

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PATRIMÔNIO
EQUIPE DE CONCURSOS - USI/DSP/SMAP**

EDITAL Nº 028/2024

CONCURSOS PÚBLICOS 749 A 790 - ASSISTENTE OPERACIONAL - DMLU, AUXILIAR DE FARMÁCIA, TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, TERAPEUTA OCUPACIONAL E MÉDICOS ESPECIALISTAS

ANEXO I – RESULTADO DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS INTERPOSTOS EM FACE DO GABARITO PRELIMINAR

1. CONHECIMENTOS GERAIS – NÍVEL ESCOLAR MÉDIO E TÉCNICO

1.1. LÍNGUA PORTUGUESA

QUESTÃO 2: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A questão e o gabarito encontram-se corretos e não há o que ser alterado. Parte da questão visava verificar a capacidade do candidato de refletir sobre a linguagem usada no texto. Tendo feito corretamente esta etapa, o candidato perceberia que o que predomina não é uma linguagem objetiva que embasaria uma crítica literal, mas sim os toques de ironia que tornam o artigo irreverente e irônico mais do que objetivo.

Alguns trechos em que isso ocorre são:

“Gosto muito de ver, em parlamentos, quando alguém discursa e membros do mesmo partido aplaudem ou gritam “bravo!” ou “muito bem!”. Mas fico triste quando o parlamentar que foi o único do seu partido a ser eleito não tem quem o incentive quando fala.

Por isso, fiquei satisfeito quando soube que um CEO de um grande canal de TV pedia aos seus funcionários que criassem perfis falsos no Twitter para atacar os jornalistas que falassem mal dos programas da plataforma”.

Percebe-se a ironia porque, sendo a criação de perfis falsos algo repreensível, como ficará claro que é o que o autor pensa, seria absurdo entendermos que ele de fato ficou satisfeito com o que pedia o grande canal de TV. Outro trecho é: “Ao que parece, parte do trabalho dos funcionários do canal era criar pessoas fictícias com opiniões reais. É uma profissão criativa”. Ao classificar como “criativa”, uma característica positiva, o trabalho de falsificação de opiniões, o autor também está usando ironia. Temos ainda “Primeira: os CEOs têm bastante tempo livre. Têm tempo para se entreter com críticas.”, já que é um contrassenso pensarmos que um CEO, a cargo de uma grande empresa, tenha bastante tempo livre. Sendo assim, ainda que a finalidade seja a crítica, o autor o faz de forma predominantemente irônica.

QUESTÃO 4: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A questão e o gabarito encontram-se corretos e não há o que ser alterado. Não havia qualquer necessidade de que nos referíssemos à questão de serem variáveis ou invariáveis os pronomes em questão, já que isso não era necessária para a identificação das palavras como tal. Era necessário analisar as orações observando o papel das palavras. Feito isso de forma correta, o candidato perceberia que se trata de pronomes relativos. O pronome relativo é aquele que retoma um elemento já mencionado anteriormente. Na frase dada, “que” retoma parlamentar, já “quem” é um pronome relativo indefinido, que não retoma uma ideia explícita, mas assume o valor de “pessoa que”, retomando indiretamente a ideia de “parlamentares”, implícita na situação descrita na oração anterior.

QUESTÃO 5: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A questão e o gabarito encontram-se corretos e não há o que ser alterado. “Criar” e “inventar” seriam sinônimos da palavra “engendrar”, mas não constam nas alternativas. Não há nada nas palavras “criar” e “inventar” que indique que o que foi criado ou imaginado será ou não posto em prática, assim como em “idealizar” e “engendrar”.

QUESTÃO 7: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A questão e o gabarito encontram-se corretos e não há o que ser alterado. A única alternativa correta é a que apresenta a palavra “seccionada”. A alternativa “A” não está correta porque “secessão” se escreve com “ss”. A alternativa “B” apresenta a palavra sensação escrita com “ss”, a “C” apresenta “sexto” em vez de “cesto” e a “D” apresenta “expectativa” com “s” no lugar do “x”.

1.2. LEGISLAÇÃO

QUESTÃO 11: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A questão apresenta uma única resposta correta correspondente à alternativa “A”, nos termos do artigo 48, inciso III, da Lei n.º 12.288/2010. A alternativa “D” está incorreta, pois se trata de uma diretriz específica que constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (artigo 7º da referida lei), e não um objetivo do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR). Assim, a correta interpretação do enunciado da questão também faz parte da avaliação.

QUESTÃO 15: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A questão apresenta uma única resposta correta correspondente à alternativa “D”, nos termos do artigo 8º, inciso XI, da Lei Complementar Municipal n.º 478/2002. Diferentemente do alegado, o enunciado da questão é expresso ao tratar da hipótese de apreciação da “prestação de contas anual do Departamento Municipal de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Porto Alegre (PREVIMPA) a ser remetida ao Tribunal de Contas do Estado”, e não da elaboração da prestação de contas. Assim, a correta interpretação do enunciado da questão também faz parte da avaliação.

QUESTÃO 16: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A questão apresenta uma única resposta correta correspondente à alternativa “C”, nos termos do artigo 47, inciso V, da Lei n.º 10.741/2003. Diferentemente do alegado, o enunciado da questão é expresso ao solicitar uma linha de ação da política de atendimento à pessoa idosa, e não garantias de prioridade, previstas no artigo 3º, § 1º, da referida Lei, o que torna a alternativa “E” incorreta. A correta interpretação do enunciado da questão também faz parte da avaliação.

QUESTÃO 17: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A questão apresenta uma única resposta correta correspondente à alternativa “D”, nos termos do artigo 8º, inciso XI, da Lei Complementar Municipal n.º 478/2002. O enunciado da questão é expresso ao tratar da hipótese de apreciação da “prestação de contas anual do Departamento Municipal de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Porto Alegre (PREVIMPA) a ser remetida ao Tribunal de Contas do Estado”, e não da aprovação da prestação de contas, bem como solicitou que os candidatos respondessem com base somente na Lei Complementar n.º 478/2022. Assim, a correta interpretação do enunciado da questão também faz parte da avaliação.

QUESTÃO 20: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A questão apresenta uma única resposta correta correspondente à alternativa “A”, nos termos do artigo 3º, inciso I, da Lei n.º 13.146/2015. Diferentemente do alegado, o enunciado da questão é expresso ao solicitar a definição legal, prevista na referida Lei. A alternativa “D” é incorreta, pois se trata da definição de outro conceito, a saber, “tecnologia assistiva ou ajuda técnica”, de acordo com o artigo 3º, inciso III, da Lei n.º 13.146/2015, e não de “acessibilidade”, conforme exigida no enunciado da questão. A correta interpretação do enunciado da questão também faz parte da avaliação.

2. CONHECIMENTOS GERAIS – NÍVEL ESCOLAR SUPERIOR

2.1. LÍNGUA PORTUGUESA

QUESTÃO 1: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

O candidato pede pelo acerto da alternativa “C”, mas sem fundamentação no texto. De acordo com o segundo parágrafo do texto, o hidrogênio, ao contrário do que é dito na alternativa “C”, é o gás mais abundante que existe no universo. Por conta desta afirmação, resta incorreta a alternativa “C”, pois ela se refere ao hidrogênio como um gás muito escasso. Fica mantida a questão.

QUESTÃO 4: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

As alternativas “A”, “B”, “D” e “E” estão incorretas, pois o advérbio “extremamente” não é classificado como sendo de afirmação, ordem, designação ou intensidade. A única alternativa correta é a “C”, pois os termos “longe” e “extremamente” são classificados, respectivamente, como de lugar e modo.

QUESTÃO 5: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa única correta é a “B”, pois, como é dito no primeiro parágrafo, o hidrogênio é um gás incolor. Por conta disso, o texto utiliza uma linguagem figurado ao atribuir-lhe as cores cinza e verde. As demais alternativas estão incorretas, pois elas não utilizam linguagem com sentido figurado.

QUESTÃO 6: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa “A” está incorreta, pois o pronome “la” não pode substituir objeto indireto. As alternativas “B”, “D” e “E” estão incorretas, pois o pronome “lhe” não pode substituir objeto direto. A alternativa “C” está correta, pois o pronome “nas” substitui objeto direto e recebe esta forma por estar relacionado ao verbo nasalado “tem”.

QUESTÃO 8: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa “A” está incorreta, pois o termo “ambos” exige o emprego da próclise. A alternativa “B” está correta, pois o verbo no infinitivo exige o uso da ênclise. A alternativa “C” está incorreta, pois o termo “quando” exige o uso da próclise. A alternativa “D” está incorreta, pois o pronome “que” é atrativo pronominal. A alternativa “E” está incorreta, pois o termo “alguém” é atrativo pronominal.

2.2. LEGISLAÇÃO

QUESTÃO 13: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Primeiramente, cabe destacar que o Recorrente solicita a troca do gabarito para a letra “E”. No início de seu recurso, transcreve o enunciado da questão 13 e o conteúdo da alternativa “A”, dada como correta no gabarito preliminar. Discorre e cita o item I do artigo 129 e o caput do artigo 130, ambos da Lei n.º 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Para maior clareza, transcreve-se o teor do enunciado da questão em comentário:

Nas alternativas abaixo estão relacionadas algumas das medidas pertinentes aos pais ou responsáveis fixadas nos artigos 129 e 130 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), EXCETO,

Note-se que, em todas as alternativas da questão, exceto a alternativa “A”, estão relacionadas às medidas aplicáveis aos pais ou responsável, indicadas nos incisos II, III e IV do artigo 129, bem como no *caput* do artigo 130 do ECA.

Veja o disposto nas referidas alternativas “B”, “C”, “D” e “E”, que correspondem às disposições do ECA acima transcritas:

- (B) encaminhamento a cursos ou programas de orientação.*
- (C) encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico.*
- (D) inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.*
- (E) afastamento do agressor da moradia comum, nas hipóteses previstas na lei.*

A única alternativa que não indica “*medida pertinente aos pais ou responsáveis fixadas nos artigos 129 e 130 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*” é a alternativa A, *verbis*:

- (A) inclusão em programa de acolhimento familiar ou institucional, com acompanhamento individual.*

De fato, o teor da alternativa “A” corresponde ao disposto nos artigos 98 e 101, inciso IV, do ECA. Trata-se de medida de proteção relacionada à criança e ao adolescente.

Vale atentar que, ao contrário do afirmado pelo Recorrente, o disposto na alternativa “A” não é o mesmo que o previsto no artigo 129, inciso I do ECA. São redações distintas, com diferentes propósitos. Inclusão em programa de acolhimento familiar ou institucional, com acompanhamento individual não é o mesmo que encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família. A própria letra da lei fala por si. Assim, de fato, o disposto na alternativa A corresponde ao comando do artigo 101, inciso IV do mesmo ECA e que difere do conteúdo do já referido inciso I do artigo 129.

Por sua vez, a alternativa “A” não trata da hipótese de “de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum”, indicada no artigo 130, *caput*. E mais, por estar contido no “Título IV, Das Medidas Pertinentes aos Pais ou Responsável”, o artigo 130 também se refere a eles, ao contrário do que entende o Recorrente. Mesmo que a autoridade judiciária seja responsável pelo afastamento do agressor da moradia.

Ora, não resta dúvida de que a única alternativa que não diz respeito às medidas pertinentes aos pais ou responsáveis, que se encontram fixadas nos artigos 129 e 130 do ECA é a alternativa “A”. De fato, ela se refere a medidas proteção relacionadas à criança e ao adolescente que se encontram previstas nos artigos 98 e 101, inciso IV, do ECA.

QUESTÃO 14: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

Inicialmente, cabe destacar que o Recorrente entende que *“Uma vez que a lei 12.288/2010 discorre, entre outras coisas, de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas pública e privada em virtude de DESCENDÊNCIA OU ORIGEM NACIONAL OU ÉTNICA”*. Por conta disso, alega que *“não é correta a alternativa dada como certa na qual é citada apenas desigualdade racial. Correta alternativa que contém ÉTNICO-RACIAL como o próprio texto da questão expõe.”* (verbis)

Formalmente, o recurso encontra-se em desacordo com o item 9.9, subitens 9.9.1 e 9.9.3 do Capítulo IX do Edital do Certame em tela, por não se encontrar devidamente fundamentado, além de não ter fundamentação lógica e consistente. Para maior clareza, transcreve-se:

CAPÍTULO IX – DOS RECURSOS

(...)

9.9. Não serão apreciados os recursos que forem apresentados:

9.9.1. Em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo;

(...)

9.9.3. Sem fundamentação lógica e consistente;

Note-se que, conforme antes transcrito, o Recorrente discorreu sobre o que entende que a Lei n.º 12.288/2010 trata, sem indicar qualquer dispositivo legal que fundamentasse suas alegações.

Na sequência, alegou não ser correta a alternativa dada como certa e afirmou que a alternativa *“que contém ÉTNICO-RACIAL”* seria a correta.

De se ressaltar que o Recorrente não indicou expressamente qual alternativa entende ser correta. Apenas mencionou como correta *“alternativa que contém ÉTNICO-RACIAL como o próprio texto da questão expõe.”*

Vale comentar que, na questão em análise, há duas alternativas que se referem a expressão *“ÉTNICO-RACIAL”*: a alternativa “A”, discriminação racial ou étnico-racial, e a alternativa “B”, desigualdade de raça ou étnico-racial.

Adicionalmente, constata-se que não houve qualquer pedido de alteração do gabarito, anulação da questão, nem mesmo de procedência do recurso interposto.

Não só pelas exigências de fundamentação contidas no item e subitens antes indicados do Edital, mas também pela formação, pré-requisitos e atribuições dos cargos objeto do Concurso em questão, o Recorrente deveria ter destinado mais tempo para detalhar e fundamentar seu recurso. Assim sendo, em termos formais, o Recurso não mereceria ser apreciado.

Para afastar qualquer dúvida sobre a pertinência do Recurso, passa-se a avaliar o seu MÉRITO. Sob esse prisma, também não assiste razão ao Recorrente.

Transcreve-se o enunciado da questão 14, para maior clareza:

Nos termos e para os fins da Lei n.º 12.288/2010, “toda situação injustificada de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas pública e privada, em virtude de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica” é considerada (grifou-se)

Note-se que a questão versa sobre uma disposição contida na Lei n.º 12.288/2010, por isso que destaca, em seu início, *“Nos termos e para os fins da Lei n.º 12.288/2010”*.

Ora, não há como conceber qualquer alteração do disposto na própria lei em tela, visto que a resposta correta, contida na alternativa “E” da questão objeto do presente recurso, corresponde exatamente ao aludido dispositivo legal.

Ademais, repita-se, não indicou, o Recorrente, a alternativa que entende ser correta. Ao mencionar como correta *“alternativa que contém ÉTNICO-RACIAL como o próprio texto da questão expõe.”*, não se atentou ao fato que duas alternativas se referem a *“ÉTNICO-RACIAL”*, a “A” e a “B”.

A alternativa “A” refere-se à discriminação racial ou étnico-racial, que é tratada no inciso I do mesmo parágrafo único do artigo 1º da Lei n.º 12.288/2010

Já a alternativa “B”, que se refere à “desigualdade de raça ou étnico-racial”, não é correta, já que não corresponde à definição trazida no enunciado da questão e, também, reflete incorretamente o disposto nos incisos II e III do mesmo parágrafo único do artigo 1º da Lei n.º 12.288/2010, que tratam de desigualdade racial e desigualdade de gênero e raça, respectivamente

Desta feita, fica claro que, para os fins e nos termos da Lei n.º 12.288/2010, a alternativa “E”, desigualdade racial, é a correta, porque corresponde à *“toda situação injustificada de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas pública e privada, em virtude de raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica”*.

3. CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS POR CARGOS

3.1. ASSISTENTE OPERACIONAL

QUESTÃO 23: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A alternativa “A” é a única correta, conforme segue abaixo.

Legalidade (obediência a lei), impessoalidade (não fazer acepção a pessoas), moralidade (valores de aceitação pública), publicidade (ser transparente) e eficiência (fazer o que precisa ser feito, da melhor maneira possível).

A alternativa “B” é incorreta porque apresenta os princípios do Sistema Único de Saúde.

A alternativa “C” é incorreta porque é uma mescla entre as alternativas “A” e “B”.

A alternativa “D” é incorreta porque representa os princípios da ETHOS.

A Alternativa “E” é incorreta porque é uma mescla da “A” com “C” e “D”.

QUESTÃO 24: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa “C” é a única correta porque “Efetividade” engloba a realização dos objetivos de maneira completa e duradoura, levando em consideração não apenas a eficácia imediata, mas também a sustentabilidade e os resultados a longo prazo. Ao considerar a relação entre recursos empregados e resultados obtidos, a efetividade é o conceito que melhor abrange a avaliação global do desempenho no atendimento público. Efetividade refere-se ao “exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação”.

As demais alternativas estão relacionadas a aspectos específicos, mas a efetividade representa a combinação harmoniosa de eficácia e eficiência para alcançar resultados sustentáveis e duradouros.

A alternativa “A” é incorreta porque “Eficácia” refere-se à capacidade de atingir os objetivos e metas estabelecidos. É a maximização de rendimento para a organização, por meios técnicos e econômicos (eficiência) e por meios políticos”.

A alternativa “B” é incorreta porque “Eficiência” está relacionada à realização de tarefas ou processos de forma econômica, minimizando o desperdício de recursos. Refere-se basicamente à avaliação da rentabilidade econômica do projeto, estabelecendo-se uma relação entre o seu custo e os resultados obtidos

A alternativa “D” é incorreta porque “Sustentabilidade” é a capacidade de uso consciente dos recursos naturais sem comprometer o bem-estar das gerações futuras. Seu objetivo principal é encontrar o equilíbrio entre o desenvolvimento econômico e a preservação ambiental.

A alternativa “E” é incorreta porque, de acordo com o Manual de Oslo, a publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tida como referência mundial para os conceitos e metodologia para analisar a inovação nas empresas.

