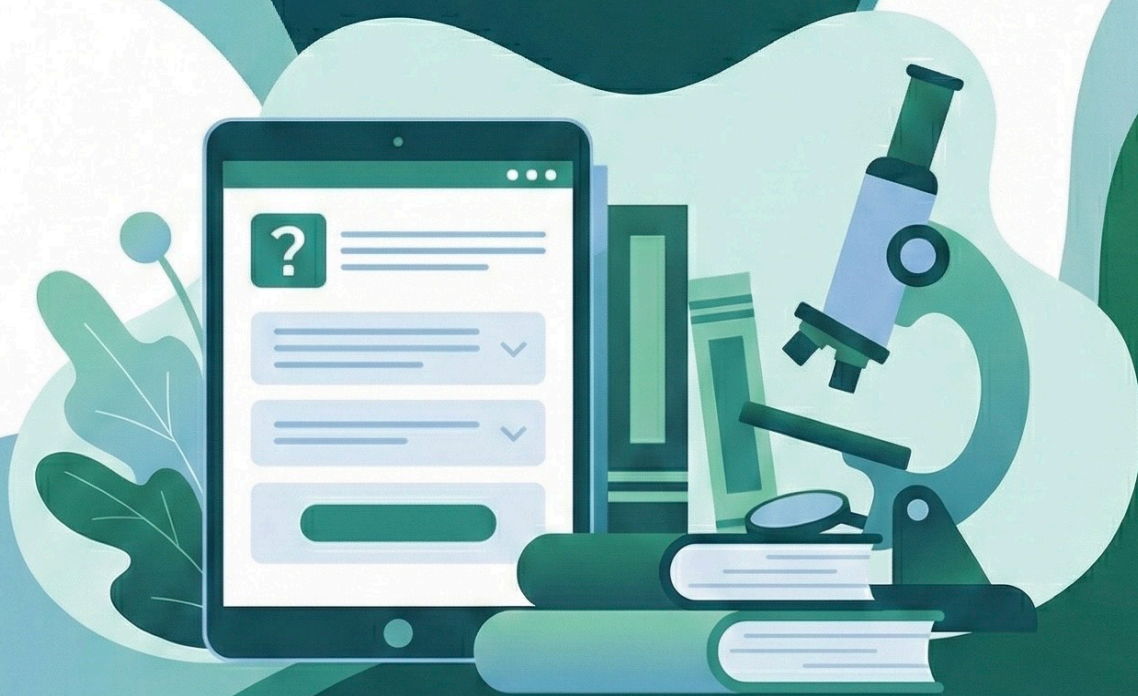


UFRB

GABARITO | 2026 | BA | 20 Questões



Gabarito: UFRB

2026 | BA

- 1 - C
- 2 - D
- 3 - E
- 4 - A
- 5 - B
- 6 - E
- 7 - E
- 8 - C
- 9 - E
- 10 - B
- 11 - C
- 12 - B
- 13 - B
- 14 - D
- 15 - D
- 16 - A
- 17 - C
- 18 - B
- 19 - C
- 20 - C

Comentários e Explicações

Questão 1

Alternativa a: Incorreta. Esta alternativa descreve o modelo biomédico tradicional, focado na patologia, na clínica individual e na biologia do adoecimento. A Saúde Coletiva surge no Brasil justamente como uma crítica a esse modelo, buscando transcender a visão puramente biológica para inserir a dimensão social, política e populacional no entendimento da saúde.

Alternativa b: Incorreta. O foco na eficiência gerencial de mercado e na racionalidade econômica é típico de modelos neoliberais de gestão. A Saúde Coletiva fundamenta-se na saúde como um direito universal de cidadania e um dever do Estado, opondo-se à lógica que trata a saúde primordialmente como uma mercadoria ou um serviço regulado pelo mercado.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa sintetiza os pilares da Saúde Coletiva e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O objeto central do campo é o processo saúde-doença entendido a partir de sua determinação social (condições de vida, trabalho, moradia, etc.). A Saúde Coletiva articula conhecimentos de diferentes áreas (epidemiologia, ciências sociais, planejamento) para promover a transformação social e a consolidação da saúde como um direito social amplo.

Alternativa d: Incorreta. A medicalização e o foco exclusivo na adesão individual ao tratamento são aspectos da clínica clássica e muitas vezes criticados pela Saúde Coletiva. O campo busca compreender as raízes coletivas do adoecimento, defendendo o cuidado integral e a promoção da saúde, em vez de focar apenas no controle medicamentoso de doenças crônicas.

Alternativa e: Incorreta. Embora o estudo do Complexo Industrial da Saúde seja um tema relevante para a economia política da saúde e para a sustentabilidade do SUS, ele não constitui o objeto central da Saúde Coletiva. O eixo estruturante da área são as necessidades sociais de saúde da população e a organização das práticas para respondê-las, e não o desenvolvimento industrial ou tecnológico por si só.

Questão 2

Alternativa a: Incorreta. Essa abordagem reflete uma visão reducionista e ultrapassada, centrada apenas na mudança de comportamentos individuais e na culpabilização do sujeito por sua condição de saúde. A Promoção da Saúde contemporânea, conforme a PNPS 2014, reconhece que o processo saúde-doença é multicausal e depende de fatores estruturais que fogem ao controle estritamente individual.

Alternativa b: Incorreta. Estratégias verticalizadas e desvinculadas de outras políticas públicas ignoram o princípio da transversalidade. A promoção da saúde não deve ser imposta de cima para baixo, mas sim construída de forma participativa e integrada a áreas como urbanismo, educação e cultura para que as mudanças nos hábitos sejam viáveis dentro do contexto social.

