deve ser restrito a situações selecionadas e individualizadas.</p> <p>d) Incorreta - pois os achados não são compatíveis com envelhecimento fisiológico isolado. A história de fratura por fragilidade e os sinais funcionais de sarcopenia e instabilidade postural demandam intervenção terapêutica imediata, e a simples observação com repetição tardia da densitometria expõe a paciente a risco aumentado de novas fraturas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Osteoporose — Ministério da Saúde / CONITEC.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose – PCDT. Atualizado em 29 jan 2026. Brasília: Ministério da Saúde; 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/o/osteoporose/view</p> <p>Pedro AO, Plapler PG, Szejnfeld VL, organizadores. Manual Brasileiro de Osteoporose: orientações práticas para os profissionais de saúde. 1ª ed. São Paulo: Editora Clannad; 2021. ISBN 978-65-89832-00-3.</p> <p>Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) / Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO).</p> <p>Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM); Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO). Diretrizes brasileiras sobre estratificação de risco e manejo da osteoporose e eventos adversos de medicamentos orais para osteoporose. São Paulo: SBEM/ABRASSO; 2025. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/diretrizes</p>
102	C	<p>a) Incorreta - Não há sinais de infecção ocular.</p> <p>b) Incorreta - Estrabismo isolado não explica leucocoria.</p> <p>c) Correta - Leucocoria associada a estrabismo é sinal clássico de retinoblastoma, uma neoplasia intraocular potencialmente grave.</p> <p>d) Incorreta - Não há sinais inflamatórios.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Retinoblastoma: diagnóstico precoce previne cegueira infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). Saúde alerta sobre a importância do diagnóstico precoce do retinoblastoma. Brasília: Ministério da Saúde.</p> <p>Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (SBOP). Leucocoria/ alteração do reflexo vermelho/ teste do olhinho. São Paulo: SBOP; 2023.</p> <p>Kliegman RM, St Geme JW. Nelson Textbook of Pediatrics. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.</p> <p>American Academy of Pediatrics. Screening children at risk for retinoblastoma: consensus report. Pediatrics. 2018 Jan;141(1): e20172861.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>National Cancer Institute (NCI). Retinoblastoma treatment (PDQ®) – health professional version. Bethesda (MD): NCI; 2025 Apr 03.</p> <p>Observação:</p> <p>a) Contrária diretrizes do Ministério da Saúde (2022, 2024) e da SBOP (2023), que apontam leucocoria como sinal de alerta imediato.</p> <p>Não há evidência de processo infeccioso; referências (SBOP, 2023; Nelson, 2024) reforçam que leucocoria não é manifestação de infecção.</p> <p>Correta, sustentada por Ministério da Saúde (2022, 2024), Nelson (2024), AAP (2018) e NCI (2025).</p> <p>Inadequada, pois não contribui para diagnóstico de retinoblastoma; prioridade é avaliação especializada (MS, 2024; NCI, 2025).</p>
103	B	<p>a) Incorreta - O CAGE é instrumento breve de rastreamento, útil para suspeita de dependência estabelecida, porém apresenta menor sensibilidade para identificar uso de risco e não permite estratificação da gravidade nem definição estruturada do plano terapêutico</p> <p>b) Correta - O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é instrumento validado para uso na Atenção Primária, recomendado pela Organização Mundial da Saúde para triagem, identificação de uso de risco, uso nocivo e provável dependência. Permite estratificação por escore e direciona condutas como intervenção breve, tratamento farmacológico ou encaminhamento para atenção especializada.</p> <p>c) Incorreta - A CIWA-Ar é escala destinada à avaliação da gravidade da síndrome de abstinência alcoólica, principalmente em contexto hospitalar. Não se destina à triagem diagnóstica ou à estratificação inicial do transtorno por uso de álcool.</p> <p>d) Incorreta - Os critérios do DSM-5-TR permitem diagnóstico formal e classificação da gravidade com base no número de critérios preenchidos. Contudo, não constituem instrumento padronizado de rastreamento estruturado para aplicação rotineira na Atenção Primária. Para triagem e definição inicial de conduta, instrumentos validados como o AUDIT são recomendados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS: utilização do álcool como problema de saúde pública e definição de dose-padrão de bebida alcoólica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/analise-de-situacao-de-saude/notas-tecnicas/nota-tecnica-conjunta-no-263-2024-svsa-saps-saes-ms.pdf.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado: transtornos por uso de álcool no adulto; planejamento terapêutico e vigilância em saúde. Portal Linhas de Cuidado, Ministério da Saúde, 2023–2025. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
