

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**.
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Clínica Médica

1

Paciente de 68 anos, internado em Unidade de Terapia Intensiva após trauma abdominal, encontra-se sob ventilação mecânica invasiva e desenvolve pneumonia associada à ventilação no 12º dia de internação. A cultura do aspirado endotraqueal – obtida diante de novo infiltrado pulmonar, secreção purulenta e piora da oxigenação – isola *Acinetobacter baumannii* resistente a meropenem, imipenem, ciprofloxacino e piperacilina-tazobactam, caracterizando infecção por CRAB.

Considerando as recomendações atuais para o tratamento de infecção invasiva por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos, assinale a estratégia antimicrobiana preferencial.

- (A) Sulbactam-durlobactam em monoterapia, reservando a associação com carbapenêmico para isolados com resistência intermediária ao sulbactam.
- (B) Ampicilina-sulbactam em altas doses, totalizando 9 g/dia do componente sulbactam, associada à polimixina B, independentemente da disponibilidade de sulbactam-durlobactam.
- (C) Sulbactam-durlobactam associado à polimixina B, evitando carbapenêmicos diante da resistência microbiológica documentada a meropenem e imipenem.
- (D) Polimixina B associada ao meropenem em infusão prolongada quando demonstrado sinergismo *in vitro* entre os dois agentes.
- (E) Sulbactam-durlobactam associado a imipenem-cilastatina ou meropenem.

2

Uma paciente de 67 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, com história de declínio cognitivo progressivo, foi admitida em 14/04/2026 após queda da própria altura, evoluindo com fratura de colo de fêmur direito.

Durante a internação, foi tratada para infecção do trato urinário com ceftriaxona por 7 dias, esquema encerrado em 22/04/2026. Ao longo do período de internação, observou-se aceitação alimentar significativamente reduzida.

Na avaliação pré-operatória inicial em 14/04, os exames laboratoriais revelavam tempo de atividade da protrombina (TAP) de 14,3 segundos, Relação Internacional Normalizada (INR) de 1,05 e tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) de 30,3 segundos, tendo sido prescrita enoxaparina 40 mg, por via subcutânea, uma vez ao dia, para profilaxia de tromboembolismo venoso.

A cirurgia foi suspensa em 24/04 devido a pico hipertensivo, mantendo-se a paciente em compensação clínica para reagendamento eletivo do procedimento.

Na reavaliação em 28/04, novos exames evidenciaram TAP de 43,0 segundos (atividade de 22%), INR de 3,45, aPTT de 31,8 segundos e plaquetas de 180.000/mm³.

A paciente nega uso de anticoagulantes orais, encontra-se lúcida, hemodinamicamente estável e sem sinais de sangramento ativo.

Considerando a evolução clínica e o perfil laboratorial apresentado, a conduta mais adequada para o manejo da alteração hemostática antes da intervenção cirúrgica é

- (A) administrar fitomenadiona e repetir o coagulograma após a reposição, considerando como hipótese principal a deficiência adquirida de vitamina K relacionada à baixa ingestão alimentar e à antibioticoterapia recente, com consequente redução da síntese funcional dos fatores de coagulação vitamina K dependentes.
- (B) suspender a enoxaparina e administrar sulfato de protamina, considerando o efeito cumulativo da heparina de baixo peso molecular como a causa mais provável para o prolongamento acentuado do TAP.
- (C) administrar concentrado de complexo protrombínico de quatro fatores associado à vitamina K, visando à normalização imediata do INR antes da cirurgia, apesar da ausência de sangramento e de urgência cirúrgica imediata.
- (D) administrar plasma fresco congelado até a normalização do INR, considerando que a reposição isolada de vitamina K apresenta início de ação excessivamente tardio para a correção hemostática pré-operatória.
- (E) investigar insuficiência hepática sintética como causa primária e postergar a reposição de vitamina K, considerando que a normalidade das aminotransferases não permite distinguir hepatopatia de deficiência nutricional.

3

Um paciente masculino de 68 anos de idade, portador de doença renal crônica estágio 3 e diabetes *Mellitus* tipo 2, encontra-se internado na unidade de terapia intensiva (UTI) devido a um quadro de sepse de foco pulmonar.

Em uso de meropenem e polimixina B há 10 dias, o paciente evolui com diarreia aquosa volumosa, dor abdominal progressiva e distensão de alças.

Nas últimas 12 horas, apresenta franca piora clínica, registrando pressão arterial de 85/50 mmHg (em uso de noradrenalina em doses crescentes), frequência cardíaca de 120 bpm, temperatura axilar de 38,2 °C e abdome gravemente distendido, doloroso difusamente à palpação, com ruídos hidroaéreos abolidos.

Os exames laboratoriais de urgência revelam: leucócitos totais de 28.000/mm³, creatinina plasmática de 3,0 mg/dL (valor basal de 1,5 mg/dL), lactato sérico de 4,5 mmol/L e gasometria arterial evidenciando acidose metabólica com *base excess* de -7,0 mEq/L.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome aponta espessamento pancelônico difuso, borramento da gordura perivisceral e dilatação do cólon transversal com diâmetro de até 7 cm, sem sinais de pneumoperitônio. O teste de pesquisa de toxinas para *Clostridioides difficile* encontra-se pendente.

Considerando o cenário clínico, laboratorial e de imagem apresentado, a conduta imediata mais adequada para o manejo desse paciente é

- (A) aguardar a confirmação laboratorial do teste de toxinas e iniciar a administração de fidaxomicina por via oral.
- (B) realizar colonoscopia de urgência para confirmação diagnóstica visual e descompressão endoscópica do cólon transversal.
- (C) iniciar vancomicina por via oral isolada e suspender imediatamente os demais antimicrobianos sistêmicos em vigência.
- (D) iniciar transplante de microbiota fecal de emergência por meio de sonda nasoentérica para restauração imediata da homeostase colônica.
- (E) iniciar terapia tripla com vancomicina por via oral em altas doses, metronidazol por via intravenosa e enemas de vancomicina por via retal, associada à avaliação cirúrgica precoce.

4

Uma mulher de 68 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica de longo prazo e insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva, é admitida na Unidade de Pronto Atendimento com quadro de dispnéia progressiva aos mínimos esforços nos últimos 4 dias, que evoluiu para ortopneia e dispnéia paroxística noturna na última noite, associada a padrão de tiragem intercostal na admissão.

Ao exame físico: regular para mau estado geral, taquipneia (FR: 28 irpm), SatO₂: 88% em ar ambiente. Pressão Arterial: 190 x 110 mmHg. Frequência Cardíaca: 102 bpm. À ausculta cardíaca, nota-se ritmo em 3 tempos por presença de terceira bulha (B3). A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes bilaterais difusos até terços superiores de ambos os hemitórax. Apresenta edema maleolar bilateral (2+/4+). Foi realizada a radiografia de tórax no leito (incidência AP):

Com base no quadro clínico-radiológico apresentado, a conduta terapêutica inicial mais adequada, para a estabilização imediata da paciente no setor de emergência, é

- (A) realizar oxigenoterapia por cateter nasal de O₂, iniciar Dobutamina em dose baixa e prescrever Furosemida venosa.
- (B) iniciar ventilação não invasiva (VNI) com pressão positiva, administrar Furosemida venosa e iniciar infusão contínua de Nitroglicerina endovenosa, titulada de acordo com a resposta pressórica.
- (C) prescrever restrição hídrica rigorosa, iniciar Captopril por via oral e solicitar vaga de UTI para monitorização com cateter de Swan-Ganz.
- (D) administrar ataque de Morfina endovenosa, prescrever Carvedilol oral para controle da taquicardia e Furosemida venosa.
- (E) iniciar antibioticoterapia empírica para pneumonia comunitária associada, associar Furosemida venosa e manter observação clínica em oxigênio sob máscara com reservatório.

5

Uma paciente de 79 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *Mellitus* tipo 2, é admitida na unidade de terapia intensiva (UTI) com quadro de febre aferida em 39,2 °C, dispneia intensa e tosse seca, evoluindo rapidamente para insuficiência respiratória hipoxêmica aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Durante o manejo assistencial, observa-se a eliminação espontânea de um espécime adulto de *Ascaris lumbricoides* pelas cavidades oral e nasal. A tomografia computadorizada de tórax evidencia infiltrados alveolares e consolidações bilaterais, de caráter migratório e distribuição predominantemente periférica. O hemograma de urgência revela leucocitose moderada acompanhada de eosinofilia absoluta de 2.450 células/mm³.

Considerando a fisiopatologia molecular da resposta imune, responsável pela manifestação pulmonar inicial descrita no cenário clínico (síndrome de Loeffler), a lesão tecidual e o recrutamento celular no parênquima pulmonar decorrem predominantemente de

- (A) ativação da via clássica do sistema complemento induzida por deposição de imunocomplexos circulantes de IgG e IgM nos capilares alveolares.
- (B) polarização linfocitária adaptativa Th1 com secreção local de interferon-gama (IFN-γ) e ativação de macrófagos alveolares puramente fagocíticos.
- (C) estimulação de linfócitos T auxiliares Th2 com liberação de interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13, promovendo o recrutamento e a degranulação local de eosinófilos.
- (D) reação de hipersensibilidade do tipo II mediada por autoanticorpos citotóxicos direcionados contra antígenos estruturais da membrana basal pulmonar.
- (E) invasão mecânica direta e destruição lítica do endotélio capilar pulmonar provocada exclusivamente pela migração de formas adultas do helminto.

6

Um homem de 66 anos de idade, portador de cardiomiopatia dilatada chagásica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25% em ecocardiograma realizado há três meses) e hipertensão arterial sistêmica, é admitido no setor de emergência com queixa de palpitações de início súbito há aproximadamente 6 horas, associadas a dispneia progressiva e redução expressiva da tolerância aos esforços.

Ao exame físico, encontra-se consciente, orientado, porém nitidamente dispneico, com frequência respiratória de 24 irpm, saturação periférica de oxigênio de 94% em ar ambiente e pressão arterial de 108 X 68 mmHg.

À propedêutica clínica, observam-se turgência jugular patológica a 45°, edema de membros inferiores mensurado em 2+/4+ e estertores crepitantes bibasais em terços inferiores.

O eletrocardiograma de 12 derivações evidencia ritmo de fibrilação atrial com alta resposta ventricular, com frequência cardíaca oscilando entre 145 e 155 bpm, sem sinais de isquemia miocárdica aguda.

Considerando o perfil clínico-hemodinâmico do paciente e as recomendações atuais para o manejo de arritmias supraventriculares agudas associadas à insuficiência cardíaca descompensada, a conduta farmacológica inicial mais apropriada é

- (A) administrar diltiazem por via intravenosa para promover o controle rápido e sustentado da frequência ventricular.
- (B) administrar verapamil por via intravenosa para reduzir a resposta ventricular e restaurar o débito cardíaco agudo.
- (C) iniciar propafenona por via oral utilizando a estratégia *pill-in-the-pocket* para cardioversão farmacológica precoce.
- (D) administrar digoxina por via intravenosa para controle da frequência ventricular, com posterior reavaliação de anticoagulação.
- (E) realizar infusão contínua de adenosina por via intravenosa para interrupção imediata do circuito reentrante arritmico.

7

Homem de 38 anos, com antecedente de epilepsia em tratamento prévio com ácido valproico e clonazepam, é atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após apresentar crise convulsiva tônico-clônica generalizada presenciada por familiares, com relato de baixa adesão medicamentosa nos últimos meses. Após o atendimento inicial e estabilização pós-ictal, evoluiu com recuperação completa da consciência e exame neurológico sem déficits focais.

A tomografia computadorizada (TC) de crânio realizada na emergência revelou calcificações bilaterais e simétricas, de aspecto denso, acometendo predominantemente os núcleos da base (globos pálidos e putâmens), sem efeito de massa ou sinais de edema perilesional.

O paciente recebe alta da emergência com ajuste do esquema anticonvulsivante (associação de Levetiracetam ao Ácido Valproico) e é encaminhado à Unidade Básica de Saúde / Clínica da Família para coordenação do cuidado, solicitação de exames laboratoriais complementares e encaminhamento à Neurologia.

Considerando o achado tomográfico e a suspeita de Calcificação Cerebral Primária (*Primary Brain Calcification*, antiga Doença de Fahr), assinale a conduta inicial prioritária e o perfil de exames laboratoriais a serem solicitados na Atenção Primária para o correto direcionamento do caso.

- (A) Encaminhar imediatamente para realização de painel genético para pesquisa das mutações nos genes *SLC20A2* e *PDGFB*, visto que a presença de calcificação simétrica dos núcleos da base em paciente jovem com epilepsia confirma o diagnóstico de Doença de Fahr primária.
- (B) Solicitar com prioridade o rastreio do metabolismo mineral (Cálcio total, Cálcio ionizado, Albumina, Fósforo, Magnésio, PTH intacto e Vitamina D 25-OH) e função renal, visando à exclusão de hipoparatiroidismo e outros distúrbios metabólicos tratáveis antes de considerar a causa primária.
- (C) Substituir imediatamente o esquema anticonvulsivante por monoterapia com fenitoína, suspendendo o levetiracetam e o ácido valproico, e aguardar o resultado do eletroencefalograma para definir a necessidade de exames de sangue.
- (D) Solicitar cálcio total e ionizado e, diante de hipocalcemia, iniciar cálcio e calcitriol antes da determinação do PTH, uma vez que a associação entre convulsões e calcificações simétricas dos núcleos da base favorece hipoparatiroidismo.
- (E) Solicitar ressonância magnética de encéfalo com contraste e líquido para pesquisa imediata de neurocisticercose e toxoplasmose, mantendo a investigação metabólica em segundo plano após o resultado das sorologias.

8

Homem de 52 anos, motorista de aplicativo, comparece à Unidade Básica de Saúde acompanhado da esposa. Relata sonolência excessiva diurna, episódios de redução da atenção durante a condução do veículo, sono não reparador e cefaleia matinal. A esposa refere ronco intenso, pausas respiratórias recorrentes durante o sono e despertares associados a engasgos.

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, em uso de enalapril 20 mg 12/12h e anlodipino 10 mg/dia; diabetes *Mellitus* tipo 2, em uso de metformina 850 mg 12/12h.

Exame Físico: PA 148/94 mmHg | FC 84 bpm | SpO2 96% em ar ambiente | Peso 98 kg | Altura 1,72 m | IMC 33,1 kg/m² | Circunferência cervical 44 cm | Mallampati IV.

Considerando a elevada probabilidade pré-teste de apneia obstrutiva do sono e os princípios técnicos da investigação dos distúrbios respiratórios do sono, assinale a afirmativa correta.

- (A) A polissonografia laboratorial permite determinar o índice de apneia e hipopneia utilizando o tempo total de sono como denominador, além de caracterizar os estágios do sono, microdespertares e a relação temporal entre eventos respiratórios, *effort* ventilatório e dessaturação. Essa característica a diferencia dos testes domiciliares sem eletroencefalografia.
- (B) Em paciente com alta probabilidade pré-teste de apneia obstrutiva do sono, um teste domiciliar tecnicamente adequado e negativo exclui a doença com segurança suficiente, não havendo indicação de polissonografia laboratorial subsequente, desde que o escore STOP-BANG seja inferior a 6 pontos.
- (C) A ausência de fluxo aéreo, por pelo menos 10 segundos, associada à dessaturação permite classificar o evento como apneia obstrutiva independentemente do registro de esforço toracoabdominal, uma vez que a oximetria diferencia adequadamente eventos obstrutivos de eventos centrais.
- (D) O Teste de Latência Múltipla do Sono deve preceder a polissonografia noturna em pacientes com sonolência excessiva diurna e suspeita concomitante de apneia obstrutiva do sono, pois a presença de dois ou mais episódios de sono REM de início precoce permite distinguir sonolência secundária à apneia de narcolepsia.
- (E) Na polissonografia diagnóstica, o índice de apneia e hipopneia deve ser calculado utilizando obrigatoriamente o tempo total de registro como denominador, enquanto o tempo total de sono é reservado para o cálculo do índice de despertares e para a análise da arquitetura do sono.

9

Homem de 62 anos, normotenso e sem antecedentes cardiovasculares, comparece à consulta ambulatorial para acompanhamento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). O paciente está em uso regular, há 8 meses, de associação medicamentosa em formulação fixa contendo dutasterida + cloridrato de tansulosina, na posologia de uma cápsula ao dia, apresentando melhora expressiva do escore sintomático prostático (IPSS) e sem queixas urinárias atuais.

Durante a consulta, o paciente demonstra forte incômodo com a progressão da Alopecia Androgenética Masculina (padrão Norwood-Hamilton IV) e solicita prescrição de medicação oral para "interromper a queda de cabelo e recuperar a densidade capilar", mencionando que leu sobre o uso de inibidores da 5-alfa-redutase e minoxidil oral para calvície.