Alternativa c: Incorreta. O foco em serviços especializados e protocolos clínicos refere-se à qualificação da Assistência Médica ou Curativa (modelo biomédico), e não à Promoção da Saúde. Embora o acesso a serviços de saúde seja um determinante, a promoção atua antes do adoecimento, incidindo sobre as causas das causas (determinantes sociais) para garantir qualidade de vida sustentável.

Alternativa d: Correta. Esta alternativa traduz com precisão os pressupostos da PNPS e de marcos internacionais como a Carta de Ottawa. Ela destaca a intersectorialidade (parceria entre diferentes setores do governo), a ancoragem territorial (reconhecimento das especificidades de onde as pessoas vivem) e o fortalecimento da autonomia coletiva (empoderamento), buscando transformar as condições de vida para produzir saúde.

Alternativa e: Incorreta. O investimento em tecnologias farmacológicas preventivas refere-se à Prevenção de Doenças (Prevenção Primária ou Secundária), que busca intervir em patologias específicas. A Promoção da Saúde é um conceito mais amplo que foca no bem-estar global e em mudanças socioambientais, não se limitando a intervenções medicamentosas ou inovações puramente tecnológicas.

Questão 3

Análise das alternativas:

Alternativa a: Esta assertiva está correta. A vigilância epidemiológica contemporânea não se restringe apenas às doenças infectocontagiosas. Ela abrange o monitoramento sistemático de doenças crônicas, agravos por causas externas (como acidentes e violência), doenças emergentes e qualquer evento que apresente risco à saúde coletiva, utilizando a análise de dados para nortear políticas públicas.

Alternativa b: Esta assertiva está correta. A vigilância sanitária possui um caráter essencialmente preventivo e educativo, mas também regulatório. Ela atua sobre a produção e circulação de bens (alimentos, medicamentos, cosméticos) e a prestação de serviços (hospitais, consultórios, laboratórios), visando eliminar ou prevenir riscos à saúde.

Alternativa c: Esta assertiva está correta. A vigilância ambiental foca nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Isso inclui a qualidade da água para consumo, o ar, o solo, a exposição a substâncias químicas (como agrotóxicos e metais pesados), desastres naturais e os impactos das mudanças climáticas.

Alternativa d: Esta assertiva está correta. A vigilância em saúde do trabalhador estuda a relação entre o processo de trabalho e o perfil de morbimortalidade da população. Suas ações são intersetoriais e envolvem a participação ativa dos trabalhadores e de órgãos de controle social para garantir ambientes de trabalho seguros.

Alternativa e: Esta assertiva está INCORRETA e, portanto, é o gabarito. O marco conceitual de Teixeira e Paim (2000) propõe a Vigilância em Saúde como um modelo que busca superar a fragmentação das ações de saúde. Para que a vigilância no território seja efetiva, ela exige obrigatoriamente a articulação e a integração contínua entre todas as áreas (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador). Afirmar que o sistema pode prescindir dessa articulação ou que a autonomia técnica justifica o isolamento de dados contraria o princípio da integralidade e da eficácia das intervenções nos determinantes de saúde.

Questão 4

A territorialização é um dos pilares fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, servindo como ferramenta de planejamento e organização dos serviços. Abaixo, a análise detalhada de cada assertiva:

(V) Verdadeira: O conceito moderno de território em saúde ultrapassa a barreira geográfica. Ele é entendido como um "território-processo", onde as relações sociais, a cultura, a economia e o meio ambiente (determinantes sociais) moldam diretamente como as pessoas adoecem e como elas conseguem utilizar o sistema de saúde.

(V) Verdadeira: Para o médico da Estratégia Saúde da Família, o território é a base para o diagnóstico comunitário. Ao conhecer as condições de vida da população adscrita, o profissional consegue realizar uma medicina baseada em evidências locais, adaptando as ações de prevenção e promoção às reais necessidades epidemiológicas daquele grupo.

(F) Falsa: A territorialização estimula o contrário do que afirma esta frase. Ela busca integrar a prática médica ao trabalho da equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos, agentes comunitários) e fortalecer ações coletivas e intersetoriais. O

isolamento na prática individualizada e puramente biomédica é um modelo que a territorialização visa superar.

(F) Falsa: A lógica da territorialização é baseada na descentralização e na capilaridade do sistema. O objetivo é que a Atenção Primária seja a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado, aproximando o serviço da comunidade, e não centralizando as decisões em níveis de maior complexidade (hospitais e especialidades).

(V) Verdadeira: A territorialização é uma ferramenta para a aplicação do princípio da Equidade. Ao mapear as vulnerabilidades sociais e os riscos epidemiológicos de cada microárea, o gestor e a equipe podem direcionar mais recursos e atenção para as áreas mais carentes, combatendo as desigualdades em saúde.

Conclusão: A sequência correta é V - V - F - F - V, o que corresponde à alternativa (a).

Questão 5

Esta questão aborda os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) conforme estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. Para respondê-la corretamente, é necessário conhecer os atributos essenciais definidos por Barbara Starfield, que baseiam a organização da APS no Brasil: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado.

Alternativa (a) Incorreta: A APS se opõe ao modelo biomédico tradicional, centrado na doença e no atendimento episódico/agudo. Ao contrário desse modelo, ela deve ser a porta de entrada preferencial e focar na pessoa ao longo do tempo (Longitudinalidade), independentemente da presença ou ausência de doenças agudas.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa sintetiza com precisão os atributos centrais. A Integralidade pressupõe que a equipe olhe para o indivíduo como um todo, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A Longitudinalidade garante o acompanhamento ao longo da vida, criando vínculo. A Coordenação do Cuidado é o papel da equipe de APS de organizar o fluxo do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que as informações e o cuidado não se fragmentem entre diferentes especialistas ou níveis de atenção.