104	B	<p>a) Incorreta: O quadro clínico e laboratorial é típico de anemia ferropriva, com ferritina baixa e ausência de citopenias associadas. O mielograma é exame invasivo e reservado para anemias de causa indeterminada ou com suspeita de doença medular, o que não se aplica a este caso.</p> <p>b) Correta: O paciente apresenta anemia ferropriva confirmada (ferritina muito baixa, saturação de transferrina reduzida e PCR normal). Em homens adultos, a anemia ferropriva é considerada secundária até prova em contrário, sendo mandatária a investigação de perdas sanguíneas crônicas do trato gastrointestinal, mesmo na ausência de sintomas. Além disso, o uso crônico de inibidor da bomba de prótons pode comprometer a absorção do ferro oral, favorecendo falha terapêutica. Nessas condições, a reposição intravenosa de ferro é apropriada. A monitorização da resposta deve incluir: aumento da hemoglobina em cerca de 1–2 g/dL; reposição mantida até normalização da hemoglobina e repleção dos estoques. Essa conduta integra diagnóstico, tratamento, investigação etiológica e monitoramento, conforme diretrizes atuais.</p> <p>c) Incorreta: Adiar a investigação etiológica em um homem com anemia ferropriva pode retardar o diagnóstico de doenças potencialmente graves, como neoplasias gastrointestinais. Além disso, a monitorização inicial da resposta terapêutica deve priorizar a elevação da hemoglobina, e não apenas a ferritina, especialmente nas primeiras semanas de tratamento.</p> <p>d) Incorreta: O paciente está clinicamente estável, sem sinais de hipóxia grave ou instabilidade hemodinâmica. A transfusão de hemácias não é indicada como primeira linha em anemia ferropriva crônica estável e não substitui a reposição de ferro nem a investigação etiológica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill Education; 2023.</p> <p>Hoffbrand AV, Moss PAH. Essential haematology. 7th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2016.</p> <p>Camaschella C. Iron-deficiency anemia. N Engl J Med. 2015;372(19):1832–1843. doi:10.1056/NEJMra1401038.</p> <p>Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB; British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. Gut. 2021;70(11):2030–2051. doi:10.1136/gutjnl-2021-325210.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
105	B	<p>a) Incorreta - Esta alternativa é inadequada por propor a realização de citologia oncótica em faixa etária não contemplada pelas recomendações vigentes. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, o início do rastreamento citopatológico deve ocorrer apenas a partir dos 25 anos de idade, independentemente do início da vida sexual. Em adolescentes, a infecção pelo HPV apresenta elevada taxa de regressão espontânea, associada com baixo risco de progressão para câncer invasivo, de modo que o rastreamento precoce pode resultar em sobrediagnóstico e intervenções desnecessárias, contrariando os princípios da boa prática clínica.</p> <p>b) Correta - Esta alternativa está em consonância com os princípios da atenção integral à saúde do adolescente na Atenção Primária à Saúde, ao articular ações de promoção, prevenção e cuidado. A oferta de testagem para infecções sexualmente transmissíveis é recomendada para adolescentes sexualmente ativos, mesmo na ausência de sintomas, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. A atualização do esquema vacinal, com destaque para as vacinas contra HPV e hepatite B, integra as ações prioritárias do Programa Nacional de Imunizações. Ademais, o aconselhamento em saúde, fundamentado na prevenção combinada, em abordagem não julgadora e promotora de autonomia, constitui eixo central das políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, refletindo o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.</p> <p>c) Incorreta - Embora a oferta de métodos contraceptivos seja atribuição da Atenção Primária. A abordagem restringe-se à anticoncepção hormonal, sem contemplar a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Trata-se, portanto, de uma perspectiva biomédica reducionista, centrada exclusivamente na contracepção, em detrimento de uma abordagem integral da saúde sexual.</p> <p>d) Incorreta - A atualização vacinal é importante, mas a testagem para ISTs é prioritária em adolescente sexualmente ativa na primeira consulta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Atenção Básica. Brasília: MS; 2023.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs. Brasília: MS; 2023.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 2ª ed. Brasília: MS; 2022.</p> <p>Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2023.</p> <p>Programa Nacional de Imunizações – Calendário Nacional de Vacinação. MS, 2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