Ao exame físico: PA = 124/78 mmHg, FC = 72 bpm, ausência de edemas em membros inferiores. Exame dermatológico do couro cabeludo confirma miniaturização folicular proeminente na região do vértex e entradas frontotemporais.

Considerando a farmacoterapia em uso, a composição da associação fixa e as diretrizes para o manejo da alopecia androgenética e HPB, assinale a conduta médica correta.

- (A) Manter a associação dutasterida/tansulosina em uso, reconhecer que a dutasterida 0,5 mg/dia já fornece inibição sistêmica da 5-alfa-redutase relevante para a alopecia e discutir terapia adicional não redundante para AGA, conforme perfil clínico, preferência e risco de efeitos adversos.
- (B) Acrescentar finasterida 1 mg/dia à dutasterida, buscando bloqueio complementar da 5-alfa-redutase tipo II.
- (C) Dobrar a dose de dutasterida, pois a dose para próstata é insuficiente para o folículo piloso.
- (D) Substituir dutasterida por finasterida 1 mg/dia e manter tansulosina, visando maior especificidade dermatológica.
- (E) Suspender tansulosina e dutasterida e iniciar minoxidil oral como monoterapia, evitando interações farmacológicas.

10

Mulher de 50 anos de idade, sem diagnósticos prévios conhecidos, comparece à Unidade Básica de Saúde para avaliação de exames laboratoriais solicitados em consulta de rotina. Encontra-se assintomática e nega poliúria, polidipsia, perda ponderal não intencional, náuseas, vômitos ou outros sinais de descompensação hiperglicêmica.

Ao exame físico, apresenta IMC de 31,4 kg/m² e pressão arterial de 128/82 mmHg, sem outras alterações relevantes.

Os exames laboratoriais revelam: Glicemia de jejum: 292 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c): 10,2%.

A função renal encontra-se preservada. Não há história de uso de glicocorticoides ou outros medicamentos hiperglicemiantes, nem evidências clínicas de cetose, síndrome catabólica, doença pancreática ou crise hiperglicêmica.

Considerando os critérios diagnósticos vigentes e as recomendações contemporâneas da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da *American Diabetes Association* (ADA) para o tratamento inicial do diabetes *Mellitus* tipo 2, assinale a estratégia terapêutica mais adequada.

- (A) Iniciar metformina em monoterapia e reavaliar a HbA1c após aproximadamente três meses, acrescentando um segundo agente apenas se a meta glicêmica não for alcançada, uma vez que a ausência de manifestações catabólicas favorece estratégia farmacológica escalonada.
- (B) Iniciar terapia farmacológica combinada, preferencialmente incluindo um fármaco de elevada eficácia glicêmica e com efeito redutor de peso, como um agonista do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP 1) ou terapia incretínica equivalente, associado à metformina, individualizando a escolha conforme características clínicas, tolerabilidade, acesso e preferência da paciente.
- (C) Iniciar insulinoterapia basal associada à metformina, pois a HbA1c superior a 10% estabelece indicação prioritária de insulina independentemente da presença de sintomas de hiperglicemia, catabolismo, cetose ou crise hiperglicêmica.
- (D) Iniciar metformina associada a uma sulfonilureia, por constituir a combinação preferencial para pacientes recém-diagnosticados com HbA1c mais de 2 pontos percentuais acima da meta, reservando medicamentos com benefício ponderal para falha dessa estratégia.
- (E) Iniciar agonista do receptor do GLP 1 em monoterapia, postergando a associação de outros agentes até avaliação da resposta, pois a presença de obesidade determina que a redução ponderal deva constituir o principal objetivo farmacológico inicial.

11

Homem de 53 anos de idade, hipertenso, diabético e tabagista, com carga tabágica de 30 maços/ano, dá entrada no setor de Emergência devido a dor retroesternal em aperto iniciada durante episódio de intenso estresse emocional. Na admissão, apresenta pressão arterial de 200 x 90 mmHg e glicemia capilar de 460 mg/dL.

Após o controle pressórico e metabólico, ocorre resolução da dor, sem recorrência durante o período de observação em unidade monitorizada. O paciente permanece hemodinamicamente estável.

Os eletrocardiogramas seriados não demonstram alterações isquêmicas dinâmicas do segmento ST ou da onda T. A dosagem seriada de troponina I ultrasensível revela valores de 37,0 > 45,5 > 55,4 ng/L, para um limite superior de referência correspondente ao percentil 99 de 19 ng/L. O ecocardiograma transtorácico demonstra fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e ausência de nova alteração segmentar da contratilidade.

Considerando a Quarta Definição Universal do Infarto do Miocárdio e a necessidade de integrar a cinética da troponina ao contexto clínico e ao provável mecanismo fisiopatológico, assinale a opção correta.

- (A) A elevação dinâmica da troponina acima do percentil 99 estabelece o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio tipo 1, mesmo na ausência de alterações eletrocardiográficas ou ecocardiográficas, pois a magnitude da elevação do biomarcador permite inferir a presença de aterotrombose coronariana aguda.
- (B) O padrão apresentado deve ser classificado como lesão miocárdica aguda não isquêmica, pois a ausência de alterações dinâmicas no eletrocardiograma e de nova alteração segmentar ao ecocardiograma impede o diagnóstico de infarto do miocárdio, mesmo diante de sintomas compatíveis com isquemia.
- (C) A elevação da troponina acima do percentil 99 com padrão de ascensão caracteriza lesão miocárdica aguda; diante da dor torácica compatível com isquemia e da presença de importante estressor capaz de produzir desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio, o IAM tipo 2 constitui a hipótese etiológica principal, sem que a cinética da troponina isoladamente exclua aterotrombose ou dispense estratificação cardiovascular individualizada.
- (D) A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana, associada à dor torácica e à elevação dinâmica da troponina, torna suficientemente provável o mecanismo aterotrombótico para justificar tratamento inicial sistemático como síndrome coronariana aguda tipo 1, independentemente da avaliação posterior do mecanismo responsável pela lesão miocárdica.
- (E) A resolução da dor após o controle pressórico e metabólico permite atribuir a elevação da troponina exclusivamente à crise hipertensiva, caracterizando lesão miocárdica secundária sem necessidade de investigação posterior para doença arterial coronariana, desde que não ocorram alterações eletrocardiográficas ou ecocardiográficas.

12

Homem de 66 anos é admitido na Emergência após período prolongado de importante restrição alimentar. Apresenta perda ponderal acentuada, IMC de 15 kg/m², redução importante de massa muscular e história de ingestão alimentar mínima nas últimas duas semanas. Na admissão, encontra-se consciente, orientado e hemodinamicamente estável. Exames laboratoriais mostram: Sódio 137 mEq/L, Potássio 4,5 mEq/L, Creatinina 0,83 mg/dL e Glicemia 110 mg/dL. Após o início de hidratação venosa e suporte nutricional oral, evolui, em 48 horas, com fraqueza muscular progressiva, tremores, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão arterial. A reavaliação laboratorial revela Sódio sérico de 138 mEq/L e Potássio de 3,1 mEq/L.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a opção que apresenta corretamente o mecanismo fisiopatológico e a abordagem inicial mais adequada.

- (A) Trata-se de hipoglicemia de rebote induzida por hiperinsulinismo reativo após a oferta de carboidratos, decorrente da redução do glucagon e do esgotamento prévio do glicogênio hepático. A abordagem inclui a suspensão temporária do suporte nutricional e a administração imediata de bólus de solução glicosada a 50% por via endovenosa.
- (B) Trata-se de encefalopatia por hiponatremia dilucional aguda, relacionada à hiper-hidratação intravenosa em paciente idoso, na qual o deslocamento hídrico para o meio intracelular causa edema cerebral. A abordagem inclui suspensão imediata da dieta oral e administração de solução salina hipertônica a 3%.
- (C) Trata-se de encefalopatia metabólica por deficiência nutricional isolada de vitamina C e niacina, decorrente do esgotamento das reservas vitamínicas cerebrais durante o período de jejum. A abordagem inclui o aumento imediato da infusão intravenosa de solução glicosada para suprir o déficit energético central.
- (D) Trata-se de instabilidade hemodinâmica por insuficiência do aporte calórico-proteico inicial, relacionada ao gasto metabólico basal mantido sem o correto atingimento das metas energéticas. A abordagem inclui progressão imediata para a meta calórica plena, independentemente dos níveis séricos de fósforo, potássio e magnésio.
- (E) Trata-se de síndrome de realimentação, relacionada à transição do metabolismo catabólico para o anabólico após a reintrodução nutricional, com aumento da secreção de insulina e deslocamento intracelular de fósforo, potássio e magnésio. A abordagem inclui monitorização e correção desses eletrólitos, administração de tiamina e ajuste do aporte energético, com redução ou interrupção de sua progressão conforme a gravidade das alterações metabólicas.

13

Homem de 45 anos de idade, submetido há 1 ano à ressecção transesfenoidal de macroadenoma hipofisário não funcionante, comparece ao ambulatório de Endocrinologia/Clinica Médica para seguimento. Relata fadiga progressiva, redução da capacidade para realizar exercícios, aumento da adiposidade abdominal, diminuição de massa muscular e piora significativa da qualidade de vida.

A ressonância magnética de sela túrcica realizada recentemente não demonstra evidências de tumor residual ou recidiva.

Após a cirurgia, foi diagnosticado hipotireoidismo central, atualmente sendo tratado de forma adequada com levotiroxina. A avaliação dos eixos corticotrófico e gonadotrófico não demonstra deficiência estabelecida. O paciente apresenta IMC de 28,4 kg/m².

A dosagem sérica de IGF-1 (*Insulin-like Growth Factor 1*) encontra-se dentro da faixa de referência ajustada para idade e sexo, porém próxima ao limite inferior da normalidade.

O paciente não apresenta diabetes *Mellitus*, antecedente de epilepsia, doença cerebrovascular ou cardiopatia isquêmica.

Considerando a elevada probabilidade pré-teste decorrente da doença estrutural hipofisária e os princípios atuais para investigação da deficiência do hormônio do crescimento no adulto, assinale a conduta diagnóstica mais adequada.

- (A) Excluir deficiência do hormônio do crescimento, uma vez que a concentração sérica de IGF-1 se encontra dentro da faixa de referência para idade e sexo, tornando desnecessários testes provocativos.
- (B) Iniciar reposição empírica com somatotropina, uma vez que a associação entre cirurgia hipofisária prévia e manifestações clínicas compatíveis apresenta especificidade suficiente para estabelecer o diagnóstico independentemente de confirmação bioquímica.
- (C) Realizar teste provocativo da secreção de GH, podendo-se utilizar o teste de tolerância à insulina como método de referência na ausência de contraindicações, assegurando estímulo hipoglicêmico adequado e interpretando o pico de GH segundo o teste empregado, o ensaio utilizado e os pontos de corte validados.
- (D) Realizar preferencialmente teste de estímulo com glucagon, pois a cirurgia transesfenoidal prévia constitui contraindicação formal ao teste de tolerância à insulina, independentemente da presença de doença cardiovascular, epilepsia ou outras condições de risco.
- (E) Solicitar nova dosagem basal de GH e, caso o valor se encontre abaixo do limite inferior da normalidade, confirmar deficiência de GH sem necessidade de teste provocativo, pois a secreção basal apresenta correlação direta com a reserva somatotrófica no adulto.

14

Homem de 58 anos de idade é atendido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com dor contínua, de forte intensidade, em flanco e região lombar à direita, iniciada há cerca de 12 horas.

Na admissão, apresenta-se consciente e orientado, com pontuação 15 na Escala de Coma de Glasgow. Ao exame físico, apresenta sinal de Giordano positivo à direita. Os sinais vitais iniciais são: pressão arterial de 183 × 100 mmHg, frequência cardíaca de 83 bpm e saturação periférica de oxigênio de 95% em ar ambiente.

Foi submetido à tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste, que evidenciou cálculo piélico à direita medindo 9,5 × 7 mm, associado à hidronefrose moderada, densificação da gordura perirrenal e periapiélica à direita e múltiplos cálculos calicinais não obstrutivos no mesmo rim.

Durante o período de observação na UPA, após alívio parcial da dor com analgesia endovenosa, foram liberados os exames laboratoriais colhidos na admissão, que demonstraram leucograma de 17.800/mm³, com 12% de bastões; creatinina de 1,8 mg/dL, com valor basal desconhecido; e EAS (Urina I) com leucocitúria maciça, nitrito positivo e bacteriúria abundante.

Ao reavaliar o paciente no leito da emergência, o médico observa temperatura de 38,4°C, pressão arterial de 105 × 65 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm e frequência respiratória de 22 irpm.

Diante do quadro clínico, laboratorial e dos achados tomográficos, assinale a conduta médica imediata mais adequada.

- (A) Prescrever antibioticoterapia oral com fluoroquinolona, otimizar a analgesia e agendar avaliação ambulatorial urológica para programação de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) em até 7 dias.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso para descartar abscesso renal, manter o paciente em observação na UPA sob antibioticoterapia parenteral e reavaliar a função renal em 24 horas.
- (C) Indicar ureterorrenolitotripsia de urgência para fragmentação imediata do cálculo piélico e desobstrução definitiva da via urinária, seguida de antibioticoterapia por 7 dias.
- (D) Coletar culturas, desde que não haja atraso do tratamento, iniciar imediatamente antibioticoterapia endovenosa empírica de amplo espectro e administrar cristaloides com reavaliação hemodinâmica, providenciando transferência imediata para serviço com suporte urológico para descompressão urgente do trato urinário.
- (E) Prescrever alfa bloqueador (tansulosina) associado a anti-inflamatório não esteroide para terapia expulsiva medicamentosa (TEM) e conceder alta hospitalar com orientação de retorno em caso de piora algica.

15

Mulher, 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes *Mellitus* tipo 2, fibrilação atrial crônica e comprometimento cognitivo moderado, é internada por dispneia progressiva aos mínimos esforços e dor vaga em hemitórax direito. Ao exame físico, encontra-se afebril e hemodinamicamente estável, com PA de 125 × 75 mmHg e FC de 78 bpm. À ausculta pulmonar, observa-se redução acentuada do murmúrio vesicular nos terços médio e inferior do hemitórax direito, associada à macicez à percussão.

A tomografia computadorizada de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, com atelectasia compressiva do parênquima adjacente, cardiomegalia e discreto derrame pericárdico, sem linfonodomegalias mediastinais. É realizada toracocentese de alívio e diagnóstica, com retirada de aproximadamente 800 mL de líquido de aspecto serossanguinolento.

Durante a internação, a paciente recebe ceftriaxona e azitromicina por hipótese de infecção respiratória comunitária, além de diurético. A análise inicial do líquido pleural apresenta celularidade prejudicada pela presença acentuada de fibrina. Não foram determinadas as concentrações pleurais de proteínas, LDH ou glicose. O pH pleural informado pelo laboratório foi de 9,0, sem documentação das condições de coleta e processamento da amostra.

Exames séricos mostram leucócitos de 12.100/mm³, proteína C reativa de 2,0 mg/dL, albumina de 3,7 g/dL e LDH de 402 U/L.

Caso a avaliação radiológica de controle demonstre persistência ou reacúmulo significativo do derrame pleural, a conduta mais apropriada para estabelecer sua etiologia é

- (A) classificar o derrame como transudativo secundário à insuficiência cardíaca, em razão da cardiomegalia e do derrame pericárdico, intensificar a diureticoterapia e dispensar nova investigação do líquido pleural.
- (B) classificar o derrame como parapneumônico complicado com base no tratamento antimicrobiano em curso e na presença de atelectasia adjacente, indicando drenagem torácica imediata, independentemente de nova avaliação bioquímica ou microbiológica.
- (C) considerar o pH pleural de 9,0 como evidência suficiente contra infecção do espaço pleural e concluir o esquema antimicrobiano empírico, sem necessidade de nova investigação pleural.
- (D) realizar nova toracocentese diagnóstica guiada por ultrassonografia, obtendo amostras pleurais e séricas necessárias à aplicação dos critérios de Light e complementando a análise do líquido com glicose, pH adequadamente coletado, celularidade, microbiologia e citologia, conforme a suspeita clínica.
- (E) considerar o aspecto serossanguinolento do líquido pleural suficiente para estabelecer provável etiologia neoplásica e indicar diretamente biópsia pleural ou toracoscopia, independentemente da investigação citológica inicial.

16

Homem, 67 anos, tabagista com carga tabágica de 50 maços-ano, procura atendimento por dispneia progressiva há três semanas, associada a tosse seca e desconforto torácico à esquerda. Nega cirurgia torácica prévia.

Ao exame físico, apresenta PA de 132 × 78 mmHg, frequência respiratória de 24 irpm e saturação periférica de oxigênio de 92% em ar ambiente. Observam-se redução da expansibilidade do hemitórax esquerdo, macicez à percussão e abolição do murmúrio vesicular nesse lado.

