



UERJ Pró-MFC

GABARITO | 2026 | RJ | 30 Questões



Gabarito: UERJ Pró-MFC

2026 | RJ

- 1 - A
- 2 - D
- 3 - A
- 4 - B
- 5 - C
- 6 - D
- 7 - C
- 8 - D
- 9 - C
- 10 - A
- 11 - B
- 12 - D
- 13 - C
- 14 - A
- 15 - D
- 16 - D
- 17 - A
- 18 - B
- 19 - C
- 20 - A
- 21 - B
- 22 - D
- 23 - A
- 24 - D
- 25 - C
- 26 - B
- 27 - C
- 28 - B
- 29 - A
- 30 - B

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do quadro clínico: O paciente de 68 anos apresenta um quadro clássico de angina instável. Ele evoluiu de uma angina estável (dor aos esforços moderados há seis meses) para um padrão de piora progressiva, com aumento da frequência dos episódios e ocorrência de dor em repouso nas últimas semanas. Além da instabilidade clínica, o paciente possui alto risco cardiovascular devido à idade, hipertensão, diabetes e dislipidemia.

Alternativa (a) Correta: Diante de uma angina instável, que se enquadra nas Síndromes Coronarianas Agudas, a conduta indicada para pacientes com sinais de alto risco ou sintomas progressivos é a estratificação invasiva precoce. O cateterismo cardíaco (cineangiocoronariografia) é o padrão-ouro para confirmar o diagnóstico de doença arterial coronariana, avaliar a anatomia das artérias e definir a melhor estratégia de revascularização (angioplastia ou cirurgia).

Alternativa (b) Incorreta: A otimização medicamentosa isolada com acompanhamento trimestral é inadequada para este caso. Um paciente com sintomas de repouso e dor em crescendo corre alto risco de evolução para infarto agudo do miocárdio ou morte súbita. Aguardar três meses para uma reavaliação coloca a vida do paciente em risco severo.

Alternativa (c) Incorreta: O teste ergométrico em esteira é formalmente contraindicado em pacientes com angina instável ou suspeita de síndrome coronariana aguda ativa. O esforço físico induzido pelo exame pode precipitar eventos isquêmicos graves, arritmias ou parada cardíaca. Este exame é reservado para a estratificação de pacientes estáveis.

Alternativa (d) Incorreta: Embora o eletrocardiograma (ECG) e o ecocardiograma sejam exames complementares iniciais, eles são insuficientes para a conduta definitiva neste cenário. O ECG de repouso pode ser normal em muitos pacientes com angina instável e o ecocardiograma avalia apenas a função e a estrutura cardíaca, não sendo capaz de diagnosticar ou tratar a obstrução coronariana aguda que o quadro clínico sugere.

Questão 2

Para resolver essa questão, devemos analisar as características clínicas da dor e a sua frequência, utilizando os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3).

Análise dos dados clínicos:

1. Localização e Qualidade: A dor é bilateral e descrita como sensação de peso. Essas são características clássicas da cefaleia tensional. A enxaqueca costuma ser unilateral e pulsátil.
2. Intensidade: Moderada. A cefaleia tensional varia de leve a moderada, enquanto a enxaqueca costuma ser de moderada a forte.
3. Sintomas Associados: O paciente apresenta fonofobia, mas nega fotofobia e náuseas. Na cefaleia tensional, é permitida a presença de apenas um desses sintomas (ou fonofobia ou fotofobia), e a náusea deve estar ausente. Na enxaqueca, a náusea é comum e a combinação de fotofobia e fonofobia é o padrão.
4. Frequência e Duração: O paciente apresenta dor há 4 meses, com frequência de 20 dias por mês.

Classificação quanto à frequência:

- Episódica infrequente: menos de 1 dia por mês.
- Episódica frequente: entre 1 e 14 dias por mês.
- Crônica: 15 ou mais dias por mês, por pelo menos 3 meses.

Análise das alternativas:

- a) Incorreta. A enxaqueca (migrânea) geralmente apresenta caráter pulsátil, unilateral e vem acompanhada de náuseas ou da dupla fotofobia e fonofobia. Além disso, a frequência de 20 dias por mês a classificaria como crônica, e não episódica.
- b) Incorreta. Embora as características da dor (bilateral, peso, sem náuseas) sugiram cefaleia tensional, a frequência de 20 dias por mês ultrapassa o limite da forma "episódica frequente" (que é de até 14 dias/mês).
- c) Incorreta. Para o diagnóstico de enxaqueca crônica, o paciente precisaria preencher critérios para migrânea em pelo menos 8 dos 15 ou mais dias de dor por mês. O quadro clínico descrito (dor em peso, bilateral, sem náuseas) aponta para o fenótipo tensional.
- d) Correta. O quadro clínico é soberano para cefaleia tensional: dor bilateral, em peso (pressão), de intensidade moderada e sem náuseas. A presença isolada de fonofobia é aceitável dentro dos critérios. Como a dor ocorre em 20 dias por mês há mais de 3 meses, o diagnóstico correto é cefaleia tensional crônica.

Questão 3

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma mulher jovem, em idade fértil, apresentando sintomas irritativos vesicais de início agudo (dois dias), caracterizados por dor suprapúbica e aumento da frequência urinária (polaciúria). A ausência de febre e de dor lombar afasta inicialmente o diagnóstico de pielonefrite, enquanto a ausência de corrimento vaginal ajuda a diferenciar a cistite de quadros de vulvovaginite ou cervicite.

Alternativa a) Correta. O diagnóstico de cistite aguda em mulheres jovens e previamente saudáveis é essencialmente clínico. Estudos de probabilidade pré-teste demonstram que, quando uma paciente apresenta sintomas urinários irritativos (como disúria, polaciúria ou urgência) e nega a presença de corrimento ou irritação vaginal, a probabilidade de tratar-se de uma infecção do trato urinário (ITU) é superior a 90%. Portanto, a anamnese é uma ferramenta poderosa e suficiente para iniciar o tratamento empírico nesses casos.

Alternativa b) Incorreta. O mioma uterino é uma neoplasia benigna do miométrio que costuma cursar com sangramento uterino anormal, dor pélvica crônica ou sintomas compressivos quando apresenta grandes dimensões. Um quadro de dor aguda e polaciúria com evolução de apenas dois dias é típico de processos infecciosos/inflamatórios da bexiga, e não de miomatose uterina.

Alternativa c) Incorreta. Embora a atividade sexual seja um fator de risco conhecido para a cistite em mulheres (devido à massagem uretral e translocação bacteriana durante o coito), a ITU não é classificada como uma infecção sexualmente transmissível (IST). Os principais agentes causadores, como a *Escherichia coli*, fazem parte da microbiota intestinal da própria paciente e ascendem ao trato urinário a partir da região perineal.

Alternativa d) Incorreta. A gestação não pode ser descartada com base na ausência de sintomas sistêmicos. Muitas mulheres não apresentam enjoos, sonolência ou mastalgia nas primeiras semanas de gravidez. O fato de a paciente possuir ciclos irregulares e não utilizar métodos contraceptivos torna a gravidez uma possibilidade real que deve ser investigada, inclusive para a escolha segura de uma antibioticoterapia, caso seja necessária.

Resumo: O quadro é uma cistite aguda não complicada. A alta probabilidade diagnóstica baseada apenas nos sintomas urinários e na ausência de queixas vaginais justifica a alternativa A como correta.

Questão 4

A questão apresenta um paciente de 38 anos, obeso (IMC 30,5 kg/m²) e sedentário, com exames laboratoriais que confirmam o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Os critérios diagnósticos foram preenchidos por dois exames alterados: glicemia de jejum de 180 mg/dL (valor de referência maior ou igual a 126 mg/dL) e HbA1c de 7,4% (valor de referência maior ou igual a 6,5%).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da American Diabetes Association (ADA), o tratamento inicial padrão para o DM2 envolve a implementação de mudanças no estilo de vida (MEV) associadas ao início imediato da terapia farmacológica, sendo a metformina o fármaco de primeira escolha, salvo contra-indicações.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Embora o início da metformina esteja correto, o intervalo de seis meses para o primeiro retorno e novos exames é excessivo para um diagnóstico recente. No início do tratamento, é fundamental monitorar a adesão, a tolerância ao medicamento e a eficácia da dose em um intervalo menor.

