

Cadernos de Questões comentadas

Teste de Progresso

Medicina



2025

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

Carlos Alberto Oliveira Ramos da Rocha
José Luiz da Rosa Ponte
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Direção Geral

Michele Mendes Hiath Silva
Direção de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Direção Administrativa

Fillipe Ponciano Ferreira
Direção Jurídica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel
Direção de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Mariana Beatriz Arcuri
Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Direção Acadêmica de Ciências e Humanas e Tecnológicas

Anne Rose Alves Federici Marinho
Direção de Educação a Distância

HOSPITAL DAS CLÍNICAS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa
Direção Geral

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro
Direção

CENTRO CULTURAL FESO PROARTE – CCFP

Edenise da Silva Antas
Direção

Copyright© 2025
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO

Comitê Executivo

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel (Presidente)

Conselho Editorial e Deliberativo

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel

Mariana Beatriz Arcuri

Verônica dos Santos Albuquerque

Vivian Telles Paim

Assistente Editorial

Matheus Moreira Nogueira

Formatação

Matheus Moreira Nogueira

Capa

Gerência de Comunicação

C389 Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Caderno de questões comentadas do Teste de Progresso: Medicina / Centro
Universitário Serra dos Órgãos. -- Teresópolis: UNIFESO, 2025.

64 p.: il. color.

ISBN 978-65-5320-033-3

1. Teste de Progresso. 2. Avaliação do Desempenho Discente.
3. Medicina. 4. Unifeso. I. Título.

CDD 378.8153

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, n° 111

Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004

Telefone: (21) 2641-7184

E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

APRESENTAÇÃO

O Teste de Progresso consiste em um instrumento avaliativo que foi desenvolvido na década de setenta nas Escolas de Medicina da Universidade Kansas, nos EUA, e de Limburg, na Holanda. No Brasil sua primeira aplicação se deu em sessenta cursos de Medicina no ano de 1999. No UNIFESO, esse teste é aplicado desde o ano de 2007 para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e a partir do ano de 2008 para os demais. No curso de Graduação Medicina, o teste é aplicado a todos os discentes, mantendo-se a complexidade das questões para todos os períodos. São cinquenta questões de múltipla escolha, sendo dez de conhecimento geral e quarenta de conhecimento específico formuladas e/ou escolhidas pelo nosso corpo docente, que contém como base os conteúdos programáticos dos cinco anos do curso e fundamentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

O Teste de Progresso permite que seja avaliada a evolução do estudante, bem como das turmas, ao longo do curso. Serve também como alicerce para constantes reavaliações curriculares e dos processos avaliativos aplicados, favorecendo a elaboração de novas estratégias, quando necessário. Sendo assim, podemos considerá-lo um instrumento fundamental para a garantia de uma auto-avaliação pelos discentes e pelo curso como um todo.

AUTORES

Ana Paula Faria Diniz	Leonardo de Mello Rodriguez
Andre Vianna Martins	Lorilea Chaves de Almeida
Bruno Fernando Carrijo Monteiro	Lucia Brandao de Oliveira
Carlos Pereira Nunes	Luis Eduardo Teixeira de Macedo
Carlos Romualdo Barboza Gama	Mariana Aragao Ribeiro
Christiano Simoes Hallack	Mariana Teixeira Groppo de Oliveira
Claudia Cristina Dias Granito	Mario Castro Alvarez Perez
Filipe Anibal Carvalho Costa	Mayara Desiderati Teixeira da Silva
Getulio Menegat	Michelle Telles Bravo
Heloisa Franca Badagnan	Nadia Tavares El Kadi Monteiro Paiva
Jeanne D Arc Lima Fontaine	Pedro Henrique Netto Cezar
Joao Baptista Mascarenhas de Moraes Neto	Roberto Luiz Hungerbuhler Pessoa
Joao Maria Ferreira	Simone Rodrigues
Juliana Barcellos Dias Futuro	

	PRESENCIAL CURSO DE MEDICINA - TESTE DE PROGRESSO			NOTA FINAL
	Aluno:			
	Componente Curricular: CONHECIMENTOS GERAIS e CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS			
	Professor (es):			
	Período: 202501	Turma:	Data: 29/05/2025	

TESTE DE PROGRESSO 2025 - MEDICINA

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 10399 - CADERNO 001

1ª QUESTÃO

Enunciado:

TEXTO 1:

A Inteligência Artificial (IA) generativa é capaz de criar novos dados, únicos, que possibilitam aprender por conta própria, indo além do que a tecnologia tradicional proporciona, visto que esta precisa de intervenção humana. Um exemplo da IA generativa é o ChatGPT, que pode gerar imagens, músicas e textos completamente novos. Entre outras coisas, por meio da IA generativa, é possível elaborar modelos de previsão de testes clínicos, realizar a identificação de padrões em exames médicos e, ainda, auxiliar no diagnóstico de doenças.

Disponível em: <https://olhardigital.com.br/2023/07/12/internet-e-redes-sociais/inteligencia-artificial-generativa-o-que-ecomo-funciona-e-onde-usar/>. Acesso em: 2 ago. 2023 (adaptado).

TEXTO 2:

Acredita-se que a tecnologia de IA generativa será disruptiva e, portanto, capaz de alterar drasticamente a maneira como o ser humano se relaciona com as máquinas. O uso da IA generativa pode causar importante revolução no segmento de produção de conteúdo. Muitas dessas consequências poderão ser maléficas para diversos setores da sociedade. Além do mau uso dessa tecnologia e das questões éticas, avalia-se que ela pode agravar a desigualdade econômico-social, tanto entre nações quanto entre indivíduos da mesma nação.

Disponível em: <https://canaltech.com.br/inteligencia-artificial/o-que-e-ia-generativa/>. Acesso em: 2 ago. 2023 (adaptado).

Considerando os textos apresentados, é correto afirmar que a IA generativa

Alternativas:**(alternativa A)**

estimula o desenvolvimento intelectual dos seres humanos, uma vez que ela assume parte do conhecimento, resolvendo problemas antes delegados apenas a especialistas.

(alternativa B)

promove a igualdade econômico-social ao substituir o ser humano no exercício de profissões cujas atividades sejam repetitivas e exijam pouco conhecimento.

(alternativa C)

gera pouco impacto socioeconômico em países com elevado desenvolvimento tecnológico, pois, neles, os processos de criação e inovação já estão bem consolidados.

(alternativa D)

restringe o aprendizado ao que é legalmente estabelecido e útil ao ser humano, o que facilita seu modo de agir no mundo do conhecimento e do trabalho.

(alternativa E) (CORRETA)

proporciona novos recursos de linguagem que geram tecnologias capazes de realizar interações próprias dos seres humanos.

Resposta comentada:

ENADE 2023 - QUESTÃO 4

Feedback:

--

2ª QUESTÃO**Enunciado:**

Nos últimos anos, a busca por fontes de energia renovável tem se intensificado no cenário global, especialmente por conta dos impactos das mudanças climáticas e da crescente preocupação com a dependência de combustíveis fósseis. Além disso, a transição para fontes de energia limpa tem gerado novas dinâmicas geopolíticas, onde países ricos em recursos naturais renováveis se tornam protagonistas no fornecimento de energia. Um exemplo disso é a crescente produção de energia solar no Oriente Médio e a aposta da União Europeia em energia eólica.

Com base nesse contexto, qual das alternativas a seguir reflete corretamente um impacto geopolítico relacionado ao uso de energia renovável?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

A produção de energia solar em países como a Arábia Saudita fortalece o papel do Oriente Médio na geopolítica energética, uma vez que o país passa a diversificar sua matriz energética e diminuir sua dependência do petróleo.

(alternativa B)

O aumento da produção de biocombustíveis no mundo resulta em uma diminuição do poder geopolítico dos Estados Unidos, que depende da importação de petróleo para suprir suas necessidades energéticas.

(alternativa C)

A produção de energia eólica no Brasil contribui para uma diminuição do papel do petróleo no mercado global, diminuindo a influência dos países produtores de petróleo.

(alternativa D)

A transição para energia renovável enfraquece a influência geopolítica de países da América Latina, uma vez que o petróleo e o gás, que são suas principais exportações, não são mais necessários.

(alternativa E)

A crescente dependência da energia solar na União Europeia leva a uma maior dependência da Rússia, que é líder na produção de tecnologia solar.

Resposta comentada:

a): Incorreta. Embora o Brasil tenha avançado em produção de energia eólica, não é esse o fator principal que diminui a influência dos países produtores de petróleo, como os do Oriente Médio. A principal razão pela qual a influência do petróleo pode ser afetada é a transição global para energias renováveis e não apenas o desenvolvimento de energia eólica em um único país.

b): Correta. A Arábia Saudita tem investido pesadamente em energia solar como parte de sua estratégia para diversificar sua economia e reduzir a dependência do petróleo. Isso, por sua vez, fortalece o papel do Oriente Médio na geopolítica energética, pois a região, rica em recursos solares, se posiciona como uma nova potência em energias renováveis.

c): Incorreta. A União Europeia tem investido fortemente em energia solar, mas não é a Rússia que lidera a produção de tecnologia solar. Pelo contrário, a Europa tem buscado se tornar mais autossuficiente em termos de energias renováveis, sem depender excessivamente da Rússia.

d): Incorreta. Embora a transição para energias renováveis impacte a demanda por petróleo e gás, isso não enfraquece automaticamente a geopolítica dos países latino-americanos. Muitos desses países ainda possuem vastos recursos naturais que podem ser explorados de outras formas, como minerais e metais raros, que são essenciais para as tecnologias de energias renováveis.

e): Incorreta. A produção de biocombustíveis, embora importante, não diminui o poder geopolítico dos Estados Unidos. Na verdade, os EUA são um dos maiores produtores de biocombustíveis do mundo, e isso pode até fortalecer sua posição geopolítica, uma vez que o país é um importante fornecedor de fontes alternativas de energia.

Feedback:

--

3ª QUESTÃO**Enunciado:**

No Brasil, os idosos têm sido cada vez mais obrigados a permanecer no trabalho formal ou informal, mesmo após a aposentadoria, visto que os recursos provenientes desta, na maioria dos casos, são insuficientes para a manutenção dos indivíduos. Um fator que pode ter agravado essa situação foi a aprovação da reforma previdenciária de 2019, que modificou as regras de idade e contribuição para o acesso ao direito ao benefício da aposentadoria. Tal mudança pode ter resultado em um número ainda maior de idosos que disputam com as populações jovens e com sistemas de automação, no mercado atual, o trabalho precarizado. Essa situação contribui para o acirramento do preconceito contra essa faixa etária, denominado etarismo. Considerando o texto apresentado, avalie as afirmações a seguir.

- I. O conceito de etarismo fundamenta-se no fato de os idosos terem capacidade de trabalho reduzida e imporem custo elevado à previdência social, o que compromete a sua sustentabilidade econômica.
- II. As ações legislativas que visem ao prolongamento do tempo de atuação da população idosa no mercado de trabalho devem ser acompanhadas por uma política de promoção da saúde e da qualidade de vida.
- III. As ações intergeracionais no mercado de trabalho têm como premissa o desenvolvimento de tecnologias que dotem o idoso de capacidade de trabalho equivalente à de seus colegas jovens.

É correto o que se afirma em:

Alternativas:**(alternativa A)**

I, II e III.

(alternativa B)

III, apenas.

(alternativa C)

I e III, apenas.

(alternativa D) (CORRETA)

II, apenas.

(alternativa E)

I e II, apenas.

Resposta comentada:

ENADE 2023 - QUESTÃO 7

Feedback:

--

4ª QUESTÃO

Enunciado:

O município de Teresópolis, localizado na região serrana do Rio de Janeiro, tem histórico de tragédias causadas por chuvas intensas, resultando em deslizamentos de terra e inundações que afetam severamente a população, especialmente aquela residente em áreas de risco. O Direito à Cidade, um conceito amplamente discutido no âmbito dos direitos humanos, inclui o direito à moradia segura e ao bem-estar urbano. Diante desse cenário, é crucial analisar políticas públicas que possam mitigar os impactos das intempéries climáticas.

Após fortes chuvas, Teresópolis enfrentou novamente deslizamentos e inundações, deixando dezenas de pessoas desabrigadas. A prefeitura está buscando implementar uma política que respeite o Direito à Cidade, minimizando os riscos para a população em futuros eventos climáticos extremos.

Analise entre diferentes abordagens de políticas públicas, as alternativas abaixo e identifique qual delas melhor reflete uma solução alinhada ao Direito à Cidade, considerando a prevenção de tragédias relacionadas às chuvas em Teresópolis, RJ.

Alternativas:**(alternativa A)**

Investir exclusivamente em sistemas de drenagem nas áreas centrais da cidade, onde o comércio é mais afetado.

(alternativa B)

Aumentar a fiscalização temporária durante os períodos de chuva, sem alterar a estrutura urbana permanente.

(alternativa C) (CORRETA)

Desenvolver um programa de realocação de famílias das áreas de alto risco para bairros com infraestrutura segura e sustentável.

(alternativa D)

Construir mais casas em áreas de risco para abrigar rapidamente as vítimas das enchentes.

(alternativa E)

Promover campanhas de conscientização sobre os riscos das chuvas, sem intervenções físicas no ambiente urbano.

Resposta comentada:

A alternativa c) apresenta uma solução que não apenas oferece uma resposta imediata ao problema, mas também uma abordagem preventiva e sustentável, alinhada ao conceito do Direito à Cidade. Ela garante moradia segura, promove o bem-estar urbano e reduz a vulnerabilidade da população frente a desastres naturais, respeitando os princípios dos direitos humanos e a necessidade de uma cidade segura e inclusiva.

a) Construir mais casas em áreas de risco para abrigar rapidamente as vítimas das enchentes.

Esta alternativa está incorreta porque construir casas em áreas de risco não resolve o problema a longo prazo e pode, de fato, aumentar a vulnerabilidade da população. O Direito à Cidade inclui o direito à moradia segura, e construir em locais propensos a desastres naturais contraria esse princípio, expondo ainda mais as pessoas a perigos futuros.

b) Investir exclusivamente em sistemas de drenagem nas áreas centrais da cidade, onde o comércio é mais afetado.

A alternativa é inadequada porque foca apenas nas áreas comerciais centrais, negligenciando as regiões periféricas onde a população vulnerável frequentemente reside. Para respeitar o Direito à Cidade, as soluções devem ser inclusivas e equitativas, abordando as necessidades de todos os cidadãos, especialmente aqueles em maior risco de desastres naturais.

d) Aumentar a fiscalização temporária durante os períodos de chuva, sem alterar a estrutura urbana permanente.

Esta opção não é eficaz porque medidas temporárias de fiscalização não modificam as condições estruturais que levam a deslizamentos e inundações. O Direito à Cidade requer soluções sustentáveis e permanentes que assegurem a segurança e o bem-estar da população, não apenas durante os períodos de emergência, mas de forma contínua.

e) Promover campanhas de conscientização sobre os riscos das chuvas, sem intervenções físicas no ambiente urbano.

Embora a conscientização seja importante, a alternativa não oferece uma solução concreta para proteger fisicamente a população dos impactos das chuvas. Informar sobre os riscos é apenas uma parte do processo; sem intervenções físicas, como realocações e melhorias na infraestrutura, a população vulnerável continua exposta a graves riscos, o que não atende ao Direito à Cidade e à segurança dos cidadãos.