É realizada a radiografia de tórax apresentada, que demonstra opacificação praticamente completa do hemitórax esquerdo.



Com base nos achados clínicos e radiológicos apresentados, assinale a opção que melhor caracteriza o padrão de opacificação do hemitórax esquerdo na radiografia de tórax.

- (A) Atelectasia total do pulmão esquerdo por provável obstrução do brônquio principal, determinando perda de volume pulmonar e deslocamento das estruturas mediastinais em direção ao hemitórax acometido.
- (B) Derrame pleural esquerdo de grande volume, determinando aumento do volume do hemitórax acometido e deslocamento das estruturas mediastinais para o lado contralateral.
- (C) Consolidação pulmonar extensa à esquerda, com preenchimento alveolar e volume pulmonar relativamente preservado, determinando tipicamente opacificação do hemitórax sem deslocamento mediastinal significativo.
- (D) Associação de atelectasia pulmonar esquerda e derrame pleural ipsilateral com efeitos volumétricos opostos, resultando tipicamente em opacificação do hemitórax com manutenção do mediastino em posição central.
- (E) Estado pós pneumectomia esquerda, no qual a perda de volume do hemitórax operado determina opacificação e deslocamento progressivo das estruturas mediastinais para o lado ipsilateral.

17

Mulher, 46 anos, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *Mellitus* em uso de insulina, é internada por descompensação hiperglicêmica grave, em contexto de suspeita de infecção urinária. Na admissão, apresenta alteração do nível de consciência. Os exames laboratoriais mostram glicemia de 622 mg/dL, pH de 7,42, bicarbonato de 20,2 mEq/L, sódio de 139 mEq/L, potássio de 4,5 mEq/L, ureia de 62 mg/dL, creatinina de 0,92 mg/dL e lactato de 1,72 mmol/L. Não estão disponíveis dosagem de beta hidroxibutirato, documentação de cetonemia significativa ou medida da osmolaridade sérica.

Após hidratação, antibiótico empírico e insulinoaterapia, apresenta melhora importante da hiperglicemia, porém mantém alteração flutuante do nível de consciência.

No terceiro dia de internação, um familiar relata episódio de movimentos anormais interpretado como “crise convulsiva”, não presenciado pela equipe assistencial. Na avaliação médica imediatamente posterior, a paciente encontra-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente e responsiva aos chamados verbais, porém apresenta movimentos mioclônicos predominantemente faciais, sem período pós-ictal típico.

A tomografia computadorizada de crânio realizada na admissão não demonstra alterações intracranianas agudas. Após o novo evento, uma segunda tomografia computadorizada de crânio, sem contraste, também não evidencia hemorragia, efeito de massa, hidrocefalia ou outra alteração estrutural aguda capaz de explicar o quadro. Não há hipoglicemia documentada durante o evento.

Considerando a persistência da alteração do estado mental associada aos fenômenos motores paroxísticos, o exame complementar mais apropriado para investigar se há atividade ictal cerebral contribuindo para o quadro neurológico é

- (A) realizar eletroencefalograma, com monitorização eletroencefalográfica prolongada ou contínua quando disponível e clinicamente indicada.
- (B) realizar ressonância magnética de encéfalo com difusão, prioritariamente com o objetivo de excluir atividade epiléptica subclínica.
- (C) realizar punção lombar imediata, pois a alteração do nível de consciência associada a uma possível infecção extracraniana estabelece indicação de análise do líquido cefalorraquidiano.
- (D) realizar dosagem seriada de eletrólitos e glicemia, com o objetivo de determinar se os movimentos mioclônicos são decorrentes exclusivamente de distúrbios metabólicos.
- (E) realizar nova tomografia computadorizada de crânio sem contraste em intervalos seriados, independentemente de mudança do exame neurológico.

18

Homem de 68 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença arterial coronariana, é internado por síndrome coronariana aguda e submetido a cineangiogramia coronariana por via femoral, seguida de intervenção coronariana percutânea. Durante o procedimento, é descrita aterosclerose extensa e calcificada da aorta abdominal e das artérias ilíacas.

Quatro dias após o procedimento, apresenta redução progressiva do volume urinário e dor nos membros inferiores. Encontra-se afebril, com pressão arterial de 148/88 mmHg e frequência cardíaca de 78 bpm. Ao exame dos membros inferiores, observam-se áreas de livedo reticular e coloração violácea dolorosa em pododáctilos bilateralmente. Os pulsos pediosos e tibiais posteriores são palpáveis e simétricos.

Os exames laboratoriais revelam: Creatinina sérica: 3,1 mg/dL, com valor prévio de 1,1 mg/dL; Ureia sérica: 112 mg/dL; Leucócitos: 9.400/mm³, com 11% de eosinófilos; Exame de urina (EAS): proteinúria discreta e hematúria microscópica, sem cilindros hemáticos.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para a disfunção renal apresentada, assinale a opção que indica corretamente a conduta inicial e o achado histopatológico renal característico.

- (A) Realizar expansão volêmica vigorosa com solução salina isotônica e suspender potenciais agentes nefrotóxicos, esperando-se encontrar necrose do epitélio tubular associada a cilindros granulosos pigmentados no lúmen tubular.
- (B) Iniciar pulsoterapia com metilprednisolona seguida de imunossupressão, esperando-se encontrar proliferação extracapilar com formação de crescentes em mais de 50% dos glomérulos.
- (C) Instituir tratamento de suporte e otimizar o controle dos fatores de risco cardiovascular, sem iniciar anticoagulação sistêmica especificamente para essa condição, esperando-se encontrar fendas aciculares intraluminais correspondentes aos locais previamente ocupados por cristais de colesterol em pequenas artérias e arteríolas renais.
- (D) Iniciar terapia renal substitutiva imediatamente, independentemente da presença de complicações metabólicas ou volêmicas, esperando-se encontrar necrose tubular difusa associada a infiltrado neutrofílico intersticial.
- (E) Iniciar anticoagulação sistêmica plena para impedir a progressão da oclusão microvascular, esperando-se encontrar trombos ricos em fibrina ocluindo pequenas artérias e arteríolas renais, sem reação inflamatória vascular significativa.

19

Homem de 36 anos de idade, vivendo com HIV desde 2021, apresenta histórico de abandono prolongado da terapia antirretroviral. Na avaliação atual, apresenta carga viral do HIV de 47.700 cópias/mL e contagem de linfócitos T CD4+ de 165 células/mm³.

Durante investigação de quadro respiratório, o teste rápido molecular para tuberculose realizado em escarro detecta DNA do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sem resistência à rifampicina, e a baciloscopia é positiva para BAAR. É iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

No sexto dia de tratamento, o paciente evolui com anorexia, dor abdominal e icterícia progressiva. Os exames laboratoriais demonstram: Bilirrubina total: 9,67 mg/dL; AST: 564 U/L; ALT: 410 U/L; INR: 2,78.

Antes do início do tratamento, não apresentava disfunção hepática dessa magnitude. Refere consumo excessivo de álcool.

Considerando o quadro apresentado e as recomendações do Ministério da Saúde para o manejo dos eventos adversos ao tratamento da tuberculose, assinale a opção que indica a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Interromper isoniazida e pirazinamida, manter rifampicina e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (B) Interromper o tratamento antituberculose, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e, após recuperação clínica e laboratorial, reintroduzir simultaneamente os quatro medicamentos do esquema básico em doses plenas.
- (C) Interromper rifampicina e pirazinamida, manter isoniazida e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (D) Interromper rifampicina e isoniazida, manter pirazinamida e etambutol, encaminhar para acompanhamento em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática, com monitorização seriada da função hepática.
- (E) Interromper o tratamento antituberculose, encaminhar para acompanhamento clínico e laboratorial em unidade de referência e investigar causas concorrentes de lesão hepática; em caso de tuberculose grave que exija continuidade terapêutica, instituir esquema especial completo.

20

Homem de 74 anos de idade, com diabetes *Mellitus* tipo 2 e doença arterial coronariana, é internado com febre, prostração e dor em flanco esquerdo. Encontra-se em uso de sonda vesical de demora, apresentando hematúria macroscópica com presença de coágulos.

Os exames laboratoriais realizados na admissão demonstram leucócitos de 20.900/mm³, proteína C reativa de 12,6 mg/dL, creatinina de 1,1 mg/dL e ureia de 39 mg/dL. A tomografia computadorizada do abdome evidencia dilatação pielocalicinal esquerda associada à lesão expansiva da parede vesical, envolvendo a região do óstio ureteral esquerdo e determinando obstrução do trato urinário ipsilateral.

No segundo dia de internação, durante antibioticoterapia parenteral com ceftriaxona e hidratação intravenosa, o paciente apresenta pressão arterial de 116 × 68 mmHg, frequência cardíaca de 108 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, saturação periférica de oxigênio de 97% em ar ambiente e temperatura de 38,2°C. Mantém-se lúcido, com perfusão periférica preservada, diurese presente e sem necessidade de vasopressores.

A gasometria arterial, coletada em ar ambiente, demonstra: pH: 7,393; PaCO₂: 18 mmHg; PaO₂: 103 mmHg; HCO₃⁻: 10,6 mmol/L; Excesso de bases: -12,4 mmol/L; Lactato: 5,4 mmol/L; Na⁺: 139,1 mEq/L; Cl⁻: 103,5 mEq/L; K⁺: 4,8 mEq/L.

Considerando os dados apresentados, assinale a opção que indica corretamente o distúrbio acidobásico e a conduta mais adequada nesse momento.

- (A) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado e compensação respiratória apropriada; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (B) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à alcalose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (C) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à alcalose respiratória; manter antibioticoterapia parenteral e postergar a descompressão do trato urinário até a definição microbiológica.
- (D) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado associada à acidose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.
- (E) Acidose metabólica com ânion *gap* normal associada à alcalose respiratória; realizar descompressão urgente do trato urinário e manter antibioticoterapia parenteral apropriada ao perfil clínico e microbiológico.

21

Homem de 68 anos, hipertenso, diabético e portador de doença renal crônica estágio 3b, com taxa de filtração glomerular estimada de 42 mL/min/1,73 m², é internado por pneumonia adquirida na comunidade. Após 72 horas de antibioticoterapia parenteral, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e em desmame da oxigenoterapia.

Durante a avaliação clínica, relata astenia e adinamia progressivas há aproximadamente 5 meses. Nega hematêmese, melena, hematoquezia ou outros sangramentos exteriorizados.

Os exames laboratoriais demonstram: Hemoglobina: 7,8 g/dL; Hematócrito: 25,2%; VCM: 71 fL; HCM: 22 pg; RDW: 28,5%; Leucócitos: 8.900/mm³; Plaquetas: 1.080.000/mm³; Proteína C reativa: 48 mg/L / VR < 5 mg/L; Ferro sérico: 22 mcg/dL; Capacidade total de ligação do ferro: 390 mcg/dL; Ferritina sérica: 145 ng/mL; Saturação de transferrina: 5,6%; Receptor solúvel da transferrina: elevado

Não há evidência de sangramento ativo, instabilidade hemodinâmica, síndrome coronariana aguda ou outros sinais de hipoperfusão tecidual.

Considerando a integração dos achados clínicos e laboratoriais, assinale a opção que apresenta a interpretação diagnóstica e a conduta mais adequadas.

- (A) O quadro corresponde à anemia da doença renal crônica associada à inflamação, sem deficiência de ferro, pois ferritina superior a 100 ng/mL exclui depleção dos estoques. Está indicado iniciar imediatamente agente estimulador da eritropoiese, sem necessidade de reposição de ferro.
- (B) O quadro é compatível com anemia multifatorial, com deficiência de ferro e importante restrição da disponibilidade de ferro para a eritropoiese associadas ao estado inflamatório e à doença renal crônica. Está indicada reposição de ferro após o controle da infecção ativa e investigação da etiologia da deficiência, incluindo avaliação do trato gastrointestinal para pesquisa de perdas crônicas.
- (C) A trombocitose superior a 1.000.000/mm³ estabelece forte suspeita de trombocitemia essencial, devendo ser iniciada hidroxiureia e realizada investigação molecular e biópsia de medula óssea antes da correção da deficiência de ferro.
- (D) A hemoglobina inferior a 8 g/dL constitui, isoladamente, indicação de transfusão imediata de duas unidades de concentrado de hemácias, independentemente da estabilidade clínica, devendo a investigação etiológica e a reposição de ferro ser postergadas até a normalização da hemoglobina.
- (E) A presença de microcitose associada a ferritina preservada e RDW elevado estabelece o diagnóstico de traço talassêmico, sendo a redução da saturação de transferrina explicada exclusivamente pela resposta inflamatória e pela doença renal crônica.

22

Homem de 65 anos, hipertenso, procura serviço de emergência por dor retroesternal em pressão, irradiada para ambos os membros superiores e para o dorso. Relata que episódios de menor intensidade haviam começado há aproximadamente cinco dias, com acentuação da dor nas últimas 24 horas. Nega infarto prévio. O eletrocardiograma realizado durante a avaliação inicial não apresenta supradesnivelamento persistente do segmento ST. A troponina I, inicialmente de 15.596 ng/L, apresenta elevação para valor superior a 40.000 ng/L em nova dosagem. Apresenta hemoglobina de 13,7 g/dL, creatinina de 0,84 mg/dL e não há evidência clínica de sangramento ativo.

É instituído tratamento com ácido acetilsalicílico, inibidor do receptor P2Y12 e anticoagulação em dose terapêutica. Para controle dos sintomas isquêmicos, são administrados betabloqueador por via oral e nitroglicerina intravenosa em infusão contínua, progressivamente titulada conforme a intensidade da dor e a tolerância hemodinâmica.

O paciente permanece sob monitorização cardíaca contínua. Apresenta pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 72 bpm, frequência respiratória de 21 irpm e saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente. Ao exame físico, está lúcido e orientado, com extremidades aquecidas, sem sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar ou insuficiência cardíaca aguda.

Nas horas subsequentes, apesar das medidas instituídas e sem ocorrência de hipotensão ou outro efeito adverso que impeça a titulação do nitrato, o paciente continua apresentando episódios recorrentes de dor retroesternal em pressão, com as mesmas características isquêmicas da apresentação inicial.

Considerando a estratificação de risco e a definição do momento da abordagem invasiva na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento persistente do segmento ST, assinale a opção que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter o tratamento clínico e postergar a cineangiocoronariografia até que seja demonstrada redução significativa da troponina, uma vez que a persistência de níveis muito elevados do biomarcador aumenta o risco de complicações relacionadas à intervenção coronariana.
- (B) Realizar fibrinólise sistêmica imediatamente, pois a persistência da dor associada à elevação acentuada e progressiva da troponina indica extensa área de miocárdio sob risco e justifica reperfusão farmacológica, mesmo na ausência de supradesnivelamento persistente do segmento ST.
- (C) Manter o tratamento clínico e realizar cineangiocoronariografia durante a internação, sem necessidade de abordagem imediata, pois a estabilidade hemodinâmica, a ausência de insuficiência cardíaca aguda e a inexistência de supradesnivelamento persistente do segmento ST afastam critérios de muito alto risco.
- (D) Indicar estratégia invasiva imediata, com cineangiocoronariografia de emergência e intenção de proceder à revascularização caso a anatomia coronariana seja passível e haja indicação, pois a persistência de episódios recorrentes de isquemia miocárdica apesar do tratamento instituído caracteriza condição de muito alto risco.
- (E) Manter o tratamento clínico e programar cineangiocoronariografia após 48 horas, pois o diagnóstico de infarto sem supradesnivelamento do segmento ST e a elevação da troponina caracterizam alto risco, mas a estabilidade hemodinâmica e a ausência de insuficiência cardíaca aguda permitem postergar a estratégia invasiva, mesmo diante da persistência dos episódios de dor isquêmica.

23

Homem, 82 anos, previamente independente para atividades básicas de vida diária (Katz 6/6), com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio G3bA2, creatinina basal de 1,7 mg/dL, é internado por pielonefrite aguda por *Escherichia coli*. Facultativo iniciou empiricamente cefepima 2 g IV a cada 8 horas. No quarto dia de tratamento, encontra-se afebril e com melhora da leucocitose, porém evolui com alteração aguda e flutuante do estado mental, desatenção, desorientação, alucinações visuais, mioclonias multifocais em membros superiores, asterixis e intensa agitação psicomotora. O *Confusion Assessment Method* (CAM) é positivo.

O paciente tenta repetidamente retirar o cateter venoso central e a sonda vesical, procura levantar-se do leito sem auxílio e apresenta agressividade física contra a equipe. Medidas de reorientação, adequação ambiental, redução de estímulos, correção de desconfortos e presença de familiar não controlaram o comportamento de risco.

Exames laboratoriais demonstram creatinina de 3,6 mg/dL, ureia de 118 mg/dL, sódio de 139 mEq/L e potássio de 4,5 mEq/L. Gasometria arterial sem alterações relevantes. ECG demonstra QTc de 412 ms.