Alternativa (c) Incorreta: O Acesso de Primeiro Contato não se resume ao ato administrativo de registrar o usuário. Ele implica acessibilidade (geográfica, temporal e organizacional) e resolutividade. A equipe deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde (cerca de 80 a 85%), e não apenas encaminhar

casos complexos imediatamente. O encaminhamento deve ser uma ação coordenada, e não uma transferência de responsabilidade.

Alternativa (d) Incorreta: A APS deve ser o centro comunicador e a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, e não centralizar recursos na atenção especializada. A eficiência e a integralidade são alcançadas quando a APS filtra e coordena o uso da tecnologia especializada de forma racional, evitando intervenções desnecessárias e garantindo que o cuidado seja centrado nas necessidades do paciente, não na tecnologia *per se*.

Alternativa (e) Incorreta: A Longitudinalidade não é um conceito meramente temporal de consultas médicas repetidas. Ela envolve a construção de uma relação de confiança e vínculo terapêutico entre a equipe (não apenas o médico) e o usuário. Além disso, a PNAB enfatiza a territorialização e a participação comunitária como pilares para que esse acompanhamento seja efetivo e contextualizado na realidade de vida da população.

Questão 6

A questão trata da Portaria número 3.088 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS. Abaixo, a análise de cada afirmação para justificar o gabarito (e), que apresenta a sequência VVFFV.

Afirmiação 1 (Verdadeira): A Unidade Básica de Saúde (UBS) é, de fato, o centro articulador da RAPS no território. Segundo o Artigo 5, inciso I, a Atenção Básica é composta pela UBS e por outros dispositivos. Cabe à UBS a promoção, prevenção, redução de danos e o cuidado compartilhado, servindo como a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado em saúde mental para casos de menor complexidade ou em acompanhamento longitudinal.

Afirmiação 2 (Verdadeira): Esta alternativa reproduz literalmente o que está disposto no Artigo 3 da Portaria 3.088/2011. Os objetivos gerais da RAPS são justamente ampliar o acesso, promover a inclusão das pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias (e suas famílias) nos pontos de atenção e garantir que esses pontos estejam articulados e integrados no território para oferecer um cuidado contínuo.

Afirmiação 3 (Verdadeira): De acordo com o Artigo 5, inciso IV, da referida portaria, o componente de Atenção de Urgência e Emergência da RAPS é constituído especificamente pelo SAMU 192, Salas de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção às urgências. Embora a UBS realize atendimentos de urgência de baixa complexidade em seu cotidiano, na classificação formal dos

componentes da RAPS estabelecida pela norma, ela pertence ao componente Atenção Básica (inciso I) e não ao componente Urgência e Emergência. Por isso, no contexto estrito da classificação da portaria, a UBS é uma exceção à lista de pontos de urgência.

Afirmção 4 (Falsa): Existem dois erros principais que tornam esta afirmção falsa perante a literalidade da norma. Primeiro, o nome oficial da estratégia é Consultório na Rua, e não de rua. Segundo, embora essas equipes ofertem cuidados em saúde mental e façam parte da RAPS, sua responsabilidade primordial é a atenção integral à saúde (clínica e psicossocial) da população em situação de rua no âmbito da Atenção Básica. A afirmção ao final parece restringir ou definir a responsabilidade da equipe especificamente como ofertar cuidados em saúde mental dentro da RAPS, quando na verdade elas são equipes de saúde da família modificadas para o contexto itinerante, tratando a saúde de forma global.

Portanto, a sequência correta é Verdadeiro, Verdadeiro, Verdadeiro e Falso, correspondendo à alternativa (e).

Questão 7

O objetivo da questão é identificar o instrumento utilizado na Atenção Primária à Saúde para estratificar a vulnerabilidade e o risco social das famílias, auxiliando as equipes de Saúde da Família no planejamento de visitas domiciliares e na priorização do cuidado.

Alternativa a: Incorreta. A Escala de Braden é um instrumento clínico utilizado principalmente pela enfermagem para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão (antigamente chamadas de escaras) em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida. Ela avalia parâmetros como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção.

Alternativa b: Incorreta. A Escala de Katz é amplamente utilizada na avaliação geriátrica para medir a independência do indivíduo na execução das Atividades de Vida Diária (AVDs básicas), como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se. Foca na capacidade funcional individual, não no núcleo familiar.

Alternativa c: Incorreta. A Escala de Lawton avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que são tarefas mais complexas que as básicas, como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa e gerenciar medicamentos ou finanças. É uma ferramenta de avaliação da autonomia do idoso.

Alternativa d: Incorreta. O Teste ou Índice de Barthel também é uma escala de avaliação funcional que mede a independência em atividades básicas do cotidiano (alimentação, higiene pessoal, controle de esfíncteres, etc.). É muito utilizada em contextos de reabilitação e neurologia para monitorar a evolução de pacientes após eventos como um AVC.

Alternativa e: Correta. A Escala de Coelho e Savassi é a ferramenta desenvolvida especificamente para a estratificação de risco familiar na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela utiliza marcadores sociais e biológicos (chamados de sentinelas), como analfabetismo, condições sanitárias, idade avançada (acima de 75 anos), presença de doenças crônicas graves (neoplasias, hipertensão/diabetes descompensados) e dependência física. A soma desses pontos permite classificar a família em diferentes níveis de risco (R0, R1, R2 ou R3), orientando a frequência das visitas e a priorização das intervenções da equipe.

Questão 8

O conceito de Prevenção Quaternária foi proposto por Marc Jamouille e está profundamente ligado à Ética Médica e ao princípio da não maleficência (*Primum non nocere*). O objetivo principal é proteger os pacientes de intervenções médicas desnecessárias e potencialmente danosas.