Feedback:

Autor:

Victor Claudio Oliveira

5ª QUESTÃO

Enunciado:

Em 2024, o Brasil enfrentou uma das piores crises de incêndios florestais de sua história. Dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) revelaram que o país registrou 278.299 focos de incêndio, representando um aumento de 46,5% em relação ao ano anterior. A maior parte dos incêndios ocorreu na Amazônia, com 140.346 focos, seguida pelo Cerrado, com 81.468 focos

<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil-registrou-2783-mil-focos-de-incendio-em-2024-diz-inpe/>

Além disso, o Monitor do Fogo do MapBiomas indicou que 73% da área queimada correspondia a vegetação nativa, incluindo florestas e savanas. Esse cenário foi exacerbado por uma seca extrema, considerada a pior dos últimos 74 anos, agravada pelo fenômeno climático El Niño .

<https://www.brasildefato.com.br/2024/09/14/70-das-queimadas-no-brasil-em-2024-destruiram-vegetacao-nativa/>

A crise teve impactos significativos, como o aumento das emissões de gases de efeito estufa e a degradação de ecossistemas essenciais para a biodiversidade e o equilíbrio climático.

Com base nas informações apresentadas, é correto afirmar que:

Alternativas:**(alternativa A)**

A seca extrema de 2024 foi um fenômeno natural isolado, sem relação com o aquecimento global.

(alternativa B)

O fenômeno El Niño não teve influência nos incêndios de 2024, que foram causados apenas por práticas agrícolas.

(alternativa C)

O aumento das queimadas em 2024 foi menor do que o registrado em 2023, indicando uma tendência de melhora.

(alternativa D)

O aumento dos focos de incêndio foi exclusivamente causado por ações criminosas, sem influência de fatores climáticos.

(alternativa E) (CORRETA)

A maior parte da área queimada correspondeu a vegetação nativa, indicando um impacto ambiental significativo.

Resposta comentada:

A maior parte da área queimada correspondeu a vegetação nativa, indicando um impacto ambiental significativo.

Feedback:

--

6ª QUESTÃO**Enunciado:**

Texto I

Segundo o Ministério da Saúde, em 2017 o Brasil registrou uma média nacional de 5,7 óbitos para 100 mil habitantes. Na população indígena, foi registrado um número de óbitos três vezes maior que a média nacional – 15,2. Destes registros, 44,8% (aproximadamente, 6,8 óbitos), são suicídios de crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos. Esses dados contrastam com o panorama nacional, em que o maior índice é entre adolescentes e adultos de 15 a 20 anos.

Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/o-suicidio-do-povo-indigena/>. Acesso em: 30 de abr. 2020 (adaptado).

Texto II:

Evidências apontam que, em determinadas minorias étnico-raciais, como os indígenas (aborígenes ou populações nativas), o suicídio entre crianças apresenta taxas bem mais elevadas do que as observadas na população geral. No Brasil, o enfocamento foi utilizado mais frequentemente entre indígenas do que entre não indígenas, não se observando, no primeiro grupo, suicídios por intoxicação ou por armas de fogo. O mapa a seguir apresenta a distribuição dos óbitos por suicídio entre crianças e adolescentes indígenas no Brasil, entre os anos de 2010 e 2014.



SOUZA, M. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.35, Rio de Janeiro, 2019 (adaptado).

Considerando as informações apresentadas e o alto índice de suicídio da população indígena, avalie as afirmações a seguir.

- I. O elevado índice de suicídios entre crianças e adolescentes indígenas no país evidencia a necessidade de ações com foco nos direitos fundamentais desses indivíduos.
- II. Os estados do Pará e de Tocantins são os que possuem os maiores índices de suicídio de indígenas na faixa etária de 10 a 14 anos.
- III. Os povos das tribos originárias do Brasil, no que tange a sua história e preservação cultural, não estão amparados por direitos e garantias constitucionais.
- IV. O estabelecimento de ações preventivas ao suicídio nas comunidades indígenas deve considerar os elementos globais que afetam a população em geral, na faixa etária entre 15 e 20 anos.

É correto apenas o que se afirma em

Alternativas:
(alternativa A)

I e III.

(alternativa B)

II.

(alternativa C)

III e IV.

(alternativa D)

II e IV.

(alternativa E) (CORRETA)

I.

Resposta comentada:

ENADE 2021 - QUESTÃO 5

Feedback:

--

7ª QUESTÃO**Enunciado:**

Em 2019, a violência armada foi três vezes maior para a população negra, em comparação com a não negra, tanto para a população geral quanto para o grupo jovem (entre 15 e 29 anos de idade). Quanto à taxa de mortalidade por 100 mil habitantes no grupo de pessoas com até 14 anos de idade, destaca-se, da mesma forma, a desigualdade na vitimização de crianças e adolescentes negros por agressão com arma de fogo, com taxa 3,6 vezes maior do que a de não negros em 2019.

INSTITUTO SOU DA PAZ. Violência armada e racismo: o papel da arma de fogo na desigualdade racial. Disponível em: <https://soudapaz.org>. Acesso em: 6 jul. 2022 (adaptado).

Considerando as informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

O fator racial é um importante condicionante na análise de dados relativos a homicídios e violência no Brasil na população de adolescentes e jovens.

PORQUE

A população negra sofre mais violência do que a população não negra, em razão do racismo estrutural existente no país, além de outras vulnerabilidades sociais associadas a essa forma de preconceito.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

Alternativas:**(alternativa A)**

As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(alternativa B)

As asserções I e II são proposições falsas.

(alternativa C) (CORRETA)

As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(alternativa D)

A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(alternativa E)

A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

Resposta comentada:

ENADE 2022 - QUESTÃO 3

Feedback:

--

8ª QUESTÃO**Enunciado:**

Nos últimos anos, a inteligência artificial (IA) tem sido uma força transformadora no mercado de trabalho e em diversos setores da economia, como saúde, transporte e finanças. A automação de processos, a utilização de algoritmos para análise de dados e o desenvolvimento de sistemas autônomos têm trazido mudanças significativas nas dinâmicas de trabalho, no cotidiano das pessoas e nas formas de interação com a tecnologia.

Por exemplo, na saúde, a IA tem sido empregada para automatizar diagnósticos médicos, realizar cirurgias assistidas por robôs e personalizar tratamentos com base em dados genéticos. No setor de transporte, os carros autônomos e os sistemas de logística baseados em IA estão reformulando a maneira como as pessoas se deslocam e como as mercadorias são transportadas. Já nas finanças, algoritmos de IA são utilizados para prever mercados financeiros, realizar transações automáticas e melhorar a avaliação de crédito.

Apesar das melhorias em eficiência e da criação de novas oportunidades de trabalho em áreas emergentes, surgem preocupações sobre o impacto da IA na substituição de empregos tradicionais, principalmente em áreas que dependem de tarefas repetitivas e de baixo valor agregado. Além disso, a dependência crescente de sistemas autônomos e algoritmos levanta questões sobre a segurança, privacidade e ética no uso dessas tecnologias.

Com base nesse contexto, qual das alternativas a seguir descreve corretamente um dos impactos principais da inteligência artificial no mercado de trabalho e no cotidiano das pessoas?

Alternativas:**(alternativa A)**

A utilização de IA em setores como transporte e saúde não gera preocupações em relação à ética e segurança, pois os sistemas autônomos e os algoritmos são totalmente infalíveis e não apresentam riscos relacionados à privacidade ou à dependência tecnológica.

(alternativa B)

A inteligência artificial tem sido amplamente utilizada apenas em setores de alta qualificação, como medicina e finanças, e não possui impacto significativo sobre as funções de baixo valor agregado, como as realizadas por trabalhadores em fábricas e no transporte.

(alternativa C)

A IA no setor de saúde está tornando os tratamentos médicos mais acessíveis, pois pode realizar diagnósticos e procedimentos de forma mais rápida e eficiente, sem prejudicar a relação médico-paciente ou a personalização do atendimento.

(alternativa D)

O impacto da IA no mercado de trabalho se limita à automação de tarefas repetitivas, não gerando nenhuma mudança significativa no cotidiano das pessoas, que continuam a trabalhar nas mesmas condições, sem mudanças nos setores como transporte, educação ou segurança pública.

(alternativa E) (CORRETA)

A implementação crescente de IA nas áreas de transporte, saúde e finanças está criando novas oportunidades de emprego em funções especializadas, mas também provocando a substituição de empregos tradicionais, exigindo a adaptação da força de trabalho para lidar com essas mudanças.

Resposta comentada:

a): Incorreta. A inteligência artificial não está restrita apenas a setores de alta qualificação, como medicina e finanças. Ao contrário, ela está sendo amplamente aplicada em setores que envolvem tarefas repetitivas e de baixo valor agregado, como fábricas e transporte. A automação de tarefas nessas áreas pode substituir uma grande parte da força de trabalho humana, gerando desemprego estrutural e exigindo requalificação profissional. Portanto, a IA tem impacto direto em uma ampla gama de funções, não se limitando aos setores de alta qualificação.

b): Incorreta. Embora a IA esteja trazendo avanços significativos no setor de saúde, como diagnósticos mais rápidos e tratamentos personalizados, ela também levanta preocupações quanto à desumanização do atendimento médico. A substituição de interações humanas por diagnósticos automatizados pode prejudicar a relação médico-paciente e a empatia, que são fundamentais para a eficácia de muitos tratamentos. Portanto, a utilização de IA não é totalmente isenta de riscos, especialmente no que diz respeito à humanização do cuidado.

c): Incorreta. A afirmação de que o impacto da IA no mercado de trabalho se limita à automação de tarefas repetitivas e não gera mudanças no cotidiano das pessoas é simplista e errônea. A IA está mudando drasticamente o mercado de trabalho, afetando desde a organização do trabalho em fábricas até a forma como as pessoas se deslocam e se comunicam. O uso de IA em setores como transporte, saúde e educação está criando novas formas de interação, mas também levantando questões sobre a substituição de empregos e a adaptação dos trabalhadores às novas exigências do mercado.

d): Correta. A implementação crescente de IA nas áreas de transporte, saúde e finanças está, de fato, criando novas oportunidades de emprego em funções especializadas, como analistas de dados, desenvolvedores de algoritmos e especialistas em IA. No entanto, isso também está provocando a substituição de empregos tradicionais, como motoristas de transporte, operadores de caixa e atendentes, o que exige que os trabalhadores se adaptem a novas funções, muitas vezes requerendo requalificação profissional. Assim, a IA tem tanto aspectos positivos (criação de novas oportunidades) quanto negativos (substituição de empregos tradicionais).

e): Incorreta. A utilização de IA em setores como transporte e saúde gera, sim, preocupações éticas e de segurança, principalmente em relação à privacidade dos dados e à dependência tecnológica. Sistemas autônomos, como carros autônomos e assistentes de saúde baseados em IA, não são infalíveis e podem apresentar falhas, como erros de diagnóstico ou falhas nos sistemas de navegação, com consequências graves. A ética no uso da IA, a segurança de dados e os riscos associados à automação são questões críticas que precisam ser abordadas com cautela.

Feedback:

--

9ª QUESTÃO

Enunciado:

O cinema brasileiro, ao longo de sua história, tem sido profundamente influenciado por aspectos culturais, sociais e históricos que refletem as diversas realidades do Brasil. Desde a era do Cinema Novo nos anos 1960, com seu forte engajamento político e social, até o surgimento de novos movimentos e estilos de produção, o cinema brasileiro tem buscado retratar a complexidade da sociedade brasileira. Filmes como "Central do Brasil" (1998), "Cidade de Deus" (2002), e "Que Horas Ela Volta?" (2015) abordam temas como a desigualdade social, o contexto urbano, as relações de classe e a luta por direitos. Além disso, a representação de culturas regionais e identidades diversas também é uma marca presente na produção cinematográfica nacional.

Com isso, a cultura brasileira se reflete de várias formas no cinema, seja pela representação de suas músicas, culinárias, danças, costumes e outras manifestações culturais que têm forte apelo popular. A seguir, analise as alternativas sobre as influências culturais no cinema brasileiro.

Qual das alternativas a seguir melhor descreve uma característica das influências culturais no cinema brasileiro?

Alternativas:**(alternativa A)**

O cinema brasileiro tem se limitado a representar apenas as grandes metrópoles, deixando de fora as questões sociais e culturais das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

(alternativa B)

O cinema brasileiro tem se dedicado apenas a representar questões históricas, sem explorar aspectos contemporâneos da sociedade, como a vida urbana e as questões de gênero.

(alternativa C)

O cinema brasileiro tem constantemente se afastado das questões sociais e culturais do país, preferindo retratar histórias universais sem qualquer ligação com a realidade brasileira.

(alternativa D)

O cinema brasileiro tem mantido um foco exclusivo na cultura elitista e nas experiências da classe média alta, ignorando a diversidade cultural do Brasil, especialmente as camadas populares.

(alternativa E) (CORRETA)

Filmes como "Cidade de Deus" e "Central do Brasil" representam a realidade das favelas e das periferias urbanas, abordando temas como a desigualdade social e a luta por um futuro melhor, refletindo a complexidade social do Brasil.

Resposta comentada:

Alternativa a): Incorreta. Embora o cinema brasileiro tenha tido, historicamente, um foco considerável nas grandes cidades, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo, muitos filmes também têm retratado a realidade das regiões Norte e Nordeste. Exemplos como *O Som ao Redor* (2012) e *O Céu de Suely* (2006) demonstram o interesse de cineastas em explorar diferentes realidades culturais e sociais além das grandes metrópoles. Portanto, essa afirmação não é precisa.

Alternativa b): Incorreta. O cinema brasileiro, ao contrário, tem se aprofundado cada vez mais em questões sociais e culturais específicas do Brasil, como a desigualdade social, o preconceito, e a luta por direitos. Filmes como *Que Horas Ela Volta?* (2015) e *Bacurau* (2019) refletem a realidade do país, e não se afastam das questões culturais brasileiras, muito pelo contrário, as abordam de maneira intensa e específica.

Alternativa c): Correta. Filmes como *Cidade de Deus* (2002) e *Central do Brasil* (1998) são marcos do cinema brasileiro justamente porque abordam as realidades das favelas e periferias urbanas, refletindo temas como a desigualdade social e as dificuldades da classe trabalhadora, ao mesmo tempo que exploram a busca de personagens por um futuro melhor. Essas obras refletem a complexidade social e cultural do Brasil de forma autêntica, capturando as nuances das classes populares e sua luta por sobrevivência e dignidade.

Alternativa d): Incorreta. O cinema brasileiro, embora tenha abordado temas históricos, também tem explorado aspectos contemporâneos da sociedade, como a vida urbana, questões de gênero, e os conflitos de classe. Filmes como *Que Horas Ela Volta?* (2015), por exemplo, abordam questões de classe e gênero no Brasil moderno. Portanto, a ideia de que o cinema brasileiro se dedica exclusivamente a questões históricas é imprecisa.

Alternativa e): Incorreta. O cinema brasileiro tem se destacado pela sua diversidade cultural e pela representação das classes populares, ao contrário de manter um foco exclusivo na cultura elitista. Filmes como *O Auto da Compadecida* (2000), *Bacurau* (2019) e *A Moreninha* (2017) exploram tanto a cultura popular quanto questões ligadas às camadas mais baixas da sociedade, refletindo uma rica variedade cultural que inclui diferentes regiões do Brasil.

Feedback:

--

10ª QUESTÃO**Enunciado:**

A guerra comercial iniciada pelos Estados Unidos com diversos países tem impactado a economia global e, consequentemente, afetado diferentes segmentos sociais. Especial atenção deve ser dada à população em vulnerabilidade social, que pode sofrer mais diretamente com as consequências econômicas, como aumento de preços e perda de empregos. Os Direitos Humanos, incluindo o direito ao trabalho e à uma vida digna, são colocados em questão quando tais políticas comerciais impactam desproporcionalmente os mais vulneráveis.