Considerando a principal hipótese diagnóstica e a necessidade imediata de prevenção de danos, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Ajustar a cefepima à função renal atual, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar lorazepam em baixa dose para controle da agitação e solicitar eletroencefalograma para investigação das mioclonias.
- (B) Suspender a cefepima, manter exclusivamente medidas não farmacológicas para o delirium, evitar contenção mecânica devido aos seus potenciais eventos adversos e indicar hemodiálise imediata para acelerar a depuração do antimicrobiano.
- (C) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar haloperidol em dose elevada para sedação rápida e iniciar anticonvulsivante empiricamente devido à presença das mioclonias.
- (D) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar haloperidol em baixa dose como medicação de resgate para agitação grave e solicitar eletroencefalograma para investigação de atividade epiléptica não convulsiva.
- (E) Suspender a cefepima, instituir contenção mecânica temporária enquanto persistir risco imediato de dano, utilizar antipsicótico em baixa dose para controle da agitação e aguardar a dosagem sérica da cefepima antes de definir investigação neurológica adicional.

24

A amiloidose compreende um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas pelo depósito extracelular de proteínas com conformação fibrilar anormal.

A respeito da classificação e da fisiopatologia das principais formas de amiloidose sistêmica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na amiloidose por transtirretina, a proteína precursora é sintetizada predominantemente pelo fígado, podendo ocorrer deposição amiloide tanto associada a variantes patogênicas do gene TTR quanto na ausência dessas variantes.
- (B) Na amiloidose AA, o depósito fibrilar deriva de cadeias leves de imunoglobulinas monoclonais produzidas por um clone de plasmócitos, justificando sua associação com discrasias plasmocitárias.
- (C) Na amiloidose AL, as fibrilas amiloides são constituídas predominantemente pela proteína sérica amiloide A, cuja produção hepática aumenta durante processos inflamatórios persistentes.
- (D) A demonstração histológica de depósito amiloide pela coloração com vermelho Congo permite estabelecer, isoladamente, o subtipo de amiloidose e identificar sua proteína precursora.
- (E) Embora as diferentes formas de amiloidose sistêmica apresentem proteínas precursoras distintas, sua distribuição orgânica é essencialmente semelhante, sem predileção clinicamente relevante por determinados tecidos.

25

Homem de 34 anos procura unidade de Atenção Primária após ter sido informado de que sua parceira recebeu diagnóstico recente de hepatite B. Está assintomático e nega vacinação prévia contra hepatite B. Relata episódio de icterícia autolimitada há aproximadamente 8 anos, sem investigação etiológica na ocasião.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, anictérico e sem sinais de hepatopatia crônica.

A investigação laboratorial atual demonstra: HBsAg: não reagente; anti-HBs: reagente, 126 mUI/mL; anti-HBc total: reagente; anti-HBc IgM: não reagente; HBeAg: não reagente; anti-HCV: reagente; HCV-RNA: não detectável; anti-HAV IgG: reagente; anti-HAV IgM: não reagente.

Com base exclusivamente nos dados apresentados e na interpretação dos marcadores sorológicos e moleculares, assinale a afirmativa correta.

- (A) O perfil sorológico para o HBV indica imunidade decorrente de vacinação prévia, enquanto a positividade do anti-HCV estabelece o diagnóstico de infecção crônica pelo HCV.
- (B) O perfil para o HBV é compatível com infecção aguda em período de janela imunológica, enquanto a ausência de HCV-RNA exclui contato prévio com o HCV.
- (C) O perfil para o HBV indica infecção pregressa resolvida com imunidade adquirida naturalmente; quanto ao HCV, há evidência de exposição prévia, mas não de infecção ativa no momento da avaliação.
- (D) A ausência de HBsAg associada à positividade do anti-HBc total caracteriza infecção oculta pelo HBV, independentemente da pesquisa de HBV-DNA; a positividade do anti-HCV, por sua vez, indica replicação viral persistente.
- (E) Os resultados demonstram infecção pregressa pelo HAV, infecção crônica pelo HBV em fase não replicativa e infecção crônica pelo HCV com resposta virológica espontânea.

26

Mulher de 63 anos procura atendimento após identificação incidental de nódulo tireoidiano em ultrassonografia cervical realizada por outro motivo. Nega exposição prévia à radiação cervical e história familiar de carcinoma de tireoide. Refere palpitações esporádicas e intolerância ao calor, sem disfagia, disфонia ou perda ponderal significativa.

Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca de 92 bpm, pressão arterial de 132 × 76 mmHg e nódulo palpável no lobo direito da tireoide, móvel à deglutição. Não há linfonodomegalias cervicais palpáveis.

Os exames laboratoriais demonstram: TSH: 0,08 mUI/L / valor de referência: 0,4 a 4,0 mUI/L; T4 livre: 1,5 ng/dL / valor de referência: 0,8 a 1,8 ng/dL.

A ultrassonografia da tireoide evidencia nódulo sólido de 2,2 cm no lobo direito, predominantemente isoecoico, com margens regulares, mais largo que alto e sem focos ecogênicos puntiformes. Não são identificados linfonodos cervicais suspeitos.

Considerando os dados apresentados, assinale a opção que indica a conduta diagnóstica mais apropriada nesse momento.

- (A) Realizar punção aspirativa por agulha fina do nódulo, considerando que o diâmetro maior que 2,0 cm e o padrão sólido indicam investigação citológica prioritária.
- (B) Repetir a ultrassonografia da tireoide em 6 meses, pois a ausência de características ultrassonográficas de alta suspeição permite acompanhamento antes de investigação complementar.
- (C) Solicitar dosagem sérica de tireoglobulina e, caso esteja elevada, indicar punção aspirativa por agulha fina para investigação de malignidade.
- (D) Indicar lobectomia direita diagnóstica, pois a associação entre nódulo maior que 2 cm e supressão do TSH não permite excluir carcinoma diferenciado por métodos não invasivos.
- (E) Solicitar cintilografia da tireoide para determinar o estado funcional do nódulo antes de decidir sobre a necessidade de avaliação citológica.

27

Homem de 68 anos, hipertenso, portador de doença renal crônica, com creatinina basal de 1,6 mg/dL, é internado em unidade de terapia intensiva por emergência hipertensiva associada a lesão renal aguda. Na admissão, apresentava pressão arterial de 224 × 132 mmHg e creatinina de 3,4 mg/dL, sendo iniciada infusão intravenosa de nitroprussiato de sódio.

Após estabilização inicial, permanece inadvertidamente dependente da infusão para controle pressórico. No sétimo dia de tratamento, recebe nitroprussiato na dose de 3,5 mcg/kg/min e evolui com náuseas, zumbido, desorientação progressiva e acidose metabólica. Mantém pressão arterial de 176 × 104 mmHg, sem edema agudo de pulmão ou evidências de síndrome coronariana aguda.

Considerando a farmacologia do nitroprussiato de sódio, suas potenciais toxicidades e a seleção do tratamento anti-hipertensivo conforme a lesão de órgão alvo, a conduta mais adequada é

- (A) suspender o nitroprussiato e substituí-lo por nitroglicerina intravenosa, considerando sua rápida titulação e a ausência de formação de cianeto e tiocianato.
- (B) suspender o nitroprussiato diante da suspeita de toxicidade por cianeto e/ou acúmulo de tiocianato e utilizar outro anti-hipertensivo intravenoso titulável, como nicardipina, considerando especialmente a presença de disfunção renal.
- (C) reduzir a infusão de nitroprussiato e manter o fármaco, associando tratamento anti-hipertensivo oral, uma vez que a redução da dose diminui a formação de cianeto e de seu metabólito tiocianato, cuja eliminação ocorre predominantemente por via renal.
- (D) interpretar a necessidade persistente de nitroprussiato como manifestação de taquifilaxia, mantendo temporariamente a infusão e associando labetalol intravenoso para reduzir a dose necessária do vasodilatador.
- (E) suspender o nitroprussiato e iniciar imediatamente terapia anti-hipertensiva oral combinada, mantendo monitorização intensiva e reservando nova terapia intravenosa apenas para eventual recorrência da hipertensão grave.

28

Homem de 41 anos apresenta sarcoidose pulmonar diagnosticada há 4 anos, confirmada por biópsia transbrônquica demonstrando granulomas não necrosantes, após exclusão de causas infecciosas e ocupacionais. Evoluiu com doença pulmonar progressiva, dispnéia aos esforços e redução da capacidade vital forçada, apesar do tratamento com glicocorticoide sistêmico associado a metotrexato.

Diante da persistência da atividade da doença, após exclusão de tuberculose latente e outras contraindicações, optou-se pela introdução de infliximabe.

Considerando a imunopatogênese da sarcoidose e o mecanismo molecular do tratamento proposto, assinale a afirmativa correta.

- (A) O infliximabe neutraliza o TNF α , citocina envolvida na ativação e no recrutamento de células inflamatórias e na organização e manutenção do granuloma sarcóidico, interferindo na persistência da resposta granulomatosa.
- (B) O infliximabe bloqueia a IL 5, reduzindo a diferenciação e o recrutamento de eosinófilos, células responsáveis pela manutenção do granuloma não necrosante característico da sarcoidose.
- (C) O infliximabe inibe seletivamente a calcineurina nos linfócitos T CD8+, reduzindo a transcrição de IL 4 e induzindo apoptose das células epitelioides que constituem o granuloma.
- (D) O infliximabe antagoniza o receptor da IL 17 e suprime predominantemente a diferenciação de células Th2, interrompendo a principal via responsável pela formação do granuloma sarcóidico.
- (E) O infliximabe antagoniza o receptor da IL 1 nos macrófagos e reduz diretamente a atividade da 1α hidroxilase extrarrenal, sendo a redução da síntese de calcitriol o principal mecanismo responsável pela regressão dos granulomas.

29

Mulher de 36 anos procura atendimento por diarreia crônica, distensão abdominal, perda ponderal de 6 kg e fadiga há aproximadamente um ano. Refere parestesias distais ocasionais. Nega restrição voluntária de glúten, uso de olmesartana, imunossupressores ou anti-inflamatórios não esteroidais.

Ao exame físico, apresenta IMC de 18,4 kg/m² e palidez cutaneomucosa, sem edema periférico.

Exames laboratoriais: Hemoglobina: 9,7 g/dL; VCM: 71 fL; Ferritina: 4 ng/mL; Albumina: 3,0 g/dL; Folato: 2,8 ng/mL; Vitamina B12: 190 pg/mL; 25 OH vitamina D: 12 ng/mL; Antitransglutaminase tecidual IgA: negativo; IgA sérica total: 5 mg/dL.

Endoscopia digestiva alta demonstra redução das pregas duodenais e padrão micronodular da mucosa. Foram obtidas quatro biópsias do duodeno distal e duas do bulbo. O exame histopatológico evidencia aumento de linfócitos intraepiteliais, hiperplasia de criptas e atrofia vilositária subtotal, classificada como Marsh 3b.

Considerando que a paciente permanece consumindo dieta contendo glúten, o exame mais apropriado para complementar a investigação diagnóstica é

- (A) anticorpo antiendomísio IgA.
- (B) antitransglutaminase IgG e gliadina deamidada IgG.
- (C) tipagem HLA DQ2 e HLA DQ8.
- (D) repetição do antitransglutaminase IgA em nova amostra.
- (E) anticorpos antienterócitos e anticélulas caliciformes.

30

Homem de 64 anos, portador de cirrose hepática por doença hepática associada ao álcool, Child Pugh C, com hipertensão portal, ascite e circulação colateral portossistêmica, é internado por desorientação temporoespacial, lentificação psicomotora e asterixis após episódio de peritonite bacteriana espontânea. Exames laboratoriais mostram hiponatremia moderada e elevação da amônia plasmática. Após tratamento da infecção e instituição de medidas para redução da produção e absorção intestinal de amônia, apresenta melhora progressiva do estado mental.

Considerando os mecanismos celulares e moleculares envolvidos na encefalopatia hepática associada à cirrose, assinale a afirmativa correta.

- (A) A hiperamonemia promove predominantemente lesão neuronal direta por inibição irreversível da Na⁺/K⁺ ATPase neuronal. A conversão astrocitária de glutamato em glutamina encontra-se reduzida, levando à depleção intracelular de glutamina e à redução da osmolaridade astrocitária.
- (B) A amônia que alcança o sistema nervoso central é metabolizada predominantemente nos neurônios pelo ciclo da ureia cerebral. O excesso de ureia intracelular aumenta a pressão osmótica neuronal e explica o edema cerebral característico da encefalopatia hepática crônica.
- (C) Na cirrose, a redução da depuração hepática e os desvios portossistêmicos aumentam a exposição cerebral à amônia. Nos astrócitos, a glutamina sintetase incorpora amônia ao glutamato, formando glutamina; o acúmulo de glutamina participa do estresse osmótico e mitocondrial. Paralelamente, hiperamonemia, inflamação sistêmica, ativação microglial, estresse oxidativo/nitrosativo e alterações da neurotransmissão atuam de maneira sinérgica, explicando por que a concentração plasmática de amônia isoladamente apresenta correlação imperfeita com a gravidade clínica.
- (D) O principal mecanismo da encefalopatia hepática na cirrose consiste na deficiência de neurotransmissão GABAérgica. A hiperamonemia reduz a atividade dos receptores GABA A, produzindo hiperexcitabilidade cortical, enquanto o aumento compensatório da neurotransmissão glutamatérgica determina a lentificação cognitiva e a asterixis.
- (E) O mecanismo fisiopatológico da encefalopatia hepática crônica é equivalente ao observado na insuficiência hepática aguda. Em ambas, a rápida expansão astrocitária determina edema cerebral citotóxico difuso e hipertensão intracraniana clinicamente significativa, não havendo mecanismos relevantes de adaptação osmótica no cérebro do paciente cirrótico.

31

Mulher de 61 anos, com diagnóstico de artrite reumatoide há 18 meses, apresenta poliartrite simétrica de pequenas articulações, fator reumatoide e anticorpos antipeptídeos citrulinados positivos em altos títulos e erosões marginais em metacarpofalângicas. Encontra-se em tratamento com metotrexato 25 mg/semana por via subcutânea, associado a ácido fólico, há 6 meses, com boa adesão e tolerabilidade.

Apesar da terapêutica, mantém 8 articulações dolorosas, 6 edemaciadas, proteína C reativa de 18 mg/L e DAS28 PCR (Disease Activity Score 28 + Proteína C reativa) compatível com alta atividade da doença. Apresenta hipertensão arterial controlada, dislipidemia em tratamento e antecedente de tabagismo de 35 anos maço, tendo interrompido o tabagismo há 3 anos. Não possui história de neoplasia, tromboembolismo venoso ou insuficiência cardíaca. Pesquisa para tuberculose latente e sorologias para hepatites B e C são negativas.

A paciente questiona especificamente sobre o uso de upadacitinibe, após ter lido que os inibidores JAK apresentam início rápido de ação e elevada eficácia no controle da artrite reumatoide.

Considerando a estratégia tratar o alvo (*treat to target*), as recomendações contemporâneas da EULAR (*European Alliance of Associations for Rheumatology*) e as evidências recentes relativas à segurança dos inibidores de JAK, a conduta terapêutica mais apropriada é

- (A) manter o metotrexato na dose atual por mais 6 meses, pois a introdução de terapia biológica ou sintética alvo específica somente deve ocorrer após pelo menos 12 meses de tratamento contínuo com medicamento antirreumático modificador da doença sintético convencional.
- (B) suspender o metotrexato e iniciar upadacitinibe em monoterapia, pois os inibidores de JAK apresentam eficácia superior aos medicamentos biológicos e sua associação com metotrexato aumenta de maneira clinicamente relevante o risco cardiovascular.
- (C) associar obrigatoriamente hidroxicloroquina e sulfassalazina ao metotrexato, pois a terapia tripla com medicamentos antirreumáticos modificadores da doença sintéticos convencionais deve preceder qualquer medicamento biológico ou sintético alvo específico.
- (D) acrescentar preferencialmente um medicamento antirreumático modificador da doença biológico ao metotrexato e reservar a possibilidade de um inibidor de JAK para decisão individualizada, após avaliação dos fatores de risco cardiovascular, neoplásico e tromboembólico da paciente.
- (E) associar imediatamente upadacitinibe ao metotrexato, pois os inibidores de JAK constituem atualmente a opção preferencial após resposta inadequada ao metotrexato, independentemente de idade, tabagismo ou fatores de risco cardiovascular.

32

Homem de 34 anos, vivendo com HIV diagnosticado há 4 anos, sem acompanhamento regular e sem uso prévio de terapia antirretroviral, procura atendimento por astenia, perda ponderal e redução progressiva do volume urinário nas últimas semanas. Nega diabetes *Mellitus* e uso recente de anti-inflamatórios. Ao exame, apresenta pressão arterial de 128 × 78 mmHg e edema discreto de membros inferiores.