Análise das alternativas:

A alternativa (a) está incorreta. O rastreamento não deve ser feito de forma indiscriminada em qualquer faixa etária. Ele faz parte da Prevenção Secundária e deve seguir critérios rigorosos de evidência científica, considerando idade, fatores de risco e a relação custo-benefício, para evitar justamente o excesso de diagnósticos desnecessários.

A alternativa (b) está incorreta. Esta descrição refere-se à Prevenção Terciária. A Prevenção Terciária atua quando a doença já está estabelecida, buscando reduzir as incapacidades, prevenir complicações e promover a reabilitação e a reintegração social do indivíduo.

A alternativa (c) está correta. Esta é a definição clássica de Prevenção Quaternária. Ela consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções excessivas (*overmedicalization*) ou diagnósticos desnecessários (*overdiagnosis*). O médico deve agir para proteger o paciente de iatrogenias e oferecer alternativas que respeitem a autonomia e a integridade do indivíduo, priorizando intervenções que realmente tragam benefícios comprovados.

A alternativa (d) está incorreta. Existe uma diferença conceitual importante: o rastreio (screening) é realizado em populações ou indivíduos assintomáticos para detectar precocemente uma doença. O diagnóstico precoce de sintomas refere-se à identificação ágil de uma patologia que já começou a se manifestar clinicamente, o que não se confunde com o conceito de rastreamento.

A alternativa (e) está incorreta. A descrição apresentada refere-se à Prevenção Primária. A Prevenção Primária ocorre no período de pré-patogênese, visando remover causas e fatores de risco de uma doença antes que ela ocorra. A vacinação e o incentivo ao uso de preservativos são exemplos clássicos dessa modalidade.

Questão 9

O genograma é uma das ferramentas fundamentais da abordagem familiar na Medicina de Família e Comunidade (MFC). Ele consiste em uma representação gráfica da família que vai além de uma simples árvore genealógica, pois inclui informações sobre a dinâmica, os relacionamentos e o histórico de saúde entre os membros, geralmente englobando pelo menos três gerações.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) incorreta: O genograma deve, obrigatoriamente, incluir os vínculos afetivos e relacionais (como relações de proximidade, fusão ou conflito). Além disso, a recomendação clássica é que sua construção seja composta por, no mínimo, 3 gerações, e não 5.

Alternativa (b) incorreta: A ferramenta que representa de forma gráfica a rede social e a relação da família com a comunidade é o Ecomapa. O genograma foca na estrutura interna e nos vínculos consanguíneos ou de moradia da família.

Alternativa (c) incorreta: Embora o genograma ajude a identificar doenças hereditárias, ele não se limita a isso. Seu objetivo principal na MFC é justamente incluir os aspectos relacionais e funcionais, indo muito além dos determinantes biológicos ou exames complementares.

Alternativa (d) incorreta: A avaliação de recursos institucionais e de suporte externo é uma função do Ecomapa. A descrição de eixos horizontal, vertical e diagonal também não corresponde à leitura padrão estruturada do genograma.

Alternativa (e) correta: Esta alternativa sintetiza com precisão o papel do genograma. Ele é um instrumento de mapeamento que amplia o olhar do profissional sobre o contexto do paciente, permitindo identificar como a estrutura familiar e os padrões

de relacionamento influenciam diretamente no processo saúde-doença e no cuidado integral.

Questão 10

Texto Original:

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é uma das ferramentas fundamentais da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Ele propõe uma mudança do modelo biomédico tradicional, centrado apenas na doença, para um modelo centrado na pessoa, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A literatura clássica (Stewart et al.) define quatro componentes principais para este método.

Alternativa (a): Incorreta. Embora a família seja parte do contexto, o primeiro componente foca na experiência subjetiva do paciente sobre seu próprio adoecer (sentimentos, ideias, expectativas e o impacto no funcionamento). Além disso, o quarto componente é direcionado especificamente para a relação médico-paciente, visando à compaixão e à confiança, e não especificamente para a relação com a comunidade externa.

Alternativa (b): Correta. Esta alternativa descreve fielmente os quatro componentes do MCCP:

1. Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença: O médico busca o diagnóstico (doença), mas também busca compreender como o paciente vive esse processo (adoecer), utilizando o acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionamento e Expectativas).
2. Entender a pessoa como um todo: Considera o indivíduo em seu ciclo de vida, sua estrutura familiar e o contexto social e cultural em que está inserido.
3. Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas: O médico e o paciente negociam e chegam a um acordo sobre as prioridades, as metas do tratamento e as responsabilidades de cada um.
4. Intensificar a relação entre o médico e o paciente: Foca no desenvolvimento da aliança terapêutica, na empatia e na continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Alternativa (c): Incorreta. A alternativa mistura elementos da anamnese clínica tradicional (comorbidades, medicações) com ferramentas específicas de abordagem familiar, como o ecomapa. Além disso, cita a "constelação familiar", que não faz parte das diretrizes científicas do MCCP. O plano de manejo deve ser pactuado prioritariamente entre médico e paciente, e não necessariamente com toda a equipe da unidade ou com a família em todos os casos.

Alternativa (d): Incorreta. É um erro afirmar que não se deve focar na doença ou na experiência da doença nos primeiros meses; o MCCP integra essas dimensões desde

o primeiro contato. O objetivo do plano de manejo conjunto não é o encaminhamento para especialistas focais, mas sim a busca pela autonomia do paciente e pela resolutividade na Atenção Primária.

Alternativa (e): Incorreta. Como a alternativa (b) define corretamente os componentes teóricos do método, esta opção é descartada.