Suponha que você é um analista de políticas públicas e precisa avaliar os impactos das tarifas comerciais impostas pelos EUA sobre a população vulnerável de um país em desenvolvimento. Essas tarifas resultaram na elevação do custo de bens essenciais e na redução de oportunidades de exportação, afetando diretamente a estabilidade econômica e social.

Empregando conhecimentos de Direitos Humanos e análise de impacto social, identifique qual das seguintes estratégias seria mais eficaz para proteger a população vulnerável dos efeitos negativos da guerra comercial.

Alternativas:**(alternativa A)**

Criar barreiras tarifárias retaliatórias para forçar os EUA a rever suas políticas comerciais.

(alternativa B)

Implementar subsídios para grandes empresas exportadoras para que mantenham seus lucros.

(alternativa C) (CORRETA)

Estabelecer programas de assistência social focados na redução do custo de vida para famílias de baixa renda.

(alternativa D)

Incentivar a importação de produtos dos EUA para fortalecer o comércio bilateral.

(alternativa E)

Promover a liberalização total do comércio para aumentar a competitividade e reduzir preços internos.

Resposta comentada:

c) Estabelecer programas de assistência social focados na redução do custo de vida para famílias de baixa renda.

A alternativa emprega uma estratégia direta de mitigação dos impactos negativos sobre a população vulnerável, alinhando-se com a aplicação dos princípios dos Direitos Humanos. Ao focar na redução do custo de vida para famílias de baixa renda, o governo pode garantir que esses grupos não sejam desproporcionalmente prejudicados pela guerra comercial, assegurando assim um nível básico de bem-estar e dignidade, que são fundamentais para os Direitos Humanos.

a) Implementar subsídios para grandes empresas exportadoras para que mantenham seus lucros.

Esta alternativa está incorreta porque foca nos interesses das grandes empresas e não diretamente na proteção da população vulnerável. Subsídios para empresas podem ajudar a manter a economia estável, mas não garantem que os benefícios cheguem às pessoas em situação de vulnerabilidade social. Além disso, podem desviar recursos que poderiam ser utilizados para programas sociais mais direcionados.

b) Criar barreiras tarifárias retaliatórias para forçar os EUA a rever suas políticas comerciais.

Esta opção é inadequada porque pode levar a uma escalada da guerra comercial, resultando em mais retaliações e potencialmente aumentando o custo de bens importados necessários. Isso poderia agravar ainda mais a situação econômica e impactar negativamente a população vulnerável, que já enfrenta dificuldades com o aumento do custo de vida.

d) Promover a liberalização total do comércio para aumentar a competitividade e reduzir preços internos.

Embora a liberalização do comércio possa, em teoria, levar a uma redução de preços devido à maior competitividade, essa estratégia não oferece uma proteção imediata e específica para a população vulnerável. Além disso, a remoção de tarifas de proteção pode prejudicar setores industriais locais, resultando potencialmente em perdas de empregos, o que afetaria negativamente os direitos trabalhistas e a segurança econômica dos mais pobres.

e) Incentivar a importação de produtos dos EUA para fortalecer o comércio bilateral.

Esta alternativa não aborda a questão da vulnerabilidade social e pode, na verdade, piorar a situação ao aumentar a dependência de produtos importados. Isso pode levar a um desequilíbrio na balança comercial e a uma possível elevação dos preços de produtos locais, prejudicando a população de baixa renda que depende de bens e serviços essenciais produzidos internamente.

Feedback:

--

11ª QUESTÃO**Enunciado:**

Uma criança de cinco anos de idade, sexo feminino, foi levada para atendimento na UBSF por apresentar febre e tosse com início há três dias. Ao exame físico, identificou-se temperatura axilar de 39°C, frequência respiratória de 60 irpm, batimentos de asas do nariz, tiragens subcostais e sopro tubário. Considerando quadro clínico e a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta mais adequada?

Alternativas:**(alternativa A)**

Acompanhamento ambulatorial + Radiografia de tórax + hemograma + PCR.

(alternativa B)

Acompanhamento ambulatorial + Amoxicilina, via oral 90 mg/kg/dia + antitérmico.

(alternativa C) (CORRETA)

Internação hospitalar + radiografia de tórax + hemograma + penicilina cristalina I.V.

(alternativa D)

Acompanhamento ambulatorial + Amoxicilina com clavulanato, via oral 90 mg/kg/dia + acetilcisteína.

(alternativa E)

Internação hospitalar + Azitromicina via oral 10 mg/kg/dia + prednisona + antitérmico.

Resposta comentada:

A criança apresenta sinais e sintomas de pneumonia comunitária grave, que está caracterizado pela história de febre, tosse e a identificação, no exame físico, de taquipneia (acima de 40 irpm nessa faixa etária), batimentos de asas do nariz e tiragens subcostais, que indicam insuficiência respiratória e guardam correlação com baixa saturação de oxigênio no sangue. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta deverá ser tratamento hospitalar imediato, realização de exames complementares como radiografia simples do tórax, hemograma e início do tratamento com penicilina cristalina por via endovenosa considerando que o *Streptococcus pneumoniae* ainda é o principal agente etiológico das pneumonias graves adquiridas na comunidade.

Feedback:

KLIEGMAN, Robert *et al.* Nelson tratado de pediatria. 21. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2022. 2 v. ISBN 9788595158269.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Pneumonia adquirida na comunidade na infância. Documento científico, nº 3. Julho, 2018.

12ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente, vítima de queda de moto, trazido pelo SAMU, deu entrada na emergência em prancha rígida, com colar cervical. Paciente não abriu os olhos com os estímulos dolorosos, está sem resposta verbal e tem flexão anormal dos membros superiores ao sentir dor, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Demais itens do exame físico sem alterações aparentes. PA: 130 x 80mmHg e FC: 80bpm. Qual é a conduta mais adequada neste caso?

Alternativas:

(alternativa A)

Ringer lactato 2000ml, manitol e corticóide 1g/Kg, via intravenosa.

(alternativa B)

Manitol IV, na dose de 1g/Kg.

(alternativa C)

Tomografia computadorizada de crânio.

(alternativa D)

Contatar o neurocirurgião.

(alternativa E) (CORRETA)

Intubação orotraqueal.

Resposta comentada:

Paciente com pontuação inicial de 5 na escala de coma de Glasgow, ou seja, com lesão cerebral grave.

Escala de coma de Glasgow

PARÂMETROS	RESPOSTA OBSERVADA	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	COM ESTÍMULO VERBAL	3
	COM ESTÍMULO DOLOROSO	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALAVRAS IMPRÓPRIAS	3
	SONS INCOMPREENSÍVEIS	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	OBEDECE AOS COMANDOS	6
	LOCALIZA A DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA À DOR	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

A conduta mais adequada neste caso é a intubação precoce para otimizar a oxigenação e a ventilação, com o objetivo de prevenir lesão cerebral secundária. Embora a TC e as consultas neurocirúrgicas sejam aspectos importantes dos cuidados com esse paciente, a oxigenação adequada tem prioridade em relação a essas medidas. O manitol não é indicado durante a avaliação primária desse paciente e não há evidência nítida de hipertensão intracraniana. O uso de esteroides não é indicado no tratamento da lesão cerebral traumática.

Feedback:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS: Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 10th. Chicago, c2018. 420 p. ISBN 978-0-9968262-3-5. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001c55.pdf>.

13ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 28 anos, há 5 meses vem apresentando cansaço aos esforços, que é evidenciado sobretudo ao subir uma rampa. Associado apresenta quadro de poliartralgia de grandes e pequenas articulações, que dificultavam suas atividades laborais, sobretudo a digitação. Procurou atendimento na unidade básica de saúde e, durante a anamnese, informou quadro de alopecia, intolerância ao calor, referindo “ficar toda vermelha” na presença da luz solar e ainda que apresentava na família duas tias com tireoidite de Hashimoto e uma prima com artrite reumatoide. Referiu ainda ter apresentado um episódio de abortamento espontâneo no primeiro trimestre da gestação, há 2 anos. A médica explicou à paciente sobre a necessidade de afastar uma doença autoimune e que iria solicitar exames laboratoriais para esse fim. Assinale a alternativa que apresenta o auto anticorpo específico em se considerando a hipótese diagnóstica mais provável para a paciente:

Alternativas:**(alternativa A)**

Anti-SSB.

(alternativa B)

Anti-CCP.

(alternativa C)

Anti-SSA.

(alternativa D) (CORRETA)

Anti-SM.

(alternativa E)

Anti-topoisomerase-1.

Resposta comentada:

Paciente jovem, com quadro de poliartralgia, alopecia, fotossensibilidade e história de abortamento espontâneo no primeiro trimestre da gravidez, o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico é o principal a ser considerado. O auto anticorpo anti-SM é específico para o lúpus eritematoso sistêmico, porém sua sensibilidade nestes pacientes é de apenas 25 a 30%, geralmente durante a fase aguda da doença. Os auto anticorpos anti-SSA e anti-SSB podem estar presentes no lúpus eritematoso sistêmico mas também podem estar presentes na artrite reumatoide e na síndrome de Sjögren. O auto anticorpo anti-CCP é específico para a artrite reumatoide e raramente é visto no lúpus. O auto anticorpo anti-topoisomerase-1 é específico para a esclerose sistêmica forma generalizada.

Feedback:

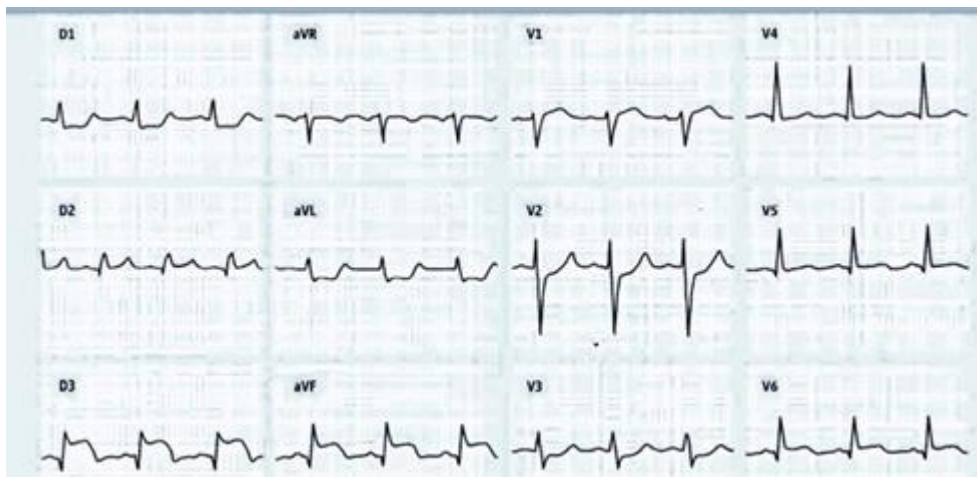
GOLDMAN, Lee (ed.). Goldman-Cecil medicina. 26. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2022. 2 v. ISBN 9788595158931.

FAUCI, Anthony S; KASPER, Dennis L; LOSCALZO, Joseph. Medicina interna de harrison. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9786558040231

14ª QUESTÃO

Enunciado:

Um homem de 67 anos, diabético, hipertenso e dislipidêmico, dá entrada no serviço de emergência de um hospital terciário com queixas de dor retroesternal de forte intensidade, irradiada para face interna do braço esquerdo, acompanhada de palidez cutânea, sudorese intensa e vômitos iniciados há 2 horas. O eletrocardiograma realizado nos primeiros minutos do atendimento encontra-se a seguir.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Na abordagem inicial, foi administrado nitrato sublingual e o paciente evoluiu com hipotensão arterial importante, sendo observados ao exame físico: turgência jugular, ritmo cardíaco regular com frequência cardíaca de 90 bpm, sem soprológia e ausculta pulmonar normal. O padrão de um novo eletrocardiograma realizado 5 minutos após o nitrato se manteve inalterado. Em relação ao caso, analise as afirmativas a seguir.

- I. Deve-se complementar com a derivação V4R pela possibilidade de se tratar de um infarto de parede inferior com acometimento do ventrículo direito.
- II. Há indicação precoce de terapia de reperfusão.
- III. A administração de aminas vasoativas é a primeira opção para melhorar o débito cardíaco e reverter a hipotensão arterial.

Está correto o que se afirma em:

Alternativas:**(alternativa A)**

I, apenas.

(alternativa B)

II, apenas.

(alternativa C) (CORRETA)

I e II, apenas.

(alternativa D)

II e III, apenas.

(alternativa E)

I, II e III.

Resposta comentada:

A tríade de hipotensão arterial, turgência jugular e pulmões limpos associados ao infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior caracteriza isquemia/infarto do ventrículo direito. Deve-se realizar as derivações V3R e V4R para complementar o diagnóstico, antes de se fazer o nitrato, pois sendo um vasodilatador venoso pode precipitar hipotensão arterial importante pela redução da pré-carga no acometimento do ventrículo direito. A terapia de reperfusão com trombolítico ou angioplastia primária deve ser instituída precocemente. A expansão volêmica com solução salina fisiológica pode melhorar o débito cardíaco e reverter a hipotensão arterial, sendo a primeira opção no tratamento. Caso não reverta, está indicado o uso de aminas vasoativas.

Feedback:

Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105 V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.

15ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente de 30 anos, G1P0, encontra-se com 22 semanas de gestação e diagnóstico recente de diabetes mellitus gestacional, feito por glicemia de jejum de 96 mg/dL no primeiro trimestre. Está realizando controle glicêmico com plano alimentar e atividade física orientada pela equipe multiprofissional. Apresenta glicemias capilares de jejum e pós-prandiais dentro dos valores recomendados, sem necessidade de insulina até o momento. Qual deve ser a rotina de pré-natal mais adequada para esta gestante?

Alternativas:**(alternativa A)**

Iniciar insulinoterapia profilática mesmo com bom controle glicêmico, pois o risco de complicações fetais é alto.

(alternativa B) (CORRETA)

Realizar consultas com maior frequência, glicemia capilar, ultrassonografia seriada e perfil biofísico fetal a partir da 32ª semana.

(alternativa C)

Liberar para retorno mensal e solicitar apenas curva glicêmica entre 24 e 28 semanas, como em gestantes de baixo risco.

(alternativa D)

Reforçar apenas dieta hipocalórica e suspender monitorização glicêmica, pois os valores estão normais e o rastreio já foi feito.

(alternativa E)

Manter as consultas mensais até a 36ª semana, com ultrassonografia única no terceiro trimestre e agendamento do parto para 40 semanas.

Resposta comentada:

A gestante com diabetes mellitus gestacional deve ser acompanhada com consultas mais frequentes, mesmo quando não usa insulina. A monitorização glicêmica capilar diária (jejum e pós-prandial) é essencial para garantir controle metabólico. Além disso, está indicado o acompanhamento ultrassonográfico seriado de 28 a 36 semanas para avaliar crescimento fetal, líquido amniótico e sinais de macrosomia. A partir da 32ª semana, indica-se o perfil biofísico fetal, especialmente em casos com maior risco de hipoxemia fetal silenciosa.

Feedback:

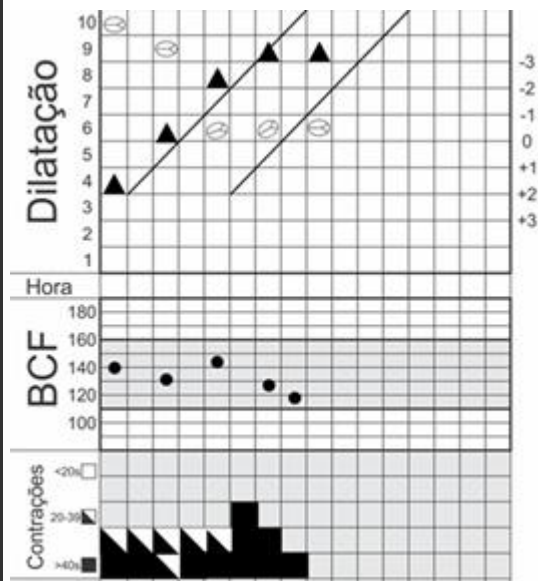
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. B. Obstetrícia – 14ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Capítulo 16 – Diabetes e gravidez.