Alternativa b) Correta. Esta alternativa segue as recomendações atuais. O paciente tem indicação clara de iniciar metformina junto às mudanças de estilo de vida. O retorno em três meses com novos exames (especialmente a hemoglobina glicada) é o tempo necessário para avaliar o impacto inicial da terapia e decidir pelo ajuste de dose ou associação de outras drogas, caso a meta terapêutica (geralmente HbA1c < 7%) não seja atingida.

Alternativa c) Incorreta. Não iniciar o tratamento farmacológico (metformina) em um paciente com diagnóstico confirmado de DM2 e HbA1c de 7,4% retarda o controle glicêmico e aumenta o risco de complicações a longo prazo. As diretrizes atuais preconizam não postergar o uso da metformina.

Alternativa d) Incorreta. Além de falhar ao não iniciar a metformina, o tempo de seis meses para reavaliação é inadequado para um paciente que acabou de receber o diagnóstico e precisa de acompanhamento próximo para consolidar as mudanças de hábito e o controle metabólico.

Questão 5

Análise do caso: O quadro clínico apresentado é clássico para Tuberculose (TB) pulmonar: paciente sintomático respiratório (tosse há mais de três semanas), com sintomas sistêmicos como febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. O fato de o paciente ser diabético reforça a suspeita, pois o diabetes é um importante fator de risco para o desenvolvimento da forma ativa da doença.

Alternativa a: Incorreta. A baciloscopia de escarro é, de fato, um exame utilizado no diagnóstico, mas a afirmação de que o paciente não pode ser acompanhado na atenção primária por ser diabético está errada. A tuberculose é uma doença de manejo prioritário na Atenção Primária à Saúde (APS). O encaminhamento para especialista focal (pneumologista) deve ocorrer apenas em casos de tuberculose resistente, necessidade de esquemas especiais por toxicidade, formas extrapulmonares graves ou falha terapêutica.

Alternativa b: Incorreta. O teste tuberculínico (PPD) é utilizado principalmente para o diagnóstico de infecção latente (ILT) e tem valor limitado no diagnóstico de doença ativa em adultos sintomáticos. Quanto ao levofloxacino, o uso de quinolonas é contraindicado quando há suspeita de tuberculose e ainda não se confirmou o diagnóstico, pois essa classe de antibióticos possui atividade contra o *Mycobacterium tuberculosis*. Isso pode causar uma melhora clínica parcial, retardando o diagnóstico correto e favorecendo o surgimento de resistência bacteriana.

Alternativa c: Correta. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, para o diagnóstico de tuberculose em adultos sintomáticos respiratórios, a conduta adequada é solicitar a radiografia de tórax (para avaliar a extensão da doença e padrões sugestivos) e o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que detecta o DNA do complexo *M. tuberculosis* e a resistência à rifampicina. A baciloscopia de escarro também pode ser solicitada em conjunto. O acompanhamento deve continuar com o médico de família e comunidade na unidade básica de saúde.

Alternativa d: Incorreta. O erro principal é indicar o teste tuberculínico como conduta diagnóstica para um quadro franco de doença ativa. O teste de escolha deve ser aquele que identifica o bacilo no escarro (TRM-TB ou baciloscopia). Além disso, o diabetes isoladamente não altera a necessidade de exames bacteriológicos/moleculares antes de indicar o tratamento.

Questão 6

A conduta diante de uma paciente de 62 anos que solicita avaliação para osteoporose deve ser baseada nos critérios de rastreamento clínico. As principais diretrizes nacionais e internacionais recomendam o rastreamento universal com densitometria óssea para todas as mulheres a partir dos 65 anos. Para mulheres na pós-menopausa com idade inferior a 65 anos, a indicação de exames depende da presença de fatores de risco que aumentem a probabilidade de fraturas.

Alternativa a) Incorreta: A ressonância magnética não é um exame de rastreamento ou diagnóstico para osteoporose. Ela é utilizada em casos específicos, como na investigação de fraturas de estresse, colapso vertebral agudo ou outras patologias ósseas, mas não para medir a densidade mineral óssea.

Alternativa b) Incorreta: A radiografia simples não possui sensibilidade para o diagnóstico precoce de osteoporose. A perda de massa óssea só se torna visível ao raio X quando já ultrapassa cerca de 30% a 50% do total, sendo útil apenas para identificar fraturas já existentes.

Alternativa c) Incorreta: Embora a vitamina D e o cálcio sejam essenciais para o metabolismo ósseo, a dosagem desses elementos não define o diagnóstico de osteoporose e não é o primeiro passo para o rastreamento em pacientes assintomáticas nesta faixa etária.

Alternativa d) Correta: Para pacientes entre a menopausa e os 65 anos, a decisão de realizar a densitometria óssea deve ser individualizada. O médico deve avaliar fatores de risco como tabagismo, baixo peso corporal ($IMC < 19$), histórico familiar de fratura de quadril, uso crônico de corticoides, consumo excessivo de álcool e doenças que causem perda óssea secundária (como artrite reumatoide). Ferramentas como o FRAX podem auxiliar nessa decisão. Portanto, avaliar os fatores de risco é a conduta inicial correta antes de solicitar qualquer exame de imagem.

Questão 7

O caso clínico descreve um paciente de 75 anos com sintomas de esvaziamento (jato reduzido, dificuldade de esvaziamento) e de armazenamento (polaciúria, noctúria), compatíveis com Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). O ultrassom confirma o aumento do volume glandular. No tratamento da HPB, o uso de inibidores da 5-alfa-redutase (como finasterida e dutasterida) visa reduzir o volume da próstata ao longo de meses, tratando o componente estático da obstrução.

Alternativa a: Incorreta. Bloqueadores de canal de cálcio são medicamentos anti-hipertensivos que não possuem ação sobre a musculatura lisa prostática ou

sobre o volume da glândula, não tendo indicação no manejo da HPB.

Alternativa b: Incorreta. Os betabloqueadores são fármacos utilizados em cardiologia para controle de frequência cardíaca e hipertensão, não possuindo receptores-alvo na próstata que justifiquem seu uso para alívio de sintomas urinários.

Alternativa c: Correta. Os alfabloqueadores (como tansulosina, doxazosina e terazosina) são a classe de escolha para associação com inibidores da 5-alfa-redutase. Eles atuam bloqueando os receptores alfa-1 adrenérgicos, promovendo o relaxamento da musculatura lisa do estroma prostático e do colo vesical (componente dinâmico da obstrução). Essa associação é o padrão-ouro para pacientes com próstatas volumosas e sintomas moderados a graves, pois oferece alívio sintomático rápido (alfabloqueador) enquanto o inibidor da 5-alfa-redutase trabalha na redução do tamanho da glândula a longo prazo, reduzindo o risco de retenção urinária aguda e necessidade de cirurgia.

Alternativa d: Incorreta. A tadalafila (um inibidor da fosfodiesterase-5) é aprovada para o tratamento da HPB, sendo uma opção especialmente interessante quando há disfunção erétil associada. Contudo, em questões de prova que abordam a terapia combinada clássica para controle de progressão e sintomas em próstatas aumentadas, a associação com alfabloqueadores é a resposta correta e mais consolidada nas diretrizes urológicas.

Questão 8

As hérnias da parede abdominal representam uma das patologias mais comuns na prática do cirurgião geral. Para responder corretamente a essa questão, é fundamental conhecer a epidemiologia básica dessas condições.

Alternativa a) Incorreta. As hérnias epigástricas ocorrem na linha média (linha alba), entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical, devido a pequenos defeitos no entrelaçamento das fibras aponeuróticas. Embora sejam frequentes, elas representam apenas cerca de 3% a 10% do total das hérnias abdominais.