Questão 11

ANÁLISE DO CASO:

A paciente em questão apresenta sintomas vasomotores (ondas de calor) típicos do climatério, mas possui dois fatores críticos que limitam ou contraindicam o uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) convencional:

1. Risco cardiovascular (CV) elevado: A presença de alto risco CV é uma contraindicação relativa ou absoluta para o início da TRH, dependendo da gravidade e da via de administração, devido ao risco de eventos tromboembólicos e infarto.
2. História familiar de câncer de mama: Ter uma parente de primeiro grau (irmã) com câncer de mama em idade jovem (39 anos) aumenta significativamente o risco genético e familiar da paciente, exigindo extrema cautela com o uso de estrogênio e progesterona.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa a) Incorreta. A TRH por via oral é formalmente evitada em pacientes com risco cardiovascular elevado. O estrogênio oral sofre o efeito de primeira passagem hepática, o que estimula a síntese de fatores de coagulação e aumenta o risco de trombose venosa profunda, embolia pulmonar e agravamento de doenças isquêmicas.

Alternativa b) Incorreta. Embora a via transdérmica seja mais segura que a oral para o perfil cardiovascular (pois não altera o perfil de coagulação da mesma forma), a associação entre o alto risco CV e o histórico familiar de câncer de mama precoce torna a opção hormonal menos favorável do que as terapias alternativas consagradas.

Alternativa c) Correta. Quando há contraindicação ou riscos que superam os benefícios da TRH, a primeira linha de tratamento para as ondas de calor são as intervenções não hormonais. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como a paroxetina, e os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRN), como a venlafaxina e a desvenlafaxina, possuem eficácia

comprovada na redução dos sintomas vasomotores. Além disso, medidas não farmacológicas (como controle ambiental e perda de peso) e a decisão compartilhada (explicando riscos e benefícios) são o padrão de cuidado para pacientes complexas.

Alternativa d) Incorreta. A fitoterapia (como as isoflavonas de soja ou a *Cimicifuga racemosa*) não possui evidência de superioridade em relação aos ISRS/ISRN e não é a conduta preferencial em diretrizes médicas para pacientes com sintomas significativos e contraindicações hormonais importantes.

Alternativa e) Incorreta. A alternativa C descreve a conduta médica correta baseada nas principais diretrizes nacionais (Febrasgo) e internacionais sobre climatério.

Questão 12

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O tema central desta questão é a Prevenção Combinada do HIV no contexto de casais sorodiferentes (quando uma pessoa vive com HIV e a outra não). A estratégia atual busca oferecer múltiplas camadas de proteção para reduzir ao máximo o risco de transmissão.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A PEP (Profilaxia Pós-Exposição) é uma medida de urgência, indicada para situações pontuais de risco (como ruptura de preservativo ou violência sexual), devendo ser iniciada em até 72 horas após a exposição e utilizada por 28 dias. Ela não deve ser utilizada de forma repetida mensalmente como estratégia de rotina. Para exposições frequentes, a indicação correta é a PrEP.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa descreve o conceito de Prevenção Combinada. A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) com a combinação de Tenofovir + Entricitabina (TDF/FTC) é altamente eficaz para prevenir a infecção em parceiros soronegativos em relacionamentos sorodiferentes. No entanto, ela não deve ser usada isoladamente. O sucesso da estratégia depende do aconselhamento para adesão, do incentivo ao uso de preservativos e da abordagem dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que são fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a vulnerabilidade do indivíduo.

Alternativa c) Incorreta. Embora os HSH (homens que fazem sexo com homens) sejam um público prioritário para as políticas de PrEP devido à prevalência epidemiológica, a profilaxia não é exclusiva para este grupo. Mulheres cisgênero, homens heterossexuais, pessoas trans e qualquer pessoa em relacionamento

sorodiferente com risco de exposição frequente têm indicação de PrEP, conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

Alternativa d) Incorreta. A assistência a pessoas em situação de risco para HIV e casais sorodiferentes deve ser descentralizada. O manejo pode e deve ser feito na Atenção Primária à Saúde ou em Serviços de Atenção Especializada (SAE). Aguardar encaminhamento hospitalar gera atrasos desnecessários, aumenta a vulnerabilidade e sobrecarrega o sistema terciário sem necessidade clínica.

Alternativa e) Incorreta. Como a alternativa b está tecnicamente correta e alinhada com as evidências científicas e protocolos nacionais e internacionais, esta opção é descartada.

Resumo didático: No manejo de casais sorodiferentes, a melhor estratégia baseada em evidências é a Prevenção Combinada, que une intervenções biomédicas (PrEP ou tratamento do parceiro positivo para atingir carga viral indetectável), intervenções comportamentais (uso de barreiras e aconselhamento) e intervenções estruturais (ações sobre os determinantes sociais).

Questão 13

O caso apresenta uma criança de 2 anos com quadro de diarreia aguda que, após avaliação inicial de estabilidade e classificação no Plano A, apresenta novos sintomas (vômitos). Em pediatria, diante de qualquer alteração no curso de uma doença diarreica ou no retorno do paciente à unidade de saúde, o passo fundamental e obrigatório é a reavaliação clínica minuciosa.

Alternativa (a) Incorreta. O foco inicial não deve ser o uso de antieméticos. Dois episódios de vômitos em 24 horas não caracterizam, necessariamente, vômitos persistentes que impeçam a reidratação oral. Além disso, o tratamento da desidratação é feito prioritariamente com soluções de reidratação oral e ajuste de conduta após exame físico, e não apenas com o bloqueio de sintomas isolados.

Alternativa (b) Correta. Esta é a conduta preconizada pelos protocolos do Ministério da Saúde e da estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância). Sempre que uma criança com diarreia retorna para reavaliação ou apresenta novos sintomas, o médico deve realizar um novo exame físico completo, buscar sinais de desidratação (como estado geral, olhos encovados, sinal da prega e sede) e reclassificar o paciente entre os Planos A, B ou C, ajustando a hidratação para a nova necessidade clínica.