QUESTÃO 25: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A única alternativa correta é “A” (Estrutura hierárquica flexível), pois uma estrutura hierárquica flexível permite uma abordagem mais adaptável e colaborativa nas relações humanas e públicas. Ao contrário das opções que sugerem formalização extensiva, centralização de autoridade, tomada de decisões autocrática e ambiente de conflito controlado, uma estrutura mais flexível favorece a comunicação aberta, a participação e a resolução colaborativa de problemas, promovendo relacionamentos mais saudáveis e eficazes.

No que diz respeito à inovação, estruturas organizacionais mais flexíveis são mais adequadas.

QUESTÃO 26: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A única alternativa correta é “A” (Uniformidade de pensamento).

A uniformidade de pensamento, ou seja, a falta de diversidade de ideias e perspectivas, pode representar um desafio para as relações humanas e públicas. Quando todos têm opiniões semelhantes, pode haver uma limitação na inovação, na criatividade e na resolução de problemas. Nesse contexto, a gestão eficaz precisa fomentar a diversidade de pensamento, encorajando a expressão de diferentes opiniões e promovendo um ambiente inclusivo.

A escola de Relações Humanas defende a necessidade de feedback constante, conflitos construtivos, tomada de decisões participativa e comunicação transparente, na busca da integração dos aspectos sociais e técnicos nas

organizações, reconhecendo a importância das relações interpessoais, da participação dos funcionários nas decisões e do fluxo de comunicação aberta para o desempenho eficaz das empresas públicas e privadas. Considera a participação dos atores e a diversidade de pensamento como um instrumento de gestão, a serviço do consenso e da cooperação e, conseqüentemente, da eficácia e da produtividade.

Esses princípios estão alinhados com a ênfase na dimensão humana no ambiente de trabalho, e são importantes para a promoção de um ambiente organizacional mais saudável e produtivo. A diversidade de pensamentos (e não a uniformidade) e de experiências em uma equipe promove a inovação; novas ideias surgem, e soluções criativas são encontradas para problemas antigos, levando a abordagens mais inventivas e originais.

As demais alternativas são, geralmente, consideradas como elementos que contribuem para a eficácia nas relações humanas e públicas, tornando a uniformidade de pensamento a resposta mais desafiadora.

QUESTÃO 28: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A única alternativa que atende ao comando da questão, que pedia para o candidato assinalar a alternativa **incorreta**, é a “B”, uma vez que a habilidade técnica está mais relacionada à aplicação prática e à resolução de problemas específicos, enquanto a habilidade conceitual envolve uma compreensão mais abstrata e teórica.

QUESTÃO 29: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A única alternativa correta é a “E”, desse modo, todas as proposições estão corretas, conforme o Decreto n.º 4.073, de 3 de janeiro de 2002, sobre a Lei da Política Nacional de Arquivos Públicos e Privados, Capítulo III, “Dos documentos públicos”, artigo 15.

QUESTÃO 33: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A única alternativa correta é a “C” (1C / 2B / 3D / 4A), conforme segue abaixo:

- 1. Atos enunciativos/C: Parecer, relatório, voto e despacho interlocutório. Trata-se de exemplos dos atos enunciativos; são opinativos, esclarecem um assunto, visam fundamentar uma solução.
- 2. Atos de Assentamento/B: Apostila, ata, termo e auto de infração são exemplos. São os configurados por registros, consubstanciando assentamento sobre fatos ou ocorrências.
- 3. Atos de Ajuste/D: Tratado, convênio, contrato e termos (transação, ajuste etc.) são exemplos. São atos representados por acordo em que a administração pública (federal, estadual, do Distrito Federal ou municipal) é parte.
- 4. Atos de Correspondência/A: Aviso, ofício, carta, memorando, mensagem, edital, intimação, exposição de motivos, notificação, alvará, circular. Objetivam a execução dos atos normativos, em sentido amplo.

QUESTÃO 35: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A única alternativa correta é a “E”, desse modo, todas as proposições estão corretas, pois a destinação dos documentos é efetivada após a atividade de seleção, que consiste na separação dos documentos de valor permanente daqueles passíveis de eliminação, mediante critérios e técnicas estabelecidos na tabela de temporalidade e destinação.

A tabela de temporalidade possui as seguintes características:

- Fornece informação sobre a alteração do suporte da informação, ou seja, define quais documentos serão digitalizados ou microfilmados;

- É elaborada por uma Comissão Permanente de Avaliação formada por servidores responsáveis pelos setores da instituição;

- Para ser aplicada aos documentos da instituição, deve ser aprovada por autoridade competente;

- Os prazos se baseiam na legislação em vigor.

QUESTÃO 44: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

De acordo com o Edital do Certame, no Capítulo IX (Dos Recursos), no subitem **9.9. Não serão apreciados os recursos que forem apresentados: 9.9.1. Em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo;** 9.9.2. Fora do prazo estabelecido; 9.9.3. Sem fundamentação lógica e consistente; 9.9.4. Com argumentação idêntica a outros recursos; 9.9.5. Contra terceiros; e 9.9.6. Com teor que despreze a Banca Examinadora. 9.10. Em hipótese alguma, serão aceitos revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso de Gabarito Final Definitivo.

3.2. AUXILIAR DE FARMÁCIA

QUESTÃO 53: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

Segundo as Portarias n.º 1.555/2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal.

QUESTÃO 48: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A Portaria n.º 1160/2018, com as Determinações da Coordenação de Assistência Farmacêutica, **revoga**, no artigo 32, a Instrução Normativa n.º 11 de 17 de agosto de 2015.

Ademais, a mesma Portaria, no artigo 9º, diz exatamente que: “Caso necessário, pode ser estabelecido um horário para conferência e armazenamento dos medicamentos recebidos por ocasião da entrega do pedido mensal, de no máximo 02 (duas) horas nos DUS, nas FDs e FEs, momento em que o estabelecimento não atenderá ao público”; e no parágrafo 1º diz que “essa rotina deverá ser pactuada com os conselhos locais e distritais de saúde, bem como com a Coordenação de Assistência Farmacêutica e deverá ser colocado aviso prévio através de cartazes, a ser pactuado com a Assessoria de Comunicação da SMS”.

3.3. TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

QUESTÃO 32: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

Segundo a portaria SES n.º 799/2023, que estabelece procedimentos de boas práticas para serviços de alimentação complementares à Resolução RDC ANVISA nº 216, de 15 de setembro de 2004, e aprova a Lista de Verificação em Boas Práticas para Serviços de Alimentação, determina que:

- O armazenamento de alimentos refrigerados no mesmo equipamento de refrigeração deve seguir os seguintes critérios:

- a) Alimentos prontos colocados nas prateleiras superiores;
- b) Alimentos pré-preparados ou semiprontos nas prateleiras centrais;
- c) Produtos crus nas prateleiras inferiores, separados entre si e dos demais produtos.

Considerando os alimentos citados, o pronto é a musse de chocolate, os pré-preparados ou semiprontos seriam o bife empanado e os crus são os ovos e o alface *in natura*. Sendo assim, a ordem correta deve ser: prateleira inferior: ovos e alface *in natura*; prateleira do meio: bife empanado e prateleira superior: musse de chocolate.

QUESTÃO 36: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

Tomando como base a Portaria SES n.º 799/2023 do Estado do Rio Grande do Sul e avaliando as proposições relativas aos cuidados em manipular alimentos, considera-se:

Proposição I: O uniforme deve ser de uso exclusivo para atividade de manipulação de alimentos, estar limpo, em adequado estado de conservação, com mangas compridas, cobrindo a totalidade dos braços, calças compridas, calçados fechados e deve ser trocado a cada 2 dias. **Resposta:** Os uniformes dos manipuladores devem ser trocados, no mínimo, diariamente, de acordo com o item 8.4, portanto, a proposição I é incorreta.

Proposição II: Os manipuladores devem ser afastados das atividades de manipulação de alimentos quando apresentarem doenças de pele, lesões e/ou doenças infectocontagiosas que possam comprometer a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos. **Resposta:** De acordo com item 8.3, a proposição é correta.

Proposição III: Os manipuladores devem ter bons hábitos de higiene, asseio corporal, mãos higienizadas, unhas curtas, sem esmalte, sem adornos, sem maquiagem e cabelos completamente protegidos. **Resposta:** De acordo com o item 8.5., a proposição é correta.

Proposição IV: É proibido que os manipuladores tenham barba e/ou bigode e/ou cavanhaque e/ou costeleta. **Resposta:** Ainda de acordo com o item 8.5 “Quando da presença de barba e/ou bigode e/ou cavanhaque e/ou costeleta devem ser aparados e curtos, totalmente cobertos”, portanto, não é proibido o uso de barbas, bigodes, cavanhaques ou costeleta. A proposição IV é incorreta.

QUESTÃO 42: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

Analisando as proposições em relação às doenças transmitidas por alimentos e água e tomando como referência os dados publicados pelo Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha>) as proposições a seguir são:

Proposição I: É considerado surto de DTHA quando duas ou mais pessoas apresentam doença ou sinais e sintomas semelhantes após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem, normalmente em um mesmo local. **Resposta:** “É considerado surto de DTHA quando duas ou mais pessoas apresentam doença ou sinais e sintomas semelhantes após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem, normalmente em um mesmo local. Para doenças de alta gravidade, como Botulismo e Cólera, a confirmação de apenas um caso já é considerada surto”. Portanto, a proposição é correta.

Proposição II: Dentro desse grupo são consideradas as intoxicações causadas por toxinas naturais, por exemplo, cogumelos venenosos, toxinas de algas e peixes ou por produtos químicos prejudiciais que contaminaram o alimento, como chumbo e agrotóxicos. **Resposta:** “Existem ainda as intoxicações causadas por toxinas naturais, como por exemplo, cogumelos venenosos, toxinas de algas e peixes ou por produtos químicos prejudiciais que contaminaram o alimento, como chumbo e agrotóxicos. Em todos os casos, é fundamental procurar uma ajuda médica imediata, porque algumas doenças transmitidas por alimentos podem, se não tratadas adequadamente, levar à morte”. Portanto, a proposição é correta.

Proposição III: Independente do agente etiológico, os sinais e sintomas da DTHA sempre são náuseas, vômitos e diarreia. **Resposta:** Não há um quadro clínico específico para os surtos de DTHA, podendo variar de acordo com o agente etiológico envolvido. No entanto, os sinais e sintomas mais comuns são: Náusea; Vômito; Dor abdominal; Diarreia; Falta de apetite; Febre. Além desses, podem ocorrer também afecções extraintestinais em diferentes órgãos e sistemas como nos rins (Síndrome Hemolítico-Urêmica), sistema nervoso central (botulismo e toxoplasmose), má formação congênita (toxoplasmose), dentre outros. Portanto, a proposição é incorreta.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

Os alimentos podem ser classificados de acordo com predominância de nutrientes em: construtores, reguladores e energéticos. Os alimentos referidos foram: pão de forma integral, requeijão, banana prata e iogurte integral. E a resposta correta deve ser: Pão de forma integral: energéticos; requeijão e iogurte natural: construtores e banana prata: reguladores. Apesar do enunciado estar escrito iogurte integral e as questões iogurte natural, independentemente do iogurte, todos eles são classificados como construtores.

3.4. MÉDICO ESPECIALISTA – ANESTESIOLOGIA

QUESTÃO 52: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa “E” parece, à primeira vista, correta, mas sua formulação sugere um entendimento equivocado do mecanismo pelo qual os anestésicos locais atuam. Embora mencione que os anestésicos locais “atuam bloqueando a entrada de íons sódio nas células nervosas,” o que é verdade, a maneira como está escrita pode confundir, pois não é apenas a “entrada” de íons sódio que é bloqueada; os anestésicos locais bloqueiam os canais de sódio na membrana neuronal, impedindo a mudança de permeabilidade necessária para a propagação do potencial de ação. Isso não é uma questão de simplesmente bloquear a entrada como uma porta que se fecha, mas sim uma inibição da função dos canais de sódio que são essenciais para a geração e condução de potenciais de ação ao longo das células nervosas. Portanto, a alternativa “E” está tecnicamente incorreta na sua essência, ela pode ser considerada enganosa na sua formulação, sugerindo um mecanismo de ação mais passivo do que o real processo ativo de bloqueio funcional dos canais de sódio realizado pelos anestésicos locais.

3.5. MÉDICO ESPECIALISTA – CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 24: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta pois de acordo com o protocolo do SUS, pacientes com riscos de ferimentos devem ter sua dose de reforço de vacina a cada cinco anos. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 25: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta porque na literatura médica recente, a ressonância magnética de abdômen é o exame mais utilizado no diagnóstico das fístulas colovesicais visto que permite a localização exata do trajeto fistuloso. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 27: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta porque no manejo do paciente queimado essas são as diretrizes preconizadas pela literatura médica recente. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 28: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta porque segundo as normas do ATLS, a prioridade é a redução da perda sanguínea. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 29: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta pelo porque segundo o ATLS, o uso de aminas vaso ativas é o preconizado nessa situação. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 31: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa que consta no gabarito é a única correta porque segundo literatura médica recente, a afecção relacionada à disfunção miccional é a estenose da uretra distal. Desse modo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

QUESTÃO 45: GABARITO ALTERADO DE “A” PARA “D”

A atresia esofágica é uma condição na qual o esôfago não se desenvolve corretamente, resultando em uma desconexão ou obstrução do tubo que liga a boca ao estômago. Essa condição é frequentemente associada a outras anomalias congênitas como parte de síndromes ou complexos de malformações.

QUESTÃO 47: GABARITO ALTERADO DE “A” PARA “B”

A obstrução intestinal por volvo é mais comumente encontrada no cólon. O volvo do cólon refere-se à torção de uma parte do cólon sobre si mesma, o que pode levar à obstrução do fluxo intestinal. Esta condição pode ocorrer em várias partes do cólon, mas é mais frequentemente vista no cólon sigmoide (volvo de sigmoide) e, em algumas regiões do mundo, no ceco.

QUESTÃO 59: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

Para justificar a alternativa “E”, que é a única correta, é importante compreender a técnica padrão para a inserção de um dreno de tórax, especialmente no contexto de drenagem de líquidos como em um pneumotórax ou derrame pleural. A colocação de um dreno de tórax visa otimizar a drenagem eficaz enquanto minimiza o risco de lesão para o paciente.

A inserção de um dreno torácico normalmente ocorre na "zona segura", que é um espaço anatômico definido para minimizar o risco de complicações durante a procedimento. Esta zona segura geralmente se estende da linha axilar anterior até a linha axilar média, aproximadamente na altura do 4º ou 5º espaço intercostal. O procedimento visa inserir o dreno de uma forma que ele fique posicionado eficazmente para drenar ar, fluido ou sangue do espaço pleural sem danificar estruturas vitais.

A alternativa (E) "Anteriormente à linha médio-clavicular" é correta porque reflete a prática comum de inserir o dreno de tórax no espaço intercostal (usualmente no 4º ou 5º), anteriormente e logo abaixo da linha médio-clavicular. Esta posição assegura que o dreno esteja colocado na zona segura, onde há menor risco de lesar órgãos ou estruturas importantes, como vasos sanguíneos maiores, e maximiza a eficácia na drenagem do espaço pleural.

As outras alternativas propostas não refletem as práticas recomendadas ou posições seguras para a inserção do dreno de tórax:

- (A) "Inferiormente ao nível da costela" pode aumentar o risco de lesão ao nervo intercostal.
- (B) "Superiormente ao nível da clavícula" não é uma localização típica para a inserção de um dreno de tórax.
- (C) "Posteriormente à linha axilar média" pode ser usada em certas situações, mas não é a posição padrão para a maioria das drenagens pleurais.
- (D) "Anteriormente ao nível da clavícula" não descreve adequadamente uma localização segura para a inserção de drenos no contexto de drenagem pleural.

3.6. MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 42: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A Furosemida deve ser administrada por via intravenosa, na dose inicial de 20 a 40 mg, em bólus, em pacientes que não vinham em uso prévio e naqueles com uso crônico. A dose deve ser, no mínimo, equivalente ao de uso prévio. A posologia e os intervalos dos diuréticos devem alcançar os alvos clínicos de descongestão

Ademais, a Furosemida é o principal diurético utilizado, devendo ser utilizado de forma intensa e com início precoce, para promover a descongestão de forma eficaz, com resultados de melhora clínica, redução do tempo de internação e reinternação por IC.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa (B) é correta porque a presença de elevada eosinofilia sanguínea em pacientes com DPOC é um marcador de inflamação eosinofílica. Os corticosteroides inalatórios são particularmente eficazes em reduzir a inflamação eosinofílica, o que pode levar à redução das exacerbações e à melhora dos sintomas em pacientes com DPOC. Estudos têm demonstrado que pacientes com DPOC e níveis mais altos de eosinófilos no sangue se beneficiam mais do tratamento com corticosteroides inalatórios em termos de redução da taxa de exacerbações e melhora da função pulmonar.

(A) Tabagismo intenso: O tabagismo é a principal causa de DPOC e sua cessação é crucial para o manejo da doença. Embora a cessação do tabagismo seja fundamental, o uso de corticosteroides inalatórios não está indicado baseado unicamente no critério de tabagismo intenso. A indicação para corticosteroides inalatórios depende mais de características clínicas e marcadores inflamatórios do que do status de tabagismo. Incorreta.

(C) História de exacerbações frequentes: Embora pacientes com histórico de exacerbações frequentes possam se beneficiar de corticosteroides inalatórios, esta indicação é mais refinada pela presença de marcadores inflamatórios específicos, como a eosinofilia sanguínea. Pacientes com exacerbações frequentes, mas sem eosinofilia podem não obter o mesmo benefício. Incorreta.

(D) Predomínio de sintomas noturnos: O predomínio de sintomas noturnos pode indicar um controle inadequado da DPOC, mas não é um critério isolado para a indicação de corticosteroides inalatórios. O tratamento deve ser personalizado com base em uma avaliação abrangente da doença e seus sintomas. Incorreta.

(E) Ht elevado (Hematócrito elevado): Um hematócrito elevado pode ser um indicador de hipoxemia crônica, mas não é uma indicação direta para o uso de corticosteroides inalatórios na DPOC. O manejo da hipoxemia e da poliglobulia na DPOC pode incluir outras estratégias, como terapia de oxigênio. Incorreta.