16ª QUESTÃO

Enunciado:

Ao assumir o plantão você recebe uma gestante em trabalho de parto com o partograma abaixo.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Analisando as informações apresentadas, assinale a opção correta:

Alternativas:**(alternativa A)**

O feto se encontra em sofrimento, pois apresenta queda progressiva do BCF, e deve ser indicada cesárea.

(alternativa B) (CORRETA)

Trata-se de um quadro de parada secundária de dilatação, devendo ser oferecida infusão de ocitocina.

(alternativa C)

A cesárea deve ser indicada, pois apesar do bem estar fetal preservado, estamos diante de um quadro de desproporção céfalo-pélvica absoluta.

(alternativa D)

A parada da descida se deve ao assinclitismo, sendo uma das opções de tratamento o uso do fórceps de Kielland.

(alternativa E)

Trata-se de parada secundária de descida, provavelmente causada por desproporção céfalo-pélvica.

Resposta comentada:

Não se pode falar em parada de descida enquanto a paciente não atingir a dilatação total. A paciente não apresenta sinais de comprometimento do bem estar fetal (não há bradicardia); as contrações uterinas são pouco frequentes para esta fase do trabalho de parto, devendo-se tomar medidas para incrementá-las. Um dos critérios de aplicabilidade do fórceps é dilatação completa. Não há dados clínicos ou gráficos no partograma que sugiram assinclitismo (inclinação da apresentação fetal). Essa é uma condição obstétrica identificada pelo toque vaginal ou exames de imagem, não apenas por dilatação parada.

Feedback:

FILHO, Jorge Rezende. Obstetrícia fundamental. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9788527740173.

17ª QUESTÃO**Enunciado:**

Homem, 34 anos, professor, procura atendimento em unidade básica relatando episódios frequentes de taquicardia, e quando mais intensos vem acompanhados de tremores, sensação de sufocamento, tontura e medo intenso de morrer, iniciados de forma súbita, e nem sempre com gatilho aparente. Relata não saber tempo de duração, mas ocorrem há mais de 2 meses, e nas últimas semanas tem ficado mais frequentes. Desde o início dessas sensações relatadas, evita sair sozinho de casa por medo de ter uma nova crise em local público, dificultando suas atividades profissionais e sociais. Nega uso de álcool, cafeína em excesso ou outras drogas. Exame físico atual e exames laboratoriais prévios estão normais. Com base nos critérios do DSM-5, qual o diagnóstico mais provável para o paciente, e qual elemento do quadro clínico diferencia esse transtorno de outros transtornos de ansiedade?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Transtorno de Pânico; presença de ataques súbitos e recorrentes, além de medo de novas crises.

(alternativa B)

Transtorno de Ansiedade Generalizada; preocupação excessiva persistente com múltiplos eventos do cotidiano.

(alternativa C)

Transtorno de Estresse Pós-Traumático; reexperiência de evento traumático e esquiva persistente.

(alternativa D)

Transtorno de Ansiedade Social; ansiedade em situações de desempenho diante de outras pessoas.

(alternativa E)

Agorafobia; medo específico de espaços abertos ou multidões, sem ataques de pânico.

Resposta comentada:

O caso cumpre critérios estabelecidos no DSM-V: crises inesperadas e recorrentes, sintomas físicos intensos, além do desenvolvimento de comportamento de esquiva, típico em pacientes com pânico. O transtorno de ansiedade generalizada exige preocupação constante com múltiplos eventos por pelo menos 6 meses, o que não é descrito. O transtorno de ansiedade social não tem relação com performance social ou julgamento alheio. A agorafobia embora exista esquiva, ela é secundária ao medo dos ataques, e não por medo direto dos locais; agorafobia pode ser comórbida, mas não é o quadro principal aqui. No transtorno de estresse pós-traumático não há relato de evento traumático desencadeador, nem sintomas de reviver a experiência ou hipervigilância típicos do TEPT.

Feedback:

ASSOCIATION, American Psychiatric. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm-5-Tr: Texto Revisado. 5. Porto Alegre: ArtMed, 2023.0. 1 recurso online. ISBN 9786558820949.0.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de psiquiatria. 11. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017. *E-book*. p.1336. ISBN 9788582713792.

18ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente de 35 anos apresenta placas eritemato-descamativas bem delimitadas em regiões extensoras dos cotovelos e joelhos, além do couro cabeludo. Refere prurido leve e curso crônico da lesão, com períodos de melhora e piora. Associa os momentos de piora ao estresse, e se recorda que o avô paterno, já falecido, também tinha lesões semelhantes nos cotovelos. Qual é o diagnóstico mais provável?

Alternativas:**(alternativa A)**

Escabiose.

(alternativa B)

Tinea corporis.

(alternativa C)

Dermatite atópica.

(alternativa D) (CORRETA)

Psoríase.

(alternativa E)

Lúpus eritematoso cutâneo crônico.

Resposta comentada:

A descrição de placas eritemato-descamativas bem delimitadas em áreas extensoras (cotovelos, joelhos, couro cabeludo), associada a curso crônico, fatores emocionais desencadeantes e histórico familiar positivo, é altamente sugestiva de psoríase vulgar. Já a dermatite atópica pode acometer todas as idades, sendo mais comum em crianças. A doença tende a atenuar com a idade, sendo rara sua persistência após os 30 anos. Em adultos manifesta-se como pápulas placas descamativas, liquenificadas, que podem agudizar, com distribuição usual em dobras antecubitais e poplíteas, sendo também frequente o comprometimento de pescoço, pálpebras, mãos e punhos. A Tinea corporis caracteriza-se por lesões eritematoescamosas, com clareamento central, circinadas, isoladas ou confluentes, uma ou várias com crescimento centrífugo, de modo que a parte externa é mais ativa. O lúpus eritematoso cutâneo crônico pode ser subdividido em subtipos crônicos constituídos pelo lúpus eritematoso discoide (LED) e lúpus eritematoso tímido (LET). O LED é a forma mais comum de LECC, no qual as lesões são placas eritematosas e atróficas, tendem a acometer áreas fotoexpostas, sendo mais frequente na mulher, sobretudo nas adultas jovens e negras. A escabiose tem prurido intenso, pior à noite. A lesão típica é o túnel escabiótico, de 5 a 15mm, da cor da pele. No adulto é comum observar lesões escoriadas, preferentemente em dedos, pregas interdigitais e axilares, punhos, cotovelos, mamilos (sobretudo nas mulheres), genitália, nádegas e hipogástrio — diferente do padrão de placas espessas extensoras da psoríase.

Feedback:

DAVID, AZULAY, R.; RUBEM, AZULAY, D.; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p.172. ISBN 9788527738422.

19ª QUESTÃO**Enunciado:**

Masculino, 9 anos de idade, levado ao ambulatório da Unidade Básica de Saúde por apresentar inchaço nos olhos e mãe refere que o mesmo estava urinando pouco e com urina escura. Informa também que o mesmo apresentou uma infecção de garganta há mais ou menos 10 dias, sendo diagnosticado pelo médico como quadro de faringoamigdalite. Apresentava edema periorbitário e de membros inferiores 1/3+, PA: 139x100 mmHg. Restante do exame físico inexpressivo, levando o profissional a fazer o diagnóstico de provável Glomerulonefrite Difusa Aguda pós-estreptocócica (GNDAs). Solicitou exames e iniciou tratamento para tal. No retorno 15 dias após, o paciente encontrava-se assintomático, normotenso e referindo urina de cor normal. Baseado no caso, podemos afirmar que:

Alternativas:**(alternativa A)**

a patogênese da GNDaps pode ser explicada na maioria dos casos pela deposição glomerular de imunocomplexos e fatores do complemento (C3), mecanismo também predominante na Síndrome Nefrótica, onde há inflamação glomerular significativa.

(alternativa B) (CORRETA)

a GNDaps pode ser considerada como uma típica glomerulonefrite que evolui com Síndrome Nefrítica, apresentando hematúria dismórfica, proteinúria menor que 3,5 g/24h, hipoalbuminemia, cilindros hemáticos e leucocitários, além de edema e hipertensão arterial.

(alternativa C)

o processo inflamatório glomerular leva a uma diminuição da filtração glomerular com retenção hidrossalina, daí o edema e a hipertensão arterial. No entanto, há um aumento nos níveis de renina plasmática, o que contribui para a hipertensão.

(alternativa D)

na hipertensão arterial por hipervolemia na GNDaps, ocorre redução da secreção de renina, levando ao hipoaldosteronismo com diminuição da excreção de potássio.

(alternativa E)

como principais diagnósticos diferenciais da GNDaps que se apresentam também como Síndrome Nefrítica, podemos citar Glomerulonefrite Lúpica, Endocardite Bacteriana, Glomerulonefrite Membranoproliferativa, Doença de Berger, Síndrome de Alport e Goodpasture.

Resposta comentada:

A GNDaps é uma glomerulonefrite que cursa com Síndrome Nefrítica, caracterizada por: Hematúria dismórfica (presença de eritrócitos disformes na urina); Proteinúria subnefrótica (< 3,5 g/24h); Hipoalbuminemia discreta; Cilindros hemáticos e leucocitários na urina; Edema e hipertensão arterial, decorrentes da retenção hidrossalina devido à redução da taxa de filtração glomerular. Embora o processo inflamatório glomerular leve à retenção hidrossalina, a hipertensão arterial na GNDaps não se deve apenas a esse fator, mas também ao aumento da renina plasmática, devido à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). A patogênese da GNDaps ocorre por deposição de imunocomplexos e ativação do complemento (C3), diferentemente da Síndrome Nefrótica, na qual o principal mecanismo não envolve inflamação, mas alteração na permeabilidade da membrana basal glomerular, causando proteinúria maciça. Na hipertensão arterial por hipervolemia na GNDaps, ocorre aumento da secreção de renina, levando ao hiperaldosteronismo, que favorece a retenção de sódio e água. Assim, a excreção de potássio não é reduzida, mas sim aumentada. Os diagnósticos diferenciais citados realmente podem cursar com Síndrome Nefrítica, mas nem todos são autolimitados como a GNDaps. Algumas dessas condições, como Síndrome de Goodpasture e Glomerulonefrite Lúpica, podem evoluir para doença renal crônica, o que as diferencia da evolução benigna da GNDaps.

Feedback:

Riella, MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos, 7ed. Ed Guanabara Koogan, 2024

Silverthorn, D E. Fisiologia Humana: uma abordagem integrativa, 7 ed. Ed Artmed, 2017

Katz, R. Fisiopatologia Renal, Ed Atheneu, 2012

20ª QUESTÃO**Enunciado:**

Em estudo publicado por Campos et al. (2017) na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia, os autores observam que:

“...No grupo de pacientes com idade entre 20 e 34 anos, a incidência de câncer colorretal tem aumentado. Incidência crescente também foi observada em pacientes com câncer no reto entre 35 a 49 anos (...) Em pacientes com câncer colorretal e com idade menor que 40 anos, a prevalência de história familiar positiva para câncer é menor do que 27%...” (CAMPOS, F.G. et al. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, p. 208-215, 2017.)

Qual dos seguintes fatores age no sentido de maximizar a prevalência de determinada doença?

Alternativas:**(alternativa A)**

Imigração de pessoas sadias para dentro do grupo estudado.

(alternativa B)

Emigração de doentes que pertenciam ao grupo estudado.

(alternativa C)

Diminuição do tempo de duração da doença em questão.

(alternativa D)

Aumento da letalidade da doença em questão.

(alternativa E) (CORRETA)

Aumento da incidência da doença em questão.

Resposta comentada:

A prevalência de uma doença é influenciada por diversos fatores, e um dos principais aspectos que pode maximizá-la é o aumento da incidência. Ou seja, se mais pessoas começam a desenvolver a doença em determinado período, a prevalência tende a subir.

As demais alternativas estão incorretas porque:

Aumento da letalidade da doença - Reduz a prevalência, pois mais pessoas morrem rapidamente.

Diminuição do tempo de duração da doença - Também reduz a prevalência, pois a doença desaparece mais rapidamente (seja por cura ou óbito).

Imigração de pessoas sadias para dentro do grupo estudado - Não afeta diretamente a prevalência, pois apenas aumenta a população total sem alterar o número de casos da doença.

Emigração de doentes que pertenciam ao grupo estudado - Reduz a prevalência, pois há menos indivíduos doentes na população estudada.

Feedback:

MEDRONHO, Roberto A.; BLOCH, Kátia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro (Ed.). Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685 p.

21ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente masculino, chega ao pronto atendimento com queixa de vermelhidão em um dos olhos, verificada ao acordar. Não refere dor intensa e não apresenta secreção purulenta. Relata que a vermelhidão surgiu de forma súbita, sem histórico de trauma. Diante das informações apresentadas, qual o diagnóstico mais provável?

Alternativas:**(alternativa A)**

Ceratite herpética.

(alternativa B)

Glaucoma agudo de ângulo fechado.

(alternativa C)

Conjuntivite bacteriana.

(alternativa D)

Uveíte anterior.

(alternativa E) (CORRETA)

Hemorragia subconjuntival.

Resposta comentada:

A hemorragia subconjuntival se caracteriza por um olho vermelho de início súbito, sem dor intensa ou secreção, geralmente causada pela ruptura de pequenos vasos conjuntivais (Hipertensão arterial ou distúrbio da coagulação), diferentemente da conjuntivite bacteriana, em que há presença secreção purulenta. O glaucoma agudo de ângulo fechado, a uveíte e a ceratite herpética costumam causar alteração de acuidade visual e dor ocular significativa, ausente no paciente.

Feedback:

BOWLING, Brad. Kanski: Oftalmologia Clínica: uma abordagem sistemática. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2020. x, 918 p. ISBN 978-85-352-8167-5.

22ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente de 75 anos, masculino, comparece ao ambulatório de clínica médica com queixa de fraqueza e dispneia aos esforços há cerca de 2 meses. No exame físico, observa-se mucosas descoradas, cardiopulmonar normal, ausência de hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia. Hemograma: Hb = 7,5g /%, Ht = 22%, leucometria: 2.100 (VN = 5.000 a 10.000), plaquetas = 90.000 (VN = 150.000 a 350.000), VCM = 117 fl. (VN = 80 a 100), CHCM = 30 % (VN = 26 a 30), Reticulócitos = 1%; Hematoscopia: anisocitose e poiquilocitose e presença de células blásticas. A provável etiologia desta anemia é:

Alternativas:**(alternativa A)**

anemia de doença crônica.

(alternativa B)

anemia por deficiência de folato.

(alternativa C) (CORRETA)

anemia por mielodisplasia.

(alternativa D)

anemia por deficiência de ferro.

(alternativa E)

anemia por deficiência de Vitamina B 12.

Resposta comentada:

As anemias por carência de vitamina B12 e ácido fólico se apresentam com macrocitose (VCM > 100fl.) e concorrem com pancitopenia (diminuição das hemácias, leucócitos e plaquetas), mas, na hematoscopia, encontramos neutrófilos polissegmentados. A anemia ferropriva e anemia de doença crônica são muito comuns no idosos, mas se apresentam como microcítica ou normocítica (VCM < 80fl ou entre 80 a 100). A anemia mielodisplásica é comum no idoso e também pode se apresentar com macrocitose e pancitopenia e a presença de blastos favorece esta hipótese já que a mielodisplasia sofre transformação para leucemia mieloide aguda (LMA).