106	C	<p>a) Incorreta - A escala é corretamente identificada, porém a contagem dos critérios é insuficiente — reconhecem-se dois critérios quando a vinheta apresenta quatro. Perda de peso e fadiga são identificados, mas marcha lentificada e força de prensão palmar reduzida não são mapeados como critérios formais do fenótipo de Fried.</p> <p>b) Incorreta - Três critérios são identificados corretamente, porém a contagem é incompleta por não reconhecimento de um dos critérios presentes na vinheta. A aplicação do ponto de corte sobre contagem parcial resulta em classificação incorreta como pré-frágil em vez de frágil.</p> <p>c) Correta - Os quatro critérios presentes na vinheta são corretamente identificados e mapeados — perda de peso não intencional, fadiga autorreferida, lentificação da marcha e redução da força de prensão palmar. A aplicação adequada do ponto de corte do fenótipo de Fried (≥ 3 critérios = frágil) leva à conclusão de síndrome de fragilidade estabelecida.</p> <p>d) Incorreta - A avaliação funcional sistemática é desconsiderada, ancorando-se erroneamente na ausência de alterações laboratoriais ou de doença aguda para excluir fragilidade. Fragilidade é uma síndrome clínico-funcional e não laboratorial, portanto exames normais não a afastam.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. <i>Journal of Gerontology: Medical Sciences</i>. 2001;56(3):M146–M156.</p> <p>Moraes EN. <i>Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais</i>. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.</p> <p>Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). <i>Diretrizes Brasileiras de Fragilidade em Idosos</i>. São Paulo: SBGG; 2021.</p> <p>Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. <i>Geriatrics, Gerontology and Aging</i>. 2018;12(2):121–135.</p> <p>Ministério da Saúde (Brasil). <i>Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa</i>. Brasília: DAB/MS; 2006.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
107	B	<p>a) Incorreta - O adiamento da coleta para o período puerperal não é recomendado quando há indicação atual de rastreamento. A postergação pode comprometer a continuidade do cuidado e resultar em perda de oportunidade preventiva.</p> <p>b) Correta - A paciente encontra-se com rastreamento incompleto, pois realizou um exame citopatológico. A gestação constitui oportunidade para atualização do rastreamento, sendo indicada a coleta do exame na consulta atual, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.</p> <p>c) Incorreta - Não há recomendação para postergar a coleta para o segundo trimestre da gestação. A realização do exame citopatológico é segura durante a gestação e pode ser realizada em qualquer idade gestacional quando houver indicação.</p> <p>d) Incorreta - O intervalo trienal para o rastreamento do câncer do colo do útero está indicado apenas após dois exames citopatológicos anuais consecutivos com resultados normais. Como a paciente realizou apenas um exame na vida, não atende aos critérios para espaçamento de três anos, devendo regularizar o rastreamento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: Parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA; 2025. Relatório de Recomendação nº 977/2025.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2016.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, nº 32).</p>
108	B	<p>a) Incorreta: A suplementação rotineira de vitamina K não é indicada e pode desestabilizar o controle do INR.</p> <p>b) Correta: O <i>Ginkgo biloba</i> pode potencializar o efeito da varfarina e aumentar o risco de sangramento. A retirada do agente desencadeante associada à monitorização do INR permite ajuste seguro da anticoagulação.</p> <p>c) Incorreta: Ajustar a dose de varfarina sem retirar o agente que interage mantém o risco de sangramento.</p> <p>d) Incorreta: A fitomenadiona é reservada para reversão do efeito anticoagulante em situações específicas; não é a estratégia inicial para prevenção de novos eventos neste contexto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos: fundamentos e práticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. Fundamentos em hematologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.</p> <p>KAUSHANSKY, K. et al. Williams Hematology. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2021.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