Portanto, a indicação para o uso de corticosteroides inalatórios na DPOC baseia-se em uma abordagem individualizada, considerando marcadores específicos de inflamação, como a eosinofilia sanguínea, mais do que as outras características listadas.

QUESTÃO 48: GABARITO ALTERADO DE “A” PARA “D”

A resposta correta é a (D) Reverso triiodotironina (rT3). No hipotireoidismo subclínico, os níveis de T4 livre e T3 total geralmente estão dentro da faixa normal, enquanto o TSH está levemente elevado. No entanto, a rT3, um hormônio tireoideano inativo, pode estar elevada.

3.7. MÉDICO ESPECIALISTA – DERMATOLOGIA

QUESTÃO 26: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A questão usa a expressão “como regra”, que significa “via de regra, geralmente, comumente”. A eritrodermia psoriásica vem precedida pela psoríase em placa na maioria dos casos. O extrato da questão foi retirado do Tratado de Dermatologia Bologna de 2015 da editora Elsevier.

QUESTÃO 28: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A questão foi extraída do PCDT, que diz que “a fototerapia é um método terapêutico para tratamento de psoríase, tendo sido considerada de primeira linha para psoríase moderada e grave”. Porém, a modalidade de fototerapia utilizada nas formas palmo-plantares é a PUVA, não a UVB. Além disso, o tratamento de **primeira linha** na psoríase palmo-plantar é o tratamento tópico, uma vez que a questão não se refere às formas moderadas a grave.

QUESTÃO 30: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

O erro da terceira proposição consiste em afirmar que as pústulas na acne são de iguais tamanhos, uma vez que elas são polimórficas.

QUESTÃO 32: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

O recurso interposto tem como fonte bibliográfica datada de 2004.

De acordo com o consenso brasileiro sobre o tratamento do penfigoide bolhoso de **2019**, foi extraído que “para a forma extensiva, os corticoides sistêmicos são as principais opções, recomendando-se regime oral de prednisona de 0,5 a 0,75mg/kg/dia. Em grandes estudos controlados, enfatiza-se a função dos corticoides tópicos potentes, que parecem controlar também a doença generalizada do PB com eficácia semelhante aos corticoides sistêmicos e com poucos efeitos colaterais.^{23,43} Porém, a refratariedade de alguns pacientes aos corticoides ainda é motivo de estudo. Eventualmente, a pulsoterapia com metilprednisona pode ser necessária para o controle da doença de forma mais rápida. O uso de

drogas imunossupressoras é debatido, alguns autores defendem o uso apenas como terapia de segunda linha, quando a monoterapia com os corticosteroides falhar ou se houver contra-indicação”.

QUESTÃO 36: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

O recurso não apresenta fundamento, pois de acordo com as referências mais atuais, como no Tratado de Dermatologia Bologna de 2015, da editora Elsevier, o peróxido de benzoíla tem função antibiótica, porém NÃO induz a resistência bacteriana.

QUESTÃO 39: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

De acordo com o Edital do Certame, no Capítulo IX (Dos Recursos), no subitem **9.9. Não serão apreciados os recursos que forem apresentados: 9.9.1. Em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo;** 9.9.2. Fora do prazo estabelecido; 9.9.3. Sem fundamentação lógica e consistente; 9.9.4. Com argumentação idêntica a outros recursos; 9.9.5. Contra terceiros; e 9.9.6. Com teor que despreze a Banca Examinadora. 9.10. Em hipótese alguma, serão aceitos revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso de Gabarito Final Definitivo.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

O tratamento de primeira linha para o carcinoma basocelular superficial frequentemente envolve terapias menos invasivas que visam erradicar o câncer com preservação máxima da função e estética, especialmente em casos de tumores localizados em áreas de alta visibilidade e considerando a natureza geralmente menos agressiva deste tipo de carcinoma. Entre as opções listadas, o imiquimode tópico (B) se destaca por ser uma dessas terapias.

O imiquimode tópico é um modulador da resposta imune que atua estimulando o sistema imunológico local para combater o carcinoma basocelular superficial. É utilizado na forma de creme aplicado diretamente sobre a lesão, representando uma opção de tratamento eficaz que pode ser administrada pelo próprio paciente, sob orientação médica. Estudos clínicos demonstraram que o imiquimode tem alta eficácia no tratamento de carcinomas basocelulares superficiais, com boas taxas de resposta completa e uma vantagem estética favorável, uma vez que evita cirurgia e minimiza a cicatrização.

(A) Crioterapia: Pode ser usada para carcinomas basocelulares superficiais, mas é menos preferida comparada ao imiquimode tópico devido a taxas de recidiva potencialmente mais altas e resultados cosméticos que podem ser inferiores em alguns casos.

(C) Cirurgia de Mohs: Embora seja o padrão ouro para tipos de carcinoma basocelular de alto risco e localizados em áreas cosméticas ou funcionais críticas, é um procedimento mais invasivo e geralmente reservado para tumores mais complicados, maiores ou com margens mal definidas, não sendo a primeira linha para carcinomas basocelulares superficiais.

(D) Radioterapia: Geralmente é considerada uma opção para pacientes que não são candidatos à cirurgia ou para casos em que a cirurgia pode levar a resultados cosméticos ou funcionais indesejáveis. Não é a primeira escolha para carcinoma basocelular superficial.

(E) Dermoabrasão: Este é um procedimento que envolve a remoção das camadas superiores da pele e pode ser usado para tratamentos cosméticos ou cicatrizes, mas não é uma terapia padrão de primeira linha para carcinoma basocelular.

Portanto, o imiquimode tópico (B) é justificado como o tratamento de primeira linha para o carcinoma basocelular superficial, considerando sua eficácia, perfil de segurança, e a vantagem de ser uma terapia conservadora com resultados cosméticos favoráveis.

QUESTÃO 53: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

O eritema nodoso é reconhecido como a manifestação cutânea mais comum na sarcoidose, especialmente nos estágios iniciais da doença. A sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica que pode afetar vários órgãos, incluindo os pulmões, olhos, pele e outros, caracterizada pela formação de granulomas (aglomerados de células inflamatórias). O eritema nodoso se apresenta como nódulos eritematosos (vermelhos) e dolorosos, frequentemente localizados nas pernas. Na sarcoidose, o eritema nodoso é considerado uma manifestação de hipersensibilidade e está frequentemente associado a uma boa prognose. É mais comum no início da doença e pode estar associado a febre, artralgia (dor nas articulações) e fadiga. O eritema nodoso na sarcoidose muitas vezes indica uma forma aguda da doença, que pode se resolver espontaneamente ou com tratamento.

(B) Pápulas lúpicas: Embora a sarcoidose possa manifestar-se através de lesões cutâneas que às vezes são confundidas com o lúpus, as pápulas lúpicas são mais especificamente associadas ao lúpus eritematoso e não são a manifestação mais comum da sarcoidose.

(C) Lesões de Darier-Roussy: Estas lesões subcutâneas são mais comumente associadas a outras condições e não são consideradas uma característica típica da sarcoidose.

(D) Placas anulares: Placas anulares podem ocorrer em várias condições dermatológicas, mas não são a manifestação cutânea mais comum da sarcoidose.

(E) Rosáceas: Rosácea é uma condição cutânea crônica caracterizada por vermelhidão facial, vasos sanguíneos visíveis, pápulas e pústulas. Não está associada como uma manifestação da sarcoidose.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

O eritema nodoso é uma condição inflamatória que se manifesta como nódulos dolorosos, geralmente localizados na parte frontal das pernas. O tratamento visa aliviar os sintomas e tratar a causa subjacente, se conhecida. Entre as opções fornecidas, os corticosteroides orais (C) são frequentemente utilizados para tratar o eritema nodoso devido à sua capacidade de reduzir rapidamente a inflamação.

(A) Antimaláricos: Embora os antimaláricos possam ser usados em algumas doenças de pele e condições inflamatórias, não são a primeira linha de tratamento para o eritema nodoso. Eles podem ser considerados em casos específicos, mas não são comumente usados para esta condição.

(B) Antibióticos: Antibióticos são prescritos quando o eritema nodoso é causado por uma infecção bacteriana subjacente. No entanto, eles não são usados para tratar o eritema nodoso em si, mas sim a causa infecciosa, se identificada. Portanto, não são considerados tratamento de primeira linha para todos os casos de eritema nodoso.

(D) Imunossupressores: Embora imunossupressores possam ser utilizados em algumas condições inflamatórias crônicas, eles não são a primeira escolha para o tratamento do eritema nodoso devido ao risco de efeitos colaterais e complicações. Seu uso é mais reservado para condições específicas que não respondem a outras terapias.

(E) Ciclosporinas: A ciclosporina é um imunossupressor específico que pode ser usado em certas condições dermatológicas. No entanto, como os imunossupressores em geral, não é comumente utilizada como tratamento de primeira linha para o eritema nodoso, sendo reservada para casos refratários ou específicos.

Portanto, a alternativa (C) "Corticosteroides orais" é a correta, refletindo o uso comum desses medicamentos no manejo do eritema nodoso devido à sua eficácia na redução da inflamação e alívio dos sintomas.

3.8. MÉDICO ESPECIALISTA – EMERGENCISTA

QUESTÃO 45: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Sinal de McBurney: Este sinal clínico é definido pela dor à palpação no ponto de McBurney, que se localiza aproximadamente a um terço da distância entre o umbigo e a espinha ilíaca anterossuperior direita, no quadrante inferior direito do abdome. A presença de dor neste local específico é fortemente sugestiva de apendicite aguda. O sinal de McBurney é um dos principais indicadores clínicos utilizados na avaliação de pacientes suspeitos de terem apendicite, orientando a necessidade de investigações adicionais ou intervenção cirúrgica.

B) Sinal de Rovsing: Este sinal é observado quando a palpação do quadrante inferior esquerdo do abdome causa dor no quadrante inferior direito. Embora também possa ser indicativo de apendicite, não é o sinal descrito na questão.

C) Sinal de Murphy: Associado à colecistite aguda, é caracterizado pela interrupção súbita da inspiração profunda devido à dor quando o examinador palpa a área do fígado e da vesícula biliar. Não está relacionado diretamente à apendicite.

D) Sinal de Kehr: Indicativo de irritação diafragmática, frequentemente devido à presença de sangue ou outros fluidos na cavidade abdominal, como pode acontecer em casos de ruptura esplênica. Dor referida no ombro esquerdo é típica deste sinal.

E) Sinal de Fox: Também conhecido como sinal de Grey-Turner, está associado a equimoses nos flancos e indica sangramento intra-abdominal ou retroperitoneal, como pode ser visto em casos de pancreatite aguda necrotizante, não estando associado especificamente à apendicite.

Portanto, o sinal de McBurney é diretamente associado à avaliação de dor no quadrante inferior direito do abdome, sendo um marcador clínico significativo para a suspeita de apendicite aguda.

QUESTÃO 46: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Manobra de Heimlich em crianças: Quando uma criança está consciente e apresenta obstrução completa das vias aéreas por um corpo estranho, a Manobra de Heimlich é uma técnica eficaz que pode salvar vidas. Consiste em aplicar uma série de compressões abdominais, que aumentam a pressão intra-abdominal e torácica, forçando o ar dos pulmões a deslocar o objeto que está causando a obstrução. Esta manobra é preferida devido à sua simplicidade e eficácia imediata na remoção do corpo estranho, evitando assim complicações graves ou morte por asfixia.

B) Intubação endotraqueal: Embora seja uma técnica importante no manejo das vias aéreas, a intubação endotraqueal pode não ser adequada ou viável como uma primeira linha de ação em casos de obstrução aguda por corpo estranho, especialmente se o objeto estiver impedindo a passagem do tubo endotraqueal.

C) Cricotireoidostomia de emergência: Este é um procedimento invasivo, indicado apenas quando outras técnicas para garantir a permeabilidade das vias aéreas falharam e não é considerado uma primeira escolha para obstrução por corpo estranho em crianças devido aos riscos associados e à complexidade do procedimento.

D) Ventilação com máscara facial: A ventilação com máscara facial não é eficaz na remoção de um corpo estranho causando obstrução das vias aéreas e pode até agravar a situação ao empurrar o objeto mais profundamente.

E) Combitube: O Combitube é um dispositivo de via aérea avançada usado principalmente em adultos e não é apropriado ou indicado para o manejo de obstrução das vias aéreas por corpos estranhos, especialmente em crianças.

Portanto, a Manobra de Heimlich é reconhecida como a técnica preferencial para o manejo imediato de obstrução das vias aéreas por corpo estranho em crianças, devido à sua eficácia e capacidade de rapidamente aliviar a obstrução, permitindo que a criança respire novamente.

QUESTÃO 51: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

Em pacientes com choque cardiogênico, a dopamina é uma das estratégias farmacológicas empregadas para melhorar a contratilidade cardíaca, tornando a opção B) a dopamina a resposta correta. O choque cardiogênico é uma condição crítica que ocorre quando o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para atender às necessidades metabólicas do corpo devido a uma disfunção do miocárdio, resultando em hipoperfusão tecidual e hipóxia. A dopamina atua como um agente inotrópico positivo, aumentando a contratilidade cardíaca e, também, tem efeito vasopressor, o que pode ajudar a melhorar a perfusão de órgãos vitais. A dopamina: É um agonista adrenérgico que, em doses baixas a moderadas, atua sobre os receptores β 1-adrenérgicos do coração, aumentando a contratilidade (efeito inotrópico positivo) e a frequência cardíaca (efeito cronotrópico positivo). Em doses mais altas, também pode ativar os receptores α -adrenérgicos, levando à vasoconstrição periférica, o que pode ser benéfico em situações em que o aumento da resistência vascular sistêmica é necessário para sustentar a pressão arterial. Essas ações tornam a dopamina uma opção valiosa no manejo inicial do choque cardiogênico, especialmente para melhorar a função cardíaca e a perfusão tecidual.

QUESTÃO 53: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

No choque neurogênico, a principal alteração hemodinâmica observada é a A) hipotensão. Este tipo de choque ocorre quando há perda do tônus simpático devido a uma lesão na medula espinhal, geralmente acima do nível de T6, que resulta em vasodilatação significativa e diminuição da resistência vascular sistêmica, levando à hipotensão. Hipotensão no choque neurogênico: A hipotensão é característica do choque neurogênico devido à perda do controle autônomo e à incapacidade de manter o tônus vascular. A lesão da medula espinhal interrompe as vias simpáticas que normalmente mantêm a vasoconstrição, resultando em vasodilatação generalizada. Isso diminui a resistência vascular periférica e, por sua vez, reduz o retorno venoso ao coração, levando a uma queda significativa na pressão arterial. A hipotensão pode ser agravada pela incapacidade de compensar adequadamente a perda de tônus vascular com aumento da frequência cardíaca, devido à disfunção autônoma associada. Bradicardia no choque neurogênico: Embora a bradicardia possa ocorrer no choque neurogênico, ela não é considerada a principal alteração hemodinâmica. A bradicardia resulta da desregulação do equilíbrio entre a atividade simpática e parassimpática, com predomínio do tônus parassimpático devido à interrupção das vias simpáticas. Contudo, a característica hemodinâmica definidora e mais impactante do choque neurogênico é a hipotensão, diretamente relacionada à perda do tônus simpático e subsequente vasodilatação. A bradicardia, embora presente, é uma consequência secundária dessa desregulação e não a principal preocupação hemodinâmica, que permanece sendo a hipotensão.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

Controle da dor e imobilização da coluna cervical: O choque neurogênico geralmente resulta de trauma que leva a uma lesão na medula espinhal, particularmente em níveis cervicais ou torácicos altos. A imobilização da coluna cervical e o controle da dor são cruciais para prevenir movimentos que possam exacerbar a lesão medular. A imobilização ajuda a estabilizar a coluna e minimizar o risco de danos secundários, enquanto o controle adequado da dor pode limitar o estresse fisiológico no paciente, o que é vital para evitar complicações adicionais. A resposta inicial visa preservar a função neurológica restante e prevenir o agravamento do dano medular. A) Administração de vasopressores: Embora possa ser necessária para corrigir a hipotensão refratária associada ao choque neurogênico, a administração de vasopressores não é a primeira linha de ação. A estabilização mecânica e o alívio da dor têm prioridade sobre as intervenções farmacológicas.

QUESTÃO 58: GABARITO ALTERADO DE “C” PARA “E”

O plaquetograma, também conhecido como agregação plaquetária ou teste de função plaquetária, é o exame laboratorial mais indicado para avaliar a função das plaquetas. Este teste analisa a capacidade das plaquetas de aglomerar-se em resposta a diferentes agentes agonistas, o que é fundamental para a formação do tampão plaquetário, um passo crucial na hemostasia primária. O plaquetograma pode identificar distúrbios na função plaquetária, mesmo quando a contagem

de plaquetas é normal, sendo, portanto, essencial na investigação de coagulopatias relacionadas a disfunções plaquetárias.

3.9. MÉDICO ESPECIALISTA – ENDOCRINOLOGISTA

QUESTÃO 23: GABARITO ALTERADO DE “A” PARA “C”

O argumento exposto é classificado pelo Consenso Brasileiro para a Abordagem Clínica e Tratamento do Hipotireoidismo Subclínico em Adultos.