Alternativa b) Incorreta. A hérnia de Spiegel é considerada uma condição rara. Ela ocorre através da aponeurose de Spiegel, em uma zona de fraqueza entre a borda lateral do músculo reto abdominal e a linha semilunar. Pela sua baixa incidência, nunca seria a resposta para o tipo mais frequente.

Alternativa c) Incorreta. As hérnias umbilicais ocorrem através do anel umbilical e são muito comuns tanto em crianças quanto em adultos (associadas à obesidade, gestação e ascite). Elas são o segundo tipo mais comum de hérnia abdominal, mas

sua prevalência ainda é significativamente inferior à das hérnias da região inguinal.

Alternativa d) Correta. A hérnia inguinal é, de longe, o tipo mais frequente de hérnia da parede abdominal, representando aproximadamente 75% de todos os casos. Elas ocorrem na região da virilha e podem ser classificadas em diretas ou indiretas. A prevalência é muito maior no sexo masculino, devido à passagem do cordão espermático pelo canal inguinal, o que cria um ponto de fraqueza anatômica natural.

Questão 9

Análise do Quadro Clínico:

O caso clínico apresenta um paciente jovem com dor escrotal de início súbito e grande intensidade, associada a náuseas e vômitos. Esses sintomas, somados ao achado de testículo elevado e firme ao exame físico, compõem a apresentação clássica da torção testicular (ou torção do cordão espermático). A elevação do testículo ocorre devido ao encurtamento do cordão espermático ao ser torcido. Trata-se de uma emergência urológica, pois a isquemia prolongada pode levar à necrose e à perda definitiva do órgão em poucas horas.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Massas císticas (como espermatocelos ou hidroceles) geralmente são indolores ou causam apenas desconforto leve e crônico. O quadro de início súbito com náuseas e alterações importantes na topografia testicular não condiz com uma massa cística inflamada. Além disso, o tratamento proposto (anti-inflamatórios e compressas) seria catastrófico diante de uma torção, resultando na perda do testículo.

b) Incorreta. A epididimite é o principal diagnóstico diferencial, mas costuma ter um início mais gradual da dor (ao longo de horas ou dias) e pode estar acompanhada de febre ou sintomas urinários. No exame físico da epididimite, o sinal de Prehn (alívio da dor ao elevar o testículo) costuma ser positivo, enquanto na torção ele é negativo (a dor não melhora ou piora). O quadro de início súbito e a posição elevada do testículo favorecem fortemente a torção em vez da infecção.

c) Correta. A torção de testículo é a principal hipótese em pacientes jovens com dor súbita e intensa. A conduta é a exploração cirúrgica de emergência. O tempo é o fator determinante para o sucesso: se operado em até 6 horas, a taxa de preservação do testículo é superior a 90%. Durante a cirurgia, deve-se realizar a detorção e a fixação de ambos os testículos (orquidopexia bilateral), pois a malformação anatômica que permite a torção costuma ser bilateral.

d) Incorreta. A orquite e a formação de abscessos são complicações de processos infecciosos que demandam mais tempo para se desenvolver. Não explicariam uma dor tão intensa de início há apenas duas horas. O tratamento de um abscesso escrotal geralmente requer drenagem cirúrgica associada a antibióticos, e não apenas o manejo conservador sugerido na alternativa. Além disso, a elevação do testículo na torção é um achado anatômico patológico, não uma conduta terapêutica.

Questão 10

A questão aborda a classificação e a conduta inicial frente a uma paciente com queimaduras térmicas. Para resolver o caso, é necessário correlacionar os achados clínicos com a profundidade da lesão e os critérios de gravidade/encaminhamento.

Análise da classificação:

A paciente apresenta queimaduras de espessura parcial superficial e profunda, caracterizadas pela presença de flictenas (bolhas). Essas características definem a queimadura de 2º grau. Queimaduras de 1º grau atingem apenas a epiderme (ex.: queimadura solar), e as de 3º grau atingem a espessura total da pele, muitas vezes com aspecto esbranquiçado ou carbonizado e sem dor, o que não é o caso descrito.

Análise da conduta:

A paciente possui 6% da superfície corporal queimada (SCQ). Segundo os protocolos do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Queimaduras, queimaduras de 2º grau em adultos que acometem menos de 10% da SCQ e que não envolvem áreas nobres (face, mãos, pés, genitália, períneo ou grandes articulações) podem ser manejadas ambulatorialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O antebraço e a coxa, embora extensos, não são classificados como áreas nobres que exijam transferência imediata para um centro de referência em queimados, desde que a paciente tenha condições de realizar o tratamento e o acompanhamento.

Análise das alternativas:

a) Correta. A classificação é de 2º grau devido ao envolvimento da derme (espessura parcial) e à presença de flictenas. O tratamento pode ser realizado na APS com limpeza, analgesia, curativos (geralmente com sulfadiazina de prata a 1% ou coberturas tecnológicas) e reavaliação precoce em até 72 horas para monitorar a cicatrização e sinais de infecção.

b) Incorreta. A classificação de 1º grau refere-se a lesões que atingem apenas a epiderme, causando eritema e dor, mas sem a formação de bolhas (flictenas) ou perda de espessura da derme.

c) Incorreta. Embora a classificação de 2º grau esteja correta, a lesão não exige obrigatoriamente avaliação hospitalar ou em um centro de queimados apenas pela atividade profissional ou pela perda de continuidade da pele, já que a extensão é pequena (6%) e não atinge áreas críticas. O manejo ambulatorial na UBS é seguro e preconizado.

d) Incorreta. A classificação de 3º grau está errada, pois as lesões descritas são de espessura parcial (2º grau). Na queimadura de 3º grau, há destruição total da derme, as lesões são geralmente indolores e possuem aspecto coriáceo (semelhante ao couro). Além disso, o manejo hospitalar obrigatório não se aplica automaticamente a este caso pelo critério de extensão.

Questão 11

O diagnóstico diferencial do olho vermelho na Atenção Primária à Saúde (APS) visa separar condições autolimitadas (como conjuntivites virais) de emergências que ameaçam a visão (como glaucoma agudo, uveítes e úlceras de córnea).

Alternativa a: Incorreta. O reflexo pupilar diminuído (que pode indicar uveíte ou glaucoma) e o hipópio (presença de pus na câmara anterior) são sinais de gravidade. No entanto, o lacrimejamento é um sintoma comum e inespecífico, presente na maioria das afecções oculares leves e benignas, não sendo um critério isolado para urgência.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa reúne três dos principais "red flags" (sinais de alerta) da oftalmologia:

1. Diminuição da acuidade visual: Sugere que a doença não está limitada à conjuntiva, afetando a transparência da córnea, o humor aquoso ou estruturas internas.
2. Dor ocular profunda: Diferencia-se da sensação de "areia" ou queimação das conjuntivites. A dor intensa e profunda sugere inflamação intraocular, esclerite ou aumento da pressão intraocular.
3. Hipópio: É o acúmulo de leucócitos (pus) no fundo da câmara anterior. É um sinal de inflamação grave ou infecção intraocular (endoftalmite), exigindo intervenção imediata.

Alternativa c: Incorreta. O termo "febre não aferida" não possui valor clínico objetivo em exames ou na prática médica para definir urgência oftalmológica. Além disso, o lacrimejamento, conforme já mencionado, é um sinal inespecífico.

Alternativa d: Incorreta. Embora contenha dois sinais corretos (diminuição da

acuidade visual e dor profunda), a inclusão de "febre não aferida" torna a alternativa tecnicamente inadequada como um conjunto de sinais de alerta para o diagnóstico diferencial do segmento anterior do olho. A febre seria relevante em quadros de celulite orbitária, mas não é um sinal clássico de alerta para as patologias de córnea, íris ou corpo ciliar citadas no enunciado.

Em resumo, o médico deve estar atento à tríade: dor ocular importante, baixa visão e alterações no exame físico (como pupila não reagente, opacidades de córnea ou hipópio).