Feedback:

HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. Fundamentos em hematologia de Hoffbrand. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2018. ix, 371 p. ISBN 978-85-8271-450-8.

FAUCI, Anthony S; KASPER, Dennis L; LOSCALZO, Joseph. Medicina interna de harrison. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9786558040231.

23ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 48 anos, procura o ambulatório de ginecologia com queixa de sintomas vaso motores, descritos como ondas de calor intenso (fogachos), que não só atrapalham as atividades laborais profissionais e domésticas, como também perturbam o sono. Relata ainda labilidade emocional e humor instável. No decorrer da anamnese informou: menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares até mais ou menos um ano, quando se tornaram irregulares e iniciaram os fogachos. O último ciclo ocorreu em 20/01/2025, foi escasso, durando um único dia. De acordo com o texto acima defina a melhor com conduta:

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Terapêutica hormonal combinada.

(alternativa B)

Vitamina E.

(alternativa C)

Terapia estrogênica.

(alternativa D)

Androgênios.

(alternativa E)

Bromocriptina.

Resposta comentada:

Quando adotada, a terapêutica hormonal deve ser individualizada às necessidades da mulher e condicionada à fase em que ela se encontra, no caso transição perimenopausa. Em pacientes com útero, é recomendada terapia estrogênio progesterona, pois o estrogênio sem oposição da progesterona induz estímulo do endométrio, aumentando risco de câncer e hiperplasia endometrial. A bromocriptina está indicada para tratamento da osteoporose. A testosterona está indicada para os casos de disfunção sexual. A vitamina E produz redução mínima dos sintomas vaso motores (fogachos).

Feedback:

BEREK, Jonathan S; BEREK, Deborah L. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2021. xxii, 1186 p. ISBN 9788527737661.

Oliveira GMM, Almeida MCC, Artucio C, Espíndola LN, Rivera MAM, SilvaFilho AL, et al. Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health – 2024. Arq Bras Cardiol. 2024;121(7):e20240478

24ª QUESTÃO**Enunciado:**

Criança de dois anos e quatro meses é atendida em Unidade Básica de Saúde com quadro de diarreia e vômitos. A mãe refere que a criança apresentou dois episódios de diarreia no dia anterior e um episódio no dia do atendimento, pela manhã. Relata três episódios de vômitos no dia anterior e nenhum episódio no dia do atendimento. Relata febre de 38°C há 12 horas, que cedeu com uso de antitérmicos. Nega demais sintomas e relata que a criança está aceitando líquidos, como sucos e água. Está urinando normalmente. Ao exame, a criança apresenta saliva em quantidade normal, olhos brilhantes, está sorridente e ativa, corada, ausência de lesões cutâneas, orofaringe discretamente hiperemiada. com ausculta cardíaca e respiratória normais e o abdômen apresenta leve distensão gasosa, indolor à palpação. Nuca livre, sem sinais meníngeos. A conduta médica adequada é:

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

manter a alimentação normal e aumentar a ingesta de líquidos, incluindo soro de reidratação oral ou soro caseiro e orientar sobre sinais de alerta.

(alternativa B)

solicitar pesquisa de rotavírus nas fezes e aguardar o resultado para definir o tratamento.

(alternativa C)

instituir hidratação venosa com soro fisiológico, com etapa rápida de reposição com volume de 30 mL/Kg da criança.

(alternativa D)

encaminhar ao hospital para realização de hemograma no intuito de diferenciar quadro viral e bacteriano e dosagem de eletrólitos.

(alternativa E)

prescrever repositores de microbiota intestinal (pró-bióticos), bromoprida gotas de forma regular por dois dias e suspender leite de vaca e derivados.

Resposta comentada:

Trata-se de um quadro de diarreia aguda sem sinais de desidratação. Por ser um quadro infeccioso usualmente autolimitado, independente da etiologia, a definição do agente causador é desnecessária. Como não há sinais de desidratação, não é necessária a dosagem de eletrólitos no sangue. Também não é necessário suspender os alimentos que contêm lactose, pois não se trata de diarreia persistente ou crônica. Não é necessário o uso de antieméticos, pois a criança já não apresenta vômitos. Os agentes probióticos têm custo elevado e não fazem parte da lista de medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde, além de não terem eficácia comprovada em quadros de diarreia aguda. É importante manter a alimentação usual da criança e garantir a ingesta hídrica para que a criança mantenha-se alimentada e hidratada.

Feedback:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-do-paciente>.

25ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente masculino, 69 anos, é trazido à emergência pelos familiares devido à queda do estado geral e confusão mental de evolução de 24h. Ao exame inicial, apresenta febre de 38,8°C com calafrios, icterícia, PA: 90 x 40 mmHg e dor abdominal à palpação profunda em região epigástrica. Solicitado exames laboratoriais, que revelam leucopenia, bilirrubinas totais = 7,1 mg/dl, ureia = 56 mg/dl, creatinina = 2,1 mg/dl e proteína C reativa = 32,4 mg/dl. Qual o próximo exame mais apropriado para este paciente?

Alternativas:**(alternativa A)**

Endoscopia digestiva alta.

(alternativa B)

Tomografia computadorizada do abdome total.

(alternativa C)

Amilase e lipase.

(alternativa D)

Radiografia simples de abdome.

(alternativa E) (CORRETA)

Ultrassonografia abdominal total.

Resposta comentada:

Paciente tem quadro clínico sugestivo de colangite supurativa aguda, pois apresenta a pêntade de Reynolds, caracterizado por dor abdominal, febre com calafrios, icterícia, hipotensão arterial e confusão mental. Seguindo a investigação diagnóstica, o próximo exame a ser realizado é ultrassonografia abdominal total, pois permite identificar a presença de cálculos na vesícula biliar e sinais indiretos de coledocolitíase como a dilatação dos ductos biliares sugestivos de impactação por cálculo no colédoco, podendo até mostrar diretamente a coledocolitíase em alguns casos. Uma vez confirmada a etiologia biliar, já pode ser indicada a descompressão biliar de urgência, preferencialmente por CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica). Tomografia de abdome não é um bom exame para avaliação das vias biliares, pois não consegue mostrar os cálculos biliares na maior partes dos casos (exceto no casos de cálculos duros e hiperdensos, que são a minoria), e os outros exames citados em nada ajudam para o diagnóstico da doença calculosa biliar, que é o primeiro passo para indicar a descompressão biliar de urgência que o paciente precisa.

Feedback:

Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 21ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2023.

26ª QUESTÃO**Enunciado:**

O aumento da longevidade somado ao maior acesso a métodos contraceptivos eficazes, ao maior nível educacional e a maior participação no mercado de trabalho das mulheres, tem contribuído para o aumento dos casos de gravidez tardia e infertilidade conjugal. O declínio reprodutivo pode ser atribuído, entre outras causas, à redução progressiva da reserva ovariana. Considerando uma mulher de 42 anos que procura um especialista em reprodução humana desejando sua primeira gestação, marque a alternativa abaixo que representa um marcador laboratorial que poderá ser utilizado para avaliação da reserva ovariana:

Alternativas:**(alternativa A)**

17-OH progesterona após uso de somatostatina.

(alternativa B)

Progesterona no 3º dia do ciclo menstrual.

(alternativa C)

FSH basal no 21º dia do ciclo menstrual.

(alternativa D) (CORRETA)

Dosagem do hormônio anti-Mülleriano.

(alternativa E)

Teste funcional com antagonistas do GnRH.

Resposta comentada:

A diminuição da fertilidade feminina relacionada com a idade e as tendências sociais para o adiamento da gravidez têm relação com a fisiologia do envelhecimento ovariano. O número de folículos ovarianos remanescentes diminui gradualmente com o aumento da idade. O termo reserva ovariana refere-se ao tamanho e à qualidade do pool folicular ovariano remanescente. Os testes de reserva ovariana incluem medidas bioquímicas e ultrassonográficas do tamanho e (por inferência) da qualidade do pool folicular ovariano. Os testes bioquímicos incluem medidas basais, como FSH, estradiol, inibina B e hormônio antimülleriano (AMH), e testes provocativos, como o teste de provocação com citrato de clomifeno (TCCC). As medidas ultrassonográficas da reserva ovariana incluem a contagem de folículos antrais (CFA) e o volume ovariano. O FSH basal deve ser colhido entre o 2º e 5º dias do ciclo menstrual.

Feedback:

TAYLOR, Hugh S.; PAL, Lubna; SELL, Emre. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins, 2019.

POLISSENI, Fernanda; VITRAL, Geraldo Sérgio Farinazzo; DRUMOND, Denise Gasparetti. Condutas em ginecologia: do diagnóstico ao tratamento. Barueri: Manole, 2023. 1 recurso eletrônico. ISBN 9788520461839

27ª QUESTÃO**Enunciado:**

Aposentado, 68 anos, procura atendimento na unidade básica de saúde com queixas de jato urinário fraco, noctúria frequente (3 a 4 vezes por noite), sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e aumento da frequência urinária diurna. Relata que os sintomas urinários vêm se intensificando nos últimos 6 meses. Ao toque retal, a próstata apresenta-se aumentada, endurecida e nodular. Foi solicitado PSA total, com resultado de 9,2 ng/mL (VR: até 4 ng/mL), e PSA livre de 0,98 ng/mL (razão PSA livre/total = 10%). O hemograma revelou: Hemoglobina: 12,1 g/dL (VR: 13,5–17,5 g/dL); Hematócrito: 36,5%; Leucócitos: 6.500/mm³; Plaquetas: 230.000/mm³. Diante desse quadro clínico, laboratorial, qual deve ser a conduta mais adequada?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Indicar biópsia prostática transretal guiada por ultrassonografia.

(alternativa B)

Considerar prostatite e prescrever antibiótico empírico, com nova dosagem de PSA após tratamento.

(alternativa C)

Realizar ultrassonografia transretal apenas se o PSA ultrapassar 10 ng/mL.

(alternativa D)

Iniciar tratamento para hiperplasia prostática benigna com alfa-bloqueador e reavaliar em 3 meses.

(alternativa E)

Solicitar cintilografia óssea para avaliar metástases antes de qualquer outra conduta.

Resposta comentada:

O paciente apresenta sintomas do trato urinário inferior, próstata com alteração ao toque retal (nodular e endurecida), PSA total elevado (9,2 ng/mL) e relação PSA livre/total de 10% (valores abaixo de 15% aumentam a suspeita de neoplasia). Além disso, a hemoglobina discretamente reduzida (12,1 g/dL) pode estar relacionada à doença crônica ou possível infiltração medular por neoplasia, ainda que inespecífica isoladamente. A biópsia prostática transretal é o próximo passo necessário para confirmação diagnóstica. A ultrassonografia transretal pode ser usada como guia no procedimento, e o estadiamento com cintilografia óssea só é indicado após confirmação da neoplasia. A cintilografia só deve ser utilizada após diagnóstico confirmado de câncer prostático com risco de metástases.

Feedback:

GROSSMAN, David C. et al. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, v. 319, n. 18, p. 1901-1913, 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Cancer. Estimativa 2023: incidencia de cancer no Brasil / Instituto Nacional Cancer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em:
<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>.

28ª QUESTÃO**Enunciado:**

Lactente de 6 meses em seio materno exclusivo é levado à consulta de puericultura para iniciar introdução alimentar. De acordo com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, como deve ser essa introdução?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Iniciar papa de frutas 2x/dia, papa de legumes 1x/dia discretamente amassada e manter seio materno em livre demanda.

(alternativa B)

Iniciar o leite adaptado e postergar a introdução de frutas e legumes para quando o lactente estiver andando.

(alternativa C)

Iniciar somente frutas totalmente amassadas e sem nada sólido 1x/dia e manter o lactente em seio materno nos outros horários.

(alternativa D)

Iniciar frutas e papa de legumes 1x/dia, retirar seio materno e introduzir o leite adaptado.

(alternativa E)

Iniciar com a comida da família sem amassar e introduzir o leite adaptado.

Resposta comentada:

A introdução alimentar é iniciada aos 6 meses, com o oferecimento de frutas da época 2x/dia + papa de legumes amassada 1x/dia (almoço) e manutenção do seio materno livre. É importante que a mãe entenda que o lactente está aprendendo a mastigar e, portanto, necessita de paciência para oferecer os alimentos de forma lenta e em pequenas quantidades por vez.

Feedback:

Secretaria de Estado de Saúde. Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Regulamentada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em 2005 por meio da Resolução SES Nº 2673 de 2 de março de 2005. Republicada no D.O. de 28.6.2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019

29ª QUESTÃO

Enunciado:

Médica está em atendimento na unidade básica de saúde quando subitamente é chamada pela equipe para avaliar um paciente na recepção. Ao adentrar a sala, vê um jovem do sexo masculino intensamente agitado, com más condições de higiene, vestindo em cima da roupa um saco de lixo. Ao ver a médica na porta, o paciente grita: "Você tem que me ajudar, tem um chip na minha cabeça. São eles, os alienígenas de Marte. Está ouvindo? Eles estão chegando!" A mãe do jovem está logo atrás e se mostra desesperada, afirma que ele tem 25 anos, faz acompanhamento no CAPS para sua medicação injetável mensal, mas este mês não compareceu. Com base na idade do paciente e na sintomatologia observada, identifique respectivamente o diagnóstico sintômico, a provável etiologia e a medicação comumente usada nesses casos:

Alternativas:**(alternativa A)**

Síndrome ansiosa; Transtorno de pânico; Prometazina.

(alternativa B)

Síndrome depressiva; Transtorno depressivo maior; Fluoxetina.

(alternativa C)

Síndrome delirante; Delirium; Diazepam.

(alternativa D) (CORRETA)

Síndrome psicótica; Esquizofrenia; Haloperidol.

(alternativa E)

Síndrome de estupor; Depressão psicótica; Risperidona.

Resposta comentada:

Observando o caso, temos um paciente homem, com menos de 30 anos, apresentando um quadro de agitação psicomotora, diminuição dos cuidados básicos como higiene e vestuário, além de comportamento bizarro, delírios persecutórios e provável alucinação auditiva. Além disso, temos o relato da mãe do uso mensal de medicação injetável no CAPS. Com isso, inferimos o uso de Haloperidol Decanoato, um antipsicótico de primeira geração geralmente disponível pelo SUS e de aplicação mensal que auxilia na adesão medicamentosa em pacientes psicóticos. A junção dessa sintomatologia corrobora a hipótese de síndrome psicótica, e pela faixa etária e relato da mãe do paciente, a principal etiologia é a esquizofrenia. Não há presença de sintomas do humor como tristeza, desânimo ou prostração que justifiquem o diagnóstico de síndrome depressiva ou síndrome de estupor. Pelo texto, não observamos queixas de preocupação e/ou sintomas autonômicos que justifiquem a presença de um quadro ansioso. Ademais, o diagnóstico de delirium não seria possível, pois advém de um quadro orgânico que cursa com rebaixamento do nível de consciência, histórico de doença clínica em especial pacientes idosos ou hospitalizados.

Feedback:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. Porto Alegre: ArtMed, 2018. 1 recurso online. ISBN 9788582715062.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm-5-Tr: Texto Revisado. 5. Porto Alegre: ArtMed, 2023.0. 1 recurso online. ISBN 9786558820949.0.