Exames laboratoriais mostram creatinina sérica de 3,8 mg/dL, previamente 1,0 mg/dL há oito meses, albumina sérica de 2,7 g/dL, proteinúria de 5,6 g/24 horas e sedimento urinário com escassas hemácias, sem cilindros hemáticos. A contagem de linfócitos T CD4+ é de 82 células/mm³ e a carga viral do HIV é de 680.000 cópias/mL. Sorologias para hepatites B e C são negativas. Dosagens de C3 e C4 encontram-se dentro da normalidade. Ultrassonografia demonstra rins bilateralmente aumentados e hiperecogênicos.

Diante da principal hipótese diagnóstica, é realizada biópsia renal.

O seguinte conjunto de alterações histopatológicas é mais provável nesse paciente:

- (A) espessamento difuso da membrana basal glomerular, depósitos subepiteliais de IgG e C3 e formação de espículas à coloração pela prata.
- (B) proliferação mesangial e endocapilar, duplicação da membrana basal glomerular e depósitos subendoteliais contendo imunoglobulinas e complemento.
- (C) colapso segmentar ou global do tufo capilar glomerular, hipertrofia e hiperplasia de podócitos, dilatação tubular microcística e inflamação tubulointersticial.
- (D) proliferação mesangial difusa com depósitos mesangiais dominantes de IgA e C3, associada à formação de crescentes celulares.
- (E) glomérulos sem alterações significativas à microscopia óptica, imunofluorescência negativa e apagamento difuso dos processos podocitários à microscopia eletrônica.

33

Homem de 38 anos é levado ao serviço de emergência aproximadamente 50 minutos após ingestão voluntária de quantidade desconhecida de produto clandestino comercializado como “chumbinho”. Na admissão, encontra-se sonolento, Glasgow 10, intensamente sudoreico, com sialorreia profusa e episódios de vômitos. Apresenta PA 82/48 mmHg, FC 52 bpm, FR 30 irpm e SpO₂ 86% em ar ambiente.

Ao exame físico, observam-se miose puntiforme bilateral, lacrimejamento, fasciculações musculares difusas, roncospil bilaterais e broncorreia exuberante.

São imediatamente realizadas aspiração das secreções, oxigenoterapia, monitorização cardiorrespiratória e obtenção de acesso venoso. Diante do rebaixamento do nível de consciência, hipoxemia e incapacidade de proteção adequada da via aérea, procede-se à intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Considerando a ingestão recente, potencialmente letal e ocorrida há menos de uma hora, é realizada lavagem gástrica após proteção definitiva da via aérea, seguida das demais medidas de descontaminação consideradas pertinentes.

É então iniciada atropina intravenosa. Após as doses iniciais, a frequência cardíaca aumenta para 118 bpm. Entretanto, o paciente permanece hipotenso e apresenta broncorreia importante e sibilância persistente, com necessidade de aspiração frequente de secreções pelo tubo orotraqueal.

Familiares apresentam posteriormente a embalagem do produto ingerido, cuja análise identifica aldicarbe, um carbamato inibidor da acetilcolinesterase, sem associação com organofosforados.

Considerando a fisiopatologia da intoxicação e os objetivos do tratamento antidotico, a conduta mais apropriada, neste momento, é

- (A) administrar novas doses intravenosas de atropina, com escalonamento rápido e titulação pela resposta clínica até controle da broncorreia e do broncoespasmo e obtenção de parâmetros hemodinâmicos adequados à perfusão, instituindo posteriormente infusão de manutenção conforme a necessidade; manter suporte ventilatório e, diante da confirmação de intoxicação isolada por carbamato, não administrar pralidoxima rotineiramente.
- (B) suspender novas doses de atropina devido à frequência cardíaca superior a 100 bpm, considerando a taquicardia marcador suficiente de atropinização, e iniciar pralidoxima para reversão das manifestações nicotínicas persistentes.
- (C) manter a atropina apenas em infusão contínua na dose inicialmente estabelecida, sem novos bolus, pois a taquicardia demonstra bloqueio muscarínico cardiovascular suficiente; a broncorreia residual deve ser manejada com ventilação mecânica e aspiração traqueal enquanto se aguarda a descarbamilização espontânea da acetilcolinesterase.
- (D) iniciar imediatamente pralidoxima em altas doses, associada à atropina, uma vez que a reativação farmacológica da acetilcolinesterase constitui componente obrigatório do tratamento das intoxicações graves tanto por organofosforados quanto por carbamatos.
- (E) suspender a atropina e manter exclusivamente ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, pois, uma vez estabelecida taquicardia após o antimuscarínico, a persistência de manifestações respiratórias indica predominantemente estimulação nicotínica, não responsiva a doses adicionais de atropina.

34

Mulher de 24 anos procura atendimento por poliartralgia simétrica, fadiga, fotossensibilidade e lesões eritematosas em região malar há três meses. Refere piora recente dos sintomas após exposição solar intensa. Ao exame físico, apresenta discreto edema em pequenas articulações das mãos, sem deformidades. Os exames laboratoriais demonstram anemia normocítica, leucopenia, FAN reagente em alto título, anticorpos anti-DNA de dupla hélice positivos e redução das frações C3 e C4 do complemento.

Considerando os mecanismos envolvidos na perda da autotolerância e na perpetuação da resposta inflamatória no lúpus eritematoso sistêmico, assinale a opção que descreve mais adequadamente um mecanismo central da fisiopatologia dessa doença.

- (A) Predomínio da diferenciação de linfócitos T auxiliares para o perfil Th2, com produção excessiva de IL 4 e IL 5, síntese policlonal de IgE e formação subsequente de imunocomplexos contendo autoantígenos nucleares.
- (B) Aumento da eficiência da depuração de células apoptóticas, com processamento acelerado de antígenos nucleares por macrófagos e consequente ativação compensatória de clones de linfócitos B autorreativos.
- (C) Redução da produção de interferon tipo I por células da imunidade inata, comprometendo a eliminação de células infectadas e induzindo, secundariamente, hiperativação de linfócitos B e formação de anticorpos contra DNA.
- (D) Incapacidade de ativação da via clássica do complemento, impedindo a formação de imunocomplexos e favorecendo a deposição direta de anticorpos antinucleares nos tecidos como principal mecanismo responsável pela lesão orgânica.
- (E) Persistência de material nuclear proveniente de células apoptóticas, com reconhecimento de ácidos nucleicos próprios por receptores intracelulares da imunidade inata, particularmente TLR7 e outras vias de detecção de ácidos nucleicos, promovendo produção de interferon tipo I e amplificação da ativação de linfócitos B autorreativos.

35

Homem de 31 anos, com diagnóstico prévio de doença de Behçet, procura atendimento por dor e aumento de volume do membro inferior esquerdo há 5 dias. Apresenta história de úlceras orais recorrentes, episódios prévios de úlceras genitais cicatriciais e antecedente de uveíte posterior.

Ao exame físico, encontra-se hemodinamicamente estável. Observam-se cicatrizes hipocrômicas em região escrotal e lesões papulopustulosas no tronco. O membro inferior esquerdo apresenta edema assimétrico e dor à palpação da panturrilha.

Ultrassonografia com Doppler demonstra trombose venosa profunda femoropoplíteia esquerda.

Durante a investigação, o paciente relata dois episódios recentes de hemoptise de pequeno volume. Angiotomografia de tórax evidencia aneurisma sacular de 22 mm em ramo segmentar da artéria pulmonar direita, associado a espessamento parietal vascular.

Hemograma, função renal e exame de urina não apresentam alterações relevantes. PCR e velocidade de hemossedimentação estão elevadas.

Considerando a fisiopatologia do acometimento vascular da doença de Behçet e a manifestação arterial concomitante apresentada pelo paciente, assinale a conduta terapêutica inicial mais apropriada.

- (A) Iniciar anticoagulação plena imediata com heparina de baixo peso molecular, seguida de anticoagulante oral por tempo indeterminado, pois a trombose decorre predominantemente de estado sistêmico de hipercoagulabilidade.
- (B) Iniciar imunossupressão intensiva com glicocorticoide em altas doses associada a agente imunossupressor indicado para doença vascular grave, priorizando o controle da inflamação vascular, sem instituir anticoagulação rotineira diante do aneurisma pulmonar e da hemoptise.
- (C) Iniciar ácido acetilsalicílico associado à colchicina, reservando imunossupressão sistêmica para progressão do aneurisma ou recorrência da trombose apesar do tratamento antitrombótico.
- (D) Realizar correção cirúrgica imediata do aneurisma pulmonar, seguida de anticoagulação plena, pois a imunossupressão não modifica significativamente a evolução das manifestações arteriais da doença.
- (E) Iniciar anticoagulação plena associada à investigação de trombofilia hereditária e adquirida, reservando imunossupressão para pacientes com recorrência trombótica apesar de anticoagulação terapêutica.

36

Homem de 64 anos, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 3 anos, apresenta dispneia progressiva aos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 118/72 mmHg, frequência cardíaca de 84 bpm, turgência jugular, terceira bulha cardíaca e edema maleolar bilateral. O ecocardiograma evidencia dilatação do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 32% e insuficiência mitral funcional discreta.

Após tratamento da congestão, o paciente encontra-se clinicamente estável e inicia-se a otimização da terapia modificadora de prognóstico. Durante a discussão do caso, são abordadas a ativação neuro-hormonal associada à progressão da insuficiência cardíaca e as bases fisiopatológicas para utilização de sacubitril/valsartana e dapagliflozina.

Considerando a fisiopatologia da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e os mecanismos farmacológicos das terapias utilizadas nesse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na ICFe, a ativação persistente do sistema renina angiotensina aldosterona contribui para vasoconstrição e remodelamento; a inibição da neprilisina substitui o bloqueio do receptor AT1 ao potencializar os peptídeos natriuréticos, enquanto a dapagliflozina reduz a reabsorção tubular proximal de sódio e glicose.
- (B) Na ICFe, a ativação neuro-hormonal inicialmente auxilia na manutenção da perfusão, mas cronicamente favorece retenção hidrossalina e remodelamento; o sacubitril potencializa os peptídeos natriuréticos, dispensando o antagonismo concomitante do receptor AT1, enquanto a dapagliflozina reduz a reabsorção tubular proximal de sódio e glicose.
- (C) Na ICFe, o aumento dos peptídeos natriuréticos constitui resposta contrarregulatória à sobrecarga ventricular; o sacubitril reduz sua degradação pela inibição da neprilisina, enquanto a dapagliflozina reduz eventos de insuficiência cardíaca por mecanismo cujo benefício clínico requer a presença concomitante de diabetes *Mellitus*.
- (D) Na ICFe, a ativação neuro-hormonal inicialmente auxilia na manutenção da perfusão, mas cronicamente favorece retenção hidrossalina e remodelamento; o sacubitril/valsartana associa antagonismo AT1 à inibição da neprilisina, enquanto a dapagliflozina reduz eventos de insuficiência cardíaca independentemente da presença de diabetes.
- (E) Na ICFe, a ativação persistente dos sistemas simpático e renina angiotensina aldosterona contribui para o remodelamento; o sacubitril/valsartana modula o sistema renina angiotensina e os peptídeos natriuréticos, enquanto a dapagliflozina exerce seu benefício por antagonismo farmacológico direto da ativação simpática.

37

Mulher de 48 anos, com obesidade e diabetes *Mellitus* tipo 2, procura atendimento por dor epigástrica intensa e contínua há 18 horas, irradiada para o dorso, acompanhada de náuseas e vômitos. Há 4 meses iniciou semaglutida subcutânea, com aumento da dose há 3 semanas. Nega episódios prévios de pancreatite e refere consumo eventual de álcool.

Ao exame, está hemodinamicamente estável, afebril e apresenta dor à palpação do epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais mostram lipase de 1.480 U/L, aproximadamente seis vezes o limite superior da normalidade, bilirrubina total de 0,9 mg/dL, ALT 32 U/L, AST 29 U/L, triglicerídeos 168 mg/dL e cálcio total 9,2 mg/dL. Ultrassonografia abdominal evidencia vesícula biliar com dois cálculos móveis, medindo 4 e 5 mm, sem espessamento parietal; colédoco com 4 mm, sem cálculo identificado.

Considerando a abordagem diagnóstica e etiológica desse quadro, bem como o uso de semaglutida, assinale a opção correta.

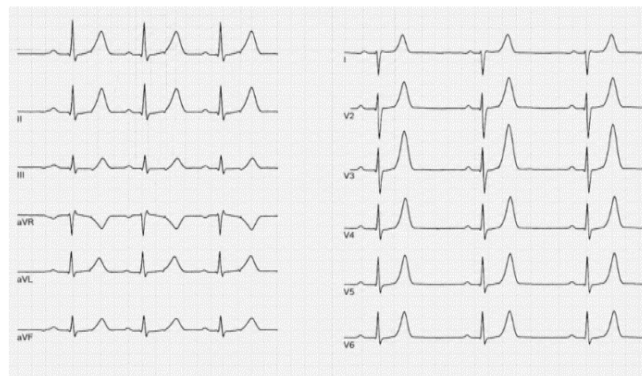
- (A) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a colelitíase constitui etiologia concorrente relevante; a semaglutida deve ser suspensa diante da pancreatite, mas sua relação causal com o episódio não pode ser estabelecida apenas pela associação temporal.
- (B) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a presença de colelitíase torna a etiologia biliar suficientemente provável para afastar participação da semaglutida, que pode ser mantida durante a investigação.
- (C) O diagnóstico de pancreatite aguda permanece provável, mas requer tomografia contrastada para confirmação; até a definição radiológica, não é possível atribuir o episódio à litíase biliar nem indicar suspensão da semaglutida.
- (D) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a relação temporal após o aumento da dose torna a semaglutida a etiologia mais provável; a colelitíase incidental não modifica substancialmente essa atribuição causal.
- (E) O diagnóstico de pancreatite aguda está estabelecido, e a diferenciação entre etiologia biliar e medicamentosa depende inicialmente de colangiorressonância; a suspensão da semaglutida deve ser decidida após essa investigação.

38

Homem de 68 anos, com doença renal crônica avançada em tratamento conservador, procura atendimento de emergência por fraqueza muscular progressiva, náuseas e palpitações iniciadas nas últimas horas. É hipertenso e portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Faz uso regular de carvedilol, losartana, espironolactona e furosemida.

Ao exame, encontra-se lúcido e orientado, com PA 136/82 mmHg, FC 52 bpm, FR 18 irpm, SpO₂ 97% em ar ambiente e temperatura de 36,5 °C. A ausculta pulmonar não evidencia estertores e não há edema periférico.

O eletrocardiograma obtido na admissão é apresentado a seguir:



Considerando o contexto clínico e o padrão eletrocardiográfico apresentado, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) administrar bicarbonato de sódio intravenoso, visando corrigir o distúrbio metabólico responsável pelas alterações eletrocardiográficas.
- (B) administrar insulina regular associada à glicose intravenosa, visando reduzir rapidamente a concentração extracelular do eletrólito responsável pelas alterações eletrocardiográficas.
- (C) administrar gluconato de cálcio intravenoso, seguido de medidas destinadas à redução da concentração extracelular de potássio.
- (D) suspender temporariamente losartana e espironolactona e administrar solução cristaloide intravenosa, com reavaliação clínica e eletrocardiográfica após expansão volêmica.
- (E) indicar terapia renal substitutiva emergencial como primeira intervenção, postergando medidas farmacológicas até o início do procedimento dialítico.

39

Mulher de 27 anos procura atendimento por episódios recorrentes de dispneia, sibilância, tosse seca e sensação de aperto torácico há aproximadamente 1 ano. Os sintomas apresentam intensidade variável, são mais frequentes após corrida ao ar livre e exposição a ar frio e desaparecem completamente entre os episódios. Refere rinite alérgica desde a adolescência. Nega tabagismo e nunca utilizou corticosteroide inalatório.

No momento da avaliação encontra-se assintomática, com SpO₂ de 98% em ar ambiente e ausculta pulmonar normal.

A espirometria realizada nesse período mostra: CVF: 96% do previsto; VEF1: 94% do previsto; VEF1/CVF: 0,82. Após administração de broncodilatador, ocorre aumento do VEF1 de 5% e 140 mL.

A contagem de eosinófilos no sangue periférico é de 520 células/mm³ e a fração exalada de óxido nítrico, FeNO, é de 52 ppb.