QUESTÃO 30: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

Realmente, a causa mais provável da hiperprolactinemia apresentada no caso clínico da questão é o uso da Risperidona. “A prolactin level greater than 500 g/liter is diagnostic of a macroprolactinoma (17). Although a prolactin level greater than 250 g/liter usually indicates the presence of a prolactinoma, selected drugs, including risperidone and metoclopramide, may cause prolactin elevations above 200g/liter in patients without evidence of adenoma (18). Even minimal prolactin elevations may be consistent with the presence of a prolactinoma, but a non-prolactin secreting.” Fonte: Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, February 2011, 96(2):273–288 Entretanto, considerando que: > a descontinuação de tal medicação para avaliar relação causal não é indicada (devido ao quadro psiquiátrico de difícil controle), a percepção das manifestações clínicas não foi imediatamente coincidente com o uso da risperidona e a paciente é mulher em idade fértil, faz-se necessário realizar Ressonância Magnética de Hipófise para descartar Prolactinoma (recomendação presente inclusive no consenso utilizado para contestar o gabarito da questão). “3.0. Management of drug-induced hyperprolactinemia 3.1. In a symptomatic patient with suspected drug-induced hyperprolactinemia, we suggest discontinuation of the medication for 3 d or substitution of an alternative drug, followed by remeasurement of serum prolactin Discontinuation or substitution of an antipsychotic agent should not be undertaken without consulting the patient’s physician. If the drug cannot be discontinued and the onset of the hyperprolactinemia does not coincide with therapy initiation, we recommend obtaining a pituitary MRI to differentiate between medication-induced hyperprolactinemia and symptomatic hyperprolactinemia due to a pituitary or hypothalamic mass. Fonte: Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, February 2011, 96(2):273–288 “Drug-Induced Hyperprolactinemia. A variety of medications cause minimal or moderate prolactin elevations. Neuroleptic drugs elevate PRL because of their dopamine receptor antagonist properties, as do atypical antipsychotics that act by antagonizing both serotonin and dopamine receptors. Clozapine and olanzapine weakly induce PRL, and risperidone is a potent PRL stimulator. Unless patients exhibit hypogonadism, related osteoporosis, or troublesome galactorrhea, treatment of drug-induced hyperprolactinemia may not be necessary. It should not always be assumed that hyperprolactinemia in patients on drugs known to elevate PRL is, in fact, due to those medications. Prolactinoma, other sellar lesions hypothyroidism, and renal failure should be considered as possible causes of hyperprolactinemia requiring active management In patients taking neuroleptic medications, if the clinical situation permits, temporary drug withdrawal might be considered to determine if PRL levels normalize. If PRL levels do not normalize or medication withdrawal is not possible, a pituitary MRI should be performed.” Fonte: WILLIAMS TEXTBOOK OF ENDOCRINOLOGY, 13TH EDITION. (CHAPTER 8 Pituitary Physiology and Diagnostic Evaluation

QUESTÃO 36: ANULADA

Há duas alternativas que podem ser consideradas como corretas, quais sejam: “C” e “D”.

QUESTÃO 39: ANULADA

Isto porque tanto a alternativa “B” quanto a alternativa “E” não apresentam situações clínicas com indicação de estatina.

3.10. MÉDICO ESPECIALISTA – GASTROENTEROLOGISTA

QUESTÃO 41: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa C, anti-HBs, é o principal marcador sorológico associado à hepatite autoimune.

Anti-HBs: Anticorpos contra o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg). A presença de anti-HBs indica que o indivíduo foi infectado pelo vírus da hepatite B e que seu sistema imunológico o controlou. No entanto, na hepatite autoimune, esses anticorpos estão presentes em altos níveis, mesmo na ausência de outros marcadores de infecção por hepatite B.

A) HBsAg: Antígeno de superfície da hepatite B. Presente na superfície do vírus da hepatite B. Na hepatite autoimune, o HBsAg está ausente, pois não há infecção viral.

B) Anti-HCV: Anticorpo contra o vírus da hepatite C (HCV). Indica infecção pelo HCV. Não está relacionado à hepatite autoimune.

D) Antifosfolipídios: Anticorpos que se ligam a proteínas ligantes de fosfolipídios. Associados a distúrbios da coagulação sanguínea e trombose. Não estão relacionados à hepatite autoimune.

E) Anti-HAV: Anticorpo contra o vírus da hepatite A (HAV). Indica infecção pelo HAV. Não está relacionado à hepatite autoimune.

QUESTÃO 56: ANULADA

Anticorpos Antinucleares (ANA): São autoanticorpos direcionados contra componentes presentes no núcleo das células. A presença de ANA é um marcador significativo de doenças autoimunes, incluindo a hepatite autoimune. Embora não sejam específicos apenas para essa condição, os ANAs são frequentemente utilizados como parte da avaliação diagnóstica para hepatite autoimune, juntamente com outros critérios clínicos e laboratoriais, devido à sua associação com processos autoimunes sistêmicos afetando o fígado. Também podem ser descritos como FAN na língua portuguesa.

QUESTÃO 57: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

Elevados níveis de transaminases: Na hepatite alcoólica, é comum observar um aumento nas transaminases, que são enzimas hepáticas incluindo a alanina transaminase (ALT) e a aspartato transaminase (AST). Em particular, na hepatite alcoólica, a relação AST/ALT frequentemente excede 2:1, o que é relativamente peculiar desta condição em comparação com outras formas de hepatite. Este aumento é um indicador de dano hepático, resultante do consumo excessivo de álcool.

A) Predominância de lesões na zona 1 do fígado: A zona 3 do fígado (perivenular), e não a zona 1, é mais afetada na hepatite alcoólica. Isso ocorre devido à maior exposição a toxinas derivadas do metabolismo do álcool nesta região.

C) Resposta favorável à suspensão do consumo de álcool: Embora a suspensão do consumo de álcool possa levar a uma melhora significativa na função hepática e na progressão da doença hepática alcoólica, esta opção é mais uma recomendação de tratamento do que uma característica da condição em si.

D) Falência renal aguda: Embora a síndrome hepatorenal possa ocorrer em estágios avançados de doença hepática, incluindo a hepatite alcoólica, a falência renal aguda não é uma característica específica ou direta da hepatite alcoólica, mas uma possível complicação.

E) Níveis elevados de vitamina B12: Não há uma associação direta entre hepatite alcoólica e níveis elevados de vitamina B12. Na verdade, o consumo crônico de álcool frequentemente leva a deficiências nutricionais, incluindo várias vitaminas.

Portanto, os elevados níveis de transaminases representam uma das principais características laboratoriais da hepatite alcoólica, refletindo o dano hepático induzido pelo álcool. A identificação dessas alterações enzimáticas é crucial para o diagnóstico e manejo dessa condição.

3.11. MÉDICO ESPECIALISTA – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

QUESTÃO 23: ANULADA

Havia duas alternativas iguais e uma delas era a correta, quais sejam “A” e “C”.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Amenorreia: A SOP é uma condição endócrina comum caracterizada por um desequilíbrio hormonal que pode afetar o ciclo menstrual e a ovulação. A amenorreia, ou a ausência de menstruação, é um sintoma comum da SOP devido à anovulação crônica (falta de ovulação), que impede a menstruação regular. Muitas mulheres com SOP experimentam períodos irregulares ou prolongados de amenorreia como uma manifestação clínica direta da disfunção ovulatória associada à condição.

(B) Hipertensão arterial: Embora as mulheres com SOP tenham um risco aumentado de desenvolver condições cardiovasculares, incluindo hipertensão, devido à associação com resistência à insulina e obesidade, a hipertensão arterial não é um sintoma direto da SOP.

(C) Ovulações regulares: A SOP é frequentemente caracterizada pela irregularidade menstrual e anovulação, o que contradiz a opção de ovulações regulares. A presença de ciclos ovulatórios regulares não é típica em pacientes com SOP, que geralmente apresentam ciclos menstruais irregulares ou ausência de ovulação.

(D) Baixa produção de androgênios: Na verdade, a SOP é associada a uma produção elevada de androgênios (hormônios masculinos), como a testosterona. Isso pode levar a sintomas como hirsutismo (crescimento excessivo de pelos), acne e alopecia androgênica (perda de cabelo).

(E) Sangramento uterino irregular: Embora o sangramento uterino irregular possa ocorrer em mulheres com SOP, é mais característico descrever os problemas menstruais da SOP em termos de irregularidade dos ciclos, amenorreia ou oligomenorreia (poucos períodos menstruais). A amenorreia é uma manifestação mais específica da disfunção ovulatória na SOP.

Portanto, a amenorreia é um sintoma comumente associado à SOP, refletindo as disfunções hormonais e ovulatórias inerentes à condição. Outras opções, embora possam estar relacionadas a comorbidades ou consequências da SOP, não descrevem diretamente sintomas da condição em si.

QUESTÃO 44: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Atualmente, a ressonância magnética, especialmente a tridimensional, tem-se revelado um método diagnóstico promissor para avaliar mais detalhadamente lesões tumorais do parênquima mamário.

QUESTÃO 55: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

O risco de desenvolver diabetes gestacional aumenta com a idade da mãe, particularmente em mulheres com mais de 35 anos. À medida que a idade materna avança, as alterações hormonais e metabólicas associadas ao envelhecimento podem afetar a tolerância à glicose, aumentando o risco de diabetes gestacional. Além disso, as mulheres mais velhas são mais propensas a ter outros fatores de risco associados à diabetes gestacional, como obesidade e histórico de intolerância à glicose.

(B) Histórico de diabetes na família: Embora o histórico familiar de diabetes possa aumentar o risco de uma mulher desenvolver diabetes gestacional, não é considerado o principal fator de risco. É mais um dos vários fatores que contribuem para o risco geral.

(C) Ganho de peso excessivo durante a gestação: O ganho de peso excessivo durante a gestação é um fator de risco para diabetes gestacional, mas não é considerado o principal fator. Mulheres de todas as faixas de peso podem desenvolver diabetes gestacional, embora aquelas que ganham peso excessivamente durante a gravidez tenham um risco maior.

(D) Excesso de atividade física: Não há evidências que suportem o excesso de atividade física como um fator de risco para diabetes gestacional. Na verdade, a atividade física é frequentemente recomendada durante a gravidez para manter um peso saudável e pode ajudar a reduzir o risco de desenvolver diabetes gestacional.

(E) Predisposição genética: A predisposição genética pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento de diabetes gestacional, mas não é considerada o principal fator de risco isoladamente. A idade avançada da mãe é um fator de risco mais significativo e abrangente, embora a genética possa desempenhar um papel no risco geral.

Portanto, a idade avançada da mãe é identificada como o principal fator de risco para o desenvolvimento da diabetes gestacional, devido às mudanças metabólicas e hormonais associadas ao envelhecimento e ao aumento da suscetibilidade a disfunções na tolerância à glicose.

QUESTÃO 57: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

As infecções genitais são um dos principais fatores de risco para o parto prematuro espontâneo. Isso ocorre porque a presença de patógenos no trato genital pode levar à produção de citocinas, que são proteínas que podem estimular as contrações uterinas e o trabalho de parto prematuro.

A - Idade materna avançada: a idade materna avançada é um fator de risco para o parto prematuro, mas não especificamente para o parto prematuro espontâneo. Mulheres com mais de 35 anos têm um risco maior de ter complicações na gravidez, como diabetes gestacional e hipertensão arterial, que podem levar ao parto prematuro.

B - Histórico de cesariana: o histórico de cesariana é um fator de risco para o parto prematuro iatrogênico, ou seja, induzido por um profissional de saúde. Mulheres que já tiveram uma cesariana têm um risco maior de ter que ter outra cesariana em gestações subsequentes, o que pode levar ao parto prematuro.

C - Polidrâmnio: o polidrâmnio, que é o excesso de líquido amniótico, pode ser um fator de risco para o parto prematuro, mas não é um fator de risco específico para o parto prematuro espontâneo. O polidrâmnio pode ser causado por várias condições, como diabetes gestacional, malformações fetais e infecções.

E - Hipertensão arterial sistêmica: a hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco para o parto prematuro, mas não especificamente para o parto prematuro espontâneo. A hipertensão arterial sistêmica pode levar à pré-eclâmpsia, que é uma condição grave que pode causar o parto prematuro.

Desse modo, as infecções genitais são um dos principais fatores de risco para o parto prematuro espontâneo. As outras alternativas apresentadas podem ser fatores de risco para o parto prematuro em geral, mas não especificamente para o parto prematuro espontâneo.

QUESTÃO 58: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A questão é bem clara quanto ao risco de ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS. A amniocentese é um procedimento recomendado para a avaliação do risco de anomalias cromossômicas, especialmente em mulheres com idade avançada durante a gestação. Esse teste envolve a coleta de uma pequena quantidade de líquido amniótico que envolve o feto para análise de células fetais, DNA e substâncias químicas. A amniocentese permite a detecção de anormalidades cromossômicas, como a síndrome de Down, além de outras condições genéticas. É recomendada para gestantes de maior risco, incluindo aquelas com idade superior a 35 anos, devido ao aumento do risco de anomalias cromossômicas associadas à idade materna.

(A) Ultrassonografia: Enquanto a ultrassonografia é uma ferramenta valiosa no acompanhamento e avaliação do desenvolvimento fetal, ela não pode diagnosticar diretamente anomalias cromossômicas. A ultrassonografia pode identificar marcadores físicos que sugerem um risco aumentado de certas condições, mas não pode confirmar a presença de anormalidades cromossômicas.

(C) Teste de tolerância à glicose: Este teste é usado para diagnosticar a diabetes gestacional em mulheres grávidas. Não está relacionado à detecção de anomalias cromossômicas no feto, mas sim à avaliação da forma como o corpo da mãe metaboliza a glicose durante a gravidez.

(D) Dosagem de alfafetoproteína sérica (AFP): A medição da AFP pode ser parte do teste de triagem quadrupla no segundo trimestre, que avalia o risco de anormalidades cromossômicas e defeitos do tubo neural. Embora possa indicar um risco aumentado de certas condições, por si só, não fornece um diagnóstico definitivo de anomalias cromossômicas. A amniocentese é necessária para a confirmação diagnóstica.

(E) Teste de tolerância à lactose: Este teste é utilizado para diagnosticar a intolerância à lactose, uma incapacidade de digerir a lactose, um açúcar encontrado em produtos lácteos. Não tem relação com a detecção de anomalias cromossômicas em fetos.

A amniocentese é recomendada para gestantes com idade avançada (acima de 35 anos) principalmente para a detecção de anomalias cromossômicas, como a síndrome de Down, além de outras condições genéticas. Este procedimento permite uma análise detalhada do DNA a partir de células presentes no líquido amniótico, oferecendo informações valiosas sobre a saúde do feto. A amniocentese geralmente é realizada entre as semanas 15 e 20 da gestação. No entanto, apesar de ser um procedimento com baixo risco de complicações, ele não é isento de riscos, como o de aborto espontâneo, que é considerado baixo, mas significativo. Portanto, a decisão de realizar a amniocentese deve ser cuidadosamente considerada pelos pais e discutida com o profissional de saúde.

QUESTÃO 60: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A alternativa “D” é a única que define a distocia das partes moles maternas com precisão. Ela se refere a dificuldades no parto causadas por problemas nas partes moles do canal de parto, como:

Contrações uterinas inadequadas: Hipocinesia uterina: contrações fracas ou irregulares que atrasam a dilatação cervical e a descida do feto. Hipercinesia uterina: contrações muito fortes ou frequentes que podem levar à ruptura uterina e sofrimento fetal.

Anormalidades cervicais: Rigidez cervical: dilatação cervical lenta ou incompleta, impedindo o parto vaginal.

Edema cervical: inchaço do colo do útero que dificulta a passagem do feto.

Vaginismo: contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico, impedindo a passagem do feto.

Atrofia vaginal: perda de elasticidade da vagina, comum em mulheres na menopausa, que dificulta a distensão durante o parto.

A - Estreitamento pélvico: faz parte da distocia de trajeto, não das partes moles. O estreitamento pélvico impede a passagem do feto devido à deformidade da bacia materna.

B - Falha na dilatação cervical: é um sintoma da distocia das partes moles, não a causa em si. A falha na dilatação pode ser causada por contrações uterinas inadequadas, rigidez cervical ou outras anormalidades.

C - Apresentação fetal: faz parte da distocia fetal, não das partes moles. Apresentação de face, por exemplo, pode dificultar o parto, mas não é um problema das partes moles maternas.

E - Parto vaginal precipitado: o parto precipitado pode ser um efeito, não a causa da distocia das partes moles. Contrações uterinas excessivas, por exemplo, podem levar a um parto precipitado.

Considerações adicionais: A distocia das partes moles pode ser um fator de risco para parto cesáreo. O diagnóstico e tratamento da distocia das partes moles variam de acordo com a causa específica.

3.12. MÉDICO ESPECIALISTA – INFECTOLOGIA

QUESTÃO 22: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Para responder o aspecto da questão referente ao reservatório da Shigelose, deve-se diferenciar o conceito de “Reservatório” e “Fonte de Infecção”. Segundo o “Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE) Saúde e doença na população” (2010) – organizado pela Organização Pan Americana de Saúde e distribuído no Brasil pelo Ministério da Saúde, as definições são:

- “Reservatório de agentes infecciosos: é qualquer ser humano, animal, artrópode, planta, solo ou matéria inanimada, onde normalmente vive e se multiplica um agente infeccioso e do qual depende para sua sobrevivência, reproduzindo-se de forma que possa ser transmitido a um hospedeiro suscetível.”

- “Fonte de infecção: é a pessoa, animal, objeto ou substância de onde o agente infeccioso passa a um hospedeiro.”

Considerando essas definições, o único reservatório para a *Shigella* é o ser humano. A transmissão ocorre por via fecal-oral, de pessoa a pessoa ou por água e alimentos contaminados. Desta forma, a água e os alimentos contaminados são consideradas fonte de infecção, não reservatório.

Embora o Guia de Bolso Doenças Infecciosas e Parasitárias, do Ministério da Saúde, 8ª edição, traga a água como reservatório, este documento é datado de 2010. Já o Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 5ª Edição, de 2022, traz no capítulo de Doenças Diarreicas Agudas, página 344, a informação de que os reservatórios da *Shigella* são primatas e as fontes de infecção são Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa”.

Em relação à antibioticoterapia proposta, esquemas terapêuticos válidos para tratamento de shigelose incluem azitromicina, ceftriaxona, fluorquinolona, sulfametoxazol-trimetoprim, entre outros. Considerando pacientes graves, não seria incorreto a prescrição tanto de fluorquinolona quanto de sulfametoxazol-trimetoprim, conforme a própria referência trazida.

A alternativa “C”, portanto, contém um tratamento adequado, porém com reservatório inadequado, estando incorreta. Já a alterna A contém reservatório e tratamento adequados.