Alternativa (c) Incorreta. A ocorrência de dois episódios de vômitos em um intervalo

de 24 horas, de forma isolada, não constitui um sinal de perigo ou critério de gravidade que exija encaminhamento imediato para hospital de referência. O manejo inicial e a reclassificação podem ser feitos na unidade básica de saúde ou pronto atendimento.

Alternativa (d) Incorreta. Esta opção apresenta erros farmacológicos graves para a faixa pediátrica. A metoclopramida possui risco elevado de efeitos extrapiramidais em crianças. A loperamida é formalmente contraindicada em casos de diarreia aguda na infância devido ao risco de íleo paralítico, perfuração intestinal e megacólon tóxico. Além disso, o volume de hidratação mencionado não segue os cálculos recomendados para correção de desidratação.

Alternativa (e) Incorreta. O uso de metronidazol de forma empírica não é indicado na diarreia aguda, sendo reservado para casos confirmados ou com forte suspeita clínica de amebíase ou giardíase. O tratamento da diarreia aguda comum é focado na reidratação e no uso de zinco, e não em antibioticoterapia ou antiparasitários de rotina. A metoclopramida também não é o antiemético de escolha na pediatria atual (dá-se preferência à ondansetrona quando indicada).

Questão 14

A alternativa correta é a (d).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O erro principal é de classificação técnica. O puerpério imediato compreende do 1º ao 10º dia após o parto. Como Joana está no 15º dia, ela se encontra no puerpério tardio (que vai do 11º ao 45º dia). Embora a visita domiciliar seja fundamental, a imprecisão do termo invalida a alternativa.

Alternativa b) Incorreta. O acrônimo SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionalidade e Expectativas) é, de fato, o pilar do Método Clínico Centrado na Pessoa. Contudo, em questões de prova que buscam a melhor conduta para um caso clínico específico de pediatria/puericultura, a alternativa (d) é mais completa por abordar as orientações técnicas e práticas necessárias para a queixa de dificuldade na amamentação.

Alternativa c) Incorreta. Existe um erro conceitual grave sobre as diretrizes de saúde pública. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, e não até os 4 meses. Além disso, o uso exclusivo de argumentos científicos puramente teóricos muitas vezes falha em contextos nos quais mitos culturais (como o do leite fraco) são predominantes.

Alternativa d) Correta. Esta alternativa aplica os conceitos da Medicina de Família e Comunidade e da Pediatria Social. O sucesso da amamentação, especialmente em adolescentes com histórico familiar de desmame precoce, depende da construção de um saber compartilhado. É necessário validar o contexto da mãe, realizar a parte prática do exame físico (observar a mamada/pega) e explicar a fisiologia (leite anterior e posterior) de forma que faça sentido para aquela família, combatendo o mito de que o leite não sustenta.

Alternativa e) Incorreta. A alternativa apresenta uma informação fictícia e anacrônica, citando uma data futura (outubro de 2025). Além disso, o leite materno é o padrão-ouro da nutrição infantil, e nenhuma fórmula é considerada equivalente em termos de propriedades imunológicas e de desenvolvimento. O leite materno não é substituído por fórmulas visando à economia com suplementos de ferro ou vitaminas, que possuem indicações específicas conforme a idade.

Questão 15

Análise do Caso Clínico:

O paciente em questão apresenta um quadro clássico de esquizofrenia, em que os sintomas positivos (delírios e alucinações) estão controlados pela risperidona, mas os sintomas negativos (abulia e embotamento) e os efeitos colaterais extrapiramidais (como parkinsonismo ou acatisia) estão prejudicando sua qualidade de vida. A risperidona, embora seja de segunda geração, possui uma forte afinidade pelos receptores D2 de dopamina, comportando-se de forma muito semelhante aos de primeira geração em doses mais elevadas (como os 6 mg/dia do relato), o que justifica os efeitos extrapiramidais.

Explicação das Alternativas:

a) Ziprasidona: É um antipsicótico de segunda geração que apresenta baixo risco de ganho de peso e síndrome metabólica. Embora cause menos efeitos extrapiramidais que a risperidona, sua principal característica clínica não é a melhora proeminente de sintomas negativos por meio do mecanismo de agonismo parcial. Além disso, exige administração com refeições calóricas para boa absorção.

b) Olanzapina: É eficaz na melhora de sintomas negativos e tem menor taxa de efeitos extrapiramidais que a risperidona. No entanto, o seu principal limitador e característica marcante é o alto potencial de ganho de peso e alterações metabólicas (glicemia e colesterol), o que não foi mencionado na melhora da tolerabilidade do paciente.

c) Quetiapina: É o antipsicótico com menor risco de sintomas extrapiramidais, sendo muito utilizado em pacientes com Doença de Parkinson que desenvolvem psicose. Contudo, possui um efeito sedativo muito acentuado e, para o tratamento da esquizofrenia, exige doses elevadas. Não é a droga de escolha principal quando o foco clínico relatado é a melhora específica da abulia e do embotamento através da modulação dopaminérgica.

d) Aripiprazol (Alternativa Correta): O aripiprazol é classificado como um sistema estabilizador de dopamina. Diferente dos outros citados, ele é um agonista parcial dos receptores D2. Isso significa que, em vias cerebrais onde há excesso de dopamina (via mesolímbica — sintomas positivos), ele atua reduzindo essa atividade. Já em vias onde há falta de dopamina (via mesocortical — sintomas negativos), ele atua estimulando levemente os receptores. Esse mecanismo explica a melhora significativa dos sintomas negativos. Além disso, por não bloquear totalmente a via nigroestriatal, ele apresenta uma taxa baixíssima de efeitos extrapiramidais, o que condiz perfeitamente com a remissão desses efeitos relatada no caso após 6 semanas.

e) Nenhuma das respostas anteriores: Incorreta, pois o aripiprazol preenche todos os critérios de melhora clínica e farmacológica descritos no enunciado.