Questão 12

Letra (a) Incorreta. O tratamento padrão-ouro para um abscesso cutâneo flutuante e bem localizado é a incisão e drenagem. A antibioticoterapia isolada não é o tratamento de escolha, pois o antibiótico apresenta baixa penetração na cavidade do abscesso. O uso de antibióticos é reservado para situações específicas, como presença de sinais sistêmicos (febre, taquicardia), celulite perilesional extensa, abscessos em locais de difícil drenagem ou em pacientes imunossuprimidos.

Letra (b) Incorreta. Após a drenagem de um abscesso, a ferida deve ser mantida aberta para cicatrizar por segunda intenção. Se a pele for fechada precocemente, haverá acúmulo de secreção residual e detritos, o que leva invariavelmente à recidiva do abscesso. Em cavidades grandes, é comum o uso de um dreno ou preenchimento frouxo com gaze para garantir que a pele não feche antes que o fundo da cavidade tenha cicatrizado.

Letra (c) Incorreta. A antisepsia é um passo fundamental em qualquer procedimento cirúrgico, mesmo em tecidos já infectados. Ela serve para reduzir a carga bacteriana da pele íntegra ao redor, evitando a introdução de novos patógenos na corrente sanguínea ou nos tecidos profundos durante a incisão, além de proteger a equipe de saúde e o ambiente.

Letra (d) Correta. A realização de anestesia em abscessos é desafiadora, pois o pH ácido do tecido infectado inativa grande parte das moléculas do anestésico local, tornando a infiltração direta pouco eficaz e muito dolorosa. O bloqueio de campo, que consiste na infiltração do anestésico de forma circular ao redor da base do abscesso (em tecido saudável), é a técnica mais adequada para promover analgesia satisfatória e permitir a realização do procedimento com menor desconforto para o paciente.

Questão 13

Diagnóstico: Candidíase vulvovaginal.

O quadro clínico descrito é clássico para candidíase vulvovaginal. Os principais sinais e sintomas que levam a esse diagnóstico são o prurido vulvar intenso e o corrimento branco, grumoso e espesso (frequentemente comparado a leite coalhado), sem odor fétido. A disúria referida é do tipo externa, causada pela inflamação da vulva ao entrar em contato com a urina. Outro ponto fundamental para a confirmação diagnóstica é a história recente de uso de antibióticos para tratar uma amigdalite; os antibióticos reduzem a população de lactobacilos da microbiota vaginal normal, o que eleva o pH e permite a proliferação excessiva de fungos do gênero *Candida*.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O metronidazol é o tratamento de escolha para a vaginose bacteriana e para a tricomoníase. Na vaginose, o corrimento é tipicamente acinzentado, fluido e apresenta um odor fétido característico (cheiro de peixe podre). Na tricomoníase, o corrimento costuma ser amarelo-esverdeado, bolhoso e acompanhado de sinais inflamatórios intensos no colo do útero, o que não condiz com o aspecto grumoso e sem odor descrito.

b) Incorreta. A clindamicina é um antibiótico que pode ser utilizado como opção no tratamento da vaginose bacteriana ou em protocolos de doença inflamatória pélvica (DIP). Ela não possui atividade antifúngica, sendo ineficaz contra a *Candida*.

c) Correta. O miconazol é um antifúngico do grupo dos imidazóis, sendo o tratamento de primeira linha para a candidíase vulvovaginal quando se opta pela via vaginal. O uso do creme vaginal por sete dias é um esquema posológico padrão que promove a remissão dos sintomas e a cura micológica em casos de candidíase não complicada.

d) Incorreta. O estriol é um hormônio (estrogênio) indicado para o tratamento da vaginite atrófica. Essa condição atinge principalmente mulheres na pós-menopausa devido à redução dos níveis de estrogênio, o que causa ressecamento, afinamento da mucosa vaginal e dispareunia, quadro bem diferente de uma infecção fúngica aguda em uma paciente de 38 anos.

Questão 14

Para compreender a questão, devemos recordar os critérios diagnósticos de diabetes na gestação preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO.

O diagnóstico de diabetes na gravidez é realizado por meio da glicemia de jejum solicitada na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre). Os valores de referência para a glicemia de jejum são:

1. Glicemia de jejum menor que 92 mg/dL: Normal. Deve-se realizar o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG 75g) entre a 24^a e a 28^a semanas.
2. Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL: Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
3. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL: Diabetes Mellitus Pré-gestacional (também chamado de "Overt Diabetes" ou diabetes diagnosticado na gestação).

No caso clínico apresentado, a gestante apresenta uma glicemia de jejum de 128 mg/dL realizada no primeiro trimestre. Como o valor é maior ou igual a 126 mg/dL, o diagnóstico é de Diabetes Mellitus Pré-gestacional.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O diagnóstico é de diabetes pré-gestacional, pois o valor da glicemia de jejum (128 mg/dL) atinge o critério para diabetes fora da gestação (maior ou igual a 126 mg/dL). Uma vez estabelecido o diagnóstico de diabetes pré-gestacional ("overt diabetes") durante a gravidez, o controle glicêmico deve ser rigoroso. A conduta imediata inclui o início do automonitoramento glicêmico capilar para avaliação do perfil metabólico e, frequentemente, a introdução de insulino-terapia, dado que níveis elevados de glicemia logo no início da gestação aumentam significativamente o risco de malformações fetais e complicações obstétricas.

Alternativa b) Incorreta. O diagnóstico não é de diabetes gestacional. Para ser considerado diabetes gestacional (DMG) na primeira consulta, o valor da glicemia de jejum deveria estar entre 92 e 125 mg/dL. Valores de 126 mg/dL ou mais classificam a paciente como diabética pré-gestacional.

Alternativa c) Incorreta. O diagnóstico está errado (não é diabetes gestacional). Além disso, o Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) é contraindicado para pacientes que já possuem diagnóstico confirmado de diabetes por glicemia de jejum, pois a sobrecarga de 75g de glicose poderia causar uma hiperglicemia severa desnecessária.

Alternativa d) Incorreta. Embora o diagnóstico de diabetes pré-gestacional esteja

correto, a conduta medicamentosa está inadequada para o padrão-ouro do tratamento. A insulina é o fármaco de escolha para o controle do diabetes na gestação quando as mudanças no estilo de vida não são suficientes ou quando o diagnóstico já aponta níveis elevados. A metformina pode ser utilizada em casos selecionados, mas não é a conduta inicial prioritária em detrimento da insulina em casos de diabetes pré-gestacional diagnosticado na gravidez. Além disso, a alternativa A é mais completa ao citar o controle glicêmico capilar.

Questão 15

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

Esta questão aborda o Sangramento Uterino Anormal (SUA) na adolescência, um tema frequente em provas de residência que exige o conhecimento da fisiologia reprodutiva e da classificação PALM-COEIN da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

Alternativa a) Incorreta. A investigação inicial do sangramento uterino anormal em adolescentes não requer a dosagem rotineira de FSH, LH e progesterona. O diagnóstico é predominantemente clínico. Os exames laboratoriais iniciais mais importantes incluem o teste de gravidez (beta-hCG) para excluir gestação, hemograma para avaliar a gravidade da anemia e, em casos de sangramento volumoso desde a menarca, a triagem para coagulopatias (como a doença de von Willebrand).

Alternativa b) Incorreta. Diferentemente das mulheres em idade reprodutiva avançada ou na perimenopausa, as causas estruturais (pólipos, adeniose, leiomiomas e malignidade) são raras em adolescentes. Além disso, a ultrassonografia transvaginal não é indicada como exame de primeira linha para adolescentes, especialmente as que não iniciaram atividade sexual, sendo preferível a via pélvica/abdominal quando houver necessidade de avaliação de imagem.

Alternativa c) Incorreta. Os anticoncepcionais orais combinados (AOC) são frequentemente utilizados como tratamento de primeira linha no manejo do SUA na adolescência. Eles auxiliam na regulação do ciclo, na redução do fluxo menstrual e no tratamento da anemia decorrente do sangramento. O risco de efeitos colaterais graves em adolescentes saudáveis é baixo, não havendo contraindicação absoluta apenas pela idade.