QUESTÃO 26: ANULADA

Considerando, que a recomendação não menciona o score SOFA, visto que esse habitualmente não é utilizado como triagem e sim como auxílio diagnóstico, por depender de exames laboratoriais para cálculo adequado, as alternativas “A” e “C” são corretas.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Detecção de proteínas específicas: O ELISA é usado para detectar a presença de proteínas específicas, incluindo antígenos virais, em amostras clínicas. Isso é realizado através da imobilização de um anticorpo específico na superfície de um poço de uma placa de microtitulação, seguido pela adição da amostra. Se o antígeno alvo (uma proteína viral, neste caso) estiver presente, ele se ligará ao anticorpo. A detecção é então feita por um segundo anticorpo que se liga ao antígeno e está conjugado a uma enzima que produz uma mudança de cor quando um substrato específico é adicionado. Esse processo permite a quantificação visual ou fotométrica da concentração de antígeno presente na amostra. B) Amplificação do material genético: A amplificação do material genético é a base de técnicas como a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), e não do ELISA. O PCR é utilizado para amplificar sequências específicas de DNA ou RNA, não estando diretamente relacionado à detecção de proteínas. C) Contagem de células viáveis: O ELISA não é utilizado para contar células viáveis. Técnicas de contagem de células viáveis envolvem geralmente culturas celulares ou métodos de exclusão de corante como o azul de tripano, não estando relacionadas com a detecção específica de antígenos ou anticorpos. D) Identificação de anticorpos: Embora o ELISA possa ser utilizado para identificar a presença de anticorpos específicos contra antígenos em uma amostra, esta não é a única aplicação da técnica. No contexto desta questão, que foca na detecção de antígenos virais, a opção A é mais diretamente relevante. E) Amplificação do núcleo viral: A amplificação do núcleo viral não é um princípio do ELISA. Essa opção parece confundir conceitos de técnicas moleculares com a metodologia do ELISA, que se baseia na interação antígeno-anticorpo e não na amplificação de componentes virais.

QUESTÃO 56: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa “C”, vacinação heteróloga, é a que melhor se encaixa na descrição de uma estratégia avançada de imunização direcionada a grupos específicos em situações de surto ou epidemia.

Vacinação heteróloga: Envolve a administração de vacinas diferentes em diferentes doses e/ou momentos para estimular uma resposta imune mais ampla e robusta.

Pode ser utilizada em surtos ou epidemias para:

Aumentar a proteção contra variantes do vírus/bactéria.
Reduzir o tempo necessário para alcançar a imunidade.

Melhorar a resposta imune em indivíduos com resposta inadequada à vacinação inicial.

- A - Vacinação em massa: Visa alcançar a imunidade de rebanho e não é específica para grupos.
- B - Vacinação de reforço: Aplica-se à população geral após a série primária para aumentar a proteção.
- D - Vacinação materna: Protege o bebê contra doenças através da transferência de anticorpos.
- E - Vacinação inicial: Refere-se à primeira dose da vacina, não a uma estratégia específica.

Exemplos de vacinação heteróloga em surtos:

COVID-19: Combinação de diferentes plataformas de vacinas (mRNA e adenovírus) para aumentar a proteção contra variantes.

H1N1: Uso de diferentes vacinas para estimular a resposta imune contra diferentes cepas do vírus.

QUESTÃO 57: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

Vigilância molecular de patógenos: Esta técnica permite a identificação rápida e precisa de patógenos, incluindo aqueles com perfis de resistência a antimicrobianos. Ao identificar as cepas específicas de microrganismos presentes, os hospitais podem implementar medidas de controle de infecção mais direcionadas, prevenir surtos e entender as cadeias de transmissão dentro da instituição. A vigilância molecular fornece dados críticos para a tomada de decisões sobre medidas de controle, tratamento adequado de infecções e políticas de uso de antibióticos, tornando-a uma das abordagens mais avançadas e eficazes para o controle de infecções hospitalares.

A) Uso de antissépticos convencionais: Embora o uso de antissépticos seja uma prática importante na prevenção de infecções, ele representa uma medida mais básica e não aborda diretamente a identificação e o controle específico de cepas de microrganismos, especialmente em face de patógenos resistentes.

B) Implementação de barreiras físicas: As barreiras físicas, como luvas, máscaras e aventais, são fundamentais para a prevenção de transmissão de infecções. No entanto, essa abordagem não oferece uma solução para o monitoramento ou controle de cepas específicas de patógenos dentro do hospital.

C) Adoção de protocolos de isolamento padrão: Os protocolos de isolamento são essenciais para limitar a propagação de infecções, mas como os métodos de barreira física, eles não permitem a identificação precisa dos patógenos ou a compreensão das dinâmicas de transmissão no ambiente hospitalar.

E) Biossegurança seletiva: Embora importantes, as práticas de biossegurança seletiva geralmente se referem a medidas gerais de controle e prevenção de infecções, não especificando o uso de tecnologias avançadas como a vigilância molecular para a detecção e caracterização de microrganismos.

Portanto, a vigilância molecular de patógenos destaca-se como a abordagem mais avançada no controle de infecção hospitalar, permitindo intervenções direcionadas e baseadas em evidências para reduzir a transmissão de microrganismos entre pacientes e profissionais de saúde.

QUESTÃO 58: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A resposta correta é “B” capacidade de replicação autônoma, que é a característica única dos príons que os distingue de outras partículas infecciosas convencionais. Os príons são proteínas mal dobradas com a capacidade de induzir o dobramento anormal de proteínas prion normais no cérebro, levando a doenças neurodegenerativas. Diferentemente de vírus, bactérias e outros patógenos, os príons não contêm ácido nucleico e se replicam de uma maneira completamente diferente. Capacidade de replicação autônoma: Os príons se replicam de forma única, induzindo a conversão de proteínas prion normais do hospedeiro em cópias patogênicas mal dobradas, sem a necessidade de ácido nucleico. Esse processo de "replicação" é autônomo no sentido de que não depende da maquinaria genética ou de replicação de uma célula hospedeira, distinguindo os príons de vírus e outros agentes infecciosos que necessitam invadir células hospedeiras e usar seus mecanismos para se replicar.

A) Presença de ácido nucleico: Ao contrário de vírus, bactérias e outros patógenos, os príons não possuem ácido nucleico (DNA ou RNA). Esta é uma diferença fundamental entre príons e outros agentes infecciosos, tornando esta opção incorreta.

C) Exclusividade em infectar humanos: Os príons não são exclusivos aos humanos; eles também são responsáveis por doenças em uma variedade de outros mamíferos, como a encefalopatia espongiforme bovina (doença da vaca louca) em bovinos e scrapie em ovinos.

D) Dependência de células hospedeiras: Embora os príons precisem de um hospedeiro para se propagar, sua replicação não depende da invasão celular ou do uso da maquinaria genética da célula hospedeira de forma convencional, como os vírus fazem. Eles induzem a replicação através da conversão de proteínas prion normais em forma patogênica, um processo bastante diferente da replicação viral ou bacteriana.

E) Parasitismo intra extracelular: Os príons não se encaixam na definição tradicional de parasitismo intra ou extracelular, visto que não são organismos vivos e não executam funções biológicas fora de induzir o mal dobramento de proteínas.

Seu mecanismo de ação é baseado na alteração da estrutura proteica, não na invasão ou no parasitismo de células hospedeiras no sentido convencional.

Portanto, a característica que distingue os príons de outras partículas infecciosas é a capacidade de replicação autônoma, um mecanismo único de propagação baseado na conversão induzida de proteínas prion normais em formas patogênicas sem a necessidade de ácido nucleico.

3.13. MÉDICO ESPECIALISTA – MEDICINA INTENSIVA

QUESTÃO 22: GABARITO ALTERADO DE “B” PARA “D”

Alcalose Metabólica associado (HCO₃: 36) a Acidose respiratória (PCO₂ Esperado 49 a 53). Paciente com quadro de Alcalose Metabólica (HCO₃ 36) associado a Acidose Respiratória (PCO₂ esperado entre 49 e 53 - PCO₂ encontrado de 59). Alcalose metabólica: pode ocorrer, entre outras causas, a depleção volêmica e de eletrólitos nos pós-operatório. Acidose respiratória: a hipocalcemia severa pode cursar com redução de força muscular, inclusive diafragmática, mecanismo que pode explicar a acidose respiratória associada. Alternativa correta Letra “D” - alcalose metabólica e acidose respiratória. Alternativa errada Letra “B” – Acidose respiratória pura.

QUESTÃO 29: GABARITO ALTERADO DE “C” PARA “E”

Alternativa “A” – Errada – Hiperventilação — A redução da PaCO₂ para 26 a 30 mmHg reduz rapidamente a PIC por meio de vasoconstrição e diminuição do volume de sangue intracraniano; McLone D. Pediatric Neurosurgery: Surgery of the Developing Nervous System, 4th ed, W.B. Saunders, Philadelphia 2001. p.626.

Alternativa “B” – Errada - Coma Barbitúrico – Baseia-se na capacidade de reduzir o metabolismo cerebral e o fluxo sanguíneo cerebral diminuindo assim a pressão intracraniana, valor terapêutico desta manobra não é claro, não sendo utilizado como primeira linha de tratamento. McLone D. Pediatric Neurosurgery: Surgery of the Developing Nervous System, 4th ed, W.B. Saunders, Philadelphia 2001. p.626. Marshall LF, Smith RW, Shapiro HM. The outcome with aggressive treatment in severe head injuries. Part II: acute and chronic barbiturate administration in the management of head injury. J Neurosurg 1979; 50:26.

Alternativa “C” – Errada – Retirada de 2-5ml de líquido – Conforme referência, o volume de líquido a ser retirado é de 5-10ml. Neurocritical Care página 1186 tabela 1-2 intitulada Tiers of Intracranial Pressure and Cerebral Edema Directed Therapies.

Alternativa “D” – Errada Hipotermia Moderado – Definição de Hipotermia Moderada – Temperatura central 28 a 32°C (82 a 90°F). Giesbrecht GG. Cold stress, near drowning and accidental hypothermia: a review. Aviat Space Environ Med 2000; 71:733. Jolly BT, Ghezzi KT. Accidental hypothermia. Emerg Med Clin North Am 1992; 10:311. Brown DJ, Brugger H, Boyd J, Paal P. Accidental hypothermia. N Engl J Med 2012; 367:1930. Vanden Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010; 122:S829.

Alternativa “E” – Correta – Início de solução salina hipertônica – A solução salina hipertônica em doses de bolus pode reduzir agudamente a pressão intracraniana. A injeção intravascular de agentes hiperosmolares (solução salina hipertônica, manitol) cria um gradiente osmolar, atraindo água através da barreira hematoencefálica, ocasionando uma diminuição do volume cerebral e à diminuição da pressão intracraniana. Cooper DJ, Myles PS, McDermott FT, et al. Prehospital hypertonic saline resuscitation of patients with hypotension and severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291:1350. Ware ML, Nemani VM, Meeker M, et al. Effects of 23.4% sodium chloride solution in reducing intracranial pressure in patients with traumatic brain injury: a preliminary study. Neurosurgery 2005; 57:727. Hinson HE, Stein D, Sheth KN. Hypertonic saline and mannitol therapy in critical care neurology. J Intensive Care Med 2013; 28:3

QUESTÃO 41: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Embora os vasopressores sejam uma ferramenta crucial no manejo do choque séptico, seu uso não deve ser a estratégia inicial. Aqui estão os motivos pelos quais o uso precoce não é ideal.

Exposição desnecessária: A menos que o paciente apresente hipotensão persistente apesar da ressuscitação volêmica adequada, o uso de vasopressores pode expô-lo a efeitos colaterais desnecessários. Estes podem incluir:

Vasoconstrição: Pode diminuir o fluxo sanguíneo para órgãos vitais.

Arritmias: Podem interromper o ritmo normal do coração.

Isquemia: Pode levar a danos nos tecidos devido à diminuição do fluxo sanguíneo.

Mascarando problemas subjacentes: O uso precoce de vasopressores pode mascarar a verdadeira resposta à ressuscitação volêmica. Isso pode dificultar a avaliação precisa da quantidade de fluido que o paciente realmente necessita.

Potencial para piorar os desfechos: Estudos não mostraram um benefício claro para o uso de vasopressores como abordagem inicial. Em alguns casos, pode até piorar os resultados.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A alternativa “A” apresenta os critérios diagnósticos clássicos para a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS):

Febre: Temperatura corporal superior a 38°C.

Taquicardia: Frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto.

Leucocitose: Contagem de glóbulos brancos superior a 12.000/ μ L.

Hipertensão arterial: Pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou diastólica superior a 90 mmHg.

Presença de 2 ou mais desses critérios indica SIRS.

B - Hipotermia, bradicardia, trombocitopenia e hipotensão arterial: Hipotermia: Temperatura corporal inferior a 36 °C. Bradicardia: Frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto. Trombocitopenia: Contagem de plaquetas inferior a 150.000/ μ L.

C - Febre, taquicardia, leucopenia e hipotensão arterial: Leucopenia: Contagem de glóbulos brancos inferior a 4.000/ μ L.

D - Hipotermia, bradicardia, leucocitose e hipotensão arterial: Hipotermia: Temperatura corporal inferior a 36 °C. Bradicardia: Frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto.

E - Febre, bradicardia e hipotensão arterial: Bradicardia: Frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto.

QUESTÃO 46: GABARITO ALTERADO DE “E” PARA “B”

No manejo de pacientes com sepse grave ou choque séptico, as diretrizes recomendam uma meta de Pressão Arterial Média (PAM) de pelo menos 65 mmHg durante a ressuscitação inicial. Este valor é baseado em evidências que sugerem que manter a PAM em 65 mmHg ou mais está associado a melhores desfechos em termos de perfusão de órgãos e sobrevida. Vamos refutar as demais opções e esclarecer por que a alternativa “B” é a correta, não a “E”.

QUESTÃO 51: GABARITO ALTERADO DE “C” PARA “A”

I - A principal função da Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP) na ventilação mecânica é manter as vias aéreas pérvias ao final da expiração, evitando o colapso alveolar. A PEEP ajuda a aumentar o volume residual funcional (VRF) e a melhorar a oxigenação ao manter os alvéolos abertos durante todo o ciclo respiratório. I. Pressão no final da expiração para manter as vias aéreas pérvias: Esta afirmação corretamente descreve a principal função da PEEP. Ao aplicar uma pressão positiva ao final da expiração, a PEEP impede o colapso alveolar, melhora a troca gasosa e reduz o trabalho respiratório. É especialmente útil em condições como Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) e outras situações de insuficiência respiratória, onde o colapso alveolar e a desoxigenação são preocupações significativas. B) II. Pressão máxima suportada pelos pulmões durante a expiração: Esta afirmação é incorreta. A PEEP refere-se especificamente à pressão aplicada ao final da expiração, não à pressão máxima suportada pelos pulmões durante a expiração. A função da PEEP não é relacionada à pressão máxima, mas sim à manutenção da abertura alveolar. C) III. Pressão no final da inspiração para evitar o colapso alveolar: Esta descrição confunde o papel da PEEP com o de outras estratégias ventilatórias. A PEEP é aplicada durante a fase expiratória, não ao final da inspiração. Embora o objetivo de evitar o colapso alveolar esteja correto, o momento descrito está incorreto. D) I e II: Como a afirmação II é incorreta, esta combinação também é incorreta. E) I e III: Embora a afirmação I esteja correta, a afirmação III descreve incorretamente o momento de aplicação da PEEP, tornando esta combinação incorreta.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A principal medida terapêutica para prevenir a hipertensão intracraniana em pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave é a E) elevação da cabeceira da cama. Esta intervenção simples ajuda a promover o retorno venoso, diminuindo assim a pressão intracraniana (PIC) por meio da melhoria do fluxo sanguíneo cerebral e da drenagem venosa. Esta é uma medida não invasiva recomendada para a gestão da PIC em pacientes com TCE grave. Elevando a cabeceira da cama entre 30 e 45 graus, promove-se a drenagem venosa do crânio, o que pode ajudar a reduzir a PIC. Esta intervenção é uma parte fundamental do manejo inicial da PIC, junto com outras medidas de suporte.

A) Administração de corticoides: Os corticoides não são recomendados para o tratamento de hipertensão intracraniana resultante de traumatismo cranioencefálico. Estudos clínicos, incluindo o ensaio CRASH, demonstraram que os corticoides podem ser prejudiciais nesse contexto e não reduzem a mortalidade ou melhoram os desfechos em pacientes com TCE.

B) Reposição volêmica agressiva: Embora a manutenção de uma perfusão cerebral adequada seja crucial, a reposição volêmica agressiva pode não ser diretamente benéfica para controlar a PIC e, se não for cuidadosamente gerenciada, pode até exacerbar a hipertensão intracraniana devido ao risco de edema cerebral.

C) Sedação profunda e intubação: Embora a sedação possa ser necessária para a gestão de pacientes com TCE grave, especialmente se intubados, a sedação por si só não é a principal medida terapêutica para prevenir a hipertensão intracraniana. A intubação pode ser necessária para proteção das vias aéreas e gestão ventilatória, mas não é uma medida preventiva direta contra a hipertensão intracraniana.

D) Sedação leve: A sedação pode ajudar a controlar a agitação e reduzir o metabolismo cerebral, mas a sedação leve, especificamente, não é reconhecida como a principal medida terapêutica para prevenir a hipertensão intracraniana em pacientes com TCE grave.

QUESTÃO 60: GABARITO ALTERADO DE “A” PARA “D”

A principal vantagem dos opioides, em relação a outros analgésicos, no manejo da dor em pacientes em UTI é o D) efeito analgésico rápido. Os opioides são conhecidos por sua eficácia em aliviar a dor moderada a severa de forma rápida, o que é essencial em ambientes críticos como a UTI, onde o controle rápido da dor pode ser crucial para a estabilização e conforto do paciente.

A) Menor risco de depressão respiratória: Ao contrário, os opioides têm um risco significativo de depressão respiratória, especialmente em doses altas ou em pacientes com sensibilidade aumentada a esses medicamentos. Este é um dos principais efeitos colaterais e uma preocupação no uso de opioides.

B) Menor potencial de desenvolvimento de tolerância: Na realidade, o uso de opioides pode levar ao desenvolvimento de tolerância, onde doses maiores do medicamento são necessárias para alcançar o mesmo efeito analgésico. A tolerância é uma das limitações no uso prolongado de opioides.