Questão 16

A alternativa correta é a (a). Abaixo, a análise detalhada de cada opção com base nas condutas de técnica cirúrgica e atendimento em Atenção Primária à Saúde (APS):

Alternativa (a) Correta: O tempo é um fator crucial para o fechamento primário (sutura imediata). Em ferimentos limpos e em áreas bem vascularizadas, a janela terapêutica para sutura segura é geralmente de até 12 horas (período de ouro). Como o paciente chegou com 4 horas de evolução e o ferimento é limpo, a sutura simples é a conduta de escolha na APS.

Alternativa (b) Incorreta: A lidocaína sem vasoconstritor não é contraindicada em membros; na verdade, ela é amplamente utilizada. O que gera debate na literatura é o uso de vasoconstritores (como a adrenalina) em extremidades (dedos, ponta do nariz, orelhas e pênis) pelo risco teórico de isquemia, embora estudos modernos mostrem segurança em baixas concentrações. Jamais se diria que a forma sem vasoconstritor é proibida.

Alternativa (c) Incorreta: O fechamento primário é o tratamento padrão para ferimentos corto-contusos limpos e recentes. O fechamento tardio ou por segunda

intenção é reservado para feridas com sinais de infecção, presença de corpos estranhos, mordeduras (em certos casos) ou feridas muito contaminadas e antigas (geralmente com mais de 12 a 24 horas).

Alternativa (d) Incorreta: O uso de antibiótico sistêmico não é obrigatório nem recomendado para suturas de feridas limpas e simples em pacientes imunocompetentes. A profilaxia antibiótica deve ser criteriosamente avaliada em casos de feridas profundamente contaminadas, feridas por esmagamento, lesões em pacientes diabéticos ou imunossuprimidos, ou em locais de alto risco de infecção.

Alternativa (e) Incorreta: O tempo de permanência dos pontos varia conforme a localização anatômica e a tensão da pele. No antebraço e tronco, a retirada costuma ocorrer entre 7 a 10 dias (podendo chegar a 14 dias em áreas de grande tensão). O prazo de 2 a 3 dias é insuficiente para que a cicatriz tenha força tênsil mínima, sendo um período comumente associado apenas à retirada de curativos oclusivos iniciais ou revisão da ferida em áreas muito específicas, como a face (onde se retira entre 3 a 5 dias).

Questão 17

Essa questão aborda o manejo de abscessos cutâneos simples na Atenção Primária à Saúde (APS), um procedimento comum e essencial na prática médica. O foco está na técnica cirúrgica e nas indicações de tratamento adjunto.

Alternativa a: Incorreta. Abscessos simples, superficiais e sem sinais de gravidade sistêmica podem e devem ser manejados na APS. O encaminhamento hospitalar é reservado para abscessos complexos, profundos, localizados em áreas de risco (como face e pescoço), em pacientes com comorbidades graves ou quando há sinais de sepse.

Alternativa b: Incorreta. Para a maioria dos abscessos cutâneos simples em pacientes hígidos (imunocompetentes e sem sinais sistêmicos), a incisão e a drenagem são o tratamento definitivo e suficiente. O uso de antibióticos sistêmicos não é obrigatório de rotina, sendo indicado apenas em casos de celulite perilesional extensa, sinais de infecção sistêmica (febre, taquicardia), extremos de idade ou imunossupressão.

Alternativa c: Correta. Esta alternativa descreve a técnica padrão de tratamento. A incisão deve ser feita no ponto de maior flutuação, onde a coleção está mais próxima da superfície. Após a saída do pus, é fundamental realizar a exploração da cavidade (geralmente com pinça hemostática) para romper loculações e a limpeza com soro fisiológico para remover restos de tecidos necróticos e debris.

Alternativa d: Incorreta. O curativo não deve ficar ocluído por 7 dias sem trocas. O objetivo pós-drenagem é que a cavidade continue drenando qualquer secreção residual. Recomenda-se a troca do curativo pelo menos uma vez ao dia ou sempre que estiver saturado, além de manter a higiene local.

Alternativa e: Incorreta. O uso de tampão (packing) com gaze dentro da cavidade não é recomendado de rotina para todos os casos. Estudos mostram que, em abscessos simples e pequenos, o tampão não reduz a taxa de recorrência e pode aumentar a dor do paciente. Ele é reservado para abscessos maiores (geralmente acima de 5 cm) ou quando há necessidade de controle de hemostasia local.

Questão 18

Esta questão aborda os princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde, focando em promoção da saúde, prevenção de doenças e racionalização diagnóstica.

Alternativa A: Incorreta. Solicitar um "check-up" com exames laboratoriais extensos (TSH, função renal, perfil hepático) em uma paciente jovem e assintomática sem justificativa clínica específica vai contra as evidências científicas. Essa prática aumenta o risco de achados incidentais sem relevância clínica (incidentalomas), levando a intervenções desnecessárias e ansiedade, o que caracteriza falha na prevenção quaternária.

Alternativa B: Correta. Esta é a conduta padrão na Atenção Primária. A escuta qualificada permite entender o contexto de vida da paciente. A orientação sobre estilo de vida atua diretamente nos fatores de risco modificáveis relatados (dieta e sedentarismo). O rastreamento deve ser direcionado e baseado em evidências: para uma mulher de 45 anos com histórico familiar de diabetes e hábitos inadequados, a triagem para diabetes mellitus (como glicemia de jejum ou HbA1c) e a aferição da pressão arterial são indicadas, além do rastreamento oncológico pertinente à idade (como o preventivo do colo do útero).