Alternativa d) Correta. A principal etiologia do sangramento uterino anormal em adolescentes, nos primeiros anos após a menarca, é a disfunção ovulatória. Isso ocorre devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, que falha em

estabelecer o feedback positivo do estrogênio para promover o pico de LH. Sem ovulação, não há formação do corpo lúteo nem produção de progesterona. O endométrio fica exposto apenas ao estímulo estrogênico (estímulo persistente e sem oposição), tornando-se instável e descamando de forma irregular e intensa.

Resumo do caso: A paciente apresenta um quadro clássico de SUA por anovulação fisiológica da puberdade, já manifestando repercussão clínica (fadiga, palidez e taquicardia leve), o que indica a necessidade de intervenção terapêutica para controle do sangramento e correção da anemia.

Questão 16

Esta questão aborda a propedêutica diagnóstica de um nódulo mamário palpável em uma mulher jovem. O caso descreve uma paciente de 34 anos com um nódulo de características clínicas provavelmente benignas (móvel, fibroelástico e sem sinais inflamatórios), porém todo nódulo palpável exige investigação diagnóstica sistematizada.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A mamografia de rastreamento é indicada para mulheres a partir dos 40 anos (conforme a Sociedade Brasileira de Mastologia e o CBR) ou 50 anos (conforme o Ministério da Saúde). Em pacientes jovens, abaixo de 35-40 anos, o tecido mamário costuma ser denso, o que reduz a sensibilidade da mamografia. Além disso, diante de um sintoma (nódulo), o exame deve ser diagnóstico e não de rastreamento. Jamais se deve aguardar seis meses sem antes realizar uma avaliação de imagem inicial.

Alternativa (b) Incorreta: A biópsia cirúrgica é um procedimento invasivo e não deve ser a conduta inicial. Atualmente, a investigação segue o tripé: exame clínico, exames de imagem e, se necessário, biópsia por agulha (PAAF ou core biopsy). A maioria dos nódulos com características benignas em mulheres jovens pode ser conduzida de forma menos invasiva após a avaliação ultrassonográfica.

Alternativa (c) Incorreta: Embora as características clínicas sugiram um fibroadenoma (tumor benigno mais comum em mulheres jovens), a prática médica exige a confirmação objetiva. Dispensar exames complementares diante de um nódulo palpável de 2,5 cm é uma conduta insegura, pois o exame físico isolado não é suficiente para excluir malignidade ou outras patologias que exijam intervenção.

Alternativa (d) Correta: Em mulheres com menos de 35 anos e com queixa de nódulo palpável, a ultrassonografia de mamas é o exame de escolha inicial. Ela é excelente

para diferenciar lesões sólidas de císticas e para caracterizar as margens e a ecogenicidade do nódulo. Com o resultado da ultrassonografia (classificação BI-RADS), o médico poderá definir se a conduta será apenas observação, acompanhamento em curto prazo ou necessidade de biópsia.

Questão 17

A paciente em questão apresenta um quadro clássico de transição menopausal (perimenopausa), caracterizado por irregularidade menstrual e sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna), além de alterações de humor. Aos 49 anos, com ausência de contraindicações (não fuma, sem histórico de câncer de mama ou trombose) e presença de útero, a Terapia Hormonal (TH) é a conduta de escolha.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. A Terapia Hormonal é o tratamento padrão-ouro e o mais eficaz para o alívio dos sintomas vasomotores (fogachos) do climatério. Como a paciente possui útero, é obrigatório associar a progesterona ao estrogênio. O estrogênio trata os sintomas, enquanto a progesterona tem a função exclusiva de proteger o endométrio contra a hiperplasia e o câncer de endométrio que seriam causados pelo estímulo estrogênico isolado.

Alternativa B: Incorreta. A TH é reconhecidamente mais eficaz que os antidepressivos para o controle de sintomas vasomotores. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (como paroxetina ou venlafaxina) são opções de segunda linha, indicadas apenas quando há contraindicação formal à TH ou quando a paciente opta por não utilizar hormônios.

Alternativa C: Incorreta. O uso de estrogênio isolado só é permitido em mulheres histerectomizadas (sem útero). Em pacientes com útero presente, o uso de estrogênio sem a oposição da progesterona aumenta drasticamente o risco de patologias endometriais malignas.

Alternativa D: Incorreta. Não é necessário aguardar a menopausa (definida como 12 meses de amenorreia) para iniciar o tratamento. A indicação da TH baseia-se na presença de sintomas que prejudicam a qualidade de vida da paciente durante o climatério, desde que não existam contraindicações e os benefícios superem os riscos. No caso dela, a irregularidade menstrual já indica a transição menopausal.

Questão 18

Análise do caso clínico:

A gestante apresenta níveis pressóricos de 165x112 mmHg em sua 24ª semana de gestação. De acordo com os protocolos de obstetrícia, qualquer medida de pressão arterial igual ou superior a 160/110 mmHg em gestantes é considerada uma crise hipertensiva (emergência ou urgência hipertensiva), independentemente da presença de sintomas. Como o quadro ocorre após a 20ª semana, a principal suspeita é de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade (pelo critério do nível pressórico). O manejo deve ser imediato para prevenir complicações como o acidente vascular cerebral (AVC).

Alternativa (a) Incorreta. Embora a nifedipina oral (formulação de liberação imediata, não sublingual) possa ser utilizada no manejo da crise, o erro fundamental da alternativa é condicionar o encaminhamento à maternidade apenas à presença de sintomas. Toda gestante com níveis pressóricos em patamares de crise ($\geq 160/110$ mmHg) deve ser encaminhada para avaliação hospitalar de urgência para monitorização materna e fetal, realização de exames laboratoriais e decisão sobre o momento do parto.

Alternativa (b) Correta. A hidralazina por via intravenosa é um dos medicamentos de escolha para o tratamento agudo da hipertensão grave na gravidez. O protocolo clássico envolve a administração de 5 mg IV, podendo ser repetida a cada 20 minutos se o objetivo pressórico não for atingido, respeitando o limite máximo (geralmente 20 a 30 mg). Após o manejo inicial da pressão para níveis de segurança, o encaminhamento imediato para uma unidade hospitalar/maternidade é obrigatório para a continuidade do cuidado.

Alternativa (c) Incorreta. O sulfato de magnésio é o medicamento padrão-ouro para a prevenção e tratamento das convulsões da eclâmpsia (profilaxia da eclâmpsia). Ele não é um anti-hipertensivo e não deve ser utilizado com a finalidade de baixar a pressão arterial. Além disso, a descrição da posologia de repetição a cada 30 minutos não condiz com os protocolos de ataque e manutenção do magnésio (como os esquemas de Zuspan ou Pritchard).

Alternativa (d) Incorreta. A metildopa é um anti-hipertensivo de ação central indicado para o controle crônico da hipertensão arterial na gestação (hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia leve). Devido ao seu início de ação lento (levando de 4 a 6 horas para fazer efeito), ela não tem papel no manejo agudo da crise hipertensiva. Além disso, o encaminhamento para o pré-natal de alto risco é uma medida ambulatorial, enquanto o caso exige uma avaliação de urgência em ambiente hospitalar.

Questão 19

A dor abdominal recorrente (DAR) na infância é um desafio clínico comum. De acordo com os critérios clássicos de Apley e as atualizações do Consenso de Roma IV, a grande maioria dos casos (cerca de 90% a 95%) possui etiologia funcional, e não orgânica. Por isso, a abordagem inicial deve ser prioritariamente clínica.

Alternativa (a) Incorreta: A intolerância à lactose pode causar dor abdominal, mas não é a causa principal da DAR. Iniciar a investigação por testes de intolerância alimentar sem uma suspeita clínica específica baseada no diário alimentar é uma conduta precipitada e não recomendada como passo inicial universal.