30ª QUESTÃO**Enunciado:**

Uma mulher de 67 anos com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e fibrilação atrial comparece ao pronto-socorro com fraqueza no lado esquerdo do corpo e fala arrastada. O início foi súbito enquanto ela escovava os dentes há 1 hora, e ela foi levada imediatamente à sala de emergência. Ela nega dificuldades para encontrar palavras, disestesia e cefaleia. Está tomando varfarina. Os achados do exame físico incluem pressão arterial de 205 x 90 mmHg e batimentos cardíacos irregulares. Há negligência do lado esquerdo com fala arrastada. Há um padrão corticoespinal de fraqueza no lado esquerdo do corpo, com a face e a extremidade superior pior em relação à extremidade inferior. Os exames bioquímicos e a contagem de células de rotina são normais. Sua razão normalizada internacional (INR) é 1,8. Qual das seguintes opções é o primeiro passo mais apropriado no tratamento?

Alternativas:**(alternativa A)**

Solicitar uma angiografia cerebral.

(alternativa B)

Consultar um cirurgião vascular para possível endarterectomia.

(alternativa C)

Iniciar heparina.

(alternativa D)

Administrar ativador do plasminogênio tecidual.

(alternativa E) (CORRETA)

Solicitar uma tomografia computadorizada (TC) do cérebro.

Resposta comentada:

Este é um bom histórico para AVC cardioembólico - início súbito, sintomas corticais, fibrilação atrial e INR subterapêutico. O objetivo imediato deve ser descartar hemorragia intracraniana e confirmar o diagnóstico. O ativador do plasminogênio tecidual é o tratamento para AVC agudo em circunstâncias específicas. No entanto, ainda não há certeza de que se trate de um AVC isquêmico. Pode ser uma hemorragia intracraniana, o que seria uma contraindicação para o uso de ativador do plasminogênio tecidual. Além disso, um INR elevado em um paciente em uso de varfarina é uma contraindicação para o uso de ativador do plasminogênio tecidual. A endarterectomia carotídea é indicada para alguns casos em que se acredita que um ataque isquêmico transitório (AIT) ou AVC seja causado por estenose da artéria carótida. Ainda não se sabe o que causou o evento deste paciente, e este procedimento raramente seria realizado em caráter de emergência. Uma angiografia cerebral seria indicada se houvesse forte suspeita de aneurisma ou malformação vascular. Não há razão para acreditar que um desses fatores esteja causando os sintomas do paciente. Heparina pode ser indicada se não houver hemorragia intracraniana. Isso deve ser estabelecido primeiro por tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Feedback:

GOLDMAN, Lee (ed.). Goldman-Cecil medicina. 26. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2022. 2 v. ISBN 9788595158931.

KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 4. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2016. 2 v. + Acompanha CD ISBN 978-85-388-0694-3.

31ª QUESTÃO**Enunciado:**

Gestante com 10 semanas de atraso menstrual procura o Pronto Socorro com queixa de dor tipo cólicas em hipocôndrio e sangramento. Realiza ultrassonografia transvaginal, com diagnóstico de interrupção da gestação, com 7 semanas de evolução. O médico plantonista realiza o toque vaginal, constata colo pervio e indica aspiração manual intra uterina (AMIU). Considerando as informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas:

I. O esvaziamento uterino por aspiração a vácuo é um método seguro e eficaz para interrupção da gravidez até 12 semanas

PORQUE

II. a aspiração a vácuo é um procedimento que pode causar perfuração uterina.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta:

Alternativas:**(alternativa A)**

As asserções I e II são verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(alternativa B)

A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(alternativa C) (CORRETA)

A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

(alternativa D)

As asserções I e II são proposições falsas.

(alternativa E)

As asserções I e II são verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

Resposta comentada:

A asserção I é verdadeira, pois o esvaziamento uterino por aspiração a vácuo é um método seguro e eficaz para interrupção da gravidez até 12 semanas. No entanto, a proposição II é falsa, pois a aspiração a vácuo é um procedimento que, quando realizado por profissionais qualificados, tem um risco muito baixo de causar perfuração uterina.

Feedback:

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). Aborto seguro: orientações técnicas e políticas para sistemas de saúde.

Moras Filho OB. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 21/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal

FILHO, Jorge Rezende. Obstetrícia fundamental. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9788527740173

32ª QUESTÃO**Enunciado:**

Pediatra examina recém-nascido (RN) com 24 horas de vida, em alojamento conjunto. Mãe realizou pré-natal com 8 consultas, sem intercorrências. No exame físico, chama a atenção a irritabilidade na manipulação do RN, o reflexo de moro assimétrico e a presença de discreto edema e hematoma na região superior torácica anterior. Com base na principal hipótese diagnóstica, qual o exame a ser solicitado para investigação?

Alternativas:**(alternativa A)**

Hemograma completo.

(alternativa B)

Ressonância magnética.

(alternativa C)

Tomografia computadorizada.

(alternativa D) (CORRETA)

Radiografia simples.

(alternativa E)

Sorologia para sífilis.

Resposta comentada:

A fratura de clavícula no recém-nascido ocorre durante o período expulsivo do trabalho de parto. A clavícula é um osso que dificulta a saída do ombro quando os braços estão estendidos ou na apresentação de vértice. Geralmente, o recém-nascido não consegue movimentar o braço do lado afetado, o reflexo de moro está ausente do lado da lesão, na palpação pode-se sentir a crepitação. A fratura de úmero e a paralisia braquial podem diminuir o movimento do braço e alterar o reflexo de moro do lado afetado. A radiografia simples confirma a hipótese diagnóstica. O tratamento consiste na imobilização do braço e ombro afetado e o prognóstico é muito bom.

Feedback:

KLIEGMAN, Robert *et al.* Nelson tratado de pediatria. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2018. 2 v. ISBN 978-85-352-8466-9.

33ª QUESTÃO

Enunciado:

Homem, 63 anos, com histórico de tabagismo de 40 maços/ano e ex-tabagista há seis meses, retorna ao ambulatório de clínica médica para reavaliação de quadro de tosse crônica produtiva, dispneia aos esforços e sibilância recorrente. Relata que, apesar do uso de broncodilatadores de ação curta prescritos na última consulta, não notou melhora significativa dos sintomas respiratórios. Na consulta atual, apresenta radiografia de tórax recente, que mostra hiperinsuflação pulmonar, retificação dos arcos costais e rarefação difusa do parênquima pulmonar, sem sinais de pneumonia ou massa. Ainda não realizou espirometria. Ao discutir o caso com o paciente, o médico orienta sobre o possível diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), explicando os próximos passos no diagnóstico e manejo. De acordo com diagnóstico do paciente, assinale alternativa correta:

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

O uso de Dupilumab, Azitromicina e Roflumilast são opções terapêuticas como drogas com ação anti-inflamatória.

(alternativa B)

A oxigenioterapia domiciliar deve ser sempre indicada independentemente da gravidade da doença.

(alternativa C)

O uso contínuo de broncodilatadores levará à cura da DPOC à longo prazo.

(alternativa D)

O componente patogênico básico da DPOC é a obstrução brônquica causada pela exposição à alérgenos respiratórios.

(alternativa E)

A radiografia de tórax atual é necessária para a confirmação da presença de DPOC.

Resposta comentada:

A DPOC tem tratamento, mas é uma doença crônica, irreversível. O processo inflamatório causado pelo tabagismo e gases irritantes das vias aéreas são os fatores causadores da obstrução brônquica crônica, e não alérgenos respiratórios. A Oxigenioterapia Domiciliar Contínua só está indicada nos pacientes portadores de alterações gasométricas com $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ ou entre 55 e 60 mmHg com sinais de hipertensão pulmonar, e seu uso generalizado sem critérios é incorreto e pode ser prejudicial. A radiografia de Tórax pode não apresentar alterações radiológicas nas formas iniciais e moderadas de DPOC. O exame padrão-ouro é a espirometria, que evidencia obstrução ao fluxo aéreo ($\text{VEF1/CVF} < 0,70$ pós-broncodilatador). As três substâncias relacionadas (Dupilumab, Azitromicina e Roflumilast) tem ação anti-inflamatória e podem ser utilizadas no tratamento da DPOC.

Feedback:

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2025.

Enunciado:

A colpocitologia oncótica, exame de Papanicolau, tem sido o principal método de rastreamento do câncer do colo do útero, porém apresenta limitações quando usado isoladamente. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem como proposta substituir o Papanicolau por teste de detecção do DNA do HPV de alto risco, por meio da técnica de PCR. Qual alternativa define melhor o embasamento científico dessa nova estratégia de prevenção do câncer do colo do útero?

Alternativas:**(alternativa A)**

Toda mulher que tiver o PCR HPV de baixo risco NEGATIVO, será considerada sem risco para o câncer do colo uterino.

(alternativa B) (CORRETA)

Toda mulher que tiver o PCR HPV de alto risco POSITIVO, estará potencialmente em risco de desenvolver o câncer do colo uterino.

(alternativa C)

Toda mulher que tiver o PCR HPV de alto risco POSITIVO, será considerada portadora do câncer do colo uterino.

(alternativa D)

Toda mulher que tiver o PCR HPV POSITIVO, independentemente de ser o vírus do grupo de alto ou de baixo risco, será considerada portadora de câncer do colo uterino.

(alternativa E)

Toda mulher que tiver o PCR HPV NEGATIVO, independentemente do vírus ser do grupo de alto ou de baixo risco, não será portadora do câncer do colo uterino.

Resposta comentada:

O teste de PCR para detecção do DNA do HPV de alto risco identifica a presença dos tipos de HPV mais frequentemente associados ao desenvolvimento de lesões precursoras e câncer do colo do útero. Ter um resultado positivo para HPV de alto risco não significa que a mulher tem câncer, mas sim que existe risco aumentado para desenvolvimento futuro da doença, exigindo seguimento e investigação complementar, como a colposcopia. O câncer do colo do útero é uma complicação tardia e rara da infecção persistente por tipos oncogênicos do vírus. Muitas infecções são autolimitadas. A negatividade para HPV de baixo risco não exclui a possibilidade de infecção por HPV de alto risco, que é o real fator de risco para o câncer. Apesar de um teste negativo indicar menor risco no momento, nenhum teste possui 100% de sensibilidade, e é necessário manter o rastreamento periódico. Além disso, o câncer pode estar em fases muito iniciais ou ser causado por fatores não detectáveis.

Feedback:

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Distrito federal. 2024

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Enunciado:

Durante a visita aos leitos no setor do alojamento conjunto, a equipe da unidade neonatal examinou um recém nascido com 48 horas de vida que apresentava icterícia, notada há cerca de duas horas, e que atingia até zona I de Kramer. Recém-nascido do sexo masculino, parto vaginal, sem intercorrências, produto de primeira gestação, termo, APGAR 9/10, pesou 3.200 gramas, pré-natal com oito consultas e sem nenhuma anormalidade. Sorologias maternas para toxoplasmose, herpes, hepatites, HIV realizadas no primeiro trimestre, terceiro trimestre e no momento da admissão na maternidade não reagentes. Mãe A Rh negativo e recém nascido A Rh negativo. Foram solicitados exames laboratoriais, com os seguintes resultados: Bilirrubina total 6 mg%/dL; bilirrubina indireta 5,5 mg/dL; Coombs direto negativo; hemácias 4.700.000/mm³; hematócrito 47%; reticulócitos 0,5%; leucócitos 16.000/mm³; eosinófilos 2; bastões 3; segmentados 57; linfócitos 30; monócitos 8; plaquetas 200.000/mm³; esfregaço corado do sangue periférico não identificou anormalidades; PCR 0,6 mg/dL; testes para pesquisa de deficiência da G6PD e anemia falciforme negativos. Considerando a hipótese diagnóstica, assinale a opção terapêutica mais adequada:

Alternativas:**(alternativa A)**

Iniciar esquema com ampicilina + gentamicina IV.

(alternativa B)

Exsanguineotransfusão com troca de duas volemiás.

(alternativa C)

Fototerapia reversa contínua.

(alternativa D)

Fototerapia convencional contínua.

(alternativa E) (CORRETA)

Apenas acompanhar a evolução clínica.

Resposta comentada:

O caso apresentado descreve um recém-nascido a termo, saudável, com um quadro de icterícia fisiológica precoce, sem sinais de hemólise, infecção ou outras condições patológicas associadas. Não há incompatibilidade sanguínea materno-fetal, não há sinais de hemólise e de infecções congênitas, apenas apresentando o aumento sérico exclusivamente da bilirrubina indireta. Essa icterícia é ocasionada por um atraso transitório da atividade da glicuronil transferase, maior oferta hepática da bilirrubina indireta e aumento da circulação enterohepática. O nível sérico da bilirrubina não ultrapassa 12mg/dL e se normaliza ao final da primeira semana de vida. Considerando o diagnóstico de icterícia fisiológica do recém nascido e o valor sérico da bilirrubina de 6 mg/dL, não há indicação para aplicar qualquer medida terapêutica e o recém nascido pode receber alta hospitalar.

Feedback:

KLIEGMAN, Robert *et al.* Nelson tratado de pediatria. 21. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2022. 2 v. ISBN 9788595158269

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Manual de orientação. Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal.2021

36ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher de 40 anos procura o ambulatório de ginecologia relatando amenorreia há três meses. Durante a anamnese, refere na história ginecológica ciclo menstrual regular. Na história obstétrica, gesta III para III. Ainda informa que foi submetida, há 4 meses, a Wintercuretagem uterina fracionada para estudo histopatológico, após vultuoso sangramento. Diante do quadro descrito foram sugeridos alguns procedimentos. Dentre as alternativas abaixo, identifique o padrão ouro para a investigação diagnóstica:

Alternativas:**(alternativa A)**

Ultrassonografia abdominal.

(alternativa B)

Citoscopia.

(alternativa C)

Ressonância magnética.

(alternativa D) (CORRETA)

Videohisteroscopia.

(alternativa E)

Dosagem de FSH, prolactina, LH e TSH.

Resposta comentada:

A história de sangramento seguido de Wintercuretagem uterina pode ser causa da amenorreia estrutural (sinéquias). Esse diagnóstico deve ser particularmente lembrado após histórico de aborto, sangramento, curetagem, infecção ou cirurgia uterina. Nesses casos, a vídeohisteroscopia é o padrão ouro na identificação de sinéquias e obliteração da cavidade. A Ultrassonografia (USG) abdominal é particularmente importante nas amenorreias primárias, quando pode mostrar ausência do útero, além de permitir a identificação de malformações uterinas ou obstruções ao fluxo menstrual. Na Ultrassonografia pélvica transvaginal nas amenorreias secundárias, o resultado é utilizado como condição para o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos. A cistoscopia ou uretrocistoscopia se destina à propedêutica investigativa diagnóstica urológica e é um exame endoscópico das vias urinárias baixas. A ressonância magnética para avaliação das amenorreias reserva-se aos casos em especial, para avaliação pélvica em alguns casos de malformação dos órgãos genitais. As dosagens hormonais no caso apresentado não seriam os exames de primeira escolha. O FSH define se há ou não hipoposterogenismo. A prolactina elevada indica o diagnóstico de hiperprolactinemia, A dosagem de TSH deve ser inclusa nos casos de elevação da prolactina ou de suspeita de doença central. Na presença de TSH elevado, complementar à propedêutica para disfunções tireoidianas. Com sinais ou sintomas de hiperandrogenismo, solicitar dosagem de androgênios para diagnóstico diferencial, incluindo 17-OH-progesterona, testosterona e deidroepiandrosterona sulfatada (DHEA-S), marcadores de hiperplasia adrenal, tumores ovarianos e tumores adrenais.