Considerando a hipótese diagnóstica principal e a interpretação conjunta dos achados, a conduta mais apropriada para obter confirmação objetiva do diagnóstico nessa paciente é

- (A) estabelecer o diagnóstico de asma tipo 2 com base na associação entre padrão clínico característico, eosinofilia periférica e FeNO superior a 50 ppb, dispensando investigação funcional adicional.
- (B) considerar o diagnóstico de asma pouco provável e investigar prioritariamente causas extrapulmonares de dispneia, pois a ausência de obstrução basal e de resposta broncodilatadora significativa reduz substancialmente a probabilidade da doença.
- (C) iniciar tratamento com corticosteroide inalatório e utilizar a melhora dos sintomas após quatro semanas como critério suficiente para confirmação diagnóstica, sem necessidade de documentação de alteração da função pulmonar.
- (D) realizar teste padronizado de provocação brônquica, buscando demonstrar hiper responsividade das vias aéreas, uma vez que a suspeita clínica permanece elevada apesar de a espirometria com broncodilatador não ter demonstrado variabilidade significativa do fluxo expiratório.
- (E) solicitar tomografia computadorizada de tórax de alta resolução para excluir doença estrutural das vias aéreas antes da realização de novos testes funcionais, considerando a discrepância entre a espirometria normal e os biomarcadores inflamatórios elevados.

40

Homem de 58 anos, com hipertensão arterial e sem prótese valvar, é internado por febre há 10 dias, astenia e dispneia progressiva. Três pares de hemoculturas coletados antes do início dos antimicrobianos apresentam crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina. O ecocardiograma transesofágico inicial evidencia vegetação móvel de 11 mm na valva aórtica e insuficiência aórtica moderada.

É iniciado tratamento antimicrobiano direcionado. No quarto dia de internação, o paciente apresenta hemiparesia direita e disfasia de início súbito. A ressonância magnética de encéfalo demonstra pequeno infarto isquêmico cortical em território da artéria cerebral média esquerda, sem transformação hemorrágica. Nas 24 horas seguintes, permanece consciente, hemodinamicamente estável e com melhora parcial do déficit neurológico.

No quinto dia, desenvolve prolongamento progressivo do intervalo PR, seguido de bloqueio atrioventricular de segundo grau. Novo ecocardiograma transesofágico demonstra coleção perianular aórtica de 18 mm compatível com abscesso, além da vegetação previamente descrita.

Considerando o conjunto dos achados, a conduta mais adequada neste momento é

- (A) manter o tratamento antimicrobiano direcionado e programar novo ecocardiograma após completar pelo menos 7 dias de terapia, indicando cirurgia apenas se houver persistência da bacteremia.
- (B) manter o tratamento antimicrobiano e postergar a cirurgia cardíaca por pelo menos 4 semanas, em razão do risco de transformação hemorrágica relacionado ao infarto cerebral recente.
- (C) intensificar o tratamento antimicrobiano e indicar intervenção cirúrgica somente se houver progressão da insuficiência aórtica para repercussão hemodinâmica ou insuficiência cardíaca.
- (D) manter o tratamento antimicrobiano e iniciar anticoagulação terapêutica para reduzir o risco de novos eventos embólicos enquanto se aguarda a resolução do processo infeccioso antes da intervenção valvar.
- (E) manter o tratamento antimicrobiano e indicar avaliação cirúrgica urgente, pois o abscesso perianular associado ao novo distúrbio de condução caracteriza infecção localmente não controlada, sem necessidade de adiamento pela lesão cerebral isquêmica descrita.

Medicina Preventiva

41

Durante a elaboração da Programação Anual de Saúde para o exercício seguinte, uma Secretaria Municipal de Saúde propôs contratar um novo serviço ambulatorial especializado. A iniciativa não se vinculava às diretrizes, aos objetivos ou às metas do Plano Municipal de Saúde aprovado, deslocaria recursos destinados a ações de saúde mental e não constava na proposta orçamentária. O secretário afirmou que a Programação Anual de Saúde poderia criar autonomamente essa prioridade e que o Conselho Municipal de Saúde seria informado somente no Relatório Anual de Gestão.

Considerando os instrumentos de planejamento e as instâncias de participação no SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) O serviço deve ser inserido diretamente na Programação Anual de Saúde, pois esse instrumento pode criar ações independentes do Plano de Saúde vigente.
- (B) Se mantida, a proposta requer revisão formal dos instrumentos de planejamento, compatibilização orçamentária e deliberação do Conselho de Saúde antes da execução.
- (C) A contratação por decreto do chefe do Executivo deve ser autorizada e o Conselho de Saúde deve ser informado somente no Relatório Anual de Gestão.
- (D) Nova Conferência Municipal de Saúde, única instância competente para autorizar qualquer alteração das prioridades assistenciais durante o quadriênio, deve ser obrigatoriamente convocada.
- (E) A alteração deve ser submetida à CIB para aprovação prévia, ainda que a contratação use recursos próprios e não modifique responsabilidades ou fluxos regionais.

42

A coordenação de vigilância em saúde de um município observou que, após a implantação de busca ativa e melhoria dos registros na Atenção Primária, o número de pessoas conhecidas pelos serviços com diagnóstico de diabetes mellitus aumentou de forma expressiva em dois anos. No mesmo período, os dados hospitalares não mostraram aumento proporcional de internações por complicações agudas, e os inquéritos locais não sugeriram mudança relevante na ocorrência de novos casos.

Considerando a interpretação epidemiológica dessa situação, assinale a afirmativa correta.

- (A) O aumento da prevalência conhecida pelos serviços indica, necessariamente, aumento da incidência da doença na população, independentemente de mudanças na capacidade de detecção dos serviços.
- (B) A prevalência conhecida pelos serviços deve diminuir quando há melhora da detecção de casos crônicos, pois os casos identificados passam a ser acompanhados e deixam de compor o numerador do indicador.
- (C) A incidência é mais adequada para estimar a carga assistencial de condições crônicas acumuladas, pois expressa todos os casos existentes em determinado momento.
- (D) O aumento pode refletir maior detecção, melhor registro e maior duração da doença, sem indicar necessariamente elevação da incidência populacional.
- (E) A prevalência e a incidência são medidas equivalentes quando a doença é crônica, sendo indiferente utilizar uma ou outra para planejamento de ações.

43

Uma adolescente de 16 anos procura, sozinha, uma unidade básica de saúde para receber orientação contraceptiva. Relata relacionamento consensual com parceiro da mesma faixa etária e nega coerção, violência ou outras situações de risco. Durante a consulta, demonstra compreender as informações recebidas, expressa suas preferências de forma coerente e solicita que o conteúdo do atendimento não seja comunicado aos responsáveis.

Considerando a atenção integral à saúde do adolescente na Atenção Primária, a conduta correta é

- (A) atender individualmente, avaliar sua capacidade de decisão, preservar o sigilo, oferecer contracepção e estimular apoio de adulto de confiança, sem condicioná-lo ao cuidado.
- (B) recusar o atendimento desacompanhado e remarcar a consulta com responsável legal, pois qualquer orientação ou oferta de contraceptivo exige autorização familiar prévia por escrito.
- (C) limitar a consulta à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e encaminhá-la à ginecologia, pois a contracepção não integra as atribuições da Atenção Primária.
- (D) atendê-la individualmente, mas comunicar posteriormente todo o conteúdo da consulta aos responsáveis, porque o sigilo profissional não se aplica às pessoas menores de idade.
- (E) acionar imediatamente o Conselho Tutelar, pois a procura espontânea por contracepção, ainda que sem indícios de violência, caracteriza situação obrigatória de proteção especial.

44

Uma mulher de 79 anos, previamente independente, procura a Unidade Básica de Saúde após três quedas nos últimos dois meses. Relata tontura ao levantar e sonolência diurna. Usa oito medicamentos, entre eles um benzodiazepínico de longa duração e dois anti-hipertensivos. A filha observou que a mãe apresenta esquecimento de compromissos e dificuldade recente para organizar as próprias medicações. Não há déficit neurológico focal, nem sinais de doença aguda.

Considerando a assistência à pessoa idosa na Atenção Primária, assinale a conduta correta.

- (A) Encaminhar para avaliação geriátrica antes de qualquer conduta na unidade, mantendo todos os medicamentos e aguardando o parecer especializado para investigar quedas, cognição e funcionalidade.
- (B) Suspender todos os medicamentos de uso contínuo na primeira consulta, porque a presença de polifarmácia permite atribuir as quedas e a sonolência exclusivamente aos fármacos.
- (C) Solicitar tomografia, eletroencefalograma e exames laboratoriais ampliados e, apenas diante de resultados normais, iniciar a avaliação funcional, cognitiva, social e do ambiente domiciliar.
- (D) Orientar repouso, acompanhante permanente e uso contínuo de dispositivo de marcha, mantendo o esquema terapêutico até que ocorra nova queda ou alteração neurológica objetiva.
- (E) Realizar avaliação multidimensional, investigar causas das quedas, revisar medicamentos potencialmente inadequados e construir plano de cuidado com a pessoa idosa e sua rede de apoio.

45

Uma secretaria estadual de saúde deseja avaliar uma intervenção para reduzir prescrições inadequadas de antimicrobianos em unidades de pronto-atendimento. Para evitar contaminação entre profissionais da mesma unidade, os pesquisadores sortearam unidades inteiras para receber ou não uma intervenção educativa e organizacional. Após seis meses, compararam a proporção de atendimentos por infecções respiratórias agudas que resultaram em prescrição de antimicrobiano nos dois grupos. Algumas unidades sorteadas para a intervenção implementaram apenas parcialmente as atividades previstas.

Considerando o desenho do estudo e a análise mais adequada para preservar a validade da comparação, assinale a afirmativa correta.

- (A) Trata-se de estudo transversal analítico, e a análise principal deve excluir as unidades que não implementaram integralmente a intervenção, para estimar apenas o efeito nos serviços aderentes.
- (B) Trata-se de ensaio clínico randomizado individual, e a análise deve considerar cada atendimento como independente, sem necessidade de ajuste para agrupamento por unidade.
- (C) Trata-se de ensaio randomizado por conglomerados; a análise deve preservar a alocação original e considerar a correlação entre atendimentos da mesma unidade.
- (D) Trata-se de estudo de caso-controle, e a medida de associação principal deve ser a razão de chances entre prescrição inadequada e tipo de unidade.
- (E) Trata-se de estudo ecológico, e a randomização das unidades impede a ocorrência de problemas metodológicos relacionados à adesão, contaminação ou perdas.

46

Em quatro escolas públicas vinculadas ao território de uma unidade básica de saúde, a verificação amostral das cadernetas identificou elevada proporção de estudantes com esquemas vacinais incompletos. As direções escolares e a equipe de saúde decidiram desenvolver uma ação conjunta no âmbito do Programa Saúde na Escola. Durante o planejamento, surgiram dúvidas sobre as responsabilidades da escola e dos profissionais de saúde.

Considerando a articulação entre os equipamentos públicos do território, assinale a conduta correta.

- (A) Transferir às escolas a verificação e a aplicação das vacinas, após capacitação dos professores, reservando à unidade apenas os eventos adversos.
- (B) Planejar ação conjunta, comunicar as famílias, verificar cadernetas, ofertar vacinação por profissionais do SUS mediante autorização e acompanhar estudantes com esquemas incompletos.
- (C) Aguardar a próxima campanha nacional de vacinação, pois ações do Programa Saúde na Escola não abrangem a atualização do calendário vacinal.
- (D) Convocar individualmente os estudantes à unidade de saúde, sem envolver as escolas, para preservar a autonomia técnica da equipe de Atenção Primária.
- (E) Priorizar somente estudantes com doenças crônicas, pois a articulação entre saúde e educação deve restringir-se aos grupos de maior risco clínico.

47

Um teste rápido será avaliado em 1.000 pessoas de uma população na qual a prevalência da infecção é de 2%. O teste apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 90%. Para fins da questão, considere que os valores esperados podem ser arredondados para números inteiros.

Considerando o desempenho esperado do teste, assinale a opção correta.

- (A) São esperados 19 resultados verdadeiros positivos e 1 falso-negativo, resultando em valor preditivo positivo próximo de 95%.
- (B) São esperados 20 resultados verdadeiros positivos e 100 falsos positivos, resultando em valor preditivo negativo próximo de 80%.
- (C) São esperados 18 resultados verdadeiros positivos e 2 falsos positivos, pois a especificidade se aplica apenas às pessoas infectadas.
- (D) São esperados 98 falsos negativos e 19 falsos positivos, tornando desnecessária a confirmação dos resultados positivos.
- (E) São esperados 19 verdadeiros positivos e 98 falsos positivos; o valor preditivo positivo é próximo de 16%, exigindo confirmação diagnóstica.

48

Uma sociedade médica propõe a implantação de rastreamento populacional para uma doença crônica de baixa prevalência. A doença possui fase assintomática detectável por exame laboratorial, mas ainda não há evidência consistente de que o tratamento iniciado nessa fase reduza mortalidade, complicações graves ou incapacidade. O teste disponível tem custo elevado, possibilidade de resultados falso-positivos e exige investigação complementar invasiva.

Considerando os critérios para implantação de programas de rastreamento, assinale a afirmativa correta.

- (A) O rastreamento deve considerar relevância do problema, desempenho e aceitabilidade do teste, confirmação e tratamento disponíveis, além do balanço entre benefícios, danos e custos.
- (B) A existência de fase assintomática detectável é suficiente para justificar rastreamento populacional, ainda que não exista benefício comprovado do tratamento precoce.
- (C) A baixa prevalência da doença favorece o rastreamento populacional, pois aumenta o valor preditivo positivo e reduz a proporção de resultados falso-positivos.
- (D) A possibilidade de resultados falso-positivos não deve influenciar a decisão sobre rastreamento, pois todo resultado alterado pode ser esclarecido por exame confirmatório.
- (E) A implantação do rastreamento é indicada sempre que o teste apresenta capacidade de detectar alterações antes do surgimento dos sintomas, independentemente do impacto clínico do tratamento.

49

Em ensaio randomizado, internações ocorreram em 10% do grupo controle e em 8% do grupo intervenção após 12 meses. O risco relativo estimado foi 0,80, com intervalo de confiança de 95% entre 0,61 e 1,05. A gestão pretende decidir sobre expansão da intervenção.

Considerando a magnitude e a precisão do efeito, assinale a afirmativa correta.

- (A) A redução absoluta foi de 20 pontos percentuais, e o intervalo de confiança confirma benefício estatisticamente significativo.
- (B) O risco relativo foi 1,25, a redução relativa foi 25% e o número necessário para tratar foi 5.
- (C) O número necessário para tratar não pode ser calculado porque o intervalo de confiança do risco relativo inclui o valor nulo.
- (D) A redução relativa é 20%, a absoluta é 2 pontos percentuais e o NNT é 50; o intervalo não demonstra benefício estatístico.
- (E) A inclusão do valor 1 no intervalo de confiança demonstra equivalência entre as intervenções e exclui benefício clinicamente relevante.

50

Uma metanálise de intervenções comunitárias encontrou razão de riscos combinada de 0,82, com intervalo de confiança de 95% entre 0,72 e 0,94. A heterogeneidade foi $I^2 = 78\%$. Em modelo de efeitos aleatórios, o intervalo de predição de 95% variou de 0,58 a 1,16. A exclusão de estudos com alto risco de viés reduziu a magnitude do benefício.

Considerando a interpretação desses resultados, assinale a afirmativa correta.

- (A) O intervalo de confiança do efeito combinado demonstra que a intervenção será benéfica em qualquer população semelhante às incluídas.
- (B) O I^2 elevado invalida a revisão e impede qualquer interpretação dos estudos, mesmo em análise qualitativa.
- (C) O efeito médio sugere benefício, mas heterogeneidade, intervalo de predição incluindo o nulo e sensibilidade ao risco de viés limitam sua aplicabilidade.
- (D) O modelo de efeitos aleatórios elimina a heterogeneidade e faz o intervalo de predição perder relevância para a decisão.
- (E) A exclusão de estudos com alto risco de viés deve ser evitada, pois análises de sensibilidade alteram artificialmente o resultado combinado.

51

Em coorte sobre poluição atmosférica e internação respiratória, os riscos relativos foram: 2,4 (IC95% 1,8-3,2) em idosos; 1,1 (IC95% 0,8-1,5) em adultos jovens; e 0,9 (IC95% 0,6-1,4) em adolescentes. O teste de interação entre exposição e faixa etária apresentou $p = 0,01$. O ajuste para tabagismo e condições socioeconômicas produziu resultados semelhantes.

Considerando a interpretação epidemiológica, assinale a afirmativa correta.

- (A) A idade é confundidora, e o único resultado válido é o risco relativo global ajustado para idade.
- (B) Os achados sugerem modificação de efeito pela idade; estimativas por estrato ou modelo com interação são mais informativas que a medida global.
- (C) A associação nos idosos decorre de viés de informação, pois internações são necessariamente mais bem registradas nessa faixa etária.
- (D) A ausência de associação em dois estratos demonstra que a estimativa dos idosos é um achado aleatório, independentemente do teste de interação.
- (E) A diferença entre estratos deve ser removida por padronização direta, pois modificação de efeito e confundimento são fenômenos equivalentes.