Alternativa C: Incorreta. O manejo de fatores de risco metabólicos e a prevenção primária de doenças crônicas não transmissíveis são responsabilidades do médico generalista/de família. Não há qualquer critério de gravidade ou complexidade que justifique o encaminhamento ao endocrinologista neste momento.

Alternativa D: Incorreta. Embora devamos evitar excessos, a medicina preventiva preconiza que certas condições devem ser rastreadas mesmo em pacientes assintomáticos, visando o diagnóstico precoce (prevenção secundária). No caso dela, a idade e os hábitos justificam o rastreamento de algumas patologias silenciosas,

como hipertensão e diabetes.

Alternativa E: Incorreta. A alternativa B descreve perfeitamente a abordagem integral e centrada na pessoa.

Questão 19

O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais comuns, e o rastreamento é fundamental para a redução da mortalidade, pois permite a identificação de lesões precursoras (pólipos adenomatosos) ou o diagnóstico da doença em estágios iniciais e curáveis.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A ausência de histórico familiar não elimina a necessidade de rastreamento. Aproximadamente 70% a 80% dos casos de câncer colorretal são esporádicos, ocorrendo em pacientes sem antecedentes familiares ou fatores de risco hereditários conhecidos. Portanto, o rastreamento é universal para a população a partir de uma determinada idade.

Alternativa b) Incorreta. A idade de 60 anos é considerada tardia para o início do rastreamento na população geral. As diretrizes estabelecidas no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso e Lopes), alinhadas com recomendações do Ministério da Saúde e diversas sociedades científicas, preconizam o início aos 50 anos para indivíduos de risco habitual.

Alternativa c) Correta. Esta alternativa descreve a conduta padrão para o paciente de risco habitual (assintomático e sem histórico familiar). O rastreamento deve começar aos 50 anos. As duas principais estratégias utilizadas na atenção primária são a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), que deve ser realizada anualmente, ou a colonoscopia, que, se estiver normal, pode ser repetida a cada 10 anos. Outras opções aceitáveis incluem a retossigmoidoscopia a cada 5 anos.

Alternativa d) Incorreta. O conceito de rastreamento aplica-se especificamente a indivíduos assintomáticos. Quando um paciente apresenta dor abdominal, alteração do hábito intestinal, anemia ferropriva ou sangramento retal, a solicitação de exames deixa de ser uma medida de rastreamento e passa a ser uma investigação diagnóstica para avaliar sintomas presentes.

Alternativa e) Incorreta. A alternativa (c) atende perfeitamente aos critérios técnicos e bibliográficos exigidos pela questão.

Em resumo, para a paciente de 52 anos em questão, que nunca realizou exames prévios, a recomendação correta é iniciar imediatamente o rastreamento, seguindo os protocolos de idade (a partir dos 50 anos) e periodicidade (anual para sangue oculto ou decenal para colonoscopia).

Questão 20

A questão descreve uma paciente idosa com múltiplas comorbidades (HFrEF, DM2, DRC) que apresenta um quadro de lesão renal aguda (LRA) — definida pelo aumento da creatinina de 1,5 para 2,1 mg/dL (aumento > 0,3 mg/dL) — associada a hipotensão arterial (95/60 mmHg). Este cenário caracteriza uma síndrome cardiorrenal, onde a disfunção de um órgão (coração ou rim) agrava a do outro.

Veja a análise das alternativas:

a) Incorreta. Embora a suspensão de um BRA (losartana) possa ser considerada em casos de queda acentuada da função renal ou hipercalemia grave, a prioridade de suspensão em diretrizes de segurança (como as regras de "sick day") costuma recair sobre os antagonistas da aldosterona. Além disso, a manutenção da losartana, se a pressão permitir, é fundamental para o prognóstico da insuficiência cardíaca.

b) Incorreta. Aumentar a dose de um diurético de alça (furosemida) em uma paciente que já está hipotensa e apresentando piora da função renal (LRA pré-renal ou por hipofluxo) agravaria a depleção de volume, reduzindo ainda mais a perfusão renal e piorando a lesão renal aguda.

c) Correta. Os antagonistas do receptor mineralocorticoide (espironolactona) devem ser suspensos imediatamente se houver piora significativa da função renal (especialmente se a creatinina subir acima de 2,0 - 2,5 mg/dL) ou se houver risco de hipercalemia. Na vigência de uma lesão renal aguda, o risco de a paciente desenvolver hipercalemia fatal é muito alto, tornando a suspensão da espironolactona a medida de segurança mais urgente e adequada como primeiro passo.

d) Incorreta. Embora o controle glicêmico deva ser monitorado em pacientes com DRC, a redução da glargina não resolve o problema agudo de hipotensão e disfunção renal. A fadiga relatada é mais provavelmente decorrente do baixo débito cardíaco ou da uremia/LRA do que de hipoglicemia neste contexto.

e) Incorreta. A metformina deve ser suspensa ou ter sua dose ajustada quando a taxa de filtração glomerular (TFG) cai abaixo de 30 mL/min devido ao risco de acidose láctica. Com uma creatinina de 2,1 mg/dL em uma mulher de 78 anos, a TFG estimada

provavelmente está próxima ou abaixo desse limite. No entanto, a suspensão da espironolactona é considerada prioritária para evitar complicações eletrolíticas imediatas (arritmias por hipercalemia) no manejo da síndrome cardiorrenal aguda. Além disso, a troca por gliptina não é a conduta de "primeiro passo" para estabilização clínica.