Alternativa (b) Incorreta: A pesquisa de doença celíaca através do anticorpo antiendomísio ou antitransglutaminase tecidual é importante em quadros de dor abdominal crônica, porém ela ganha força na presença de sinais de alerta (como déficit de crescimento, anemia ou diarreia crônica). O manejo inicial foca na diferenciação entre dor funcional e orgânica através da clínica.

Alternativa (c) Correta: O diagnóstico da DAR é eminentemente clínico. A conduta inicial deve focar em uma anamnese detalhada para caracterizar a dor e, principalmente, buscar os "sinais de alarme" ou "red flags" (como febre, perda de peso, desaceleração do crescimento, vômitos persistentes, sangue nas fezes ou dor que desperta a criança à noite). Além disso, como a dor funcional está intimamente ligada a fatores biopsicossociais, avaliar o ambiente escolar, familiar e o estresse emocional é fundamental para a compreensão e o tratamento do quadro.

Alternativa (d) Incorreta: A solicitação de ultrassonografia de rotina em crianças com exame físico normal e ausência de sinais de alerta tem baixíssimo rendimento diagnóstico. Exames de imagem não devem ser solicitados de forma indiscriminada como conduta inicial se a história e o exame físico sugerirem um quadro funcional.

Questão 20

A avaliação do controle da asma em crianças é fundamental para o manejo adequado da doença e baseia-se em diretrizes internacionais, como o GINA (Global Initiative for Asthma), e nos consensos brasileiros de pneumologia e pediatria. O objetivo é verificar se a terapêutica atual é suficiente ou se precisa de ajustes. Os critérios de avaliação focam no quadro clínico das últimas quatro semanas.

Os quatro parâmetros clínicos principais utilizados para avaliar o controle da asma são:

1. Presença de sintomas diurnos.
2. Limitação de atividades físicas ou cotidianas.

3. Necessidade de uso de medicação de resgate (aliviador).
4. Despertar noturno ou tosse noturna decorrente da asma.

Alternativa (a): Está correta. A alternativa elenca dois dos quatro pilares fundamentais. A presença de sintomas diurnos com frequência superior a duas vezes por semana (ou mais de uma vez por semana em certas adaptações de protocolos) e qualquer grau de limitação de atividades indicam que a asma não está totalmente controlada, exigindo revisão do tratamento.

Alternativa (b): Está incorreta. Embora a limitação de atividades seja um critério de descontrole, sintomas diurnos esporádicos (considerados como duas vezes ou menos por semana) são compatíveis com o quadro de asma controlada. Portanto, a combinação não define critérios de falta de controle de forma tão precisa quanto a alternativa (a).

Alternativa (c): Está incorreta. A febre não é um critério para a avaliação do estado de controle da asma. A asma é uma doença inflamatória crônica não infecciosa. A febre pode estar presente se houver uma infecção respiratória viral ou bacteriana atuando como fator desencadeante de uma crise (exacerbação), mas não faz parte dos parâmetros de monitoramento do controle crônico.

Alternativa (d): Está incorreta. O despertar noturno é, de fato, um critério de asma não controlada e um dos sinais de alerta mais importantes na pediatria. No entanto, a presença da febre invalida a alternativa, pois, como mencionado, ela não é um parâmetro de avaliação de controle da patologia asmática.

Em resumo, para classificar a asma como controlada, parcialmente controlada ou não controlada, o examinador busca identificar a frequência dos sintomas e o impacto da doença na rotina da criança, excluindo sinais de infecção aguda como a febre.

Questão 21

A introdução alimentar deve ser iniciada aos seis meses de idade para crianças em aleitamento materno exclusivo, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesse período, as necessidades nutricionais de micronutrientes, especialmente ferro e zinco, aumentam, e o leite materno sozinho já não supre integralmente a demanda calórica e mineral.

Alternativa (a) Incorreta: Esta alternativa descreve condutas corretas e recomendadas. O Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos orienta que não se ofereça sucos (mesmo os naturais) no primeiro ano de vida, priorizando o consumo da fruta inteira/amassada. Chás e mamadeiras também devem ser evitados

para não comprometer o aleitamento materno e prevenir problemas ortodônticos ou cáries. Portanto, evitar esses itens não é um erro.

Alternativa (b) Correta (Gabarito): Introduzir a carne apenas após os oito meses é um erro frequente. As proteínas de origem animal, como carne bovina, frango, peixe ou vísceras (fígado), devem ser introduzidas logo no início da alimentação complementar, aos seis meses. Elas são fontes essenciais de ferro heme, que possui alta biodisponibilidade e é crucial para prevenir a anemia ferropriva, uma das carências nutricionais mais comuns nessa faixa etária.

Alternativa (c) Incorreta: Atualmente, a recomendação é introduzir o ovo inteiro (clara e gema) a partir dos seis meses de idade. Antigamente, havia o receio de que a clara pudesse causar alergias se oferecida precocemente, mas evidências científicas modernas demonstram que a introdução precoce de alimentos potencialmente alergênicos ajuda na indução de tolerância imunológica, reduzindo o risco de alergias futuras.

Alternativa (d) Incorreta: Oferecer o mesmo alimento várias vezes é a estratégia correta para lidar com a neofobia alimentar (rejeição a novos alimentos). Estima-se que uma criança precise ser exposta a um novo sabor entre 8 e 15 vezes, em diferentes preparações, antes que se possa afirmar que ela realmente não gosta daquele alimento. Desistir na primeira recusa é o erro, e não a persistência.

Questão 22

Análise do caso:

A questão descreve uma criança de 6 anos com enurese noturna. Como ela já havia apresentado um período de 8 meses de continência (o critério mínimo é de 6 meses), o quadro é classificado como enurese secundária.

Alternativa (a) Incorreta: Na pediatria, o termo "incontinência urinária" é mais comumente reservado para perdas urinárias diurnas ou situações associadas a anomalias anatômicas (como ureter ectópico) e neuropatias. O relato de perda estritamente durante o sono caracteriza a enurese. Embora causas orgânicas (como infecção urinária ou diabetes) devam ser consideradas na anamnese, a maioria dos casos em cuidados primários tem base funcional ou maturativa.

Alternativa (b) Incorreta: A enurese é classificada como primária quando a criança nunca alcançou o controle vesical por um período prolongado. Como a paciente ficou 8 meses sem episódios, trata-se de enurese secundária. Além disso, o manejo inicial deve ser feito pelo médico da atenção primária, com orientações comportamentais, sem necessidade imediata de especialista.

Alternativa (c) Incorreta: A afirmação está incorreta ao dizer que o fenômeno não está relacionado a fatores sociais. A enurese secundária é, na verdade, frequentemente desencadeada por estressores psicossociais, como o nascimento de um irmão, separação dos pais, mudança de escola ou episódios de abuso.

Alternativa (d) Correta: O controle da micção noturna é um processo maturativo complexo que envolve a capacidade da bexiga, a produção de hormônio antidiurético e o limiar de despertar do sono. Em crianças abaixo de 7 ou 8 anos, a imaturidade desses sistemas é a causa mais comum para a enurese. Mesmo na forma secundária, o sistema urinário da criança ainda está em fase de consolidação, e a maturação tardia do controle esfinteriano permanece como a explicação fisiológica mais provável, muitas vezes necessitando apenas de tempo e suporte comportamental.

Questão 23

A questão apresenta o caso clássico do chamado lactente regurgitador, popularmente conhecido como "golfador" ou "happy spitter". Para resolvê-la, o ponto fundamental é diferenciar o Refluxo Gastroesofágico (RGE) fisiológico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

Análise das alternativas:

Alternativa a) Correta. O Refluxo Gastroesofágico (RGE) é a passagem involuntária do conteúdo gástrico para o esôfago. Em lactentes, é considerado um processo fisiológico devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior, à dieta predominantemente líquida e ao decúbito horizontal prolongado. Como o enunciado afirma que não há repercussões sistêmicas (a criança ganha peso, cresce bem e não tem sintomas respiratórios ou irritabilidade excessiva), a conduta é expectante, baseada em orientações posturais e dietéticas, pois a tendência é a resolução espontânea com o amadurecimento neuromuscular e a introdução de alimentos sólidos.