52

Cinco municípios dependem de um mesmo hospital estadual para atenção oncológica. Os gestores identificaram filas desiguais, critérios de acesso distintos e ausência de definição sobre responsabilidades assistenciais e financeiras. Até então, cada secretaria municipal encaminhava suas demandas diretamente ao prestador, sem planejamento regional compartilhado.

Considerando a organização político-institucional e a articulação interfederativa no SUS, assinale a opção que apresenta providência(s) correta(s).

- (A) Solicitar ao Ministério da Saúde que defina diretamente cotas, fluxos e responsabilidades locais, pois serviços de alta complexidade não integram o planejamento estadual e municipal.
- (B) Manter negociações separadas entre cada município e o hospital, porque acordos regionais reduzem a autonomia municipal e impedem ajustes periódicos conforme a demanda.
- (C) Transferir ao Conselho Estadual de Saúde a definição operacional dos fluxos e do financiamento, substituindo a negociação entre gestores por deliberação do controle social.
- (D) Autorizar o hospital a ordenar o acesso e distribuir cotas segundo a chegada das solicitações, pois o prestador possui autonomia para coordenar a rede regional.
- (E) Construir planejamento regional integrado, pactuar responsabilidades e fluxos na CIR e encaminhar à CIB o que depender de pactuação estadual, com participação dos gestores envolvidos.

53

Após uma festa escolar, 37 de 100 participantes apresentaram gastroenterite. Na investigação, obtiveram-se os seguintes dados: sanduíche com maionese, 28 casos entre 40 consumidores e 9 casos entre 60 não consumidores; suco, 20 casos entre 50 consumidores e 17 entre 50 não consumidores; bolo, 18 casos entre 45 consumidores e 19 entre 55 não consumidores.

Considerando as taxas de ataque e a condução da investigação, assinale a afirmativa correta.

- (A) O sanduíche tem taxas de ataque de 70% e 15% e razão de riscos de 4,7; o achado orienta a investigação.
- (B) O suco apresenta a maior associação, porque foi consumido por metade dos participantes e produziu 20 casos.
- (C) O bolo apresenta razão de riscos aproximada de 2,0, sendo suficiente para confirmar a origem do surto.
- (D) As taxas de ataque devem ser calculadas usando os 100 participantes como denominador para todos os alimentos, o que torna as três exposições equivalentes.
- (E) Nenhum alimento pode ser investigado antes da identificação laboratorial do agente em todos os casos.

54

Durante atendimento em Unidade de Pronto-Atendimento, um médico avalia adolescente com febre, exantema maculopapular, tosse, conjuntivite e história de retorno recente de país com circulação de doença exantemática. O profissional considera a hipótese de sarampo, mas pondera aguardar sorologia antes de comunicar a vigilância, pois o quadro ainda não está confirmado.

Considerando a lógica da notificação compulsória e da vigilância de doenças de potencial transmissão comunitária, assinale a afirmativa correta.

- (A) A notificação deve ser realizada apenas após confirmação laboratorial, pois notificações baseadas em suspeita aumentam artificialmente a incidência.
- (B) A notificação é obrigatória apenas para serviços públicos, pois serviços privados devem aguardar solicitação formal da vigilância municipal.
- (C) A comunicação à vigilância deve ocorrer somente se houver internação, óbito ou identificação de pelo menos dois casos relacionados.
- (D) A suspeita deve ser notificada oportunamente ou de imediato, conforme a lista vigente, para viabilizar investigação e medidas de controle.
- (E) A notificação pode ser substituída por orientação de isolamento domiciliar, desde que o paciente retorne para reavaliação após resultado dos exames.

55

Em comparação com o mesmo período do ano anterior, um município passou de 600 para 960 notificações de dengue, aumento absoluto de 60%. A população passou de 100 mil para 120 mil habitantes e a cobertura das unidades notificadoras aumentou de 50% para 90%. A positividade laboratorial permaneceu estável, e não houve aumento proporcional de casos graves.

Considerando a interpretação dos dados de vigilância, assinale a afirmativa correta.

- (A) A incidência aumentou 60%, confirmando intensificação da transmissão, pois mudanças na cobertura das unidades não afetam números notificados.
- (B) A incidência notificada permaneceu estável, já que o crescimento populacional explica integralmente o aumento de 360 casos.
- (C) A incidência aumentou cerca de 33%, mas a ampliação da cobertura notificadora impede atribuir toda a variação à transmissão.
- (D) A positividade estável demonstra ausência de circulação do vírus e torna desnecessária a análise territorial dos casos.
- (E) O aumento de cobertura invalida a série histórica, devendo todos os registros posteriores ser excluídos da análise epidemiológica.

56

Em um território, a unidade básica, duas escolas públicas, o Centro de Referência de Assistência Social e um centro de convivência atendem adolescentes com absenteísmo escolar, situações de violência e sofrimento psicossocial. Cada equipamento realiza atividades isoladas, sem critérios comuns de acompanhamento, fluxos definidos ou avaliação conjunta dos resultados.

Considerando a atuação da Atenção Primária em interface com outros equipamentos públicos, assinale a proposta de ação correta para o caso.

- (A) Concentrar na unidade básica todas as ações dirigidas aos adolescentes e solicitar que os demais equipamentos apenas encaminhem os casos identificados para atendimento individual.
- (B) Construir diagnóstico compartilhado, pactuar objetivos, responsabilidades e fluxos entre os equipamentos e monitorar as ações intersetoriais com participação ativa da comunidade e dos adolescentes.
- (C) Solicitar que cada equipamento mantenha seu planejamento independente e encaminhe relatórios anuais à unidade básica, evitando sobreposição entre políticas de setores diferentes.
- (D) Compartilhar listas nominais completas entre todos os serviços do território, independentemente da finalidade e da necessidade de acesso, para facilitar a vigilância dos adolescentes.
- (E) Realizar campanhas semestrais conjuntas sobre comportamentos de risco, mantendo separados os fluxos assistenciais, as responsabilidades institucionais e a avaliação dos resultados.

57

Em um município de pequeno porte, moradores de uma comunidade rural relatam aumento de episódios de diarreia, náuseas e dor abdominal após fortes chuvas. A área utiliza poços rasos como solução alternativa de abastecimento, há fossas próximas às fontes de água e a unidade de saúde observou maior procura por atendimento por gastroenterite. A equipe municipal discute se a situação deve ser tratada apenas como demanda assistencial individual ou se exige atuação integrada da vigilância.

Considerando a vigilância em saúde ambiental e a resposta adequada do sistema de saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) A atuação deve se restringir ao tratamento dos casos sintomáticos na unidade de saúde, pois a investigação da qualidade da água é atribuição exclusiva do setor ambiental, sem interface com o SUS.
- (B) A investigação deve começar apenas após isolamento laboratorial do agente etiológico em amostras clínicas, pois a suspeita de contaminação ambiental não justifica medidas preventivas.
- (C) A equipe deve priorizar apenas a distribuição de medicamentos antidiarreicos, pois medidas sobre água, saneamento e território não modificam o risco de novos casos.
- (D) A situação caracteriza exclusivamente um problema de vigilância sanitária de alimentos, sendo inadequado envolver a Atenção Primária ou a vigilância ambiental.
- (E) A vigilância ambiental deve monitorar riscos, avaliar a qualidade da água, orientar proteção, integrar-se à assistência e acionar outros setores quando necessário.

58

Um trabalhador rural de 42 anos procura a unidade de saúde com cefaleia, tontura, náuseas e sudorese após aplicação de agrotóxicos em lavoura. Relata que os sintomas pioram após jornadas de pulverização, que o empregador não fornece treinamento regular e que os equipamentos de proteção são incompletos. A equipe reconhece a possibilidade de intoxicação exógena por agrotóxico relacionada ao trabalho, mas considera apenas medicar os sintomas e orientar “uso correto de EPI”, sem registrar a relação com o trabalho nem acionar a vigilância.

Considerando os princípios da saúde do trabalhador no SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) A equipe deve relacionar trabalho e adoecimento, prestar cuidado, registrar a ocupação, notificar a suspeita e articular a vigilância do trabalhador.
- (B) A conduta deve limitar-se ao tratamento sintomático, pois a investigação de condições de trabalho é atribuição exclusiva do empregador.
- (C) A orientação individual sobre uso de EPI encerra a responsabilidade da equipe de saúde, pois acidentes e exposições ocupacionais decorrem principalmente de comportamento inadequado do trabalhador.
- (D) A notificação deve ocorrer apenas se houver internação ou óbito, pois quadros leves relacionados ao trabalho não têm relevância para vigilância.
- (E) A Atenção Primária deve encaminhar todos os casos suspeitos diretamente ao especialista, sem realizar avaliação inicial, registro da ocupação ou ações no território.

59

Uma equipe municipal identifica alta prevalência de obesidade, sedentarismo e consumo frequente de alimentos ultraprocessados em adolescentes. A primeira proposta apresentada é realizar uma palestra anual na escola, com distribuição de cartilhas orientando “força de vontade” e responsabilidade individual. Durante discussão intersetorial, outros profissionais sugerem envolver escola, assistência social, agricultura familiar, espaços públicos, famílias e adolescentes na construção de ações continuadas.

Considerando os princípios da promoção da saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) A promoção da saúde deve concentrar-se em transmitir informações individuais, pois mudanças sustentáveis dependem exclusivamente da decisão pessoal dos adolescentes.
- (B) A melhor estratégia é substituir ações territoriais por atendimento médico individual, pois promoção da saúde não deve envolver escolas, famílias ou outros setores.
- (C) A realização de uma palestra anual é suficiente quando o conteúdo técnico está correto, pois a frequência das ações não interfere na mudança de práticas sociais.
- (D) A promoção da saúde pressupõe abordagem ampliada dos determinantes sociais, participação social, intersetorialidade, criação de ambientes favoráveis e fortalecimento da autonomia, indo além de ações educativas pontuais.
- (E) A promoção da saúde deve evitar participação dos adolescentes na elaboração das ações, para impedir que preferências individuais distorçam as prioridades técnicas.

60

Em uma reunião de planejamento da Atenção Primária, a equipe discute quatro ações: vacinação de adultos contra doença imunoprevenível; rastreamento organizado de câncer em população elegível; reabilitação de pessoas com sequelas após acidente vascular cerebral; e revisão crítica de exames periódicos solicitados sem indicação, com risco de falso-positivos, sobrediagnóstico e cascatas de intervenção.

Considerando os níveis de prevenção, assinale a afirmativa correta.

- (A) Vacinação e rastreamento são formas de prevenção terciária, pois ambas ocorrem após a doença estar instalada.
- (B) Reabilitação após acidente vascular cerebral é prevenção primária, pois busca impedir o primeiro evento cerebrovascular.
- (C) Vacinação, rastreamento, reabilitação e revisão crítica de intervenções desnecessárias correspondem, respectivamente, à prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.
- (D) A prevenção quaternária consiste em ampliar exames de rastreamento para toda a população, independentemente de risco ou evidência de benefício.
- (E) A prevenção secundária é sinônimo de promoção da saúde, pois ambas se restringem a ações educativas inespecíficas.

61

Uma equipe de Saúde da Família assumiu recentemente um território urbano com grande heterogeneidade social. Parte da área possui edifícios com população de alta renda; outra parte concentra domicílios com insegurança alimentar, moradias improvisadas, baixa cobertura de saneamento, idosos vivendo sozinhos e usuários com múltiplas condições crônicas. A equipe dispõe de cadastro incompleto e recebeu demanda da gestão para organizar visitas domiciliares e ações coletivas no semestre.

Considerando territorialização, adscrição e análise de vulnerabilidades na Atenção Primária, assinale a afirmativa correta.

- (A) A equipe deve distribuir as visitas domiciliares de forma aleatória entre todos os domicílios cadastrados, pois a adscrição territorial impede priorização por risco ou vulnerabilidade.
- (B) A equipe deve qualificar o cadastro, reconhecer microáreas e vulnerabilidades, combinar informações clínicas e sociais e planejar ações proporcionais às necessidades do território.
- (C) A equipe deve priorizar apenas os usuários que procuram espontaneamente a unidade, pois a busca ativa pode gerar demanda excessiva e não faz parte do processo de trabalho da Atenção Primária.
- (D) A equipe deve basear o planejamento apenas na quantidade total de habitantes por microárea, pois indicadores sociais e familiares não devem interferir na organização do cuidado.
- (E) A equipe deve concentrar as ações nos moradores de maior renda, pois apresentam maior capacidade de aderir às orientações e produzir melhores indicadores assistenciais.

62

Uma unidade de saúde decide criar um grupo para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. A proposta inicial é reunir 40 usuários em uma palestra mensal, com exposição de slides sobre dieta, complicações e medicamentos, sem espaço para discussão, definição de metas ou identificação de barreiras cotidianas. Parte da equipe questiona se esse formato é suficiente para apoiar mudanças sustentáveis no autocuidado.

Considerando educação em saúde e trabalho com grupos na Atenção Primária, assinale a afirmativa correta.

- (A) O grupo deve ser estruturado como transmissão vertical de conteúdo técnico, pois a experiência dos usuários pode gerar informações equivocadas e dificultar a adesão.
- (B) O grupo deve substituir o acompanhamento individual, pois pessoas com a mesma doença apresentam necessidades homogêneas e podem receber o mesmo plano terapêutico.
- (C) A efetividade do grupo depende exclusivamente da quantidade de informações fornecidas pelo profissional, sendo desnecessário avaliar contexto familiar, renda, alimentação, trabalho ou acesso a medicamentos.
- (D) A participação dos usuários na definição dos temas deve ser evitada, pois grupos educativos devem seguir roteiro fixo e independente das necessidades percebidas no território.
- (E) O grupo deve promover diálogo, participação, identificação de barreiras e metas possíveis, articulando educação em saúde, cuidado clínico e apoio ao autocuidado.

63

Uma mulher de 68 anos, com hipertensão, diabetes, doença renal crônica e sintomas depressivos, é acompanhada por uma equipe de Saúde da Família. Após piora da função renal, ela foi encaminhada à nefrologia. Três meses depois, retorna à unidade com novas prescrições, exames solicitados por diferentes especialistas e dúvidas sobre qual orientação seguir. A família relata dificuldade para organizar consultas, medicamentos e transporte. A equipe da APS discute sua responsabilidade no caso.

Considerando os atributos e funções da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) A APS deve coordenar o cuidado, manter seguimento longitudinal, integrar informações da rede, revisar o plano terapêutico e articular os apoios necessários.
- (B) Após o encaminhamento à especialidade, a responsabilidade pelo cuidado passa integralmente ao especialista, cabendo à Atenção Primária apenas renovar receitas quando solicitado.
- (C) A coexistência de múltiplas doenças torna inadequado o acompanhamento pela Atenção Primária, pois a APS deve cuidar apenas de condições simples e autolimitadas.
- (D) A melhor estratégia é orientar a usuária a escolher apenas um especialista como referência, dispensando seguimento pela equipe de Saúde da Família.
- (E) A equipe deve evitar contato com outros pontos da rede, pois a referência e a contrarreferência são responsabilidades exclusivas da regulação municipal.

64

Em um território, 20% das pessoas com hipertensão e diabetes concentram 70% das internações evitáveis, enquanto 30% dos cadastrados não tiveram contato com a equipe nos últimos 12 meses. A proposta inicial é oferecer consulta trimestral idêntica a todos, independentemente de controle clínico, vulnerabilidade social ou capacidade de autocuidado.

Considerando a organização do cuidado de condições crônicas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A periodicidade uniforme é a estratégia mais equitativa, porque impede que diferenças de risco alterem a oferta de consultas.
- (B) O acompanhamento deve se concentrar apenas no grupo de alto risco, retirando os demais usuários do cuidado longitudinal da Atenção Primária.
- (C) A equipe deve manter exclusivamente demanda espontânea e realizar busca ativa somente após nova internação ou complicação.
- (D) A equipe deve estratificar necessidades, ajustar o seguimento, buscar usuários sem contato, pactuar planos de cuidado e preservar acesso para intercorrências.
- (E) Os usuários de alto risco devem ser transferidos integralmente para especialistas, cabendo à APS apenas atualizar cadastros e indicadores.

65

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou a elaboração do plano de ações para o próximo ano. Em uma das regiões do município, há queixas frequentes sobre demora no atendimento, aumento de casos de sífilis em gestantes, baixa cobertura de pré-natal adequado, crescimento de internações por condições sensíveis à Atenção Primária e relatos de insegurança alimentar. Um gestor propõe definir as prioridades apenas com base nos problemas mais mencionados em redes sociais e em reuniões políticas locais.