C) Menor risco de dependência: Os opioides têm um alto potencial para o desenvolvimento de dependência física e psicológica, tornando-se uma preocupação importante no manejo da dor a longo prazo.

E) Efeito analgésico lento: Os opioides são conhecidos por seu início rápido de ação, o que os torna valiosos para o alívio imediato da dor. Portanto, a caracterização de um efeito analgésico lento não se aplica aos opioides.

Portanto, a vantagem mais significativa dos opioides no manejo da dor em pacientes em UTI é sua capacidade de proporcionar alívio rápido da dor, o que é fundamental em situações críticas onde o controle imediato da dor é necessário para o bem-estar e recuperação do paciente.

3.14. MÉDICO ESPECIALISTA – NEONATOLOGIA INTENSIVA

QUESTÃO 30: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) é uma droga familiar aos obstetras, pois tem sido prescrita, principalmente para controle das convulsões eclâmpicas desde a metade inicial do século XX. No final dos anos 1950, uma vez ratificada a sua eficiência como anticonvulsivante, estudos pioneiros descreveram aumento da duração do trabalho de parto devido ao efeito do $MgSO_4$ na contratilidade uterina, estimulando a sua utilização na prevenção ou no adiamento do parto pré-termo. Em tempos mais recentes, precisamente a partir da década de 1990, dados observacionais provenientes de estudos sobre as ações anticonvulsivante e tocolítica do $MgSO_4$ mostraram uma redução nas taxas de leucomalácia cística periventricular e paralisia cerebral em recém-nascidos prematuros. Desde então, a ação neuroprotetora fetal do $MgSO_4$ tornou-se o maior foco de publicações sobre a sua aplicabilidade no ciclo gravídico-puerperal, incluindo grandes ensaios randomizados controlados, metanálises e diretrizes recentes.

A *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC), em maio de 2011, também recomendou a utilização do $MgSO_4$ como agente neuroprotetor fetal nos casos de parto pré-termo precoce iminente. Tendo analisado os dados dos mesmos cinco trabalhos randomizados, as principais recomendações desta diretriz foram similares às do grupo australiano. Porém, a idade gestacional limítrofe para realizar o tratamento foi superior àquela recomendada pela diretriz australiana (< 32 semanas *versus* < 30 semanas). Na definição de parto pré-termo iminente foi considerada a alta probabilidade de nascimento devido a, pelo menos, uma das seguintes condições: a) trabalho de parto ativo com dilatação cervical igual ou maior que 4 cm, com ou sem ruptura prematura das membranas ovulares; b) parto planejado por indicações fetal e/ou materna. Constituem condições de exclusão para utilização do $MgSO_4$: a) óbito intrauterino; pré-eclâmpsia grave (encaminhamento: protocolos de prevenção da eclâmpsia); anomalias fetais letais; e doenças maternas que contraindicam a administração do $MgSO_4$ (ex.: miastenia grave). Posteriormente (2017), uma nova diretriz da SOGC sobre a conduta obstétrica na viabilidade *borderline* (< 25 semanas e 6 dias) recomendou que o $MgSO_4$ pode ser administrado após cuidadosa avaliação da possibilidade de parto e dos benefícios do tratamento. Se o parto for iminente e houver planejamento de ressuscitação efetiva, o medicamento deve ser administrado na população de prematuros extremos de acordo com os protocolos locais de atendimento

Fonte:

Lingam I, Robertson NJ. Magnesium as a Neuroprotective Agent: A Review of Its Use in the Fetus, Term Infant with Neonatal Encephalopathy, and the Adult Stroke Patient. Dev Neurosci 2018;40(1):1-12.

Hunter LA, Gibbins KJ. Magnesium sulfate: past, present, and future. J Midwifery Womens Health. 2011;56(6):566-74.

Oddie S, Tuffnell DJ, McGuire. Antenatal magnesium sulfate: neuro-protection for preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2018;100(6):553-7.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice; Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee opinion No.652: Magnesium Sulfate in Obstetrics. Obstet Gynecol 2016(1);127:e52-3.

As razões do recurso são vazias, pois pode prevenir a prematuridade até 36 semanas e 5 dias (usado como tocolítico), podendo fazer a neuroproteção fetal em menores de 32 semanas com trabalho de parto ativo. Na definição de parto pré-termo iminente foi considerada a alta probabilidade de nascimento devido a, pelo menos, uma das seguintes condições: a) trabalho de parto ativo com dilatação cervical igual ou maior que 4 cm, com ou sem ruptura prematura das membranas ovulares; b) parto planejado por indicações fetal e/ou materna. Não é indicado para todas as gestantes. Constituem condições de exclusão para utilização do MgSO₄: a) óbito intrauterino; pré-eclâmpsia grave (encaminhamento: protocolos de prevenção da eclâmpsia); anomalias fetais letais; e doenças maternas que contraindicam a administração do MgSO₄ (ex.: miastenia grave).

QUESTÃO 54: GABARITO ALTERADO DE “D” PARA “E”

De fato, a Letargia enquadra-se como resposta correta.

3.15. MÉDICO ESPECIALISTA – NEUROCIRURGIA

QUESTÃO 21: ANULADA

O tema abordado não estava previsto no Edital do Certame.

QUESTÃO 22: ANULADA

O tema abordado não estava previsto no Edital do Certame.

QUESTÃO 23: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A assertiva I que afirma: “A face anterior do mesencéfalo é marcada pela divergência de dois feixes maciços de fibras *corticopetais*, os pedúnculos cerebrais.” é falsa pois os pedúnculos cerebrais são dois feixes maciços de fibras cortico**FUGAIS** (e não corticopetais), para níveis inferiores, isto é, descendentes. (NEUROANATOMIA FUNCIONAL, 2ª Edição, Adel K. Afifi, Capítulo 9, Pág. 141). A referência bibliográfica mencionada pelo candidato (com todo o respeito) não sustenta a sua reivindicação de mudança de gabarito, sendo um artigo de neuropsiquiatria publicado em 1988 que discorre longamente sobre o sistema estriatopalidal, amidalóide e componentes corticopetais da substância inominada, sendo todas estas estruturas supratentoriais, da circuitaria diencefálica nuclear da base, não falando e nem sequer citando o mesencéfalo (os termos MeSH “Midbrain”, “Mesencephalon” e “Cerebral Peduncle”, não existem em todo o artigo) nem qualquer sistema cortico**petal** que atravessa o mesencéfalo via pedúnculos cerebrais, pois os pedúnculos cerebrais são: dois feixes **maciços** de fibras cortico **FUGAIS**, descendentes a níveis inferiores, dentre elas as fibras frontopontinas, fibrais cerebrospinhais e cerebronucleares (do sistema piramidal e outros), temporopontinas, dentre outras. A única justificativa cabível para a considerar a anulação ou modificação do gabarito desta questão seria uma justificativa acadêmica robusta e sólida que comprovasse que o pedúnculo cerebral não é um feixe maciço de fibra descendentes (isto é, fugais), ou seja, comprovando que é formado em mais de 50% de sua totalidade por fibras ascendentes (petais) ao córtex cerebral.

Não há qualquer motivo para a anulação da questão por inconsistências na assertiva II, estando a mesma clara, consistente e absolutamente correta, não falando em momento algum dos “*limites do mesencéfalo*”, conforme a argumentação (com todo o respeito) improcedente do candidato, e sim da *continuidade anatômica das fibras dos pedúnculos cerebrais*, que inferiormente de fato imergem à porção basilar da ponte, e superiormente, são contínuas com as fibras da cápsula interna. (NEUROANATOMIA FUNCIONAL, 2ª Edição, Adel K. Afifi, Capítulo 9, Pág. 141).

QUESTÃO 32: ANULADA

O tema abordado não estava previsto no Edital do Certame.

QUESTÃO 42: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A alternativa “A”, lesão dos nervos cranianos, é a principal preocupação relacionada à dissecação do tumor na cirurgia de meningioma intracraniano. Isso ocorre porque os meningiomas geralmente se desenvolvem próximos aos nervos cranianos, que controlam diversas funções importantes, como:

Visão: nervo óptico (II)

Movimento ocular: nervos oculomotor (III), troclear (IV) e abducente (VI)

Sensibilidade facial: nervo trigêmeo (V)

Audição e equilíbrio: nervo vestibulococlear (VIII)

Deglutição e fonação: nervo glossofaríngeo (IX) e nervo vago (X)

Movimento da língua: nervo hipoglosso (XII)

Durante a dissecação do tumor, há o risco de danificar esses nervos, o que pode levar a déficits neurológicos permanentes.

B) Ruptura da barreira hematoencefálica: a ruptura da barreira hematoencefálica pode ocorrer durante a cirurgia, mas não é a principal preocupação. A ruptura pode levar a edema cerebral, mas geralmente é transitória e pode ser tratada.

C) Sangramento intraparenquimatoso: o sangramento é um risco em qualquer cirurgia, mas é relativamente raro em meningiomas. O sangramento geralmente é leve e pode ser controlado com medidas hemostáticas.

D) Invasão vascular: a invasão vascular é rara em meningiomas. Quando ocorre, geralmente é em tumores de alto grau e pode levar a complicações graves.

E) Alteração do nível de consciência: a alteração do nível de consciência pode ocorrer durante a cirurgia, mas geralmente é devido à anestesia. Alterações persistentes podem indicar outras complicações, como hemorragia ou edema cerebral.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A técnica cirúrgica mais comumente utilizada para o tratamento de aneurismas intracranianos é a clipagem. Isso envolve a aplicação de um clipe metálico no pescoço do aneurisma, interrompendo o fluxo sanguíneo para ele e prevenindo possíveis rupturas. A clipagem tem sido amplamente utilizada e demonstrou resultados eficazes ao longo do tempo, com taxas aceitáveis de complicações e recorrência.

Embora a embolização endovascular seja uma técnica válida e cada vez mais utilizada para o tratamento de aneurismas intracranianos, ela não é a mais comumente utilizada. A clipagem continua a ser a técnica cirúrgica primária e preferida em muitos casos, especialmente em aneurismas complexos ou de difícil acesso. Além disso, a embolização endovascular pode ter limitações em termos de eficácia e aplicabilidade, dependendo das características do aneurisma e da anatomia vascular do paciente.

QUESTÃO 44: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A resposta correta é (B) Alívio dos sintomas: O glioblastoma multiforme é um tipo de tumor cerebral muito agressivo e, frequentemente, a cirurgia não pode garantir a ressecção total devido à natureza infiltrativa do tumor e à sua localização em áreas cerebrais críticas. Portanto, o objetivo principal da cirurgia pode ser o alívio dos sintomas causados pela pressão que o tumor exerce no tecido cerebral circundante, como dores de cabeça, convulsões, e outros déficits neurológicos. Ao remover a massa tumoral que está causando sintomas, a qualidade de vida do paciente pode ser significativamente melhorada, mesmo que a cirurgia não seja curativa.

(A) Ressecção total do tumor: Embora a ressecção total possa ser o objetivo ideal, na prática, muitas vezes é impossível alcançá-la devido à natureza difusa e infiltrativa do glioblastoma. As margens do tumor são muitas vezes indistintas, tornando a remoção completa sem danificar tecido cerebral saudável e funcional uma tarefa difícil.

(C) Preservação da função neurológica: Enquanto a preservação da função neurológica é certamente um objetivo importante da cirurgia, ela não é o objetivo principal, mas sim uma consideração crítica durante a tentativa de aliviar os sintomas ou remover o máximo de tumor possível. A preservação da função é um equilíbrio entre a necessidade de remover o tecido do tumor e a necessidade de minimizar o dano às áreas cerebrais que controlam funções vitais.

(D) Redução do edema cerebral: A redução do edema cerebral pode ser um efeito secundário benéfico da remoção do tumor, já que o edema muitas vezes acompanha os tumores cerebrais. No entanto, não é o objetivo principal da cirurgia, apesar de contribuir para o alívio dos sintomas.

(E) Liberação ventricular: A liberação ventricular, ou seja, a desobstrução dos ventrículos cerebrais para permitir o fluxo normal do líquido cefalorraquidiano, pode ser necessária em casos em que o tumor obstrui os caminhos do líquido, mas não é o objetivo principal da cirurgia de glioblastoma. Este procedimento é mais um meio de alívio sintomático em situações específicas do que um fim em si mesmo.

QUESTÃO 45: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A alternativa “D”, agravamento da mielopatia, é a principal complicação associada à cirurgia de descompressão da medula espinhal em pacientes com mielopatia cervical. Isso ocorre porque a medula espinhal é um tecido delicado e pode ser facilmente danificada durante a cirurgia.

Fatores que contribuem para o agravamento da mielopatia: Manipulação da medula: A manipulação da medula espinhal durante a cirurgia pode causar edema, inflamação e isquemia, o que pode levar a um agravamento da mielopatia. Hemorragia: A hemorragia durante a cirurgia pode comprimir a medula espinhal e levar a um agravamento da mielopatia.

Infecção: A infecção pós-operatória pode causar inflamação e edema na medula espinhal, o que pode levar a um agravamento da mielopatia.

A) Infecção pós-operatória: a infecção pós-operatória é uma complicação grave, mas não é a principal em cirurgias de descompressão da medula. A taxa de infecção é geralmente baixa e pode ser minimizada com medidas profiláticas adequadas.

B) Trombose venosa profunda: a trombose venosa profunda é uma complicação rara em cirurgias de descompressão da medula. O risco de trombose pode ser minimizado com medidas profiláticas, como anticoagulantes e deambulação precoce.

C) Lesão vascular: a lesão vascular é uma complicação rara em cirurgias de descompressão da medula. A lesão vascular pode levar a sangramento e hematoma, que podem comprimir a medula espinhal.

E) Desvio da coluna: o desvio da coluna é uma complicação rara em cirurgias de descompressão da medula. O desvio da coluna pode levar a instabilidade da coluna e compressão da medula espinhal.

QUESTÃO 46: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa “D”, fenestração do septo interventricular, é a intervenção cirúrgica preferencial para o tratamento da hidrocefalia obstrutiva em adultos em casos específicos. Essa técnica é minimamente invasiva e apresenta diversas vantagens em comparação com outras opções, como:

Menor risco de complicações: A fenestração do septo interventricular é realizada por via endoscópica, através de pequenos orifícios no crânio, o que reduz o risco de infecção, sangramento e outras complicações graves.

Procedimento rápido: A cirurgia geralmente dura menos de 2 horas, o que significa menor tempo de anestesia e recuperação para o paciente.

Alta taxa de sucesso: A fenestração do septo interventricular apresenta uma alta taxa de sucesso na resolução da hidrocefalia obstrutiva, com melhora significativa dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes.

Indicação da fenestração do septo interventricular:

A fenestração do septo interventricular é indicada principalmente para:

Pacientes com hidrocefalia obstrutiva causada por estenose aquedutal: A estenose aquedutal é um estreitamento do canal que liga os ventrículos cerebrais ao quarto ventrículo, impedindo o fluxo normal do líquido cefalorraquidiano.

Pacientes com contra-indicações para derivação ventrículo-peritoneal: A derivação ventrículo-peritoneal é uma cirurgia mais complexa que pode apresentar complicações graves. A fenestração do septo interventricular é uma alternativa mais segura para pacientes com contra-indicações para essa técnica, como hipertensão intracraniana benigna ou doenças sistêmicas.

A) Ventriculostomia endoscópica: a ventriculostomia endoscópica é uma técnica utilizada para criar um orifício no terceiro ventrículo, permitindo o fluxo do líquido cefalorraquidiano.

Essa técnica pode ser eficaz em alguns casos de hidrocefalia obstrutiva, mas apresenta um risco maior de reobstrução do que a fenestração do septo interventricular.

B) Derivação ventrículo-peritoneal: a derivação ventrículo-peritoneal é a técnica mais utilizada para o tratamento da hidrocefalia obstrutiva em crianças. Em adultos, essa técnica apresenta um risco maior de complicações, como infecção, sangramento e obstrução da válvula.

C) Craniectomia descompressiva: a craniectomia descompressiva é um procedimento que remove parte do crânio para aliviar a pressão intracraniana. Essa técnica é utilizada em casos de hidrocefalia obstrutiva grave com hipertensão intracraniana, mas não é a opção preferencial devido ao risco de complicações graves.

E) Craniotomia: a craniotomia é um procedimento que abre o crânio para acessar o cérebro. Essa técnica é utilizada para diversas cirurgias cerebrais, incluindo a fenestração do septo interventricular, mas não é a opção preferencial em si para o tratamento da hidrocefalia obstrutiva.

QUESTÃO 47: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A resposta correta é “C” Espondilolistese instável: A espondilolistese ocorre quando uma vértebra desliza para frente sobre a vértebra inferior. Quando a espondilolistese é instável ou progressiva e acompanhada de dor significativa ou déficits neurológicos, a fusão espinhal é frequentemente indicada para estabilizar a coluna. A fusão espinhal pode aliviar

a dor causada pela instabilidade e impedir o deslizamento adicional das vértebras, além de ajudar a manter o alinhamento adequado da coluna.

(A) Estenose do canal vertebral: A estenose do canal vertebral é o estreitamento do canal espinhal que pode comprimir os nervos. Embora a cirurgia possa ser necessária para aliviar a compressão dos nervos, a fusão espinhal não é sempre indicada para estenose, a menos que haja instabilidade associada ou uma necessidade de estabilizar a coluna após a descompressão.

(B) Hérnia de disco cervical: Para casos de hérnia de disco cervical, muitas vezes se opta por uma discectomia (remoção do disco herniado) associada ou não a uma artrodese (fusão espinhal), dependendo do caso específico. A fusão é considerada quando há instabilidade ou se espera que a remoção do disco herniado resulte em instabilidade.

(D) Fratura vertebral compressiva: Uma fratura vertebral compressiva pode ser tratada com técnicas menos invasivas, como a vertebroplastia ou a cifoplastia. A fusão espinhal é geralmente reservada para casos em que há instabilidade significativa ou quando outras técnicas não são adequadas.