Alternativa b) Incorreta. A estenose hipertrófica de piloro costuma manifestar-se mais precocemente, geralmente entre a 3ª e a 6ª semana de vida, com vômitos em jato (não apenas regurgitações) e frequentemente leva a distúrbios hidroeletrólíticos e à perda de peso, o que contradiz a ausência de repercussões sistêmicas descrita no caso.

Alternativa c) Incorreta. Aos 7 meses, a criança já deve estar em fase de introdução alimentar, não havendo indicação de retornar exclusivamente ao leite. Além disso, o uso de procinéticos, como a metoclopramida, não é indicado para o refluxo fisiológico

e apresenta riscos importantes de efeitos colaterais extrapiramidais em crianças pequenas.

Alternativa d) Incorreta. Existe uma diferença conceitual importante: a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) só é diagnosticada quando o refluxo causa complicações, como esofagite, baixo ganho ponderal, episódios de sufocação ou pneumonias de repetição. Como o paciente não apresenta "repercussões sistêmicas relevantes", o quadro é apenas de RGE fisiológico, e não da doença propriamente dita. Além disso, a fisiopatologia principal do RGE no lactente é o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, e não apenas a demora no esvaziamento gástrico.

Questão 24

A questão apresenta o caso de uma criança de 18 meses (1 ano e 6 meses) com atrasos significativos em múltiplos domínios do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Os pontos de alerta principais são: não andar sozinha (o limite esperado é 15 meses, sendo 18 meses o limite máximo de alerta), não responder ao chamado, não estabelecer contato visual e apresentar fala incompreensível. Esse quadro sugere tanto um atraso motor quanto um possível Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: O uso de estimulantes neurológicos não é a conduta inicial para atrasos globais do desenvolvimento ou suspeita de TEA nesta faixa etária. Além disso, aguardar seis meses para uma reavaliação é inadequado, pois a intervenção precoce é fundamental para o prognóstico da criança.

Alternativa (b) Incorreta: Embora o estímulo no domicílio seja importante, ele não substitui a investigação clínica. Diante de sinais de alerta claros aos 18 meses (especialmente a ausência de marcha independente e prejuízo na interação social), é necessário realizar uma busca ativa por diagnósticos e não apenas observar passivamente por mais seis meses.

Alternativa (c) Incorreta: A conduta de "esperar para ver" é contraindicada na pediatria moderna quando há sinais de alerta (red flags). Aos 18 meses, a ausência de marcha e o déficit de interação social já ultrapassaram as variações individuais da normalidade, exigindo investigação imediata.

Alternativa (d) Correta: Esta é a conduta padrão. Diante de atrasos no desenvolvimento, o médico deve aplicar testes de rastreamento validados (como o M-CHAT para autismo, obrigatório no Brasil para crianças nessa faixa etária em

consultas de puericultura, ou o PEDS). Confirmada a suspeita ou havendo falha nos testes, a criança deve ser encaminhada para avaliação especializada (neuropediatra, fonoaudiólogo, psicólogo) para diagnóstico e início imediato de terapias de intervenção precoce.

Em resumo, a presença de "sinais de alerta" (não andar aos 18 meses e falha na interação social/comunicação) exige ação imediata com rastreamento e encaminhamento, nunca a conduta expectante.

Questão 25

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

O foco desta questão são os princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC), classicamente descritos por Ian McWhinney. A situação descreve o deslocamento de um médico de sua área de atuação original para cobrir férias em outra região, uma prática que fere a lógica da continuidade e da responsabilidade territorial na Atenção Primária à Saúde.

Alternativa (a) Incorreta: O princípio de que o médico é um clínico qualificado refere-se à sua competência técnica e científica para resolver cerca de 80% a 90% dos problemas de saúde da população, utilizando o método clínico centrado na pessoa. O deslocamento do médico para outra área não questiona sua capacidade técnica ou qualificação clínica, mas sim sua alocação estratégica.

Alternativa (b) Incorreta: Ser a "porta de entrada" é uma diretriz organizacional do SUS e da Atenção Primária. Embora o médico de família e comunidade atue como esse primeiro contato, o enunciado foca na quebra do vínculo entre o profissional e o território específico onde ele trabalha, o que nos remete a um princípio mais específico da especialidade.

Alternativa (c) Correta: Este princípio estabelece que o médico de família não é um profissional "itinerante" ou de pronto-atendimento geral; ele é o recurso de uma população definida (territorialização). Isso significa que o médico tem um compromisso ético e epidemiológico com um grupo específico de pessoas e famílias. Ao retirá-lo de sua unidade para cobrir férias em outra região, o gestor ignora que a responsabilidade do médico é com a sua comunidade de origem, prejudicando o acesso e o acompanhamento daqueles pacientes.

Alternativa (d) Incorreta: A relação médico-pessoa é, de fato, um princípio fundamental e a base para o desempenho do cuidado. No entanto, a violação descrita na questão é de natureza administrativa e territorial. O deslocamento

forçado para atender outra população agride prioritariamente o princípio da população definida e da responsabilidade sobre um território, que é o que vincula aquele médico específico àquelas pessoas específicas.

Gabarito: Letra (c).

Questão 26

Esta questão aborda o conceito de Prevenção Quaternária, que consiste na detecção de indivíduos em risco de intervenções médicas excessivas para protegê-los de novos danos e evitar a iatrogenia diagnóstica ou terapêutica. No contexto da Atenção Primária, o médico deve equilibrar as demandas do paciente com as evidências científicas de rastreamento.

A alternativa (a) está incorreta porque propõe uma bateria excessiva de exames sem evidência de benefício para pacientes assintomáticos. O uso de marcadores tumorais para rastreamento na população geral é contraindicado, pois gera muitos resultados falso-positivos, levando a biópsias e procedimentos invasivos desnecessários. Além disso, exames como hemograma e ultrassonografia abdominal de rotina em homens saudáveis não reduzem a morbimortalidade.

A alternativa (b) está correta porque aplica os princípios da Prevenção Quaternária e da Medicina Baseada em Evidências. O médico deve acolher as angústias do paciente e usar a comunicação para explicar os riscos do excesso de exames (*overdiagnosis*). Para um homem de 52 anos, as diretrizes nacionais e internacionais recomendam o rastreamento de hipertensão (pressão arterial), obesidade (peso/IMC), risco cardiovascular, dislipidemia (perfil lipídico), diabetes (glicemia) e câncer colorretal (sangue oculto nas fezes ou colonoscopia).

A alternativa (c) está incorreta porque a simples transcrição de exames solicitados por terceiros, sem critério clínico, fere a autonomia do médico e o uso racional de recursos do SUS. O vínculo com o paciente deve ser construído por meio da confiança e da explicação técnica, e não pela realização de vontades que podem ser prejudiciais à saúde do indivíduo a longo prazo.

A alternativa (d) está incorreta porque propõe a medicalização imediata da ansiedade e da insônia sem uma investigação diagnóstica adequada. Muitas vezes, os sintomas ansiosos desse paciente são reflexos da preocupação com a saúde e do excesso de informações ou exames anteriores. Tratar com medicamentos sem abordar a causa e a questão dos exames preventivos ignora a integralidade do cuidado e pode causar dependência medicamentosa.