Considerando a realização de diagnóstico situacional em saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico situacional deve basear-se exclusivamente na percepção dos gestores, pois indicadores epidemiológicos tendem a não captar necessidades reais da população.
- (B) O diagnóstico situacional deve utilizar apenas indicadores quantitativos, pois informações qualitativas de usuários e trabalhadores introduzem subjetividade e inviabilizam o planejamento.
- (C) O diagnóstico deve integrar dados epidemiológicos, sociais, territoriais e assistenciais às percepções dos atores, identificando necessidades, vulnerabilidades e capacidade de resposta.
- (D) O diagnóstico situacional deve priorizar somente os agravos de maior incidência, independentemente de gravidade, evitabilidade, desigualdades territoriais ou possibilidade de intervenção.
- (E) O diagnóstico situacional deve ser realizado após a definição das ações, funcionando apenas como justificativa documental para decisões previamente tomadas.

66

Após o diagnóstico situacional, uma equipe regional identificou quatro problemas relevantes: aumento de sífilis congênita, baixa proporção de hipertensos acompanhados regularmente, elevada demanda reprimida para ultrassonografia e aumento de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas. Como os recursos são limitados, a equipe precisa priorizar ações para o próximo ciclo de planejamento.

Considerando critérios de priorização em saúde coletiva, assinale a afirmativa correta.

- (A) A priorização deve considerar apenas o custo mais baixo da intervenção, pois ações baratas são sempre as mais adequadas para sistemas públicos.
- (B) A priorização deve combinar magnitude, gravidade, possibilidade de intervenção, factibilidade, equidade, urgência e governabilidade, com pactuação entre os atores envolvidos.
- (C) A priorização deve seguir exclusivamente a ordem de chegada das demandas à gestão, pois isso garante neutralidade técnica e evita conflitos políticos.
- (D) A priorização deve selecionar apenas problemas de resolução hospitalar, pois ações territoriais e preventivas têm menor impacto populacional.
- (E) A priorização deve excluir problemas que envolvem outros setores, pois a saúde deve planejar apenas ações que possa executar sem articulação intersetorial.

67

Um município implantou um programa para melhorar o cuidado pré-natal na Atenção Primária. Após seis meses, a coordenação pretende monitorar se o programa está sendo executado conforme planejado e se há sinais iniciais de melhoria. A primeira proposta é usar apenas o número absoluto de consultas realizadas no município, sem definir população-alvo, denominador, fonte de dados, periodicidade, linha de base ou metas.

Considerando o uso de indicadores para monitoramento de programas de saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) O número absoluto de consultas é suficiente para avaliar o desempenho do programa, pois indicadores com denominador dificultam a interpretação pela gestão.
- (B) Indicadores de processo devem ser evitados, pois somente indicadores de mortalidade permitem avaliar qualquer programa de saúde.
- (C) O monitoramento deve ser realizado apenas ao final do programa, pois avaliações intermediárias interferem na autonomia das equipes.
- (D) A escolha de indicadores deve priorizar aqueles mais fáceis de melhorar, ainda que não estejam relacionados aos objetivos do programa.
- (E) Os indicadores devem refletir os objetivos, ter definição operacional, fonte, periodicidade, linha de base e meta, combinando processo e resultado quando pertinente.

68

Uma linha de cuidado para doença pulmonar obstrutiva crônica será avaliada por quatro indicadores: I. disponibilidade de profissionais capacitados e de espirometria; II. proporção de usuários elegíveis que receberam as ações previstas; III. variação de sintomas e qualidade de vida entre os acompanhados; IV. mudança nas internações por exacerbação em comparação com a tendência histórica do município.

Considerando um modelo de avaliação de programas, assinale opção que apresenta a classificação correta.

- (A) I é estrutura; II, processo; III, resultado; IV, impacto, cuja causalidade depende do desenho avaliativo.
- (B) I corresponde ao processo; II, à estrutura; III, ao impacto; e IV, ao resultado individual.
- (C) I corresponde à estrutura; II, ao impacto; III, ao processo; e IV, ao resultado intermediário.
- (D) I corresponde ao resultado; II, à estrutura; III, ao processo; e IV, ao impacto comprovado.
- (E) Os quatro indicadores correspondem ao processo, porque todos foram medidos após a implantação.

69

Uma secretaria municipal de saúde identificou aumento persistente da sífilis congênita, baixa realização de pré-natal oportuno e dificuldades de acesso a exames e tratamento de parcerias sexuais. Em reunião de gestão, uma proposta foi elaborar imediatamente uma campanha educativa genérica, sem analisar causas, atores envolvidos, fluxos assistenciais, governabilidade da gestão municipal ou indicadores de acompanhamento. Outro grupo defendeu organizar o problema de forma mais sistemática antes de definir as ações.

Considerando o planejamento em saúde e a abordagem estratégica de problemas, assinale a afirmativa correta.

- (A) O planejamento deve iniciar pela escolha das ações mais simples de executar, pois a análise das causas e dos atores envolvidos tende a atrasar respostas necessárias.
- (B) A elaboração de campanha educativa é suficiente quando o problema envolve comportamento individual, dispensando análise de fluxos assistenciais, acesso a insumos e organização da rede.
- (C) A definição das ações deve ser feita exclusivamente pela gestão central, pois pactuações com trabalhadores e usuários reduzem a racionalidade técnica do plano.
- (D) O planejamento deve explicitar o problema, analisar causas, atores e governabilidade e definir ações, responsáveis, prazos e indicadores.
- (E) O plano deve priorizar apenas ações sob controle direto da secretaria, excluindo problemas que envolvam outras áreas ou níveis de atenção.

70

Uma equipe de Atenção Primária deseja usar os dados do e-SUS APS/SISAB para planejar ações no território. Ao analisar os relatórios, percebe duplicidade de cadastros, campos incompletos sobre condições de moradia, inconsistências em diagnósticos registrados, baixa atualização de informações individuais e dificuldade para relacionar produção assistencial com a população efetivamente acompanhada. A gestão local propõe utilizar os relatórios sem análise crítica da qualidade dos dados, para evitar retrabalho.

Considerando sistemas de informação em saúde e uso dos dados para gestão, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os dados devem ser usados sem crítica, pois sistemas nacionais de informação eliminam automaticamente duplicidades, inconsistências e problemas de completude.
- (B) Os sistemas de informação devem ser utilizados apenas para comprovar produção de procedimentos, sem relação com planejamento, vigilância, acompanhamento longitudinal ou análise de vulnerabilidades.
- (C) A equipe deve qualificar registros, avaliar completude, consistência, duplicidades e oportunidade e utilizar os dados no cuidado, planejamento e monitoramento.
- (D) A existência de inconsistências torna todos os dados inutilizáveis, sendo necessário suspender o planejamento até que o sistema esteja completamente perfeito.
- (E) A responsabilidade pela qualidade dos dados é exclusiva da área de tecnologia da informação, não envolvendo profissionais da assistência, vigilância ou gestão.

71

Uma pessoa com insuficiência cardíaca recebe alta hospitalar após descompensação. A equipe de Saúde da Família não recebe o sumário de alta, encontra prescrições divergentes e só dispõe de retorno ambulatorial em 45 dias. A gestão regional pretende reduzir readmissões e eventos relacionados a medicamentos.

A seguinte intervenção melhor expressaria a coordenação e a continuidade na Rede de Atenção à Saúde:

- (A) concentrar o seguimento no ambulatório especializado e suspender consultas na APS até a estabilização.
- (B) implantar sumário de alta, reconciliação medicamentosa, contato precoce pela APS, critérios de alerta e comunicação com hospital e especialidade.
- (C) submeter todas as alterações de prescrição à autorização prévia da regulação, sem comunicação direta entre os pontos assistenciais.
- (D) manter o retorno em 45 dias e orientar procura da urgência se houver piora, preservando a autonomia de cada serviço.
- (E) transferir ao hospital a responsabilidade exclusiva pelos primeiros 90 dias, sem participação da equipe territorial.

72

Na revisão de uma fila de ortopedia, a regulação identificou:

- I. usuários com sinais de alarme mantidos na fila eletiva;
- II. solicitações duplicadas confirmadas;
- III. encaminhamentos incompletos classificados automaticamente como baixa prioridade, sem devolutiva;
- IV. ausência de critérios que combinem risco clínico, vulnerabilidade e tempo de espera.

Considerando a regulação assistencial, estão corretas as ações propostas em

- (A) I e III, apenas.
- (B) II e III, apenas.
- (C) III e IV, apenas.
- (D) I, II e III.
- (E) I, II e IV.

73

Uma região pretende organizar o cuidado da insuficiência cardíaca. Durante a discussão, parte do grupo propõe elaborar somente um protocolo com doses de medicamentos; outra parte defende explicitar o percurso do usuário, os pontos de atenção e as responsabilidades assistenciais.

Considerando linha de cuidado e protocolo clínico, assinale a afirmativa correta.

- (A) A linha de cuidado organiza itinerários, responsabilidades, acesso, comunicação e continuidade; o protocolo apoia decisões clínicas. Os instrumentos são complementares.
- (B) A linha de cuidado substitui protocolos clínicos e deve definir doses fixas para todos os usuários.
- (C) O protocolo clínico organiza toda a governança regional, tornando desnecessários fluxos de referência e contrarreferência.
- (D) A linha de cuidado se limita à relação de exames autorizados, enquanto o protocolo define apenas a unidade responsável pelo pagamento.
- (E) Ambos os instrumentos devem ser elaborados exclusivamente pelo hospital de referência, pois a APS não participa do cuidado especializado.

74

Um serviço de imagem contratado pelo município cumpre a meta mensal de exames, mas apresenta fila crescente, repetição frequente de procedimentos, laudos tardios e ausência de prioridade clínica. O contrato remunera exclusivamente por volume produzido.

Considerando funções da gestão municipal, assinale a afirmativa correta.

- (A) A produção contratada deve ser ampliada sem revisar o modelo, pois o cumprimento da meta comprova qualidade e acesso.
- (B) A fila deve ser transferida ao prestador, que poderá definir prioridades sem protocolos municipais.
- (C) O pagamento deve ser suspenso definitivamente antes de auditoria, independentemente do risco de interrupção assistencial.
- (D) Revisar metas e incentivos, incorporar acesso e qualidade, auditar repetições, integrar a regulação e monitorar resultados com transparência.
- (E) O contrato deve permanecer baseado apenas em volume, acrescentando orientação para que usuários procurem outro serviço em caso de demora.

75

Três municípios de uma mesma região apresentam baixa escala populacional, de modo que não podem manter, isoladamente, serviços especializados de alto custo. Usuários com câncer, doença renal crônica e gestação de alto risco têm de percorrer longas distâncias, há fluxos informais de encaminhamento e a oferta de serviços não acompanha as necessidades regionais. Em reunião intergestores, discute-se elaborar planejamento regional integrado e pactuar referências assistenciais.

Considerando regionalização, governança e pactuação interfederativa no SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) Cada município deve organizar todos os serviços de saúde dentro de seu próprio território, independentemente de escala, custo ou complexidade tecnológica.
- (B) A regionalização elimina a autonomia municipal, pois transfere integralmente à União a responsabilidade pela organização da rede assistencial.
- (C) A regionalização organiza ações e serviços em regiões de saúde mediante pactuação, definição de fluxos e responsabilidades, governança e planejamento conforme necessidades populacionais.
- (D) Serviços de maior densidade tecnológica devem ser distribuídos igualmente em todos os municípios, ainda que isso gere baixa escala, baixa qualidade e uso ineficiente de recursos.
- (E) A pactuação regional deve considerar apenas a oferta existente de serviços, sem analisar perfil epidemiológico, vazios assistenciais, acesso geográfico ou capacidade instalada.

76

Em determinado exercício, a base municipal sujeita ao mínimo constitucional para saúde foi de R\$ 200 milhões. Foram executados R\$ 27 milhões em atenção, vigilância e gestão do SUS; R\$ 3 milhões em aposentadorias de servidores da saúde; R\$ 2 milhões em alimentação escolar; e R\$ 1 milhão em limpeza urbana. A Lei Orgânica municipal não estabelece percentual superior ao mínimo nacional.

À luz da Lei Complementar nº 141/2012, assinale a afirmativa correta.

- (A) O município aplicou R\$ 33 milhões em saúde e superou o mínimo em R\$ 3 milhões, porque todas as despesas estão relacionadas ao bem-estar.
- (B) O mínimo é R\$ 30 milhões; somente R\$ 27 milhões das despesas descritas são computáveis, havendo insuficiência de R\$ 3 milhões.
- (C) O mínimo é R\$ 24 milhões, correspondente a 12% da base, e o município cumpriu a obrigação.
- (D) O mínimo é R\$ 30 milhões, mas aposentadorias de servidores da saúde podem completar o valor aplicado.
- (E) O mínimo é R\$ 20 milhões, porque alimentação escolar e limpeza urbana possuem financiamento setorial próprio.

77

Um município observa que parte expressiva da população possui plano privado de assistência à saúde, mas continua utilizando serviços do SUS para vacinação, vigilância epidemiológica, urgências, medicamentos de programas públicos e acompanhamento de condições crônicas. Em reunião de planejamento, um gestor propõe excluir os beneficiários de planos privados da análise de necessidades de saúde, argumentando que “essa população pertence à saúde suplementar”.

Considerando a relação entre SUS e saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro, assinale a afirmativa correta.

- (A) Beneficiários de planos privados deixam de ter direito às ações e serviços do SUS, pois a contratação de plano transfere integralmente a responsabilidade assistencial para a operadora.
- (B) A existência de plano privado torna desnecessária a vigilância epidemiológica sobre esses usuários, pois doenças e agravos de notificação devem ser monitorados apenas na população exclusivamente SUS.
- (C) As ações de promoção, prevenção e vigilância são atribuições exclusivas dos planos privados quando o indivíduo possui contrato de saúde suplementar.
- (D) A gestão municipal deve planejar a rede pública apenas para pessoas sem plano, pois cobertura privada elimina demanda por urgência, imunização, medicamentos e ações coletivas.
- (E) A saúde suplementar é regulada, mas não substitui o SUS universal; o planejamento territorial deve considerar toda a população e a interface público-privada.

78

Uma empresa contrata plano coletivo empresarial para seus trabalhadores. A operadora organiza a rede credenciada, negocia com hospitais, laboratórios e clínicas, define mecanismos de autorização conforme contrato e regulação vigente, e os trabalhadores utilizam os serviços quando necessitam de cuidado. Em análise sobre o sistema privado de saúde, um residente deve identificar corretamente os diferentes atores envolvidos.

Considerando a organização do setor privado e da saúde suplementar, assinale a alternativa correta.

- (A) A empresa compra ou patrocina o plano; trabalhadores são beneficiários, a operadora administra e os prestadores executam a assistência.
- (B) A empresa contratante, os trabalhadores, a operadora e os prestadores exercem o mesmo papel, pois todos são consumidores diretos do serviço assistencial.
- (C) A operadora é sempre a prestadora direta de todos os serviços, sendo vedada a contratação de hospitais, laboratórios ou profissionais externos.
- (D) Os trabalhadores são os compradores institucionais do plano coletivo empresarial, enquanto a empresa exerce apenas papel assistencial.
- (E) A rede prestadora define, de forma autônoma e sem regulação, quais coberturas assistenciais serão obrigatórias para todos os contratos.

79

A Secretaria Municipal de Saúde concebeu um programa comunitário de prevenção de violências, definiu seus objetivos e parâmetros e pretende selecionar organização da sociedade civil para executá-lo com transferência de recursos financeiros, plano de trabalho, metas e monitoramento.

Considerando o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser celebrado acordo de cooperação, instrumento próprio para parcerias com transferência de recursos.
- (B) Deve ser celebrado termo de fomento, pois a concepção do programa partiu da administração pública.
- (C) Deve ser utilizado contrato administrativo comum, sem plano de trabalho ou prestação de contas por resultados.
- (D) Cabe termo de colaboração, pois a iniciativa é da administração e há transferência de recursos.
- (E) A parceria independe de instrumento formal quando a organização não possui finalidade lucrativa.

80

Pesquisadores pretendem revisar prontuários eletrônicos identificáveis para avaliar uma intervenção municipal já concluída. O estudo apresenta risco mínimo, mas o contato com milhares de usuários para obter consentimento é considerado impraticável. A equipe propõe acessar os dados antes da avaliação ética e solicitar dispensa de consentimento apenas na publicação.

Considerando o marco ético brasileiro para pesquisas com seres humanos, assinale a alternativa correta.

- (A) O acesso prévio é permitido porque os prontuários pertencem ao serviço público, desde que os nomes sejam retirados antes da publicação.
- (B) A inviabilidade de contato dispensa avaliação ética e autoriza o uso integral dos dados identificáveis.
- (C) O protocolo deve ser aprovado antes do acesso; eventual dispensa de consentimento exige justificativa, minimização de dados, confidencialidade e segurança.
- (D) A pesquisa pode começar após autorização do gestor, pois a avaliação ética é necessária apenas para ensaios clínicos prospectivos.
- (E) A única alternativa ética é excluir o estudo, pois nunca pode haver dispensa de consentimento em pesquisa com dados de prontuário.

Realização