Feedback:

Oliveira GMM, Almeida MCC, Artucio C, Espíndola LN, Rivera MAM, SilvaFilho AL, et al. Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health – 2024. Arq Bras Cardiol. 2024;121(7):e20240478

BEREK, Jonathan S; BEREK, Deborah L. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2021. xxii, 1186 p. ISBN 9788527737661.

37ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 54 anos, percebeu no banho a presença de um nódulo em topografia cervical anterior à esquerda, não doloroso e que se movia quando a paciente deglutia. Na consulta médica, foi solicitada ultrassonografia de pescoço, que evidenciou nódulo de 2,5 cm, hipoecóico, de contornos irregulares e microcalcificações. Foi solicitada uma punção aspirativa do nódulo, que teve resultado de Bethesda V. Qual das condutas abaixo é a mais adequada para o caso?

Alternativas:**(alternativa A)**

Vigilância ativa.

(alternativa B)

Supressão com Levotiroxina.

(alternativa C)

Acompanhamento.

(alternativa D)

Pesquisa de corpo inteiro.

(alternativa E) (CORRETA)

Tireoidectomia parcial ou total.

Resposta comentada:

Bethesda V é um nódulo tireóide suspeito de malignidade. A American Thyroid Association (ATA) recomenda a cirurgia para nódulos com citologia suspeita de malignidade (Bethesda V). As opções cirúrgicas incluem lobectomia com ou sem istmectomia ou tireoidectomia total, dependendo do contexto clínico e dos achados de imagem. A decisão entre lobectomia ou tireoidectomia são relacionadas ao tamanho do tumor, extensão extratireoidiana, presença de metástases linfonodais, idade, histórico pessoal de radiodo cabeça e pescoço e carcinoma tireodiano familiar. Se a suspeita é câncer, a conduta não pode ser conservadora de acompanhamento ou vigilância ativa. É possível existir vigilância ativa em nódulos < 1cm com Bethesda VI. Não existe qualquer estudo que mostre que o uso da levotiroxina substitua uma conduta cirúrgica, ela será feita após o procedimento cirúrgico, assim como a pesquisa de corpo inteiro que não deve anteceder o procedimento cirúrgico, já que pode causar efeito stunning e atrapalhar a Dose Terepêutica pós cirúrgica.

Feedback:

Haugen BR, et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967; PMCID: PMC4739132.

Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. 21ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2023.

38ª QUESTÃO**Enunciado:**

Recém-nascido (RN) pré-termo tardio (36 semanas), nascido de parto cesáreo, apresentou após 24h de vida um episódio de hipoglicemia (limítrofe). A mãe relata que ele tem dificuldades para sugar o seio materno e para estimulá-lo, ela está dando chupeta. Analisando o ocorrido, quais medidas seriam necessárias?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Oferecer leite materno em livre demanda com orientação e ordenhado se necessário, com controle de glicemia.

(alternativa B)

Oferecer leite materno em livre demanda e leite adaptado (fórmula láctea 1), sem controle da glicemia.

(alternativa C)

Oferecer leite adaptado (fórmula láctea 1) regular, sem controle da glicemia.

(alternativa D)

Oferecer leite adaptado (fórmula láctea 1) regular, com controle de glicemia e sem rastreio para infecção.

(alternativa E)

Rastrear o RN para infecção neonatal e oferecer leite adaptado (fórmula láctea 1) regular, com controle de glicemia.

Resposta comentada:

Recém-nascido pré-termo pode apresentar dificuldade na sucção em seio materno, parecendo preguiçoso e dormindo muito. A mãe deve ser orientada quanto as formas de pega ao seio, aumentar a oferta do seio materno em intervalos mais curtos. Não oferecer chupeta, pois a mesma pode causar confusão de bico e tornar essa sucção em seio materno difícil e trabalhosa. O RN não apresenta sinais clínicos que indiquem infecção neonatal (como febre, instabilidade térmica, irritabilidade, hipoatividade). Introduzir fórmula de forma precoce pode prejudicar o aleitamento materno, além de não ser necessário de imediato em casos leves de hipoglicemia. Optar por não realizar controle glicêmico em um RN pré-termo que já apresentou hipoglicemia é conduta inadequada. O controle da glicemia é essencial para prevenir complicações neurológicas, e deve estar associado à necessidade atual do RN de leite materno.

Feedback:

Secretaria de Estado de Saúde. Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Regulamentada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em 2005 por meio da Resolução SES Nº 2673 de 2 de março de 2005. Republicada no D.O. de 28.6.2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

39ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 68 anos, internada na enfermaria de clínica médica para tratamento de pneumonia bacteriana em base de pulmão direito, em uso de antibioticoterapia venosa. No 3º dia de internação hospitalar, evolui com piora do padrão respiratório, piora da dor torácica ventilatório-dependente e febre persistente. Ao exame: hidratada, corada, dispneica, taquicárdica, febril (38,5°C); AR: murmúrio vesicular presente em hemitórax esquerdo, com roncocalcos difusos e murmúrio vesicular diminuído em terço médio e inferior de hemitórax direito, com maciceza à percussão e frêmito toracovocal diminuído em terço médio e inferior de hemitórax direito. ACV: RCR2T, bulhas normofonéticas, sem sopros ou extrassístoles. Abd: peristalse presente, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de massas palpáveis ou visceromegalias. MMII: sem edema, panturrilhas livres, pulsos distais palpáveis e simétricos. FC: 96bpm. PA: 130 x 90mmHg. Radiografia de tórax mostra velamento de hemitórax direito com nível hidroaéreo. A equipe assistente solicita parecer da cirurgia para avaliação de possível toracocentese, após a realização da tomografia computadorizada de tórax. Com base no quadro clínico apresentado, qual é a conduta mais adequada?

Alternativas:**(alternativa A) (CORRETA)**

Se confirmado derrame loculado, indicar decorticação e drenagem torácica.

(alternativa B)

Iniciar corticoterapia para reduzir inflamação pleural antes de qualquer conduta.

(alternativa C)

Trocar antibioticoterapia e realizar toracocentese de alívio.

(alternativa D)

Contraindicar drenagem torácica devido à idade da paciente e risco de complicações.

(alternativa E)

Manter antibioticoterapia e aguardar nova reavaliação clínica em 48 horas.

Resposta comentada:

Paciente em tratamento para pneumonia, com persistência de febre e surgimento de sinais de derrame com nível hidroaéreo indicam provável empiema fase 2, de causa infecciosa. A TC de tórax é o melhor exame para quantificar o derrame pleural e para avaliar se o derrame é livre ou loculado, se há presença de focos gasosos, nodulações ou espessamento pleural, e para verificar a relação com estruturas adjacentes. O empiema pleural pode ser dividido em 3 fases: 1) Exsudativa: exsudato não complicado, DHL, glicose e pH normais, estéril, líquido livre e citrino; 2) Fibrinopurulenta: exsudato complicado, aumento de DHL, redução da glicose e do pH, presença de bactérias, formação de septos, líquido turvo; 3) Organização: fase crônica, fibrotórax, encarceramento pulmonar. A conduta varia de acordo com a fase do empiema: fase 1 - toracocentese ou drenagem pleural; fase 2 - decorticação pulmonar e drenagem pleural (como no caso da paciente); fase 3 - decorticação pulmonar ou pleurostomia. Não está indicada a troca do antibiótico sem a análise do líquido pleural, incluindo cultura e antibiograma do líquido. A idade não contraindica drenagem torácica quando há indicação clara, como neste caso, visto que adiar o procedimento pode aumentar o risco de insuficiência respiratória, sepse ou óbito. O uso de corticosteroides não é indicado no tratamento de empiema pleural.

Feedback:

TOWNSEND, Courtney M. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders Elsevier, c2019. 2 v. ISBN 978-85-352-8857-5.

40ª QUESTÃO**Enunciado:**

Um menino de 6 anos, previamente hígido, é levado à emergência com história de poliúria, polidipsia, perda de peso nas últimas semanas e, nas últimas 24 horas, apresentou vômitos, fraqueza e respiração rápida. Ao exame físico, encontra-se taquipneico e com sinais de desidratação. Glicemia capilar: 480 mg/dL. Exames laboratoriais revelam: Sódio: 134 mEq/L; Potássio: 4,5 mEq/L; Gasometria venosa: pH 7,12, bicarbonato 8 mEq/L, pCO₂ 25 mmHg; Glicemia venosa: 510 mg/dL. Com base nos achados clínicos e laboratoriais, qual a conduta inicial mais adequada?

Alternativas:**(alternativa A)**

Iniciar solução fisiológica e metformina para controle glicêmico.

(alternativa B)

Iniciar insulina em bolus intravenoso e posteriormente em infusão contínua.

(alternativa C)

Corrigir a hiperglicemia rapidamente com insulina em altas doses.

(alternativa D) (CORRETA)

Iniciar hidratação com SF 0,9% e iniciar insulina regular após 1-2 horas.

(alternativa E)

Administrar bicarbonato de sódio para corrigir a acidose.

Resposta comentada:

O quadro clínico e os exames laboratoriais confirmam cetoacidose diabética (CAD). O manejo deve começar com hidratação venosa com solução salina isotônica (SF 0,9%), que pode corrigir parcialmente a hiperglicemia e melhorar a perfusão. A insulina regular deve ser iniciada após 1-2 horas de hidratação, sem administração de bolus. O bicarbonato só deve ser usado em situações muito específicas (como pH < 6,9 com instabilidade hemodinâmica). O uso de metformina não é indicado em diabetes tipo 1.

Feedback:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Endocrinologia. Diabetes melito tipo 1 em crianças e adolescentes: orientações para pediatras. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23796c-DC_DMelito_tipo1_em_crc_e_adl_OrientPediatr_250405_090543.pdf. Acesso em: 5 abr. 2025.

41ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente feminina, 72 anos, com história de dor abdominal em flanco e fossa ilíaca esquerda há 1 semana associada à febre baixa, dá entrada na Emergência com quadro de piora da dor, associado à importante distensão abdominal e náuseas. Paciente foi atendida e submetida à tomografia computadorizada de abdome total com contraste venoso, que revelou distensão importante de alças cólicas até o sigmoide, onde se nota massa estenosante na parede do sigmoide, com infiltração da gordura pericólica, linfonodomegalia adjacente, com cólon distal e reto vazios, e bexiga em íntimo contato com a área relatada, com presença de gás no seu interior; ausência de líquido livre na cavidade. Diante das informações, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

Alternativas:**(alternativa A)**

Megacólon tóxico por Chagas.

(alternativa B)

Diverticulite aguda Hinchey IV.

(alternativa C)

Polipose colônica familiar.

(alternativa D) (CORRETA)

Adenocarcinoma infiltrante com fístula colovesical.

(alternativa E)

Retocolite ulcerativa agudizada.

Resposta comentada:

Paciente apresenta uma descrição tomográfica típica de um abdome agudo obstrutivo, com distensão de alças cólicas até o local da obstrução mecânica, com alças distais vazias. A descrição da lesão de uma massa estenosante no sigmoide com densificação de gordura adjacente, linfonodomegalia local e uma aparente comunicação fistulosa para a bexiga fala a favor de duas possibilidades: câncer colorretal invadindo bexiga e diverticulite aguda com fístula colovesical, embora esta última geralmente cause um abdome agudo inflamatório e não costuma causar um abdome agudo obstrutivo. A TC afirma não haver líquido livre na cavidade abdominal e isso descarta a possibilidade de peritonite fecal livre, e com isso descarta o diagnóstico de diverticulite aguda Hinchey IV (diverticulite aguda com peritonite fecal livre) invalidando portanto esta opção. Se for diverticulite aguda, não será um Hinchey IV. Logo, entre as opções apresentadas, a única compatível com a hipótese diagnóstica é o câncer colorretal invasivo. Não há nada na história clínica e na descrição tomográfica que possam sugerir as outras opções.

Feedback:

Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 21ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2023.

42ª QUESTÃO**Enunciado:**

Paciente de 32 anos, com sobrepeso, sem doenças prévias, sem antecedentes familiares de hipertensão arterial e sem uso de medicamentos é referenciada ao ambulatório de cardiologia com relato de valores elevados de pressão arterial (PA: 146 x 90 mmHg) em Campanha de Prevenção à Saúde. Na primeira consulta, a média da pressão arterial foi de 142 x 90 mmHg sendo solicitada monitorização da pressão arterial de 24 horas (MAPA de 24 horas) que foi normal (média de 24 horas: 126 x 82 mmHg). Realizou exames da rotina básicos que se mostraram dentro da normalidade. Em relação ao caso relatado, avalie as afirmativas abaixo:

- I. Trata-se de uma paciente com hipertensão mascarada e indicação de mudança de estilo de vida.
- II. A paciente não apresenta indícios de hipertensão arterial secundária.
- III. A associação inicial de dois anti-hipertensivos em doses baixas deve ser considerada, além da mudança de estilo de vida, tendo em vista o alto risco cardiovascular da paciente.

Está correto o que se afirma em:

Alternativas:**(alternativa A)**

I e II, apenas.

(alternativa B)

II e III, apenas.

(alternativa C)

I, apenas.

(alternativa D) (CORRETA)

II, apenas.

(alternativa E)

I e III, apenas.

Resposta comentada:

Trata-se de uma paciente com HA do avental branco, caracterizada por valores elevados de PA no consultório e normais à MAPA, sem indicação inicial de tratamento farmacológico, mas sim de mudança de estilo de vida com controle do peso, dieta e atividade física regular. Em casos de HA mascarada, a PA é normal no consultório e alta no MAPA, exigindo tratamento. Não há indícios de HA secundária, nem alto risco cardiovascular, pois não há fatores de risco, nem lesão a órgãos alvo ou doenças cardiovasculares.

Feedback:

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

43ª QUESTÃO**Enunciado:**

Os sintomas da Febre de Oropouche são parecidos com os da Dengue: cefaleia intensa, dor muscular, náusea e diarreia. Nesse sentido, é importante que profissionais da área de vigilância em saúde sejam capazes de diferenciar essas doenças por meio de aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais e orientar as ações de prevenção e controle. Em relação a essa doença, a Portaria do Ministério da Saúde de fevereiro de 2024 (Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024) definiu que:

Alternativas:**(alternativa A)**

todo caso suspeito ou confirmado da Febre de Oropouche deve ser notificado em até 48 horas.

(alternativa B)

não há necessidade de notificar a Vigilância Epidemiológica em casos suspeitos ou confirmados da Febre de Oropouche.

(alternativa C)

deve-se notificar apenas os casos confirmados da Febre de Oropouche em até 72 horas.

(alternativa D)

todo caso suspeito ou confirmado da Febre de Oropouche deve ser notificado em até 72 horas.

(alternativa E) (CORRETA)

todo caso suspeito ou confirmado da Febre de Oropouche deve ser notificado em até 24 horas.

Resposta comentada:

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. De acordo com o Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, todo caso suspeito ou confirmado de febre Oropouche, assim como demais arboviroses de importância em saúde pública devem ser notificadas imediatamente (em até 24h), sendo essencial para investigação oportuna.

Feedback:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MSnº3.148, de 6 de fevereiro de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria d2 consolidação GM/MSnº4, de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 fev. 2024. Seção 1, p.19. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3148_15_02_2024.html.

44ª QUESTÃO**Enunciado:**

Mulher, 52 anos, com hipertensão arterial estágio 2, sem outras comorbidades, procura o ambulatório de cardiologia com queixas de edema de tornozelos e rubor facial após iniciar uso de losartana e anlodipina. O exame físico encontra-se dentro da normalidade, exceto pelo edema de membros inferiores 3+/4+. A pressão arterial aferida na consulta é de 128 x 80 mmHg e a frequência cardíaca é de 54 bpm. Marque a melhor opção terapêutica para a paciente no momento, considerando a possibilidade de efeito adverso do medicamento:

Alternativas:**(alternativa A)**

Suspender a losartana e manter a anlodipina em doses mais elevadas.