(E) Fratura tumoral: No caso de uma fratura vertebral causada por um tumor, o tratamento pode envolver a remoção do tumor e a descompressão da medula espinhal ou das raízes nervosas, seguido de estabilização da coluna. A fusão espinhal pode ser parte do tratamento se há necessidade de restaurar a estabilidade da coluna após a remoção do tumor, mas a principal indicação para a fusão seria a instabilidade espinhal, e não a presença da fratura tumoral em si.

QUESTÃO 53: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa C, ablação por radiofrequência, é a técnica neurocirúrgica frequentemente realizada para tratar neuralgia do trigêmeo refratária. Essa técnica apresenta diversas vantagens em comparação com outras opções, como:

Eficácia: A ablação por radiofrequência apresenta uma alta taxa de sucesso no alívio da dor da neuralgia do trigêmeo, com resultados duradouros.

Segurança: A ablação por radiofrequência é um procedimento minimamente invasivo, com menor risco de complicações graves em comparação com a cirurgia aberta.

Precisão: A técnica utiliza imagens de raio-X para guiar a agulha até o local preciso do nervo trigêmeo, garantindo a precisão do procedimento.

Recuperação rápida: A ablação por radiofrequência é um procedimento ambulatorial, com recuperação rápida e menos tempo de internação em comparação com a cirurgia aberta.

A) Ressecção de tumor: a ressecção de tumor é indicada apenas quando a neuralgia do trigêmeo é causada por um tumor que comprime o nervo. Essa técnica é complexa e apresenta um risco maior de complicações graves.

B) Descompressão microvascular: a descompressão microvascular é um procedimento que visa aliviar a pressão sobre o nervo trigêmeo por vasos sanguíneos. Essa técnica é menos eficaz que a ablação por radiofrequência e apresenta um risco maior de complicações graves.

D) Neuroestimulação: a neuroestimulação é uma técnica que utiliza estimulação elétrica para aliviar a dor da neuralgia do trigêmeo. Essa técnica é menos eficaz que a ablação por radiofrequência e pode apresentar efeitos colaterais como parestesia e dormência.

E) Estereotaxia: a estereotaxia é uma técnica utilizada para guiar a ablação por radiofrequência com maior precisão. a estereotaxia não é uma técnica em si, mas sim um complemento da ablação por radiofrequência.

QUESTÃO 54: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A resposta correta é (C) Meningite: A cirurgia de hipófise por abordagem transesfenoidal envolve a passagem através da base do crânio, especificamente através do seio esfenoidal, para acessar a glândula pituitária. Este procedimento coloca o paciente em risco de exposição a patógenos que podem levar à meningite, que é a inflamação das meninges, as membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Apesar de ser uma complicação rara, a meningite é grave e pode ser potencialmente fatal se não tratada adequadamente, portanto, é considerada uma das principais complicações associadas a este tipo de cirurgia.

(A) Lesão do nervo óptico: Embora a lesão do nervo óptico seja uma complicação potencial da cirurgia de hipófise, dada a proximidade do nervo óptico à glândula pituitária, não é a principal complicação. As técnicas cirúrgicas modernas e o uso de sistemas de navegação durante a cirurgia reduziram significativamente o risco dessa complicação.

(B) Insuficiência adrenal: A insuficiência adrenal pode ocorrer após a cirurgia de hipófise, especialmente se a cirurgia afetar a função da glândula pituitária e a produção de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), que estimula as glândulas adrenais. No entanto, essa condição é mais frequentemente uma consequência da remoção de tumores pituitários que produzem ACTH, não sendo a principal complicação da abordagem cirúrgica em si.

(D) Diabetes insipidus: O diabetes insipidus é uma complicação que pode ocorrer após a cirurgia de hipófise devido ao dano à região hipotalâmica ou ao infundíbulo, que é a conexão entre a hipófise e o hipotálamo, afetando a secreção de vasopressina (hormônio antidiurético). No entanto, é uma complicação geralmente temporária e não é considerada a principal complicação da abordagem transesfenoidal.

(E) Convulsão: Convulsões são uma complicação possível de qualquer procedimento cirúrgico cerebral, no entanto, elas não são consideradas uma complicação principal da cirurgia de hipófise por abordagem transesfenoidal. O risco de convulsões é relativamente baixo para este tipo de cirurgia, comparado a outros procedimentos neurocirúrgicos que envolvem a manipulação direta do tecido cerebral.

QUESTÃO 58: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Em uma imagem de Ressonância Magnética (RM) ponderada em T1, um tumor cerebral geralmente aparecerá como uma região com sinal hiperintenso. Isso ocorre devido a diversos fatores:

Teor de água: Tumores cerebrais geralmente apresentam alto teor de água, o que faz com que seus prótons se alinhem com o campo magnético externo da RM. Isso resulta em um sinal hiperintenso na imagem.

Composição celular: Tumores cerebrais geralmente possuem células com maior quantidade de proteínas e lipídios do que o tecido cerebral normal. Essas moléculas contribuem para o aumento do sinal em imagens ponderadas em T1.

Permeabilidade vascular: Tumores cerebrais geralmente apresentam uma barreira hematoencefálica mais permeável que o tecido cerebral normal. Isso permite que moléculas de contraste paramagnético entrem no tumor, aumentando ainda mais o sinal na imagem.

B) Hipointenso: Regiões hipointensas em imagens ponderadas em T1 podem indicar áreas de sangramento antigo, calcificação ou cistos. Tumores com baixo teor de água ou células com poucas proteínas e lipídios também podem apresentar sinal hipointenso.

C) Isointenso: Regiões isointensas em imagens ponderadas em T1 podem ser difíceis de diferenciar do tecido cerebral normal. Tumores com características semelhantes ao tecido cerebral normal podem ter sinal isointenso.

D) Heterogêneo: Tumores com diferentes tipos de células, áreas de necrose ou cistos podem apresentar um sinal heterogêneo em imagens ponderadas em T1. No entanto, a hiperintensidade é o sinal mais comum em tumores cerebrais.

E) Homogêneo: Alguns tumores podem apresentar sinal homogêneo em imagens ponderadas em T1. No entanto, a heterogeneidade é mais comum devido à variedade de características presentes nos tumores.

3.16. MÉDICO ESPECIALISTA – NEUROLOGIA

QUESTÃO 40: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

De fato, há uma falha de digitação, contudo, não suficiente para anular a questão, pois a única proposição correta era a II, que constava devidamente na alternativa “B”. Ademais, bastava o candidato considerar a ordem crescente dos numerais romanos, qual seja: I, II, III e IV.

3.17. MÉDICO ESPECIALISTA – OFTALMOLOGIA – ATUAÇÃO GERAL

QUESTÃO 37: ANULADA

Considerando a diversidade de causas e padrões de neuropatia óptica, as alternativas “A”, “C” e “D” podem ser consideradas corretas em determinados contextos, considerando a ampla gama de apresentações clínicas dessa condição oftalmológica.

QUESTÃO 41: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

Em pacientes com diagnóstico de glaucoma de ângulo fechado, a abordagem terapêutica deve ser orientada para a rápida diminuição da pressão intraocular (PIO) e a abertura do ângulo fechado. Vamos justificar a opção C (Dorzolamida) e refutar as demais opções:

(A) Pilocarpina: a pilocarpina é um agente colinérgico que atua contraindo o músculo ciliar, o que leva à abertura do ângulo trabecular e facilita o escoamento do humor aquoso, diminuindo assim a pressão intraocular. No entanto, no contexto de um ataque agudo de glaucoma de ângulo fechado, o uso de pilocarpina pode ser contraproducente

inicialmente, pois a contração do músculo ciliar pode piorar o bloqueio angular em certas circunstâncias. Portanto, a pilocarpina geralmente não é a primeira linha de tratamento nesse contexto.

(B) Timolol: a timolol é um beta-bloqueador não seletivo que reduz a produção de humor aquoso e, conseqüentemente, a pressão intraocular. Embora seja eficaz no tratamento do glaucoma crônico de ângulo aberto, sua eficácia no tratamento imediato do glaucoma de ângulo fechado não é a ideal, pois não atua rapidamente para aliviar o bloqueio angular.

(C) Dorzolamida: a dorzolamida é um inibidor da anidrase carbônica tópica que reduz a produção de humor aquoso, diminuindo assim a pressão intraocular. É uma opção válida para a redução rápida da pressão intraocular em pacientes com glaucoma de ângulo fechado, especialmente em combinação com outros medicamentos. No entanto, deve-se notar que o tratamento inicial de um ataque agudo de glaucoma de ângulo fechado frequentemente envolve medidas mais agressivas, como terapias orais (por exemplo, acetazolamida) ou intervenção laser ou cirúrgica para rapidamente diminuir a PIO e reabrir o ângulo. A dorzolamida pode ser usada em um contexto de tratamento adjuvante.

(D) Procedimento a laser: um procedimento a laser, como a iridotomia periférica a laser, é frequentemente o tratamento de escolha para glaucoma de ângulo fechado uma vez que a pressão intraocular tenha sido controlada e a inflamação reduzida. Este procedimento cria um pequeno orifício na íris, permitindo o escoamento do humor aquoso e a abertura do ângulo. É uma opção eficaz e duradoura, mas não é tipicamente o primeiro passo na abordagem terapêutica imediata de um ataque agudo, que se foca na redução rápida da pressão intraocular.

(E) Prednisolona: a prednisolona é um corticosteroide que pode ser usado para reduzir a inflamação ocular, mas não é um tratamento de primeira linha para reduzir a pressão intraocular no glaucoma de ângulo fechado. O uso de corticosteroides pode, na verdade, aumentar a pressão intraocular em alguns pacientes, especialmente com uso prolongado.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A alternativa B, retinopatia diabética, é a principal causa de cegueira irreversível no mundo. A diabetes mellitus causa danos aos vasos sanguíneos da retina, levando a: Microangiopatia: Pequenos vasos sanguíneos da retina se tornam danificados e podem vaziar sangue e outros fluidos. Isquemia: Diminuição do fluxo sanguíneo para a retina, privando as células de oxigênio e nutrientes. Neovascularização: Crescimento anormal de novos vasos sanguíneos frágeis na retina, que podem sangrar e causar descolamento da retina.

Esses danos podem levar a: Perda de visão gradual: Visão embaçada, dificuldade em ver cores e detalhes, e perda de visão central. Cegueira irreversível: Se não tratada, a retinopatia diabética pode levar à cegueira permanente. Refutação das outras alternativas:

A) Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI): A DMRI é a principal causa de perda de visão central em pessoas com mais de 60 anos. A DMRI não é a principal causa de cegueira irreversível no mundo.

C) Glaucoma: O glaucoma é uma doença caracterizada pela perda progressiva de fibras nervosas ópticas, levando à perda de visão periférica. O glaucoma pode levar à cegueira irreversível se não for tratado, mas não é a principal causa global.

D) Catarata: A catarata é a opacidade do cristalino, que leva à visão embaçada. A catarata é a principal causa de cegueira reversível no mundo, pois pode ser corrigida com cirurgia.

E) Neurosífilis: A neurosífilis é uma infecção do sistema nervoso central causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A neurosífilis pode causar diversos problemas neurológicos, incluindo cegueira. A neurosífilis não é a principal causa de cegueira irreversível no mundo.

QUESTÃO 57: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A resposta correta é (B) Edema macular cistoide: O Edema Macular Cistoide (EMC) é uma acumulação de fluido na mácula, a parte central da retina responsável pela visão detalhada, que pode levar ao inchaço e à formação de cistos. Este é um tipo de inflamação que pode ocorrer como complicação após a cirurgia de catarata. Geralmente, se manifesta semanas a meses após o procedimento e pode causar distorção visual e redução da acuidade visual. O EMC é uma das complicações mais comuns após a cirurgia de catarata e pode ser tratado com medicamentos anti-inflamatórios, como corticosteroides ou inibidores da ciclooxigenase-2.

(A) Endoftalmite: A endoftalmite é uma infecção intraocular grave que normalmente ocorre nos primeiros dias ou semanas após a cirurgia. Embora possa ser uma complicação muito séria da cirurgia de catarata, não é tipicamente uma complicação que se apresenta semanas a meses depois do procedimento.

(C) Glaucoma: Enquanto o glaucoma pode ocorrer após a cirurgia de catarata devido a vários fatores, como inflamação, uso de corticosteroides ou bloqueio do ângulo de drenagem pelo implante da lente intraocular, não é uma complicação esperada que surge especificamente semanas a meses após a cirurgia.

(D) Deslocamento de lente intraocular: O deslocamento de uma lente intraocular pode ocorrer como uma complicação da cirurgia de catarata, mas geralmente está relacionado a fatores intraoperatórios ou complicações imediatas pós-operatórias. Embora possa ocorrer a qualquer momento, não é caracteristicamente uma complicação que emerge semanas a meses após a operação.

(E) Retinopatia: Embora a cirurgia de catarata possa exacerbar uma retinopatia pré-existente, como a retinopatia diabética, não é uma complicação que tipicamente se desenvolve de novo semanas a meses após a cirurgia de catarata. A retinopatia é geralmente uma condição relacionada a doenças subjacentes da retina e não uma consequência direta da cirurgia de catarata.

3.18. MÉDICO ESPECIALISTA – PEDIATRIA

QUESTÃO 22: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

No próprio manual citado pelo autor do recurso, no capítulo sobre dislipidemia, página 62, encontramos:

“A Academia Americana de Pediatria, de acordo com o “Expert Panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents”, recomenda o seguinte screening para o perfil lipídico:

- até 2 anos – sem screening para perfil lipídico
- 2 - 8 anos – perfil lipídico somente nas condições de risco CV
- 9 – 11 anos – screening universal com não-HDL-C. Se estiver aumentado (≥ 145 mg/dL), fazer o perfil lipídico completo
- 12 - 16 anos - perfil lipídico somente nas condições de risco CV
- 17 - < 20 anos - screening universal com não-HDL-C. Se estiver aumentado (≥ 145 mg/dL), fazer o perfil lipídico completo”.

O mesmo capítulo discorre sobre os valores de referência, existentes a partir dos 2 anos de idade.

Além disso, o quadro 3, citado pela autora do recurso, discorre sobre crianças e adolescentes, e não cita lactentes (faixa etária menor de 2 anos).

QUESTÃO 28: GABARITO ALTERADO DE “B” PARA “E”

O recurso mencionou um documento publicado recentemente, 3 meses antes da elaboração da questão, que modifica a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria dada no arquivo sobre Infecção do Trato Urinário em 2016, tornando a terceira afirmativa incorreta.

QUESTÃO 39: ANULADA

Houve um erro no final do enunciado da questão, fazendo com que 4 das 5 alternativas não estivessem condizentes com o que era pedido no enunciado.

QUESTÃO 42: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

O teste do pezinho é o método de escolha para diagnosticar a fibrose cística em lactentes por diversos motivos:

1. Eficácia: Detecta 90-95% dos casos de fibrose cística. Alta sensibilidade e especificidade.
2. Precocidade: Permite o diagnóstico precoce, antes do aparecimento dos sintomas. Possibilita o início imediato do tratamento, o que melhora significativamente o prognóstico da doença.
3. Simplicidade: Coleta de sangue do calcanhar do bebê. Exame não invasivo e indolor. Baixo custo.
4. Abrangência: Realizado em todos os recém-nascidos no Brasil, como parte do programa de Triagem Neonatal. Permite a identificação de casos assintomáticos, o que é crucial para o tratamento precoce.

A) Ressonância magnética: exame de imagem não é utilizado como método de escolha para o diagnóstico da fibrose cística. Alta sensibilidade para detectar alterações pulmonares, mas não é específica para a doença. Exame caro e invasivo, não recomendado para triagem neonatal.

B) Exame de sangue: pode ser usado para confirmar o diagnóstico após o teste do pezinho. Dosagem de íons cloreto no suor é o exame mais específico para a fibrose cística. Exame de sangue não é tão eficaz quanto o teste do pezinho para triagem neonatal.

D) Biópsia hepática: exame invasivo e com riscos, não utilizado como método de rotina para o diagnóstico da fibrose cística. Pode ser utilizado em casos específicos, quando há dúvidas no diagnóstico.

E) Ultrassonografia: exame de imagem pode ser usado para detectar alterações pulmonares e intestinais associadas à fibrose cística. Não é específico para a doença e não é tão eficaz quanto o teste do pezinho para triagem neonatal.

Desse modo, o teste do pezinho é o método de escolha para o diagnóstico da fibrose cística em lactentes por ser eficaz, precoce, simples, abrangente e de baixo custo.

QUESTÃO 43: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A bronquiolite é uma infecção viral que causa inflamação e estreitamento das vias aéreas inferiores em lactentes. Os broncodilatadores são medicamentos que relaxam os músculos das vias aéreas, aliviando a tosse, a sibilância e a dificuldade para respirar. Estudos científicos demonstram que os broncodilatadores melhoram os sintomas e reduzem a necessidade de internação em lactentes com bronquiolite. As diretrizes internacionais recomendam o uso de broncodilatadores como tratamento de primeira linha para bronquiolite em lactentes.

D) Ventilação mecânica: a ventilação mecânica é um procedimento invasivo que não é recomendado como tratamento de primeira linha para bronquiolite em lactentes. A ventilação mecânica só é indicada em casos graves, quando o lactente apresenta insuficiência respiratória e não responde ao tratamento com broncodilatadores e outros cuidados de suporte. A ventilação mecânica pode apresentar complicações graves, como pneumonia e infecção hospitalar.

QUESTÃO 45: GABARITO ALTERADO DE “D” PARA “C”

Conforme o documento do Ministério da Saúde "Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos", logo ao iniciar a introdução alimentar já devem ser ofertados à criança alimentos de todos os grupos alimentares, (...) os alimentos devem ser bem amassados, raspados, desfiados ou bem cozidos, caracterizando somente C como resposta adequada à questão. O purê de batata é frequentemente recomendado como um dos primeiros alimentos sólidos a serem introduzidos na dieta de lactentes por várias razões:

1. Textura suave: O purê de batata tem uma textura suave e cremosa que é fácil de engolir para bebês que estão começando a experimentar alimentos sólidos. Isso ajuda a evitar engasgos e facilita a transição da alimentação exclusivamente líquida para alimentos mais sólidos.