109	C	<p>a) Incorreta - febre e tosse isolada não definem SRAG sem insuficiência respiratória.</p> <p>b) Incorreta - taquicardia isolada, especialmente na ausência de instabilidade hemodinâmica significativa, não define critério de internação.</p> <p>c) Correta - Critérios de gravidade para SRAG incluem queda de saturação (no caso 85% em ar ambiente) e taquipneia (aumento da Frequência Respiratória). Lembrando que no paciente com DPOC podemos tolerar SpO₂ entre 88 e 92%, ou seja, mesmo com o aceitável para DPOC, ainda apresenta baixa saturação de O₂.</p> <p>d) Incorreta - Febre persistente e tosse seca são manifestações típicas de síndrome gripal e, isoladamente, não caracterizam Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Da mesma forma, sonolência leve, sem descrição de rebaixamento importante do nível de consciência ou instabilidade clínica associada, não constitui critério definidor de gravidade. A classificação como SRAG exige a presença de sinais objetivos de comprometimento respiratório ou sistêmico relevante, como hipoxemia, taquipneia ou instabilidade hemodinâmica, que são determinantes para indicação de internação imediata.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL et al. Medicina Interna de Harrison. (21ª edição). Porto Alegre: Grupo AMGH; 2024.</p> <p>Maia IWA, Benincá VM, Schubert DUC et al. Tratado de medicina de emergência Abramede. Barueri: Editora Manole; 2025.</p> <p>Hajjar LA, Neto RAB, Marino LO, Al E. Medicina de emergência: abordagem prática. (19ª edição). Barueri: Editora Manole; 2025.</p>
110	D	<p>a) Incorreta. A elevação discreta da proteína C-reativa indica atividade inflamatória sistêmica, porém não é suficiente, isoladamente, para definir atividade biológica da placa ou estimar risco aumentado sem correlação com os achados estruturais.</p> <p>b) Incorreta. A ausência de estenose significativa não implica estabilidade estrutural. Placas não obstrutivas podem apresentar características de vulnerabilidade e estar associadas a eventos agudos.</p> <p>c) Incorreta. A preservação do fluxo coronariano não exclui instabilidade da placa. A repercussão hemodinâmica isolada não define o comportamento biológico da lesão aterosclerótica.</p> <p>d) Correta. A presença de núcleo lipídico, área de baixa atenuação e remodelamento positivo caracteriza fenótipo de placa vulnerável. O risco de eventos cardiovasculares relaciona-se principalmente à composição e à atividade biológica da placa, e não apenas ao grau de estenose luminal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Expert Panel on Cardiac Imaging, Ghoshhajra BB, Hedgire SS, et al. ACR Appropriateness Criteria® Asymptomatic Patient at Risk for Coronary Artery Disease: 2021 Update. J Am Coll Radiol. 2021;18(5S): S25-S34.</p> <p>Narula J, Chandrashekar Y, Ahmadi A, et al. SCCT 2021 expert consensus document on coronary computed tomographic angiography. J Cardiovasc Comput Tomogr. 2020;14(6):467-498.</p> <p>van der Bijl P, Gulati M, Saraste A, et al. Contemporary, non-invasive imaging diagnosis of chronic coronary artery disease. Lancet. 2025;405(10389):1123-1136.</p> <p>Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Ressonância e Tomografia Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. Arq Bras Cardiol. 2024;123(3 Suppl 1):e20240901.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
111	A	<p>a) Correta - A educação em saúde efetiva deve empoderar tanto as crianças/adolescentes quanto suas famílias e cuidadores para reconhecer sinais de alerta e buscar avaliação médica precoce. Estudos mostram que abordagens educativas que não envolvem as famílias resultam em menor reconhecimento de sintomas e menor adesão às recomendações de saúde, afetando negativamente o desfecho dos cânceres pediátricos. A mortalidade por câncer infantil está fortemente associada ao estágio de diagnóstico e ao tempo de resposta entre o reconhecimento de sinais e a intervenção médica. Integra educação em saúde com capacitação familiar, que são fatores comprovadamente associados à detecção precoce e melhores prognósticos.</p> <p>b) Incorreta - Embora a organização de fluxos assistenciais seja importante, o principal problema nos casos apresentados é o atraso na procura por atendimento, relacionado à dificuldade de reconhecimento dos sinais de alerta.</p> <p>c) Incorreta - A reavaliação programada pode contribuir para atraso diagnóstico quando não há reconhecimento inicial da gravidade dos sinais apresentados.</p> <p>d) Incorreta - A promoção de hábitos saudáveis é importante, mas não impacta diretamente o reconhecimento precoce de sinais de câncer na infância.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>World Health Organization. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. WHO; 2020.</p> <p>Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan THM, et al. Childhood cancer survival in the United States by race and ethnicity (SEER program): 2000–2017. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2022;72(6):564–576.</p> <p>Sung H, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209–249.</p> <p>Ward ZJ, Yeh JM, Bhakta N, et al. Estimating the total incidence of global childhood cancer: a simulation-based analysis. Lancet Oncology. 2019;20(4):483–493.</p>