Questão 27

O processo de desprescrição é uma intervenção clínica fundamental, especialmente na geriatria, visando reduzir a polifarmácia e o uso de medicamentos potencialmente inadequados. O modelo mais aceito na literatura médica (baseado em autores como Scott e Reeve) propõe etapas lógicas para garantir a segurança e a eficácia da retirada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Esta alternativa descreve perfeitamente a primeira etapa do processo. Para desprescrever, o médico deve realizar um inventário completo de todos os fármacos utilizados, avaliando a indicação atual de cada um, se a dose está correta para a função renal/hepática do paciente e se há efeitos adversos ocultos.

b) Incorreta. Esta é a etapa de planejamento e priorização. Não se deve retirar todos os medicamentos simultaneamente. O médico deve estabelecer uma hierarquia, focando primeiro naqueles que trazem maior risco de danos (como quedas ou sangramentos) e menor benefício clínico, sempre respeitando a estabilidade da doença que o medicamento tratava.

c) Correta (Gabarito). Esta alternativa está errada sob o ponto de vista técnico e ético, por isso é a resposta à questão. A desprescrição jamais deve ser imposta contra a vontade do paciente. O engajamento e a concordância do paciente ou de seus familiares são pilares essenciais do modelo. Sem a aliança terapêutica, o risco de baixa adesão ao plano de retirada ou de sofrimento psicológico (medo de que a doença piore sem o remédio) é muito alto. Além disso, a autonomia do paciente deve ser respeitada.

d) Incorreta. Esta etapa fecha o ciclo do modelo. Após a suspensão ou redução da dose, é obrigatório monitorar o paciente para detectar sintomas de abstinência ou a recorrência da condição clínica original. A substituição por medidas não farmacológicas (como higiene do sono para substituir benzodiazepínicos) é uma estratégia recomendada para o sucesso da desprescrição.

Em resumo, o erro da alternativa (c) reside na afirmação de que a retirada deve ser feita "mesmo que o paciente não esteja de acordo", o que contraria o princípio das decisões compartilhadas e os protocolos mundiais de desprescrição.

Questão 28

Esta questão aborda um conceito fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS): a Prevenção Quaternária. O foco aqui é identificar o risco de sobremedicalização, proteger o paciente de intervenções desnecessárias e evitar a iatrogenia, especialmente em pacientes idosos com polifarmácia.

Análise do Caso Clínico:

O paciente é um idoso de 83 anos em uso de seis medicamentos. Destes, a losartana, hidroclorotiazida e metformina tratam condições crônicas estabelecidas (hipertensão e diabetes). No entanto, o uso do AAS para prevenção primária (sem evento cardiovascular prévio relatado) em idosos acima de 70-80 anos é hoje contraindicado pela maioria das diretrizes internacionais devido ao elevado risco de sangramento, que supera o benefício cardiovascular. Consequentemente, o uso do IBP para proteger o estômago de um AAS que talvez nem devesse estar sendo usado torna-se redundante. O polivitamínico, por sua vez, não possui evidência científica de benefício para prevenção geral em pacientes sem deficiências específicas comprovadas.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Apenas substituir o IBP por outro protetor não resolve o problema central da polifarmácia e da prescrição desnecessária. O IBP pode causar efeitos colaterais como constipação, interferência na absorção de nutrientes e aumento do risco de infecções em idosos. Manter o AAS e o polivitamínico sem revisão mantém o paciente exposto a riscos desnecessários.

Alternativa (b) Correta: Esta conduta aplica o princípio da prevenção quaternária através da desprescrição. Deve-se revisar a real indicação do AAS em um homem de 83 anos para prevenção primária; se o AAS for suspenso, a indicação do IBP (prescrito especificamente para "proteção") deixa de existir. O polivitamínico também deve ser questionado por falta de evidência e para diminuir a carga de comprimidos, respeitando a queixa do paciente e melhorando a adesão aos fármacos que são realmente essenciais (anti-hipertensivos e antidiabéticos).

Alternativa (c) Incorreta: Orientar a adesão rigorosa a medicamentos desnecessários ou potencialmente prejudiciais é uma má prática clínica. No idoso, a redução de danos é prioritária. O excesso de medicamentos aumenta o risco de interações medicamentosas, quedas e eventos adversos, além de reduzir a qualidade de vida.

Alternativa (d) Incorreta: Embora considere a suspensão do polivitamínico, esta alternativa sugere a prescrição de mais um medicamento (para constipação). Isso caracteriza a chamada cascata terapêutica, na qual um novo fármaco é prescrito

para tratar o efeito colateral de outro (a constipação pode ser efeito do IBP ou do próprio excesso de fármacos). A conduta correta na APS é tentar remover a causa do sintoma antes de adicionar uma nova droga.

Questão 29

Para resolver essa questão de epidemiologia, é necessário aplicar as fórmulas de sensibilidade e especificidade utilizando os dados da tabela de contingência 2x2 fornecida na imagem.

1. Identificação dos dados da tabela:

- Verdadeiros Positivos (VP): 80 (indivíduos doentes com teste positivo)
- Falsos Negativos (FN): 20 (indivíduos doentes com teste negativo)
- Falsos Positivos (FP): 20 (indivíduos saudáveis com teste positivo)
- Verdadeiros Negativos (VN): 880 (indivíduos saudáveis com teste negativo)

2. Cálculos fundamentais:

- Total de doentes: $VP + FN = 80 + 20 = 100$
- Total de não doentes: $VN + FP = 880 + 20 = 900$

3. Sensibilidade:

É a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos doentes.

Fórmula: $VP / (VP + FN)$

Cálculo: $80 / 100 = 0,80$ ou 80%.

4. Especificidade:

É a capacidade do teste de identificar corretamente os indivíduos saudáveis.

Fórmula: $VN / (VN + FP)$

Cálculo: $880 / 900 = 0,9777...$ ou aproximadamente 98%.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Correta: A especificidade, calculada pela divisão dos verdadeiros negativos (880) pelo total de indivíduos sem a doença (900), resulta em aproximadamente 97,7%, valor que, arredondado, corresponde a 98%.

Alternativa (b) Incorreta: A especificidade é de 98%. O valor de 88% é um erro de cálculo ou uma interpretação equivocada do número absoluto de 880 presente na célula de verdadeiros negativos.

Alternativa (c) Incorreta: A sensibilidade do teste é de 80% (80 doentes identificados em um total de 100 doentes), e não 98%.

Alternativa (d) Incorreta: A sensibilidade é de 80%. O valor de 88% não possui sustentação matemática nos cálculos de acurácia diagnóstica para este cenário.

Questão 30

COMENTÁRIO DA QUESTÃO

A questão aborda o papel da Equipe de Saúde da Família (ESF) diante de uma alteração no perfil epidemiológico do território, especificamente um aumento de casos de diarreia em crianças menores de 5 anos. O foco aqui é a Vigilância em Saúde, que pressupõe uma análise contínua da situação de saúde da população para o planejamento e a execução de ações oportunas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Campanhas de vacinação são estratégias preventivas importantes, mas a vacina contra o rotavírus já integra o Calendário Nacional de Vacinação. Promover uma campanha massiva sem antes investigar a etiologia do aumento de casos é uma conduta inadequada, pois a causa do surto pode ser bacteriana, parasitária ou ambiental (como contaminação de fontes de água), situações em que a vacina contra o rotavírus não teria impacto.

Alternativa (b) Correta: Esta alternativa descreve o fluxo correto da Vigilância em Saúde no âmbito da Atenção Primária. Diante de um aumento atípico de casos, a equipe deve investigar as causas prováveis e coletar dados epidemiológicos para entender o perfil dos atingidos e os fatores de risco (quem, onde e quando). Ações de educação em saúde e a articulação com a vigilância local permitem uma intervenção direta na raiz do problema, visando ao controle do surto no território.

Alternativa (c) Incorreta: O manejo clínico individual e o tratamento medicamentoso são partes da assistência médica, mas não configuram uma ação de Vigilância em Saúde para o controle de um problema coletivo. Se a equipe apenas tratar os casos que chegam à unidade sem investigar a causa do aumento no território, o fator causal permanecerá ativo, gerando novos doentes continuamente.

Alternativa (d) Incorreta: Embora a notificação seja um passo importante, a postura de apenas notificar e aguardar passivamente as diretrizes da vigilância central é contrária aos princípios da Estratégia Saúde da Família. A equipe local tem responsabilidade sanitária sobre sua área adscrita e deve ser protagonista na investigação inicial e na implementação de medidas de controle imediatas.

Em resumo, a alternativa (b) é a mais adequada por integrar a investigação epidemiológica, a intervenção comunitária e a coordenação de rede, características fundamentais da Vigilância em Saúde na Atenção Primária.