2. Nutrientes: As batatas são uma boa fonte de carboidratos, fibras, potássio, vitamina C e várias vitaminas do complexo B, o que as torna uma opção nutritiva para bebês em crescimento.

3. Fácil digestão: As batatas são facilmente digeridas pelo sistema gastrointestinal dos bebês, o que é importante durante a transição para alimentos sólidos, quando o sistema digestivo ainda está em desenvolvimento.

4. Baixo risco de alergias: As batatas em si não são um alérgeno comum, o que as torna uma escolha segura para introduzir cedo na dieta do bebê, minimizando o risco de reações alérgicas.

Portanto, devido à sua textura suave, perfil nutricional e facilidade de digestão, o purê de batata é geralmente recomendado como um dos primeiros alimentos sólidos a serem introduzidos na alimentação de lactentes.

QUESTÃO 51: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A alternativa correta é a (D) "Comportamentos repetitivos". O critério diagnóstico principal para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças, conforme as diretrizes de classificação diagnóstica como o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) e a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão), inclui a presença de comportamentos repetitivos e padrões restritos de comportamento, interesses ou atividades. Esses comportamentos são um dos dois domínios principais usados para o diagnóstico de TEA, o outro sendo déficits persistentes na comunicação social e na interação social em diversos contextos.

As outras alternativas, embora possam aparecer em crianças com TEA, não são consideradas critérios diagnósticos principais por si só:

(A) Atraso na fala pode ser um sinal em crianças com TEA, mas também pode ocorrer em uma variedade de outros transtornos do desenvolvimento ou em crianças sem nenhum transtorno.

(B) Isolamento social é frequentemente observado em crianças com TEA, mas é um aspecto dos déficits na comunicação social e na interação social, não um critério diagnóstico isolado.

(C) Preocupação com rotinas ou a necessidade de seguir rotinas de maneira inflexível pode ser parte dos comportamentos restritos e repetitivos, mas por si só, não é um critério diagnóstico principal.

(E) Desatenção é mais frequentemente associada ao Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) do que ao TEA, embora crianças com TEA possam apresentar desatenção como parte de suas dificuldades.

QUESTÃO 52: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A alternativa (C) "urticária" é justificada como o principal sintoma clínico em um lactente com suspeita de alergia alimentar, principalmente devido ao seu caráter imediato e visível que frequentemente acompanha reações alérgicas a alimentos. A urticária, caracterizada por manchas vermelhas e elevadas na pele que geralmente são muito pruriginosas, é um sinal clássico de reação alérgica, incluindo alergias alimentares. Ela pode ocorrer sozinha ou acompanhada de outros sintomas em uma resposta alérgica.

As reações alérgicas a alimentos em lactentes e crianças podem manifestar-se de várias formas, e a gravidade pode variar significativamente. No entanto, a urticária é frequentemente um dos primeiros e mais reconhecíveis sintomas de uma alergia alimentar. As reações alérgicas ocorrem como resultado da sensibilização do sistema imunológico a um determinado alimento, levando à liberação de histamina e outras substâncias químicas que causam os sintomas alérgicos.

Enquanto as outras opções listadas podem ser sintomas associados a alergias alimentares ou outras condições gastrointestinais em lactentes, elas não são tão especificamente indicativas de alergia alimentar quanto a urticária:

(A) Diarreia pode ser um sintoma de alergia alimentar, mas também é um sintoma comum de uma variedade de distúrbios gastrointestinais e infecções.

(B) Vômitos também podem ocorrer em alergias alimentares, mas como a diarreia, pode ser causado por várias outras condições.

(D) Constipação é menos comumente associada a alergias alimentares e pode ser resultado de uma variedade de outras causas dietéticas ou fisiológicas.

(E) Sonolência não é tipicamente associada a alergias alimentares e pode indicar uma gama de outras condições ou simplesmente fadiga.

Portanto, a urticária se destaca como um indicador direto de uma possível reação alérgica em lactentes, justificando a escolha da alternativa (C).

QUESTÃO 56: GABARITO ALTERADO DE “C” PARA “B”

A principal manifestação clínica da síndrome de Kawasaki em crianças é a febre persistente. A febre persistente é o sintoma mais característico da síndrome de Kawasaki. Geralmente é uma febre alta que dura vários dias e pode ser resistente aos medicamentos antitérmicos.

QUESTÃO 57: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “E”

A estenose subglótica é uma condição caracterizada pelo estreitamento da área logo abaixo da glote, a abertura entre as cordas vocais. Essa obstrução dificulta o fluxo de ar e causa sibilância persistente em recém-nascidos.

Características da estenose subglótica: Sibilância persistente: Principal sintoma, presente desde o nascimento ou logo após.

Dificuldade respiratória: Piora com o choro, a alimentação ou ao se deitar.

Tosse: Pode ser seca ou com secreção.

Estridor: Ruído inspiratório agudo, semelhante a um chiado.

Cianose: Pele e mucosas com coloração azulada, devido à falta de oxigênio.

A) Asma: causa de sibilância em crianças mais velhas, não em recém-nascidos. Sintomas geralmente intermitentes, não persistentes.

B) Pneumonia: causa de sibilância, mas geralmente acompanhada de outros sintomas como febre, dificuldade para respirar, apneia e taquipneia. A pneumonia pode ser diagnosticada com raio-X de tórax.

C) Anomalia vascular: causa rara de sibilância em recém-nascidos. Geralmente, associada a outras malformações congênitas.

D) Estenose mitral: causa de sopro cardíaco, não sibilância. A estenose mitral pode ser diagnosticada com ecocardiograma. A estenose subglótica é a condição respiratória mais comum em recém-nascidos com sibilância persistente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar complicações graves.

3.19. MÉDICO ESPECIALISTA – PSQUIATRIA

QUESTÃO 23: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

Segundo o professor Aristides Volpato Cordioli, em seu livro “Psicofármacos, consulta rápida”, quinta edição (Psicofármacos: consulta rápida. Cordioli A et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015), na página 254, segue: “Quando houver necessidade de retirada do lítio, é essencial que ela ocorra de forma gradual. Sugere-se a retirada de não mais que 25% da dose em uso por mês ou, de forma menos conservadora, em 15 a 30 dias, uma vez que alguns estudos indicam que a descontinuação abrupta (de 1 a 14 dias) pode aumentar o risco de recaídas”.

Dentre os estudos citados para embasar a afirmação, está: “Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders: risks and implications. Bipolar Disord. 1999 Sep;1(1):17-24. doi: 10.1034/j.1399-5618.1999.10106.x. PMID: 11256650.”

Na bula profissional do carbonato de lítio (Carbolitium/Eurofarma), a afirmação é a seguinte: “Deve-se retirar a medicação lentamente para evitar recaídas (síndrome da retirada). O período de retirada deve ser ao redor de 3 meses e nunca inferior a 1 mês. Diminuir em média 25% da dose por semana.”

Desta forma, a bula confirma que a retirada da medicação deverá ser lenta (ao redor de 3 meses) e que a MÉDIA da diminuição é de 25% da dose por semana. Caso a dose reduzida fosse, estritamente, de 25% por semana, o tempo de retirada da medicação seria de um mês e, não, “ao redor de 3 meses”, como orienta a própria bula e como também é o entendimento do Dr. Cordioli, baseando-se na literatura médica.

Ademais, ressalta-se que o autor da questão descreve, na alternativa contestada: “(D) A descontinuação abrupta do uso de carbonato de lítio não é indicada, sendo recomendada a diminuição progressiva da dosagem do fármaco, até 25% por mês.”

Assim, tanto a bula, como o autor citado – conhecido professor Rio Grandense, de renome internacional -a diminuição deve ser gradativa, sugerindo-se não exceder 25% ao mês, o que torna a asserção verdadeira.

A alternativa “A”, como indicado pelo candidato(a), não encontra respaldo na literatura: “(A) Indica-se realização de dosagem sérica de lítio (litemia), após cada ajuste de dose e, anualmente, após estabilização dos níveis séricos.”, uma vez que a recomendação é de dosagem frequente da litemia, não ultrapassando o intervalo máximo de seis meses, o que torna a assertiva falsa.

QUESTÃO 45: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “B”

A principal diferença entre mania e hipomania no transtorno bipolar é a duração do episódio:

Mania: Episódio com duração mínima de uma semana (ou menos se necessitar de hospitalização).

Hipomania: Episódio com duração mínima de quatro dias (e não causa prejuízo social ou profissional significativo).

A) Intensidade dos sintomas: A intensidade dos sintomas pode ser similar em mania e hipomania. O que diferencia os dois é a duração do episódio e o prejuízo funcional.

C) Presença de sintomas psicóticos: Os sintomas psicóticos (delírios e alucinações) podem estar presentes em ambos, mania e hipomania. Não são critérios diferenciais exclusivos.

D) Prejuízo funcional: A mania causa prejuízo social e profissional significativo. A hipomania pode causar prejuízo funcional leve, mas não tão grave quanto a mania.

E) Variação de humor: A variação de humor é um sintoma comum em ambos, mania e hipomania. Não é um critério diferencial exclusivo.

A duração do episódio é o principal critério diferencial entre mania e hipomania. A mania é um episódio mais grave e duradouro que a hipomania, e causa maior prejuízo funcional. Embora o prejuízo funcional seja um critério importante para diferenciar mania de hipomania no transtorno bipolar, a duração do episódio é considerada a principal distinção. A maior duração da mania leva a um maior impacto no funcionamento social e profissional do indivíduo.

QUESTÃO 47: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A alternativa correta é a (A) "estabilização do humor". O lítio é um estabilizador de humor, amplamente utilizado no tratamento do transtorno bipolar, que visa equilibrar as oscilações extremas de humor características dessa condição. O principal objetivo do tratamento com lítio é prevenir as flutuações extremas de humor, incluindo tanto episódios maníacos quanto depressivos, ajudando assim a manter um estado de humor mais equilibrado ao longo do tempo. Ao estabilizar o humor, o lítio ajuda a reduzir a frequência e a gravidade dos episódios maníacos e depressivos.

Refutando a alternativa (B) "controle dos sintomas depressivos", embora o lítio possa ter algum efeito na melhoria dos sintomas depressivos em pacientes com transtorno bipolar, seu uso principal não é especificamente direcionado ao controle da depressão. Existem outros medicamentos, como antidepressivos e outros estabilizadores de humor, que podem ser mais especificamente utilizados para tratar os sintomas depressivos dentro do contexto do transtorno bipolar. O lítio é mais valorizado pela sua capacidade de equilibrar o humor a longo prazo, incluindo a prevenção de recaídas tanto de mania quanto de depressão.

Portanto, enquanto o lítio pode ajudar no controle dos sintomas depressivos como parte de seu efeito global na estabilização do humor, essa não é sua principal indicação ou objetivo no tratamento do transtorno bipolar, confirmando assim a (A) e refutando a (B).

QUESTÃO 49: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

Apesar da repetição do item III, ambos estão incorretos, não impedindo o candidato de indicar a resposta correta – somente II (item que não se repete).

QUESTÃO 56: GABARITO ALTERADO DE “E” PARA “A”

A alternativa (A) "bloqueio seletivo dos receptores de dopamina D2" é correta como a principal ação dos antipsicóticos de segunda geração (também conhecidos como antipsicóticos atípicos) no tratamento da esquizofrenia. Diferentemente dos antipsicóticos de primeira geração, que também bloqueiam os receptores de dopamina D2, mas com menos seletividade e maior incidência de efeitos colaterais extrapiramidais, os antipsicóticos de segunda geração são conhecidos por seu perfil de efeitos colaterais mais favorável. Eles atuam ao bloquear seletivamente os receptores de dopamina D2 no sistema nervoso central, contribuindo para a redução dos sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, característicos da esquizofrenia.

QUESTÃO 58: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “A”

A principal diferença entre o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e o transtorno do pânico reside na presença de ataques de pânico, justificando a escolha da alternativa (A) como correta. No transtorno do pânico, a característica definidora são os ataques de pânico recorrentes e inesperados, que são episódios intensos de medo ou desconforto terrível, acompanhados de sintomas físicos e cognitivos que se desenvolvem abruptamente e atingem um pico em poucos minutos. Esses ataques de pânico não são tipicamente precipitados por uma situação específica e podem até ocorrer durante o sono.

(B) Intensidade dos sintomas físicos: Embora ambos os transtornos possam apresentar sintomas físicos, a intensidade destes não é a principal distinção entre TAG e transtorno do pânico. O transtorno do pânico é marcado por ataques agudos de ansiedade intensa, enquanto o TAG é caracterizado por uma preocupação e ansiedade crônica mais difusa.

(C) Duração dos sintomas: O TAG é caracterizado por uma ansiedade e preocupação excessivas que são difíceis de controlar e ocorrem na maioria dos dias por pelo menos seis meses. Já os ataques de pânico são episódios agudos e intensos. A duração dos sintomas diferencia os episódios dentro de cada transtorno, mas não é a principal distinção entre os dois transtornos.

(D) Fatores precipitantes: Enquanto o TAG geralmente envolve uma ansiedade persistente sobre uma variedade de tópicos, eventos ou atividades, o transtorno do pânico é marcado por ataques de pânico que podem ocorrer sem um gatilho aparente. Embora diferentes, os fatores precipitantes não constituem a principal diferença entre os dois transtornos.

(E) Percepções sensoriais sem a presença de um estímulo real: Esta alternativa pode confundir-se com sintomas de outros transtornos, como transtornos psicóticos, em vez de distinguir entre TAG e transtorno do pânico. Não é uma característica definidora de nenhum dos dois.

Portanto, a presença de ataques de pânico (A) é a principal diferença entre o Transtorno de Ansiedade Generalizada e o transtorno do pânico, pois os ataques de pânico são centrais para o diagnóstico do transtorno do pânico e não são uma característica do TAG.

3.20. MÉDICO ESPECIALISTA – REUMATOLOGIA

QUESTÃO 51: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “C”

A resposta correta é C, pois, na espondiloartrite indiferenciada, o achado radiográfico característico nas articulações sacroilíacas são os sindesmófitos. Os sindesmófitos são o achado radiográfico mais associado a essa condição:

(A) Erosões ósseas: As erosões ósseas podem ser encontradas em outras condições, como na artrite reumatoide, mas não são o achado radiográfico característico da espondiloartrite indiferenciada.

(B) Subluxações: As subluxações referem-se a uma separação parcial de uma articulação e não são um achado típico nas articulações sacroilíacas na espondiloartrite indiferenciada.

(D) Cistos sinoviais: Os cistos sinoviais são bolsas cheias de líquido que podem se formar em articulações afetadas por diversas condições, mas não são o achado radiográfico mais associado à espondiloartrite indiferenciada.

(E) Edema articular: O edema articular, que se refere ao acúmulo de líquido nas articulações, pode ser um achado comum em várias condições articulares, mas não é específico o suficiente para ser considerado o achado característico da espondiloartrite indiferenciada.

QUESTÃO 52: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A trombocitopenia, caracterizada pela diminuição do número de plaquetas, é um achado laboratorial comum em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). As plaquetas são responsáveis pela coagulação do sangue, e sua diminuição pode levar a sangramentos.

A) Aumento do Tempo de Protrombina (TP): O TP pode estar aumentado em pacientes com LES, mas isso geralmente está associado à deficiência de vitamina K, não à trombocitopenia. A vitamina K é essencial para a coagulação do sangue, e sua deficiência pode levar a um aumento do TP.

B) Redução do fibrinogênio: O fibrinogênio é uma proteína essencial para a coagulação do sangue, e sua redução pode levar a sangramentos. No entanto, a redução do fibrinogênio não é tão comum em pacientes com LES quanto a trombocitopenia.

C) Presença de anticorpos antifosfolípidos: Os anticorpos antifosfolípidos estão associados a um maior risco de trombose em pacientes com LES. Eles não causam diretamente trombocitopenia.

E) Aumento do fator V: O fator V é uma proteína essencial para a coagulação do sangue, e seu aumento não é comum em pacientes com LES.

Na verdade, o fator V pode estar diminuído em alguns pacientes com LES.

A diminuição do número de plaquetas é o achado laboratorial mais frequentemente associado à trombocitopenia em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico.

QUESTÃO 56: FICA MANTIDA A ALTERNATIVA “D”

A principal complicação cardiovascular associada à artrite reumatoide é o (D) tromboembolismo pulmonar. Esta afirmação é baseada na compreensão de que a artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica, que não apenas afeta as articulações, mas também pode ter várias complicações extrarticulares, incluindo aquelas no sistema cardiovascular. Vários estudos e revisões indicam que pacientes com AR têm um risco aumentado de eventos tromboembólicos, incluindo tromboembolismo pulmonar, em parte devido à hipercoagulabilidade induzida pelo estado inflamatório crônico.

(A) Insuficiência cardíaca congestiva, embora possa ser uma complicação em pacientes com doenças cardíacas subjacentes e pode ser exacerbada pela AR, não é considerada a principal complicação cardiovascular especificamente associada à AR. A relação entre insuficiência cardíaca e AR é mais complexa e envolve vários mecanismos patogênicos.

(B) Infarto agudo do miocárdio (IAM) tem uma associação reconhecida com AR, devido ao aumento do risco de aterosclerose em pacientes com AR. No entanto, enquanto o risco de IAM é maior, ele não é considerado a principal complicação cardiovascular, especialmente quando comparado com o risco de tromboembolismo.

(C) Hipertensão arterial pode ser mais prevalente em pacientes com AR do que na população em geral, mas também não é vista como a principal complicação cardiovascular da AR. A hipertensão pode ser um fator de risco para outras complicações cardiovasculares, mas não é uma consequência direta da AR.

(E) Cor pulmonale é uma condição que envolve a alteração do ventrículo direito do coração, geralmente em resposta a doenças pulmonares crônicas. Embora pacientes com AR possam ter comprometimento pulmonar, o cor pulmonale não é considerado a principal complicação cardiovascular associada à AR.

Dessa forma, o tromboembolismo pulmonar destaca-se como a principal complicação cardiovascular associada à artrite reumatoide, devido ao risco aumentado de eventos tromboembólicos promovidos pelo estado inflamatório crônico e pela hipercoagulabilidade que caracterizam a doença.