112	D	<p>a) Incorreta - O uso do oseltamivir apresenta maior benefício quando iniciado precocemente, especialmente nas primeiras 48 horas do início dos sintomas. No caso apresentado, o paciente já se encontra no terceiro dia de evolução, o que reduz o impacto da intervenção.</p> <p>b) Incorreta - A posologia do oseltamivir deve considerar características clínicas do paciente, incluindo a função renal. Em indivíduos com doença renal crônica, pode ser necessário ajuste da dose para garantir segurança e eficácia do tratamento.</p> <p>c) Incorreta - O tratamento antiviral está indicado em pacientes com fatores de risco para complicações, mesmo na ausência de sinais de gravidade, visando reduzir a progressão da doença e a ocorrência de desfechos adversos.</p> <p>d) Correta - Pacientes com síndrome gripal e fatores de risco para complicações, como idade ≥ 60 anos, diabetes mellitus e doença renal crônica, devem ser monitorados quanto à evolução para síndrome respiratória aguda grave. A vigilância clínica é fundamental para identificação precoce de sinais de gravidade e instituição oportuna de suporte.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Guia de manejo e tratamento de influenza 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
113	D	<p>a) Incorreta - Classifica erroneamente o paciente como baixo risco, ignorando sinais de alarme. A conduta expectante com reavaliação tardia pode atrasar o diagnóstico e aumentar o risco de complicações.</p> <p>b) Incorreta - Subestima o risco ao classificar como intermediário, propondo investigação inicial insuficiente para um quadro de alta probabilidade de doença orgânica.</p> <p>c) Incorreta - Embora reconheça possibilidade de doença orgânica, propõe conduta inadequada para o nível de risco, com atraso na investigação diagnóstica.</p> <p>d) Correta - O paciente apresenta sinais de alarme para doença orgânica: diarreia crônica com sangue, perda ponderal e anemia. Esses achados aumentam significativamente a probabilidade pré-teste de doença inflamatória intestinal. De acordo com princípios de epidemiologia clínica, pacientes com alta probabilidade de doença orgânica deve ser priorizados para investigação diagnóstica definitiva, sendo a colonoscopia com biópsia o exame de escolha. O manejo deve incluir encaminhamento para avaliação especializada e acompanhamento compartilhado com a Atenção Primária, garantindo continuidade do cuidado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Moran GW, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. <i>Gut</i>. 2025;74(Suppl 2):s1–s104. Colonoscopy and histological biopsy are essential for accurate diagnosis and risk stratification in inflammatory bowel disease.</p> <p>Rubin DT, et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. <i>Gastroenterology</i>. 2024;166(2):327–344. Recommends high-definition colonoscopy with targeted biopsies for definitive diagnosis and risk stratification of IBD, with coordinated specialist and primary care follow-up.</p>
114	A	<p>a) Correta - A monitorização diária do peso corporal é uma das principais estratégias de educação em saúde para pacientes com insuficiência cardíaca. Um ganho de peso ≥ 2 kg em poucos dias sugere retenção hídrica e precede sinais clínicos de congestão, permitindo intervenção precoce e prevenção de atendimentos de urgência. Essa conduta é amplamente recomendada em diretrizes e textos clássicos de medicina interna.</p> <p>b) Incorreta - A restrição de sódio é importante, mas seu impacto isolado é menor quando comparado à detecção precoce de retenção hídrica.</p> <p>c) Incorreta - A adesão medicamentosa é essencial, porém não permite identificação precoce de descompensação iminente.</p> <p>d) Incorreta - A atividade física melhora capacidade funcional e qualidade de vida, mas não atua diretamente na detecção precoce de descompensação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.</p> <p>Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.</p> <p>Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</p>



NÚCLEO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2026
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
115	A	<p>a) Correta - Interpretação do Gráfico: O estudante deve identificar a correlação inversa: quando a cobertura vacinal cai abaixo do limiar de imunidade de rebanho (geralmente 95% para sarampo), o número de casos aumenta exponencialmente (efeito visível no Ano 10). Justificativa Técnica: A queda para 57,19% de cobertura cria um bolsão de suscetíveis. A vigilância epidemiológica preconiza que, diante de casos suspeitos em áreas de baixa cobertura, a ação de bloqueio vacinal (seletivo para contatos) e a busca ativa (identificação de novos casos e faltosos) são as ferramentas mais eficazes para interromper a transmissão sustentada.</p> <p>b) Incorreta - Ações de controle não podem aguardar o tempo do processamento laboratorial (diagnóstico oportuno). A suspensão de aulas isoladamente não substitui a imunização.</p> <p>c) Incorreta - Apresenta um erro clássico de controle de vetores (inseticidas) aplicado a uma doença de transmissão respiratória.</p> <p>d) Incorreta - Foca na fase hospitalar e na letalidade, ignorando a prevenção primária (vacina) e secundária (vigilância) necessárias para o controle comunitário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: MS; 2023.</p>