(alternativa B)

Manter a anlodipina e trocar a losartana por um betabloqueador.

(alternativa C)

Manter a anlodipina e trocar a losartana por espironolactona.

(alternativa D) (CORRETA)

Manter a losartana e trocar a anlodipina por um diurético tiazídico.

(alternativa E)

Manter a losartana e a anlodipina e associar um diurético de alça.

Resposta comentada:

Edema de membros inferiores e rubor facial são efeitos adversos conhecidos dos bloqueadores de canais de cálcio, como a anlodipina. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, para o tratamento da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) estágio 2, deve-se utilizar associação de fármacos de classes diferentes. As opções de associação de primeira linha com a losartana seriam os bloqueadores de cálcio ou os diuréticos tiazídicos. Como a paciente apresentou reação adversa ao uso de anlodipina, a conduta será a retirada dessa medicação e a associação da losartana com um diurético tiazídico. Os betabloqueadores não são fármacos de primeira linha para a associação, exceto em condições especiais que a paciente não apresenta. A espironolactona é o quarto fármaco a ser associado, após os de primeira linha.

Feedback:

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

45ª QUESTÃO**Enunciado:**

Primigesta, 28 anos, gestação de 24 semanas pela data da última menstruação (DUM), comparece à unidade de saúde para consulta de rotina do pré-natal. Não apresenta queixas e, chama atenção no exame, a pressão arterial (140 x 100 mmHg), aferida com a técnica correta. Diante do achado, qual a conduta?

Alternativas:**(alternativa A)**

Sulfato de Magnésio na dose de ataque de 4g.

(alternativa B)

Orientar retorno sem introdução medicamentosa.

(alternativa C)

Realizar Nitroprussiato na dose de 5µ/min.

(alternativa D)

Iniciar nitroglicerina na dose de 5µ/min.

(alternativa E) (CORRETA)

Iniciar alfa-metildopa na dose de 750 mg 3 x dia.

Resposta comentada:

A hipertensão na gestação é o aumento da pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg após 20 semanas de gestação e ausência de proteinúria ou outras alterações sistêmicas. Gestantes com diagnóstico de hipertensão podem desenvolver pré-eclâmpsia. A Alfa-metildopa tem início de ação lento, iniciar com 750 mg 3x/dia (dose máxima: 2g/dia). A nitroglicerina está indicada no edema agudo de pulmão com níveis pressóricos sistólico ≥ 160 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg. O Nitroprussiato deve ser a última alternativa e usado por curto tempo para níveis pressóricos sistólico ≥ 160 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg. O sulfato de magnésio é utilizado no tratamento da eclampsia para prevenir convulsões recorrentes.

Feedback:

FILHO, Jorge Rezende. Obstetrícia fundamental. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9788527740173

46ª QUESTÃO**Enunciado:**

Homem, 45 anos, agricultor, deu entrada no Pronto-Socorro após ser picado por uma serpente enquanto trabalhava no campo. Ele não conseguiu identificar a espécie, mas apresenta dor intensa, edema progressivo, equimose no local da picada e sangramento gengival. Durante a avaliação, observa-se que o tempo de coagulação está prolongado. Considerando o quadro descrito acima, avalie as duas asserções afirmativas abaixo e a relação proposta entre elas:

I. O quadro clínico do paciente sugere um envenenamento botrópico, que se caracteriza por ação proteolítica, coagulopatia e alterações vasculares.

PORQUE

II. As serpentes do gênero Bothrops, como a jararaca, possuem um veneno rico em metaloproteases e fosfolipases, que causam necrose tecidual e distúrbios da coagulação, podendo levar a hemorragias sistêmicas.

Está correto o que se afirma em:

Alternativas:**(alternativa A)**

A asserção I é falsa, e a II é verdadeira.

(alternativa B)

A asserção I é verdadeira, e a II é falsa.

(alternativa C)

As duas asserções são falsas.

(alternativa D)

As asserções I e II são verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.

(alternativa E) (CORRETA)

As asserções I e II são verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.

Resposta comentada:

Os sintomas apresentados pelo paciente (dor intensa, edema, equimose e distúrbios de coagulação) são característicos do envenenamento por serpentes do gênero *Bothrops* (jararaca), que é o mais comum no Brasil. O veneno das jararacas contém enzimas proteolíticas e hemotóxicas (como metaloproteases e fosfolipases) que causam necrose, inflamação e alterações na coagulação, levando a hemorragias locais e sistêmicas.

Feedback:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Guia de Animais Peçonhentos do Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 164 p.

47ª QUESTÃO**Enunciado:**

O pré-diabetes é uma condição com elevado risco para desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Cerca de 25% dos pacientes progridem para DM2, 50% permanecem como estão e 25% reverterem para normalidade, em um período observacional de 3 a 5 anos. A principal medida na prevenção de DM2 é a mudança de estilo de vida, visando redução de peso em pelo menos 5% nos indivíduos com adiposidade, combinada com atividade física regular. A terapia farmacológica pode ser recomendada em situações específicas. Dentre as alternativas abaixo, marque a opção em que deve ser considerado o uso da metformina, associado a medidas de estilo de vida, na prevenção do DM2 em adultos com pré-DM:

Alternativas:**(alternativa A)**

Mulher 57anos, IMC 28, cintura abdominal 85cm, normotensa, glicemia jejum 100mg/dl.

(alternativa B)

Homem 68anos, IMC 32, HAS em uso de diurético, glicemia jejum 103mg/dl.

(alternativa C) (CORRETA)

Mulher 55anos, IMC 36, HAS, histórico de diabetes gestacional, glicemia jejum 118mg/dl.

(alternativa D)

Mulher 68anos, IMC 32, história familiar DM2, glicemia jejum 100mg/dl e HbA1C 5,8%.

(alternativa E)

Homem 58anos, IMC 34, pressão normal, uso de droga antipsicótica, HbA1C 5,9%.

Resposta comentada:

Indivíduos mais idosos, com sobrepeso ou com outros fatores de risco, tendem a evoluir para DM2 em maior proporção. Da mesma forma, o risco de progressão para DM2 parece ser levemente maior em pacientes com intolerância à glicose (ITG) do que com glicemia de jejum alterada (GJA). Pacientes com glicemia de jejum entre 110-125mg e com HbA1c 6,0-6,4% também têm risco maior. Os principais fatores que determinam a progressão são: a história familiar de DM2, a presença de sobrepeso e obesidade, a síndrome metabólica, a presença prévia de doença cardiovascular, a história de DM gestacional (DMG), o uso crônico de drogas antipsicóticas, valores elevados de HbA1c acima de 6% e a glicemia de jejum igual ou superior a 110 mg/dL. Os indivíduos que mais se beneficiaram com o uso da metformina foram os que apresentavam índice de massa corpórea acima de 35 kg/m^2 , com glicemia de jejum entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, com idade inferior a 60 anos, e os que tinham síndrome metabólica. Mulheres com histórico de diabetes gestacional tiveram grande benefício com o uso de metformina, com redução de incidência de 50% no surgimento de DM2, em comparação com o placebo.

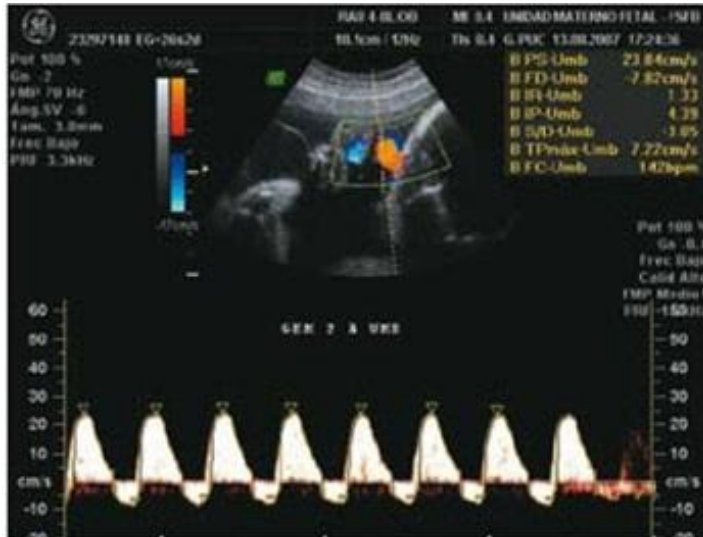
Feedback:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz SBD 2024. São Paulo, SP: 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>.

48ª QUESTÃO

Enunciado:

Primigesta, hipertensa, em acompanhamento no ambulatório de pré-natal de alto risco, com 34 semanas de gestação, trouxe seus exames de rotina para pré-eclampsia e o Doppler realizado hoje pela manhã. Refere presença de escotomas cintilantes e dor epigástrica. Ao exame, o plantonista anotou: Paciente com PA: 170 x 110 mmHg, edema de membros inferiores 4+/4+, dor à palpação do abdômen, útero globoso e tenso. BCF positivo, LA com maior bolsão medindo 1.5 cm. Colo com índice de Bishop de 5, e feto com peso no percentil 3.



Fonte: arquivo pessoal.

De acordo com o texto e a imagem acima, estabeleça as melhores condutas:

- I. Internar para tocólise.
- II. Iniciar sulfato de magnésio.
- III. Realizar corticoterapia.
- IV. Cesariana imediata.

Estão corretos os contidos em:

Alternativas:**(alternativa A)**

III e IV, apenas.

(alternativa B)

I, II e IV, apenas.

(alternativa C)

I, II e III, apenas.

(alternativa D) (CORRETA)

II e IV, apenas.

(alternativa E)

I e III, apenas.

Resposta comentada:

A diástole reversa (DR) é uma complicação da gravidez que cursa com elevadas morbimortalidades materna e neonatal. Complicações como prematuridade, acidose ao nascimento, malformações e restrição do crescimento intrauterino são algumas possíveis disfunções. No caso acima, a paciente estava com quadro de eclâmpsia iminente, 34 semanas, oligodramnia (bolsão com 1.5 cm) CIUR e diástole reversa ao Doppler. Portanto, as melhores condutas são sulfato de magnésio para tentar evitar convulsões e retirada imediata da placenta para curar a paciente. Não cabe a corticoterapia (34 semanas) nem tocólise (pré-eclâmpsia grave).

Feedback:

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) manual sobre pré-eclâmpsia em 2017.

Ministério da Saúde: manual técnico sobre gestação de alto risco, que inclui informações sobre pré-eclâmpsia.

FILHO, Jorge Rezende. Obstetrícia fundamental. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1 recurso eletrônico. ISBN 9788527740173.

49ª QUESTÃO**Enunciado:**

Masculino, 23 anos, chega ao pronto atendimento com quadro de febre há 72 horas, dores articulares e cefaleia. Ao exame: na orofaringe nota-se discreta gengivorragia, ausência de exantemas, ausculta cardíaca e respiratória normais e exame do abdômen normal. TAX: 36,9°C, FC: 90 bpm e PA: 120 x 85 mmHg. Hemograma com plaquetas não revela anormalidades e teste de antígeno NS-1 é positivo. A conduta adequada diante do caso é:

Alternativas:**(alternativa A)**

solicitar avaliação por infectologista para definição da conduta e avaliar se o paciente é ou não vacinado contra a dengue.

(alternativa B)

admitir em Unidade de Terapia Intensiva e solicitar coagulograma para avaliar a reposição de fatores de coagulação.

(alternativa C) (CORRETA)

admitir na Emergência para hidratação venosa imediata com 20 mL/Kg de peso/hora de soro fisiológico ou ringer lactato e reavaliação a cada duas horas.

(alternativa D)

prescrever paracetamol para dor ou febre, prescrever soro de reidratação oral e orientar sobre sinais de alarme.

(alternativa E)

orientar retorno em 24 horas para reavaliação e repetição do hemograma, estimular o aumento da ingestá hídrica e prescrever paracetamol para dor ou febre.

Resposta comentada:

O teste de antígeno NS1 tem como alvo uma proteína específica do vírus da dengue, chamada NS1 (antígeno não estrutural 1). Assim, de acordo com a testagem positiva e demais sintomas clínicos, tem-se como principal HD a dengue. O protocolo atual e classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue classifica o paciente em grupos A, B, C ou D, a depender de condições clínicas especiais, sinais de alarme e sinais de choque. De acordo com a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue ou confirmação, o sangramento de mucosas, presente no paciente como gengivorragia, é um sinal de alarme na dengue. Como não há sinais de choque, o paciente deverá ser classificado como “Grupo C”, que demanda hidratação venosa imediata com 20 mL/Kg por hora e reavaliação clínica e laboratorial a cada duas horas. A orientação de apenas realizar a reidratação oral ou estímulo hídrico é indicada para pacientes que se encontram nos grupos A e B, que apresentam hematócrito normal. A indicação de UTI é recomendada somente a pacientes do grupo D (em que há sinais de choque). A vacinação prévia contra dengue não altera a conduta inicial no manejo da doença.

Feedback:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. 6. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

50ª QUESTÃO**Enunciado:**

Homem, 27 anos, faz uso abusivo de crack e álcool há mais de cinco anos. Já foi internado previamente por intoxicação aguda e apresenta episódios de agitação psicomotora. Mora com a avó, que demonstra sinais de sobrecarga emocional diante da situação. Em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), ele expressa desejo de parar de usar substâncias, mas manifesta resistência à ideia de internações prolongadas e relata dificuldades de aderir a tratamentos. Considerando o quadro e os princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), qual é a conduta mais adequada para garantir cuidado contínuo e efetivo ao paciente?

Alternativas:**(alternativa A)**

Acompanhar exclusivamente no CAPS II do território, pois esse serviço já oferece tratamento para todos os transtornos mentais.

(alternativa B) (CORRETA)

Realizar articulação entre a UBS e o CAPS AD, que é serviço especializado para o cuidado de pessoas em abuso de substâncias, com regime de acolhimento adaptado à gravidade do caso.

(alternativa C)

Encaminhar para a Unidade de Acolhimento de longa permanência, pois a resistência ao tratamento é indicativo de internação compulsória.

(alternativa D)

Iniciar tratamento exclusivamente na UBS, focando apenas na estabilização clínica inicial com o uso de medicamentos.

(alternativa E)

Encaminhar diretamente para internação hospitalar de longa permanência, a fim de garantir abstinência total.

Resposta comentada:

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é um dispositivo da RAPS voltado para o cuidado integral de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool e crack. Esse serviço funciona de forma aberta, territorializada e comunitária, e oferece regimes de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, o que permite que o cuidado seja adaptado ao grau de gravidade e à adesão do paciente. Além disso, o trabalho em rede com a UBS, que acompanha as condições clínicas e apoia o cuidado continuado, é essencial para garantir acolhimento humanizado e suporte à família, conforme preconiza o SUS. A internação de longa permanência não é a primeira escolha no cuidado em saúde mental no SUS. A prioridade é o cuidado em liberdade, e a internação só é indicada em casos de risco à vida ou falência de outras estratégias terapêuticas. O cuidado exclusivamente na UBS não contempla a complexidade do caso. A UBS deve participar do cuidado em articulação com o CAPS, mas não é suficiente para oferecer o suporte psicossocial necessário. O CAPS II atende transtornos mentais graves e persistentes, mas não é específico para usuários de substâncias psicoativas. O serviço especializado neste caso é o CAPS AD. A internação compulsória é excepcional e deve seguir critérios legais e clínicos bem definidos. A resistência inicial ao tratamento não justifica, por si só, esse tipo de medida.

Feedback:

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, p. 59, 2011.